

**CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HEKİMLERİN
İŞBİRLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gözde FİLİZLİ

1148206102

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez No:2018/34

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Ebru ÖNLER

2018- TEKİRDAĞ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE
HEKİMLERİN İŞBİRLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Gözde FİLİZLİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Ebru ÖNLER

Tez No:2018/34

2018 - TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dr. Öğretim Üyesi Ebru ÖNLER danışmanlığında yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

29/06/2018



Doç. Dr. Tülin Yıldız

Namık Kemal Üniversitesi

Jüri Başkanı



Dr. Öğr. Üyesi Aylin Aydın Sayılan

Kırklareli Üniversitesi

Üye



Dr. Öğr. Üyesi Ebru Önler

Namık Kemal Üniversitesi

Üye

„Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gözde FİLİZLİ’ nin “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin İşbirliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tezi 29.06.2018 günü saat 10:30’da Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Nilda TURGUT

Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak oluşturulmuş özgün bilimsel bir araştırma olduğunu, tezde yer alan ve tez çalışmam ile elde edilmeyen tüm bilgilere kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynak listesinde yer aldığını, tez çalışması ve yazım aşamasında telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

GÖZDE FİLİZLİ

TEŞEKKÜR

Araştırma konumun seçiminde rehberliğimi üstlenen ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen, çalışmamı büyük bir özveri ve titizlikle değerlendiren değerli danışmanım sayın Dr. Öğretim Üyesi EBRU ÖNLER'E,

Eğitim sürecimde bilgisinden ve deneyimlerinden yararlandığım Namık Kemal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürüm ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürü sayın Doç. Dr. TÜLİN YILDIZ'A,

Tez çalışmam süresince yardımlarını ve manevi desteklerini esirgemeyen, cesaret ve güven veren çalışma arkadaşlarım NURCAN PARLAK ve SEMİHA BAHAR'A, Namık Kemal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan tüm mesai arkadaşlarıma ve saygıdeğer dostlarıma,

Eğitim hayatım boyunca her türlü fedakarlık ve özveriyi gösteren, bugün bulunduğum noktaya gelmemi sağlayan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, hayatıma ortak olarak, her türlü sıkıntıda, mutluluğumda yanımda olan, sevgilerini her zaman hissettiğim, en değerli varlıklarım; canım babam MEHMET METİN FİLİZLİ'YE, canım annem ADALET FİLİZLİ'YE, canım ağabeyim ARMAĞAN FİLİZLİ'YE ve canımın içi kardeşim ÖZGE FİLİZLİ'YE,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire ve hekimlere teşekkür ediyorum.

ÖZET

FİLİZLİ, G. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin İşbirliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2018

Bu araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşire ve asistan hekimlerin işbirliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırmanın evrenini, 3 üniversite hastanesinde cerrahi servis ve cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşire ve asistan hekimleri içeren 227 çalışan, örneklemini ise, basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 195 çalışan oluşturdu.

Araştırmanın verileri, literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve Hojat ve diğ. tarafından 1999 yılında geliştirilen, Yıldırım ve diğ. tarafından 2005 yılında Türkçe'ye uyarlanan Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası (JHHİS) ile toplandı. Veriler SPSS 24.0 programı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı analizlerin Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U, Pearson Ki-Kare ve Fisher Exact testleri kullanıldı. Hemşirelerin 'Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası' toplam puan ortalamaları (50,868±5,032), hekimlerin 'Hekim Hemşire İşbirliği Skalası' toplam puan ortalamalarından (48,697±4,654) anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,005<0,05$). Hemşire grubunda, kadınların 'Hekim Hemşire İşbirliği' alt boyut puanlarının (16,876±1,702), erkeklerin 'Hekim Hemşire İşbirliği' alt boyut puanlarından (15,438±2,128) yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0,009<0,05$).

Hemşire ve Hekimlerin; 'Ortak eğitim', 'Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri', 'Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu' alt boyut puan ortalamaları ve mesleki deneyim yıllarına göre, Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Cinsiyete göre, hemşirelerin, Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam puan ortalamaları ve 'Ortak eğitim', 'Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri', 'Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu' alt boyut puan ortalamaları, hekimlerin;

Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$),

Çalıştıkları birime göre, hemşirelerin, Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

‘Hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden hemşireler sorumludur’, ‘Hastaların taburcu kararlarını verirken hekim ve hemşire karşılıklı görüş alışverişinde bulunmalıdır’, ‘Kendi görev alanlarını ilgilendiren hastane destek hizmetleri ile ilgili karar alınırken hemşirenin de katılımı sağlanmalıdır’, ‘Hemşire hekim arasındaki mesleki işbirliği eğitimi lisans eğitim programlarında da yer almalıdır’ ifadelerine hemşirelerin hekimlerden daha fazla katılım sağladığı ve ‘Hemşirenin birincil görevi hekimin emirlerini yerine getirmektir’ ve ‘Hekimler tüm sağlık konularında hakim otoritedir’ ifadelerine ise hekimlerin hemşirelerden daha fazla katılım sağladığı, hemşire ve hekimlerin katılım oranları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$).

Sonuç olarak, hekim hemşire işbirliği düzeylerinin ortalamasının biraz üzerinde olduğu ve geliştirilmesi gerektiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, cerrahi birimler, hekim hemşire işbirliği.

ABSTRACT

GÖZDE F. Evaluation Of Attitudes Towards Collaboration Among Nurses And Physicians In The Surgical Units, Namık Kemal University Institute of Health Sciences, Surgical Diseases Nursing Department, Master's Thesis, Tekirdağ 2018.

This research has been planned descriptively to evaluate the attitudes of nurses and physicians working in surgical units towards nurse-physician collaboration. Sample population were chosen stratified sampling method and included 195 nurses and assistant surgeons of 3 university hospitals in Tekirdağ, Edirne and Çanakkale. Data were collected by using Personal Information Form prepared in accordance with literatür and The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration Scale (JSATPNC) developed by Hojat et al. in 1999 and adapted to Turkish by Yildirim et al. in 2005. The data was analysed using SPSS 24.0. Frequency, percentage, average, standard deviation, Kolmogorov Smirnov, Mann Whitney U, Spearman Chi Square, Fisher's Exact tests were used for data analysis.

The score of the 'The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration Scale' for nurses ($50,868 \pm 5,032$) were significantly higher than physicians's score ($48,697 \pm 4,654$) ($p=0,005 < 0,05$). The 'Physician Nurse Collaboration' subscale score ($16,876 \pm 1,702$) of the women nurses were significantly higher than the male nurses's scores ($15,438 \pm 2,128$) ($p=0,009 < 0,05$).

There were no statistically meaningful differences for the scores of "Shared Education", "Nursing Role in Patient Care", "Accountability and Responsibility of Nurses" subscales and for the total score of The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration Scale and scores of subscales according to job type and job experience ($p > 0,05$). In nurse group, there were no statistically meaningful differences for the total score of The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration Scale and scores of "Shared Education", "Nursing Role in Patient Care", "Accountability and Responsibility of Nurses" subscales according to gender and working unit ($p > 0,05$) also score of the 'Physician Nurse Collaboration' subscale according to working unit ($p > 0,05$). In physician group, there were no statistically meaningful differences for the total score of The Jefferson Scale

of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration Scale and scores of subscales according to gender ($p>0,05$).

Nurses agreed with 'Nurses should be accountable to patients for the nursing care they provide', 'Physicians and nurses should contribute to decisions regarding the hospital discharge of patients', 'Nurses should be involved in making policy decisions concerning the hospital support services upon which their work depends', 'Interprofessional relationships between physicians and nurses should be included in their educational programs' items more than physicians. Physicians agreed with 'The primary function of the nurse is to carry out the physician's orders', 'Doctors should be the dominant authority in all health care matters' items more than nurses and there were significant differences between the nurses and the physicians ($p<0,05$). As a result, physician-nurse collaboration were suboptimal and need to improvement.

Key words: Nursing, Surgical Units, Nurse - Physician Collaboration.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iv
BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hekim Hemşire İşbirliğinin Önemi Ve Yararları	3
2.1.1. Hastalar açısından Hekim Hemşire İşbirliğinin Faydaları	3
2.1.2. Sağlık Çalışanları Açısından Hekim Hemşire İşbirliğinin Faydaları	3
2.1.3. Sağlık Kurumları Açısından Hekim Hemşire İşbirliğinin Faydalar	4
2.2. Cerrahi Birimlerde Hekim Hemşire İşbirliğinin Önemi Ve Yararları	4
2.3. Hekim Ve Hemşire İşbirliğini Etkileyen Etkenler	4
2.3.1. Bireysel Etkenler	5
2.3.1.1. Yaş	5
2.3.1.2. Cinsiyet	5
2.3.1.3. İşbirliğine İlişkin Eğitim Farklılığı	5
2.3.1.4. İşbirliği ve İletişim Yeteneği	6
2.3.1.5. Mesleki Yeterlilik	6
2.3.2. Çevresel Etkenler	6

2.3.2.1. Ekip Çalışması	6
2.3.2.2. Rol Belirsizliği, Görevlerin Bilinmemesi	6
2.3.2.3. Hemşire Sayısının Yetersizliği	7
2.3.3. Toplumsal Etkenler	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM	8
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	8
3.2. Araştırmanın Soruları	8
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	8
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	9
3.5. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması	10
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK –1)	10
3.5.2. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası (Bkz. EK – 2)	11
3.6. Etik Konular	12
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	13
3.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	13
3.9. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	13
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	13
4. BULGULAR	15
4.1. Hemşire ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular	15
4.2. Hemşirelerin ve hekimlerin meslek, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, görev yaptığı birim durumlarına göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası'ndan aldıkları toplam ve alt boyut puanlarına ait bulgular	16
4.3. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında yer alan ifadelerle hemşire ve hekimlerin katılma ve katılmama durumuna ait bulgular	26
5. TARTIŞMA	41
5.1. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması	41
5.2. Hemşire ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerinin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması	43

5.3. Hekim ve hemşirelerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında yer alan ifadelere katılma ve katılmama durumlarının tartişılması	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	51
EKLER	55
EK – 1 Kişisel Bilgi Formu	
EK – 2 Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası	
EK – 3 NKÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	
EK – 4 NKÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüęü İzni	
EK – 5 ÇÖMÜ Tıp Fakóltesi Hastanesi Merkez Müdürlüęü İzni	
EK – 6 Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüęü İzni	
EK–7 Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasının Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışmasını Yapan Prof. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu’ndan Alınan İzin	
ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

HHİ:	Hekim Hemşire İşbirliği
HHİS:	Hekim Hemşire İşbirliği Skalası
JSATPNC:	Jefferson Scale Of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration
JHHİS:	Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1** Cerrahi Servis ve Cerrahi Yoğun Bakımlarda Çalışan Toplam Hemşire ve Cerrahi Asistanı Sayılarının, Ulaşılması Gereken Minimum Çalışan Sayılarının ve Ulaşılan Çalışan Sayılarının Kurumlara Göre Dağılımı
- Tablo 2** Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 3** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 4** Hemşirelerde Cinsiyete Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 5** Hekimlerde Cinsiyete Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 6** Hemşirelerin Meslekte Çalışma Süresi Değişkenine Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 7** Hekimlerin Meslekte Çalışma Süresi Değişkenine Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 8** Hemşirelerde Görev Yaptığı Birime Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası

GRAFİKLER DİZİNİ

- Grafik 1** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Bir Hemşire Hekimin Yardımcısından Ziyade İşbirliği Yaptığı Mesai Arkadaşıdır’ İfadesine Katılma Oranları
- Grafik 2** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Yer Alan ‘Hemşireler Hastanın İhtiyaçlarına Psikolojik Görüş Açısı İle Cevap Verecek Şekilde Yetiştirilmişlerdir’ İfadesine Katılma Oranları
- Grafik 3** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hemşirelik ve Tıp Öğrencileri Kendi Rollerini Anlamak İçin Eğitimleri Esnasında Takım Çalışması Yapmalıdırlar’ İfadesine Katılma Oranları
- Grafik 4** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Çalışma Şartlarını İlgilendiren Siyasi Kararlar Alınırken Hemşirelerin Katılımı Sağlanmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları
- Grafik 5** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hastaya Sağlanan Hemşirelik Hizmetlerinden Hemşireler Sorumludur’ İfadesine Katılma Oranları
- Grafik 6** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hekimler ve Hemşireler Arasında Birçok Örtüşen Sorumluluk Alanları Vardır’ İfadesine Katılma Oranları
- Grafik 7** Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Psikolojik Tavsiyeler Ve Hasta Eğitimi Hemşirelerin Özel İhtisas Alanıdır’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 8 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hekimler Bütün Sağlık Konularında Hâkim Otoritedir’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 9 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hastaların Taburcu Kararlarını Verirken Hekim Ve Hemşire Karşılıklı Görüş Alışverişinde Bulunmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 10 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hemşirenin Birincil Görevi Hekimin Emirlerini Yerine Getirmektir’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 11 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Kendi Görev Alanlarını İlgilendiren Hastane Destek Hizmetleri İle İlgili Karar Alınırken Hemşirenin De Katılımı Sağlanmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 12 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Tıbbi Tedavinin Etkilerinin Gözlenmesinde Hemşirenin Sorumluluğu Olmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 13 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hemşire Hekimin Uygulamakla Görevlendirdiği Tedavinin Hasta Üzerinde Olası Zarar Verici Etkilerini Görünce Hekimi Uyarmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 14 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hekimler Hemşirelerle İşbirliği Kuracak Şekilde Eğitilmelidir’ İfadesine Katılma Oranları

Grafik 15 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hemşire Hekim Arasındaki Mesleki İşbirliği Eğitimi Lisans Eğitim Programlarında Da Yer Almalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HEKİMLERİN İŞBİRLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1.GİRİŞ

Hekim hemşire işbirliği, hekim ve hemşirelerin kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için, hasta ile ilgili olarak karşılıklı görüş alışverişinde bulunarak ortak kararlar almaları, sorumlulukları ortak şekilde paylaşarak, sağlık hizmetlerinde bilgi akışını kesintiye uğratmayacak şekilde iletişim kurmaları olarak tanımlanmaktadır (Elsous ve diğ. 2017, Karadağ ve diğ. 2015, Alkoy 2011).

Kaliteli ve etkili bir sağlık hizmetinin sunumunda, farklı alanlarda uzmanlaşmış olan sağlık çalışanları arasında iyi bir ekip çalışması yapılması son derece önemlidir. Hemşire ve hekimler, sağlık hizmetinin sunumunda diğer sağlık profesyonellerine göre aralarında daha iyi bir işbirliği ve iletişim içerisinde çalıştıklarından dolayı, hemşire ve hekimler arasında iyi bir işbirliği olması ve etkili bir ekip çalışması yapılması daha da önemlidir (Elsous ve diğ. 2017, Alkoy 2011).

Hemşire ve hekimler arasında iyi bir işbirliği olması ve etkili bir ekip çalışması gerçekleştirilmesinin, hastalar, sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşları açısından birçok yararları vardır. Etkili bir işbirliği ve ekip çalışması hastalar açısından, kaliteli sağlık hizmeti ve hasta güvenliğinin sağlandığı bir ortamda tedavi ve bakım alınmasını sağlarken, sağlık çalışanlarının ise, stres düzeylerinin azalmasına ve iş doyumlarının artmasına neden olmaktadır. Etkili hekim hemşire işbirliği sağlık kurumları açısından ise, sağlık giderlerinin azalmasını ve hastalar tarafından tercih edilen bir kurum olmayı sağlamaktadır (Hatip 2017, Adebayo ve diğ. 2016, Liao ve diğ. 2015, Wang 2015, Alkoy ve diğ. 2011, Nelson 2008, Topal 2008).

Hekim hemşire işbirliğini etkileyen çevresel, bireysel ve toplumsal faktörler bulunmaktadır. Örneğin; hem hemşire hem de hekimlerin sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli derecede katkıları olmasına karşın, birbirlerinin rollerine saygı

duymamaları hekim hemşire işbirliğinin yapılmasında engel oluşturan bireysel faktörlerdendir (Elsous ve diğ. 2017, İnce 2014). Hekim hemşire işbirliğini engelleyen çevresel faktörler, kurumda sağlık çalışanları arasında hiyerarşik yapının olması, çalışan hemşire sayısının az olması, malzemelerin yetersiz olması şeklinde sıralanabilir (Koraş ve diğ. 2015, Elçigil ve diğ. 2011, Sterchi 2007). Hemşire ve hekimler arasında eğitim farklılıklarının olması ise, hekim hemşire işbirliğini etkileyen toplumsal faktörlerdendir (Mikanowicz 2009).

Hekim hemşire işbirliği geliştirebilir bir durumdur ve geliştirilebilmesi için öncelikle ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşire ve hekimlerin işbirliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hekim Hemşire İşbirliğinin Önemi Ve Yararları

Hekim hemşire işbirliği, hekim ve hemşirelerin kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için, hasta ile ilgili olarak karşılıklı görüş alışverişinde bulunarak ortak kararlar almaları, sorumlulukları ortak şekilde paylaşarak, sağlık hizmetlerinde bilgi akışını kesintiye uğratmayacak şekilde iletişim kurmaları olarak tanımlanmaktadır (Elsous ve diğ. 2017, Lafçı 2016, Alkoy 2011, Erer 2010).

Hekim ve hemşireler arasında etkili bir işbirliği ve iletişim olmasının hastalar, sağlık çalışanları ve sağlık kurumu açısından birçok faydaları vardır.

2.1.1. Hastalar açısından Hekim Hemşire İşbirliğinin Yararları

Hasta güvenliğini tehdit eden olaylarda, sağlık hizmetleri ile ilişkili hatalarda yapılan kök neden analizlerinde, hataların oluşmasında en önemli etkenin sağlık çalışanları arasında var olan etkisiz işbirliği ve iletişim olduğu bilinmektedir (Elsous ve diğ. 2017, Liao ve diğ. 2015, Wang 2015, Nelson 2008). Bu nedenle hemşire ve hekimler arasında mesleki işbirliğinin iyileştirilmesi, hastaların kaliteli tedavi ve bakım hizmeti almalarını sağlayacaktır. Ayrıca mortalite ve morbidite oranları ile hastanede yatış süreleri de kısılacaktır.

2.1.2. Sağlık Çalışanları Açısından Hekim Hemşire İşbirliğinin Faydaları

Etkili bir hekim hemşire işbirliğinin sadece hastalar açısından değil, sağlık çalışanları açısından da birçok yararları vardır. Literatürde, hekim hemşire işbirliğinin daha iyi olmasının birimlerde çalışan hemşire ve hekimlerin daha az stres yaşamalarına ve iş doyumlarının daha fazla olmasına neden olacağı bildirilmektedir (Zhang ve diğ. 2016, Wang 2015, Suter ve diğ. 2012, Top 2012, Nair 2011, Nelson 2008).

2.1.3. Sağlık Kurumları Açısından Hekim Hemşire İşbirliğinin Faydaları

Hekim hemşire işbirliğinin sağlık kurumları içinde, hasta memnuniyetini arttırması, sağlık giderlerini ve maliyetini azaltması, hastalar tarafından tekrar tercih edilen kurum olmayı sağlaması gibi yararları bulunmaktadır (Gürdoğan 2017, Wang 2015, Toprak ve Şahin 2012, Nair 2011, Nelson 2008, Hojat ve diğ. 2003).

2.2.Cerrahi Birimlerde Hekim Hemşire İşbirliğinin Önemi Ve Yararları

Sağlık hizmetlerinde en hızlı gelişmeler cerrahi birimlerde görülmektedir. Bu nedenle; cerrahi birimlerde hemşire ve hekimlerin daha yoğun dikkat, hızlı düşünme ve karar verme, sürekli öğrenme ve dikkatli hasta izlemine gerçekleştirmeleri gerekir. Ayrıca cerrahi birimler, bir stres anında bireylere yardımcı olmayı gerektirir. Cerrahi birimlerin tüm bu özelliklerinden dolayı, bu birimlerde hekim ve hemşireler arasında iyi bir işbirliğinin olması önemlidir (Karadakovan ve Eti-Aslan 2011). Literatürde tıbbi hataların en sık olarak cerrahi birimlerde görüldüğü, bu hataların en önemli nedeni olarak hekim ve hemşire arasında işbirliği ve iletişimde yaşanan sorunlar olduğu bildirilmektedir (Boztepe ve Terzioğlu 2015, Liao ve diğ. 2015, Manisalı 2013).

Hem hemşirelerin hem hekimlerin mesleki anlamda bilgili, becerili ve yeterli olmaları, birbirlerine olan saygı ve güvenlerini etkilemektedir. Eğer bu saygı ve güven ortamı hekim ve hemşireler arasında oluşturulabilirse, hekim hemşire işbirliği düzeyleri de artış gösterir (Adebayo ve diğ. 2016, Boztepe ve Terzioğlu 2015).

2.3.Hekim Ve Hemşire İşbirliğini Etkileyen Etkenler

Hemşire ve hekimler, hastalar için en iyi tedavi ve bakımın sağlanmasında, ortak hedefleri olan sağlık ekibinin en önemli üyelerindedir. Hem hekimler hem hemşireler, hastalar için önemli katkılar sağlamaktadırlar; ancak literatürde hekim ve

hemşire arasındaki işbirliğinde bazı aksamaların olduğu, işbirliği düzeylerinin çeşitli etkenler nedeniyle, yetersiz olduğu bildirilmektedir. Hekim hemşire işbirliğini etkileyen etkenler; bireysel, çevresel ve toplumsal etkenler olarak sınıflandırılabilir (Ward ve diğ. 2008).

2.3.1. Bireysel Etkenler

2.3.1.1. Yaş

Yaş ile birlikte mesleki deneyimin artmasına bağlı olarak, hemşire ve hekimler arasında işbirliği düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (Wang 2015). Sterchi ve arkadaşlarının çalışmasında ise, hekimlerin mesleki deneyimlerinin artmasıyla işbirliğine ilişkin tutumlarının arttığı; fakat hemşirelerin mesleki deneyimlerinin artmasıyla işbirliğine ilişkin tutumlarının azaldığını bildirilmektedir (Sterchi 2007).

2.3.1.2. Cinsiyet

Cinsiyet de, yaş gibi hekim hemşire işbirliğini etkileyen faktörlerdendir. Hemşirelerin çoğunlukla kadın, cerrahi birimlerde çalışan hekimlerin ise, çoğunlukla erkek olduğu düşünüldüğünde, cinsiyetin hekim hemşire işbirliği üzerinde etkili bir faktör olduğu anlaşılabilir (McGibbon ve diğ. 2010).

2.3.1.3. İşbirliğine İlişkin Eğitim Farklılığı

Mevcut eğitim sisteminde, sağlık çalışanları birbirlerinin görev, yetki, sorumluluk ve rollerini bilmeden, birbirlerinden bağımsız eğitim programlarında yetiştirilmektedir. Öğrenciler mezun olarak profesyonel anlamda birlikte çalışana kadar işbirliği deneyimi yaşayamamaktadırlar. Öğrencilerin gelecekte iyi bir işbirliği ve ekip çalışması yaparak, etkili bir şekilde çalışmalarını için gerekli bilgi, beceri ve tutumları daha öğrencilik yıllarından itibaren öğrenmeleri gerekmektedir (Gürsoy ve diğ. 2017, Boztepe ve Terzioğlu 2015, Liaw 2014).

2.3.1.4. İşbirliği ve İletişim Yeteneği

İşbirliği ve iletişim yeteneği değerlerden, beklentilerden, kültür farklılıklarından, cinsiyetten ve kuşak farklılıklarından etkilenebilen ve eğitim ile geliştirilebilen kişisel özelliklerdir. Bu yeteneğin geliştirilmesi için hemşirelik ve tıp eğitimlerinde, işbirliğine ilişkin ortak eğitimlerin verilmesi ile sağlanabileceği düşünülmektedir (Karadağ ve diğ. 2015, Liaw 2014).

2.3.1.5. Mesleki Yeterlilik

Hemşireler, hekimlere göre, hastayla daha fazla zaman geçiren, onları daha fazla gözleme fırsatına sahip olan, eğitilmiş kişiler olmalarına karşın, çoğu zaman hekimlerin hasta bakımı ve tedavisine ilişkin hemşirelerin görüşlerini dikkate almamaları, hemşirelerin görüşlerini daha az bildirmelerine neden olmaktadır, ancak hemşirelerin, hasta bakımına ilişkin bilgi, beceri ve deneyimlerini sağlık ekibi ile paylaşmaları durumunda zamanla hekimlerin hemşirelere bakış açısı değişecek ve hekimlerin hemşirelere duydukları güven ve saygıyı arttıracaktır. (Adebayo ve diğ. 2016, Boztepe ve Terzioğlu 2015, Karahan 2007).

2.3.2 Çevresel Etkenler

2.3.2.1. Ekip Çalışması

İşbirliği, bu sürecin önemli bir bileşenidir. Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması, hastaya ilişkin ortak hedeflere ulaşabilmek için sağlık çalışanları tarafından bilinçli bir şekilde gerçekleştirilen bir süreçtir ve hemşire-hekimler sağlık ekibinin en önemli üyeleridir. Hemşire ve hekim arasındaki etkisiz ve yetersiz işbirliği tıbbi hataların oluşmasında önemli rol oynamaktadır (Elsous ve diğ. 2017, Lafçı ve diğ. 2016, Boztepe ve Terzioğlu 2015, Liao ve diğ. 2015, Li 2013, Alkoy ve diğ. 2011, Moroğlu 2007).

2.3.2.2. Rol Belirsizliği, Görevlerin Bilinmemesi

Cerrahi birimlerde, çok önemli rolleri ve katkıları bulunan hekim ve hemşirelerin rollerinin hem hemşireler hem hekimler tarafından bilinmesi mesleki bir

zorunluluktur. Aynı zamanda, hekim ve hemşirelerin birbirlerinin rollerini bilmeleri, karşılıklı güven ve saygı ortamının oluşturulmasında, açık ve etkili iletişim ve işbirliğinin kurulmasında önemlidir. Hekim ve hemşirelerin birbirlerinin rol ve sorumluluklarını bilmemeleri, rol çatışmalarına ve aralarındaki işbirliğinin yetersiz olmasına neden olmaktadır. (Temel 2017, Boztepe ve Terzioğlu 2015, Kale ve Tinkılıç 2015, Koraş ve diğ. 2015, Alkoy ve diğ. 2011).

2.3.2.3. Hemşire sayısının yetersizliği

Hemşire sayısının yetersizliği, hekim ve hemşirelerin işbirliğini olumsuz yönde etkilerken, kötü hekim hemşire işbirliği nedeniyle, iş doyumuna ulaşamayan ve stres düzeyleri yükselen hemşireler işten ayrılarak hemşire sayısının yetersizliğinin artmasına neden olmaktadır (Halter ve diğ. 2017).

2.3.3. Toplumsal Etkenler

Hemşirelik ve tıp öğrencileri, üniversite eğitimlerine hemşire ve hekimlere ilişkin toplumsal yargılar ile başlarlar. Eğitimleri bitip profesyonel olarak birlikte çalışmaya başlamadan önce birbirlerinin rollerini ve sorumluluklarını bilememektedirler. (Liaw 2014). Hemşirelerin halen standart bir eğitimin olmaması, kadınlara özgü bir meslek olarak görülmesi, hemşirelerin toplum içindeki konumlarının düşük algılanmasına neden olmakta; hemşire ve hekimlik mesleklerine toplumdaki farklı bakış açıları, hekim ve hemşirelerinin işbirliği düzeylerini de olumsuz etkileyebilmektedir (Kara 2005).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşire ve asistan hekimlerin işbirliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2.Araştırmanın Soruları

S₁: Hemşire ve hekimlerin işbirliğine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?

S₂: Hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır ?

S₃: Hekimlerin mesleki deneyimlerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır ?

S₄: Hemşirelerin cinsiyete göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?

S₅: Hekimlerin cinsiyete göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olmak üzere toplam 3 üniversite hastanesinde, cerrahi yoğun bakım ve cerrahi servislerde 19.03.2016-01.02.2017 tarihleri arasında toplandı. Hemşire ve hekimlere çalışmanın amacı, veri toplama işleminin nasıl yapılacağı ve ne kadar süreceği, çalışmanın sağlayacağı yarar ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı gibi konularda gerekli açıklamalar yapıldı.

Cerrahi birimlerde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşire ve cerrahi asistan hekimlerinin, soru formlarını bireysel olarak doldurmaları sağlandı, verilerin toplanması sırasında zaman sınırlaması konulmadı ve doldurulan formlar geri alındı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 3 üniversite hastanesinde cerrahi servis ve cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşire ve cerrahi asistan hekimlerini içeren 227 çalışan oluşturmaktadır. %95 güven aralığında, $\pm 5\%$ örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 142,92 olarak hesaplandı. En az örneklem büyüklüğü 143 kişi olarak belirlendi. Araştırma sonucunda ulaşılan çalışan sayısı 195 kişi idi. Evrenin % 86' sına ulaşıldı.

Gerçekleşme oranları $p = 50\%$; $p = 50\%$ olarak dikkate alınmıştır.

n: örnekleme alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

q:İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatası

$$n = \frac{(227)(1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (227 - 1) + (1,96)^2 (0,5)(0,5)} = 142,92 \text{ olarak hesaplanmıştır.}$$

Evrenden örneklem seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Saptanan alt tabakalardan örneklem seçimi ise basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapıldı (Tablo 1).

Tablo 1 Cerrahi Servis Ve Cerrahi Yoğun Bakımlarda Çalışan Toplam Hemşire ve Cerrahi Asistanı Sayılarının, Ulaşılması Gereken Minimum Çalışan Sayılarının ve Ulaşılan Çalışan Sayılarının Kurumlara Göre Dağılımı

		Mevcut hekim ve hemşire sayısı	Alınması gereken hekim ve hemşire sayısı	Ulaşılan hekim ve hemşire sayısı
Namık Kemal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi	Cerrahi servis hemşiresi	13	8	13
	Cerrahi yoğun bakım hemşiresi	7	4	7
	Cerrahi asistan	14	9	14
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Cerrahi servis hemşiresi	62	39	62
	Cerrahi yoğun bakım hemşiresi	21	13	21
	Cerrahi asistan	55	35	32
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Cerrahi servis hemşiresi	15	9	15
	Cerrahi yoğun bakım hemşiresi	11	7	11
	Cerrahi asistan	30	19	20
Toplam		227	143	195

3.5. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Araştırmada; çalışanların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ve Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası (JHHİS) kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK –1)

Kişisel Bilgi Formu, literatür doğrultusunda hazırlanan (Elsous ve diğ. 2017, Franco ve diğ. 2017, Adebayo ve diğ. 2016, Plummer ve Copnell 2016, Wang ve diğ.

2015, Liaw ve diğ. 2014, Johnson&Kring 2012, Alkoy ve diğ. 2011, Sayed ve diğ. 2011) hemşirelerin ve cerrahi asistanlarının yaş, cinsiyet, görev yaptığı birim, meslekte çalışma süreleri gibi soruları içermektedir.

3.5.2. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası (Bkz. EK – 2)

Hojat ve Herman tarafından 1985 yılında geliştirilen, Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası, Yıldırım ve diğerleri tarafından, 2006 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. 4 alt boyuttan, 15 maddeden oluşan ve 4'lü likert tipinde olan ölçek, hastaların bakım ve tedavisinde, sorumlulukların paylaşımı, işbirliği içinde karar verme, rol beklentileri, otorite, otonomi ve ortak eğitim konularında, hemşire ve hekimlerin tutumlarını değerlendirmektedir (Özkaraca 2009, Yıldırım ve diğ. 2006, Hojat ve diğ. 1985). Ölçek alt boyutları şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Hekim hemşire işbirliği (1,4,8,9,10 nolu ifadeler)
2. Ortak eğitim (11,13,14,15 nolu ifadeler)
3. Hasta bakımında hemşirelik hizmetleri (2,3,7 nolu ifadeler)
4. Hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu (5,6,12 nolu ifadeler)

Ölçeğin 8 ve 10. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60; en düşük puan 15'tir. Alınan puan yükseldikçe, hemşire ve hekimlerin, hekim hemşire işbirliği açısından daha olumlu tutumlara sahip oldukları düşünülmektedir.

Ölçeğin '**hekim hemşire işbirliği**' alt boyutundan en yüksek 20 ve en düşük 5 puan alınabilmektedir. Bu alt boyut hemşire ve hekimlerin işbirliği düzeylerine ilişkin bilgi vermekte ve alınan puanlar yükseldikçe, hekim hemşire işbirliğine ilişkin tutumların daha olumlu olduğu düşünülmektedir.

'**Ortak eğitim**' alt boyutundan en yüksek 16 ve en düşük 4 puan alınabilmektedir. Bu alt boyuttan alınan puanların yüksek olması, hemşire ve

hekimlerin, işbirliğine ilişkin olarak birlikte eğitilmeleri durumunda, daha iyi bir hekim hemşire işbirliği gerçekleştirilebileceğini düşündüklerini göstermektedir.

‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutundan en yüksek 12 ve en düşük 3 puan alınabilmektedir. Bu alt boyuttan alınan puanlar yükseldikçe, hemşire ya da hekimin, hastaya psikososyal destek verilmesine ve hasta eğitimine hemşirelerin sağladığı katkının önemli olduğuna inandıklarını göstermektedir.

‘Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu’ alt boyutundan en yüksek 12 ve en düşük 3 puan alınabilmektedir. Bu alt boyuttan alınan puanlar yükseldikçe, hemşire ve hekimlerin; hemşirelerin sunulan sağlık hizmetlerinde sorumluluk almaları ve hesap verebilir olmaları konusunda tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Yıldırım ve diğerlerinin araştırmasında; hemşire ve hekimlerin Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,75 ve 0,71 olarak, bu çalışmada ise sırasıyla 0,827 ve 0,753 olarak bulundu.

3.6. Etik Konular

Araştırmanın yapılabilmesi için Namık Kemal Üniversitesi Etik Kurulu'ndan protokol no: 2016/38/03/02 (Bkz. EK-3), Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğünden (Bkz. EK-4), Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden (Bkz. EK-5) ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğünden (Bkz. EK-6) gerekli izinler alındı. Gönüllülük ilkesi doğrultusunda, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire ve hekimlerden, araştırmaya ilişkin gerekli bilgiler verildikten sonra onay alındı. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasının kullanılabilmesi için, ölçeğin Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu'ndan da gerekli izin alındı (Bkz. EK-7).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler (Statistical Package for Social Sciences) SPSS 24.0 İstatistik paket programı ile, değerlendirildi. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı analizlerin yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare Testi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, iki grup olduğu, ve normal dağılım olmadığı için, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Ayrıca ölçeğin, hemşire ve hekim grubunun Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ❖ 18 yaş üzeri olmak
- ❖ Yataklı cerrahi birimlerde en az bir yıldır, en çok 6 yıldır çalışıyor olmak
- ❖ Türkçe konuşabiliyor olmak

3.9. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- ❖ Cerrahi branşlarda çalışmıyor olmak
- ❖ Başka hastaneden rotasyona gelen hekim olmak
- ❖ Cerrahi servislerde ve cerrahi yoğun bakımlarda sorumlu hemşire olarak çalışmak

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Tekirdağ, Çanakkale ve Edirne illerinde yer alan üç üniversite hastanesinin cerrahi yoğun bakımı ve cerrahi servisleri ile sınırlıdır. Araştırma, doğum izninde ve yıllık izinde olan, çalışmaya katılmayı kabul edip iş

yoğunluğundan anketi tamamlayamayan hemşire ve hekimlerin dışında örnekleme oluşturan hemşire ve hekimlerin yanıtları ile sınırlıdır. Sonuçların örnekleme grubundaki hastanelerin tüm birimlerinde ve ülke çapında genellenmesi mümkün değildir.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı, örnekleme grubunda hekim ve hemşire dağılımlarının orantısız olmasıdır (Hekim/Hemşire= 1/1,95). Bulguların bu sınırlılık çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde hekim ve hemşireler ile yapılan benzer çalışmalarda, hekim/hemşire oranlarının orantısız olduğu (Elsous ve diğ. 2017, Franco ve diğ. 2017, Adebayo ve diğ. 2016, Caricati ve diğ. 2016, Suryanto ve diğ. 2016, Nair ve diğ. 2012, Hansson ve diğ. 2010) ve hemşirelerin araştırmaya katılım oranlarının hekimlerden daha fazla olduğu bildirilmiştir. Araştırmaya katılmayı tercih edenlerin, hekim hemşire işbirliğini daha fazla önemsedikleri düşünülebilir.

4. BULGULAR

1. Hemşire ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular
2. Hemşirelerin ve hekimlerin meslek, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, görev yaptığı birim durumlarına göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında aldıkları toplam ve alt boyut puanlarına ait bulgular
3. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında yer alan ifadeler hekim ve hemşirelerin katılma ve katılmama durumuna ait bulgular olmak üzere üç başlıkta değerlendirildi.

4.1. Hemşire ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular

Tablo 2 Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=195)

		Hemşire		Hekim	
		N	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	113	87,6	20	%30,3
	Erkek	16	12,4	46	%69,7
Meslekte çalışma süresi	13 ay – 3 yıl	48	37,2	33	%50
	4 -6 yıl	81	62,8	33	%50
Görev yaptığı birim*	Cerrahi birim	89	69	–	–
	Cerrahi yoğun bakım	40	31	–	–
Toplam		129	100	66	100

* Bu soru sadece hemşireler tarafından yanıtlanmıştır.

Örneklem grubunun % 33,8'ini (n=66) cerrahi asistanları, % 66,2'sini (n=129) cerrahi servis ve cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşireler oluşturdu. Örneklem grubunun yaş ortalaması 28,04±3,688 olarak bulundu. Hekimlerin yaş ortalaması 29,110±3,029 iken; hemşirelerin yaş ortalaması 27,490±3,881 idi. Hemşirelerin %87,6'sı (n=113) kadın, hekimlerin ise % 69,7 'si (n=46) erkekti. Hekimlerin %50'si (n=33) 13 ay-3 yıl arasında, %50'sininde (n=33) 4-6 yıl arasında mesleki deneyime sahip iken, hemşirelerin %62,8'inin (n=81) 4-6 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğu belirlendi. Hemşirelerin % 69'u (n=89) cerrahi birimlerde görev alırken; %31'inin de (n=40) cerrahi yoğun bakımda görev aldığı belirlendi (Tablo 2).

4.2. Hemşirelerin ve hekimlerin meslek, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, görev yaptığı birim durumlarına göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası'ndan aldıkları toplam ve alt boyut puanlarına ait bulgular

Tablo 3 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Hemşire (n=129) Ort. ± Ss	Hekim (n=66) Ort. ± Ss	Min.	Max.	MW	p
'Hekim Hemşire İşbirliği' alt boyutu puan ortalaması	16,698 ± 1,814	15,030 ± 1,745	10	20	2117,500	0,000
'Ortak Eğitim' alt boyutu puan ortalaması	14,240 ± 1,740	14,000 ± 1,823	9	16	4003,000	0,483
'Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri' alt boyutu puan ortalaması	9,752 ± 1,606	9,758 ± 1,359	6	12	4232,000	0,946
'Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları' alt	10,178 ± 1,360	9,909 ± 1,321	6	12	3781,000	0,189

boyutu puan ortalaması

'Hekim Hemşire İşbirliği Skalası' toplam puan ortalaması	50,868 ± 5,032	48,697 ± 4,654 35	60	3212,000	0,005
---	----------------	-------------------	----	----------	--------------

Hemşire ve hekimlerin 'hekim hemşire işbirliği' alt boyutunda puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=2117,500; p=0,000<0,05). Hemşirelerin 'hekim hemşire işbirliği' alt boyut puan ortalamaları 16,698±1,814, hekimlerin 'hekim hemşire işbirliği' alt boyut puan ortalamalarından 15,030±1,745 anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 3).

Hemşire ve hekimlerin; 'ortak eğitim' alt boyut puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=4003,000; p=0,483>0,05). Hemşirelerin 'ortak eğitim' alt boyut puan ortalamaları 14,240±1,740, hekimlerin 'ortak eğitim' alt boyut puan ortalamaları 14,000±1,823 olarak bulundu (Tablo 3).

Hemşire ve hekimlerin; 'hasta bakımında hemşirelik hizmetleri' alt boyut puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=4232,000; p=0,946>0,05). Hemşirelerin 'hasta bakımında hemşirelik hizmetleri' alt boyut puan ortalamaları 9,752±1,606, hekimlerin 'hasta bakımında hemşirelik hizmetleri' alt boyut puan ortalamaları 9,758±1,359 olarak bulundu (Tablo 3).

Hemşire ve hekimlerin; 'hesap verme ve hemşirenin sorumlulukları' alt boyut puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney

U=3781,000; p=0,189>0,05). Hemşirelerin ‘hesap verme ve hemşirenin sorumlulukları’ alt boyut puan ortalamaları 10,178 ±1,360, hekimlerin ‘hesap verme ve hemşirenin sorumlulukları’ alt boyut puan ortalamaları 9,909 ±1,321 olarak bulundu (Tablo 3).

Hemşire ve hekimlerin ‘Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=3212,000; p=0,005<0,05). Hemşirelerin ‘Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalamaları (50,868±5,032), hekimlerin ‘Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalamalarından (48,697±4,654) anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 3).

Tablo 4 Hemşirelerde Cinsiyete Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Ort.	Ss	MW	p
‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	16,876	1,702	544,500	0,009
	Erkek	15,438	2,128		
‘Ortak Eğitim’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	14,274	1,738	816,000	0,517
	Erkek	14,000	1,789		
‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	9,673	1,595	693,500	0,125
	Erkek	10,313	1,621		
‘Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	10,159	1,373	864,000	0,769
	Erkek	10,313	1,302		
‘Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalaması	Kadın	50,982	5,078	799,500	0,454
	Erkek	50,063	4,768		

Hemşirelerde ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney $U=544,500$; $p=0,009<0,05$). Kadınların ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puanları ($16,876\pm 1,702$), erkeklerin ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puanından ($15,438\pm 2,128$) yüksek bulundu (Tablo 4).

Hemşirelerde ‘Ortak Eğitim’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=816,000$; $p=0,517>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerde ‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=693,500$; $p=0,125>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerde ‘Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=864,000$; $p=0,769>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerde ‘Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=799,500$; $p=0,454>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5 Hekimlerde Cinsiyete Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası
Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Ort.	Ss	MW	p
‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	15,400	1,392	374,500	0,226
	Erkek	14,870	1,869		
‘Ortak Eğitim’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	13,600	1,729	363,000	0,163
	Erkek	14,174	1,854		
‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	9,650	1,461	430,500	0,674
	Erkek	9,804	1,327		
‘Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları’ alt boyutu puan ortalaması	Kadın	10,000	1,170	454,000	0,931
	Erkek	9,870	1,392		
‘Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalaması	Kadın	48,650	4,626	374,500	0,226
	Erkek	48,717	4,717		

Hekimlerde ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=374,500; p=0,226>0,05) (Tablo 5).

Hekimlerde ‘Ortak Eğitim’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=363,000; p=0,163>0,05) (Tablo 5).

Hekimlerde ‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda

ortalamlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=430,500$; $p=0,674>0,05$) (Tablo 5).

Hekimlerde ‘Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları’ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=454,000$; $p=0,931>0,05$) (Tablo 5).

Hekimlerde ‘Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=374,500$; $p=0,226>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6 Hemşirelerin Meslekte Çalışma Süresi Değişkenine Göre Jefferson

Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=129)

	13 ay- 3 yıl	4- 6 yıl	MW	P
‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyutu puan ortalaması	16,563 ± 1,901	16,778 ± 1,768	456,000	0,250
‘Ortak Eğitim’ alt boyutu puan ortalaması	14,354 ± 1,657	14,173 ± 1,794	506,000	0,611
‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutu puan ortalaması	9,938 ± 1,681	9,642 ± 1,560	527,000	0,819
‘Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları’ alt boyutu puan ortalaması	10,396 ± 1,28	10,049 ± 1,396	522,000	0,765
‘Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalaması	51,250 ± 4,905	50,642 ± 5,122	532,500	0,877

Hemşirelerin; 'hekim hemşire işbirliği' alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=456,000; p=0,495 >0,05) (Tablo 6).

Hemşirelerin; 'ortak eğitim' alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=506,000; p=0,617 >0,05) (Tablo 6).

Hemşirelerin; 'hasta bakımında hemşirelik hizmetleri' alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=527,000; p=0,280 >0,05) (Tablo 6).

Hemşirelerin; 'hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu' alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=522,000; p=0,241 >0,05) (Tablo 6).

Hemşirelerin; 'Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası' hekim hemşire işbirliği skalası' toplam puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=532,500; p=0,561 >0,05) (Tablo 6).

Tablo 7 Hekimlerin Meslekte Çalışma Süresi Değişkenine Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=66)

	13 ay- 3 yıl	4- 6 yıl	MW	P
Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyutu puan ortalaması	15,303 ± 1,741	14,758 ± 1,733	456,000	0,250
Ortak Eğitim’ alt boyutu puan ortalaması	13,909 ± 1,826	14,091 ± 1,843	506,000	0,611
‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutu puan ortalaması	9,697 ± 1,358	9,818 ± 1,380	527,000	0,819
‘Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları’ alt boyutu puan ortalaması	9,970 ± 1,287	9,849 ± 1,372	522,000	0,765
‘Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalaması	48,879 ± 4,662	48,515 ± 4,711	532,500	0,877

Hekimlerin ‘hekim hemşire işbirliği’ alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=456,000; p=0,250 >0,05) (Tablo 7).

Hekimlerin; ‘ortak eğitim’ alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=506,000; p=0,611 >0,05) (Tablo 7).

Hekimlerin; ‘hasta bakımında hemşirelik hizmetleri’ alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=527,000; p=0,819 >0,05) (Tablo 7).

Hekimlerin; ‘hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu’ alt boyut puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=522,000; p=0,765 >0,05) (Tablo 7).

Hekimlerin; ‘Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=532,500; p=0,877 >0,05) (Tablo 7).

Tablo 8 Hemşirelerde Görev Yaptığı Birime Göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası

		Ort.	Ss	MW	p
‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyutu puan ortalaması	Cerrahi servis	16,933	1,711	1438,500	0,077
	Cerrahi yoğun bakım	16,175	1,947		
‘Ortak Eğitim’ alt boyutu puan ortalaması	Cerrahi servis	14,236	1,815	1774,500	0,977
	Cerrahi yoğun bakım	14,250	1,581		
‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutu puan ortalaması	Cerrahi servis	9,674	1,543	1583,500	0,308
	Cerrahi yoğun bakım	9,925	1,745		
‘Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumlulukları’ alt boyutu puan ortalaması	Cerrahi servis	10,124	1,364	1691,000	0,641
	Cerrahi yoğun bakım	10,300	1,363		
‘Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalaması	Cerrahi servis	50,966	4,971	1745,000	0,858
	Cerrahi yoğun bakım	50,650	5,221		

Hemşirelerin; ‘hekim hemşire işbirliği’ alt boyut puan ortalamalarının görev yaptığı birime değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=1438,500$; $p=0,495 >0,05$) (Tablo 8).

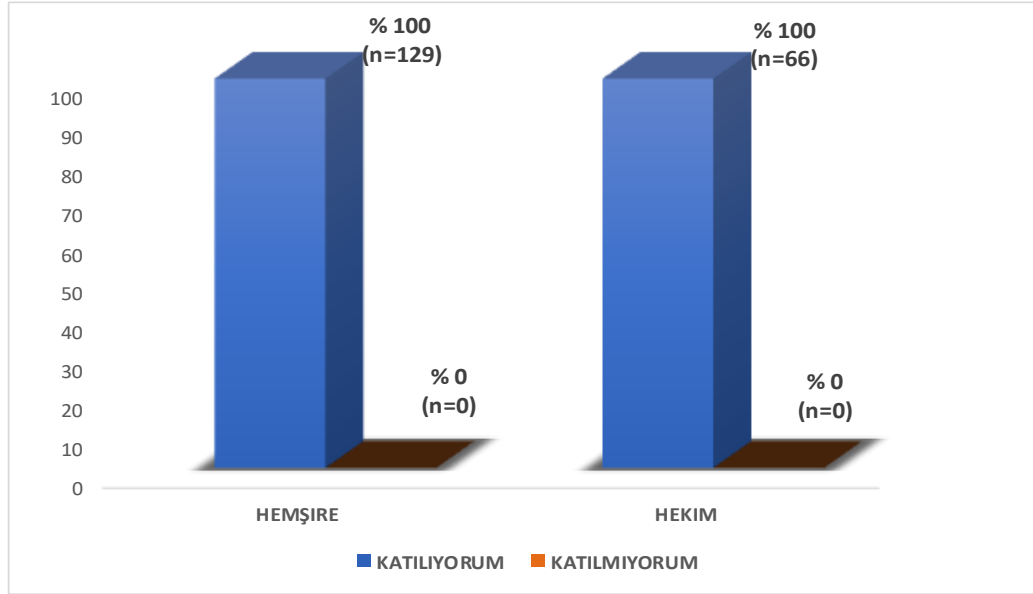
Hemşirelerin; ‘ortak eğitim’ alt boyut puan ortalamalarının görev yaptığı birime değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=1774,500$; $p=0,617 >0,05$) (Tablo 8).

Hemşirelerin; ‘hasta bakımında hemşirelik hizmetleri’ alt boyut puan ortalamalarının görev yaptığı birime değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=1583,500$; $p=0,280 >0,05$) (Tablo 8).

Hemşirelerin; ‘hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu’ alt boyut puan ortalamalarının görev yaptığı birime değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=1691,000$; $p=0,241 >0,05$) (Tablo 8).

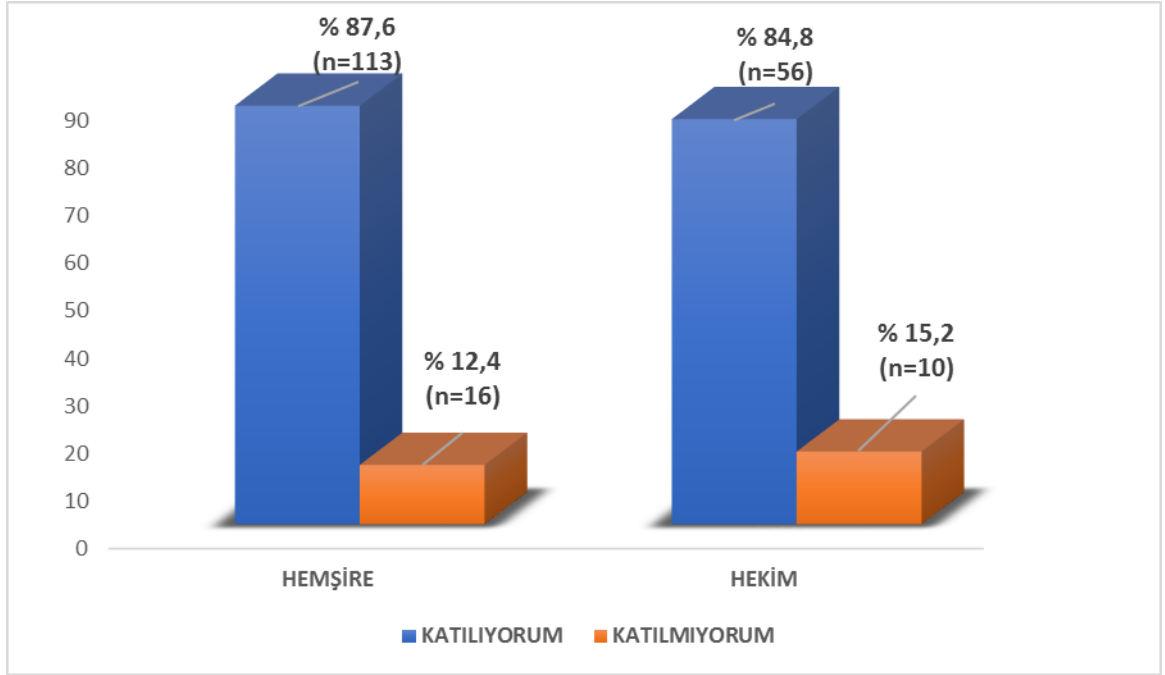
Hemşirelerin; ‘Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası’ toplam puan ortalamalarının görev yaptığı birime göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney $U=1745,000$; $p=0,561 >0,05$) (Tablo 8).

4.3. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan İfadelere Hemşire ve Hekimlerin Katılma ve Katılmama Durumuna Ait Bulgular



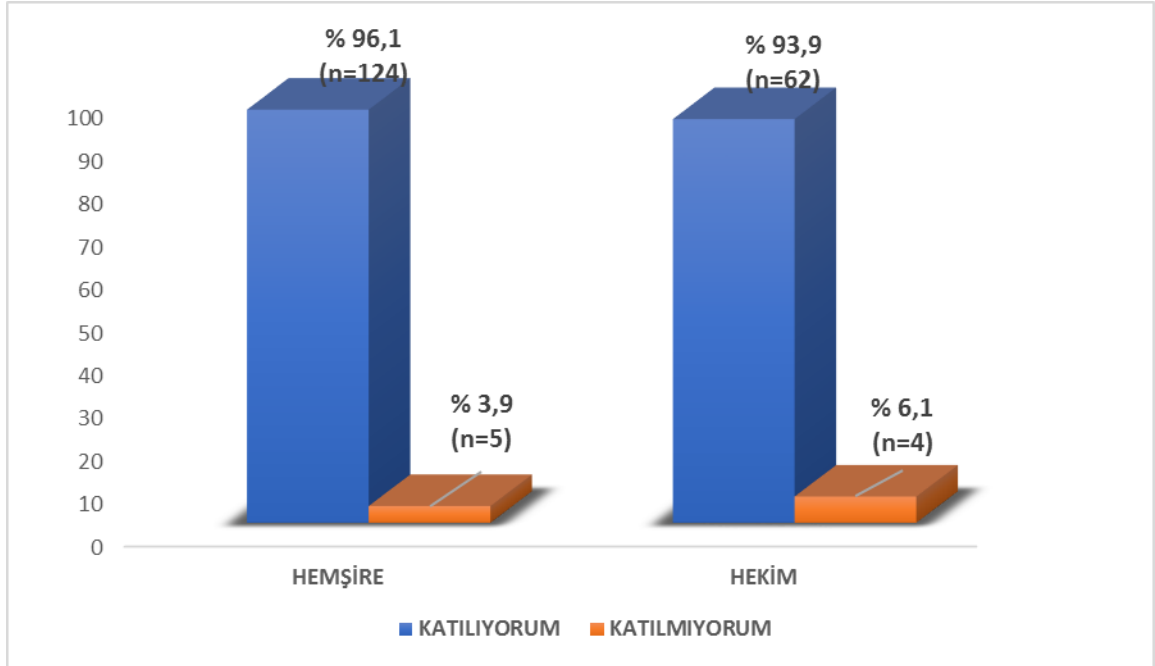
Grafik 1 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Bir Hemşire Hekimin Yardımcısından Ziyade İşbirliği Yaptığı Mesai Arkadaşdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Bir hemşire hekimin yardımcısından ziyade işbirliği yaptığı mesai arkadaşdır’ ifadesi açısından hemşireler ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=0,751$; $p=0,244>0.05$). Hemşirelerin %100’ü ($n=129$) ve hekimlerin %100’ü ($n=66$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 1).



Grafik 2 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası Yer Alan ‘Hemşireler Hastanın İhtiyaçlarına Psikolojik Görüş Açısı İle Cevap Verecek Şekilde Yetiştirilmişlerdir’ İfadesine Katılma Oranları

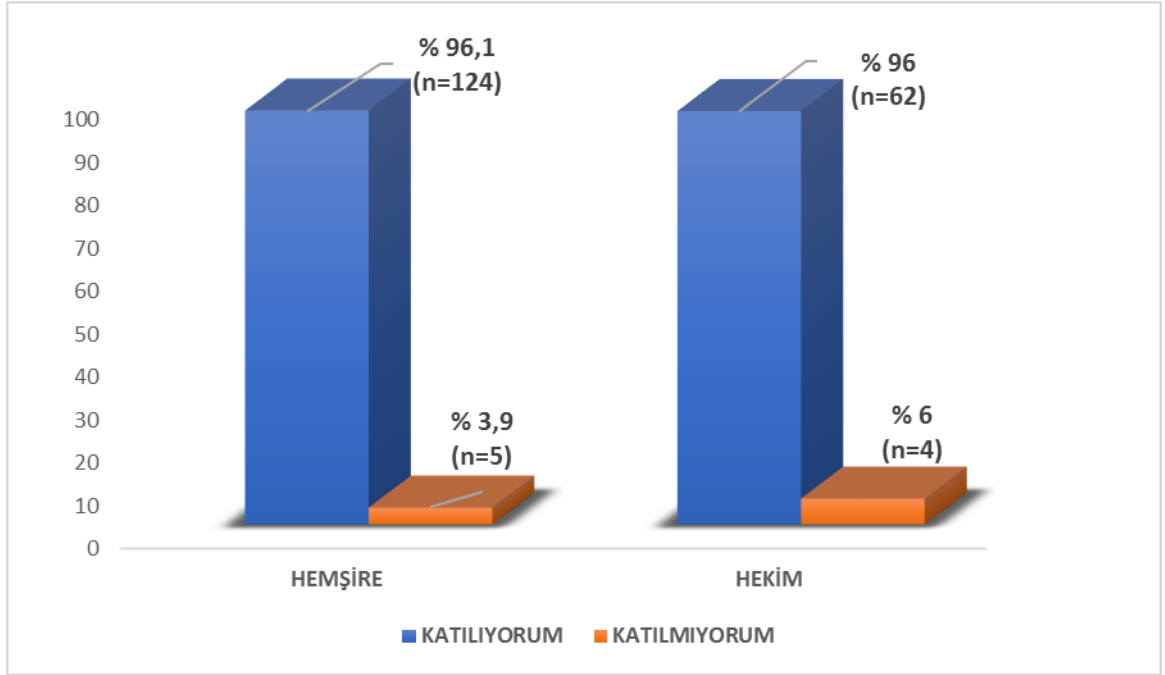
‘Hemşireler hastanın ihtiyaçlarına psikolojik görüş açısı ile cevap verecek şekilde yetiştirilmişlerdir’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=0,288$; $p=0,866>0.05$). Hemşirelerin %87,6’sı (n=113), hekimlerin %84,8’i (n=56) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 2).



Grafik 3 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında

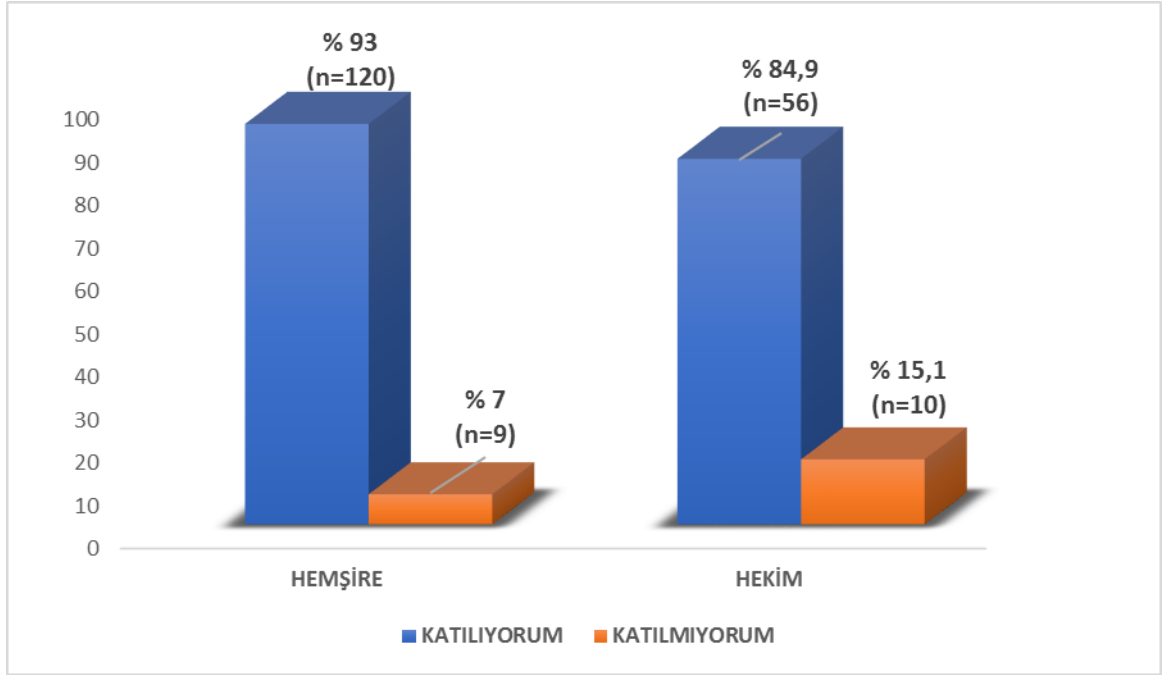
Yer Alan ‘Hemşirelik ve Tıp Öğrencileri Kendi Rollerini Anlamak İçin Eğitimleri Esnasında Takım Çalışması Yapmalıdırlar’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hemşirelik ve tıp öğrencileri kendi rollerini anlamak için eğitimleri esnasında takım çalışması yapmalıdırlar’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=2,120$; $p=0,347>0.05$). Hemşirelerin %96,1’i ($n=124$), hekimlerin %93,9’u ($n=62$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 3).



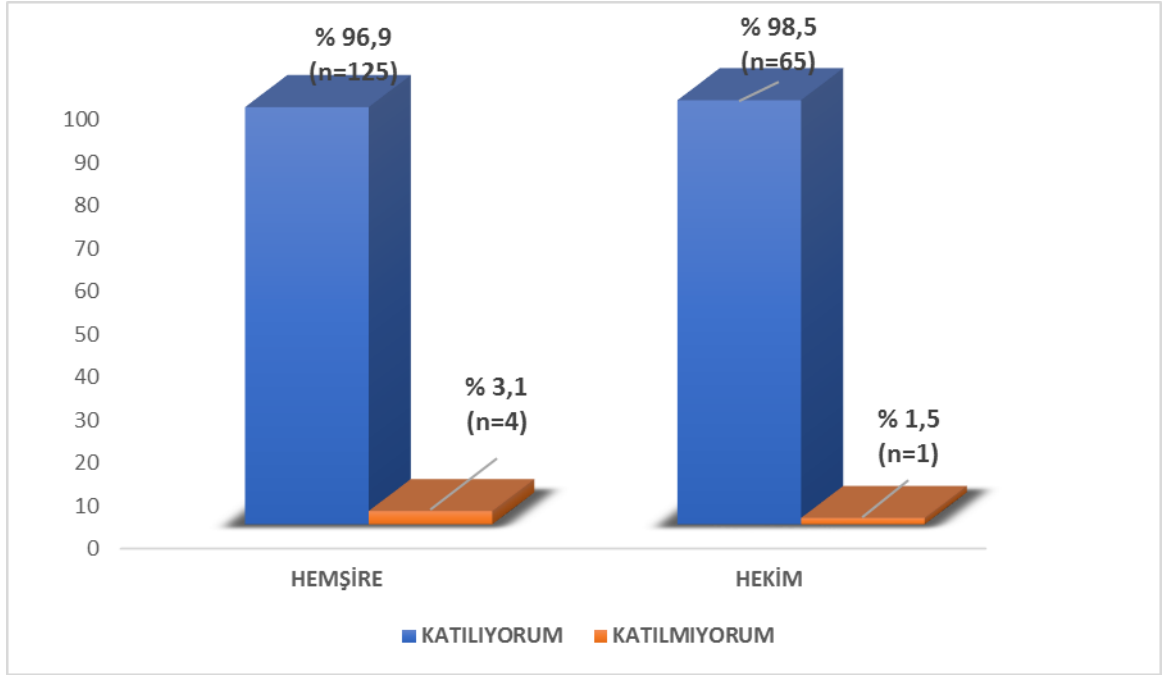
Grafik 4 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Çalışma Şartlarını İlgilendiren Siyasi Kararlar Alınırken Hemşirelerin Katılımı Sağlanmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Çalışma şartlarını ilgilendiren siyasi kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=5,974$; $p=0,113>0,05$). Hemşirelerin %96,1’i ($n=124$), hekimlerin %96’sı ($n=62$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 4).



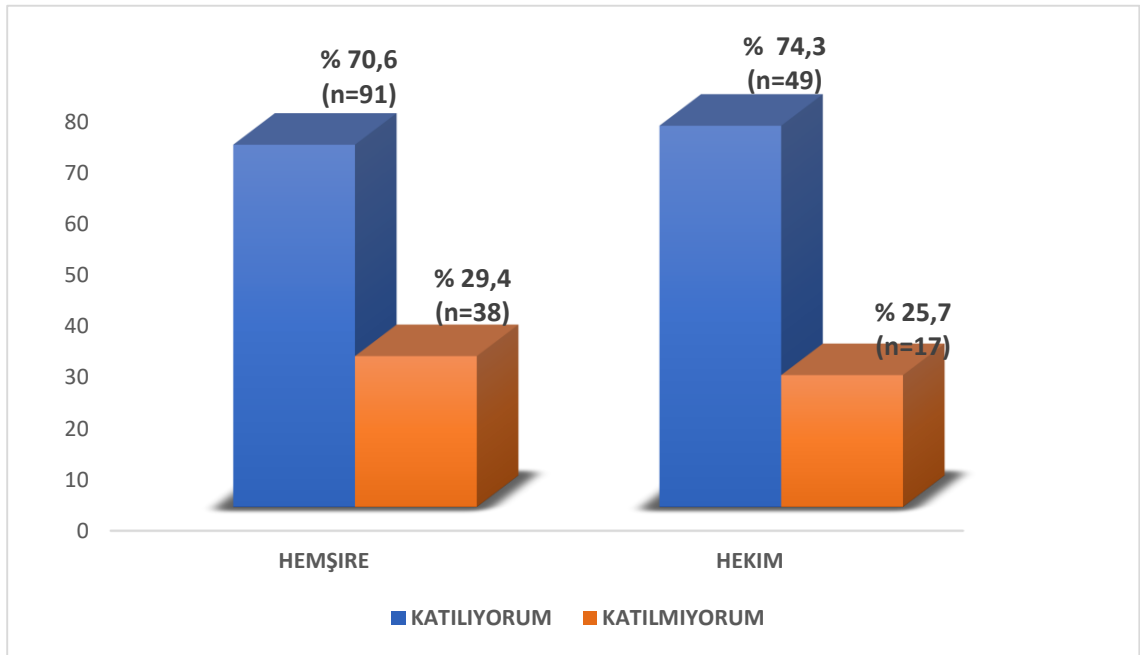
Grafik 5 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hastaya Sağlanan Hemşirelik Hizmetlerinden Hemşireler Sorumludur’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden hemşireler sorumludur’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=8,831$; $p=0,032<0.05$). Hemşirelerin %93’ü ($n=120$), hekimlerin %84,9’u ($n=56$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 5).



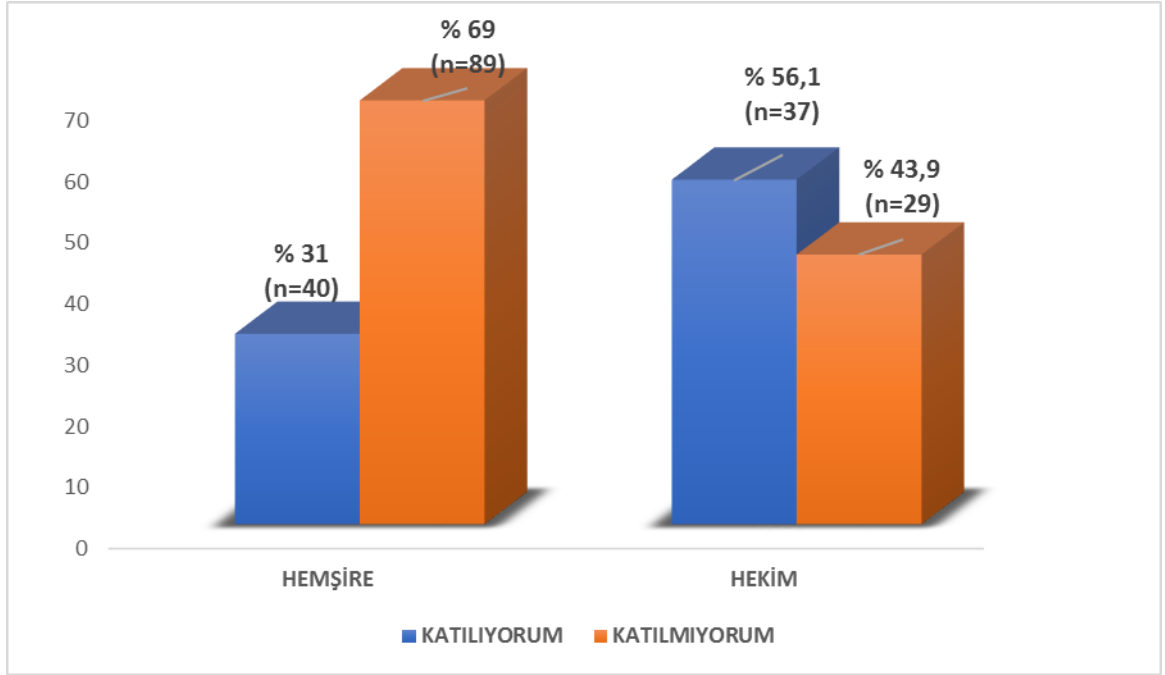
Grafik 6 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hekimler ve Hemşireler Arasında Birçok Örtüşen Sorumluluk Alanları Vardır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hekimler ve hemşireler arasında birçok örtüşen sorumluluk alanları vardır’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=1,432$; $p=0,489>0.05$). Hemşirelerin %96,9’u ($n=125$), hekimlerin %98,5’i ($n=65$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 6).



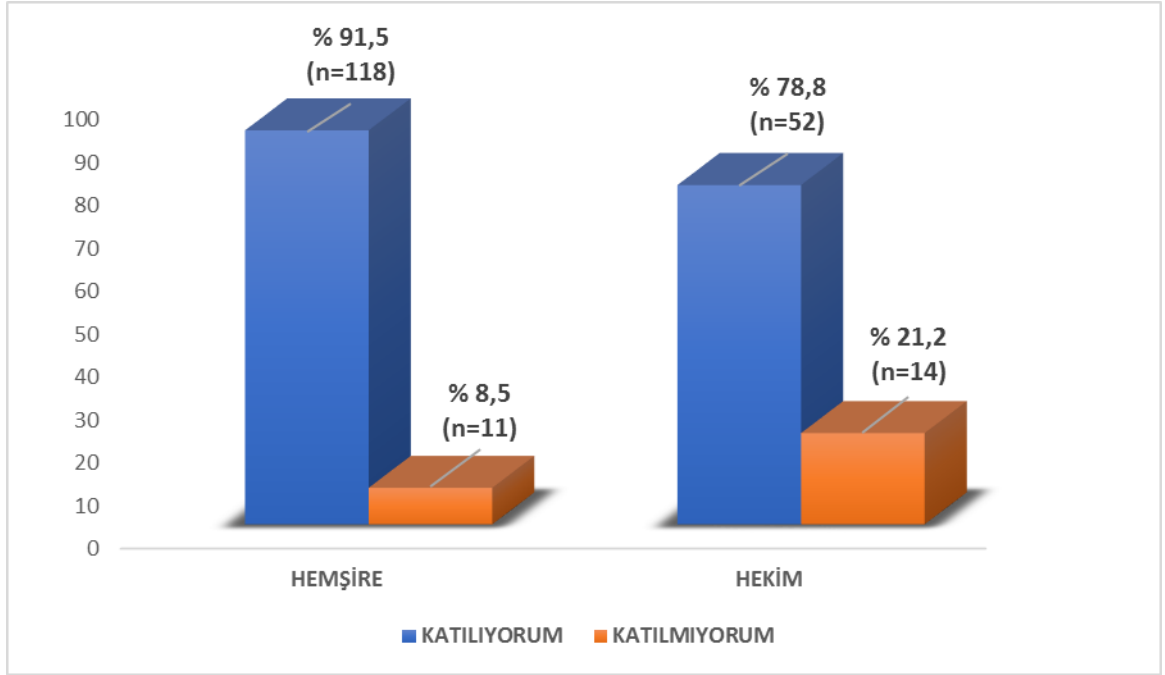
Grafik 7 Hemşire Ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Psikolojik Tavsiyeler ve Hasta Eğitimi Hemşirelerin Özel İhtisas Alanıdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Psikolojik tavsiyeler ve hasta eğitimi hemşirelerin özel ihtisas alanıdır’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=1,357$; $p=0,716>0.05$). Hemşirelerin %70,6’sı ($n=91$), hekimlerin %74,3’ü ($n=49$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 7).



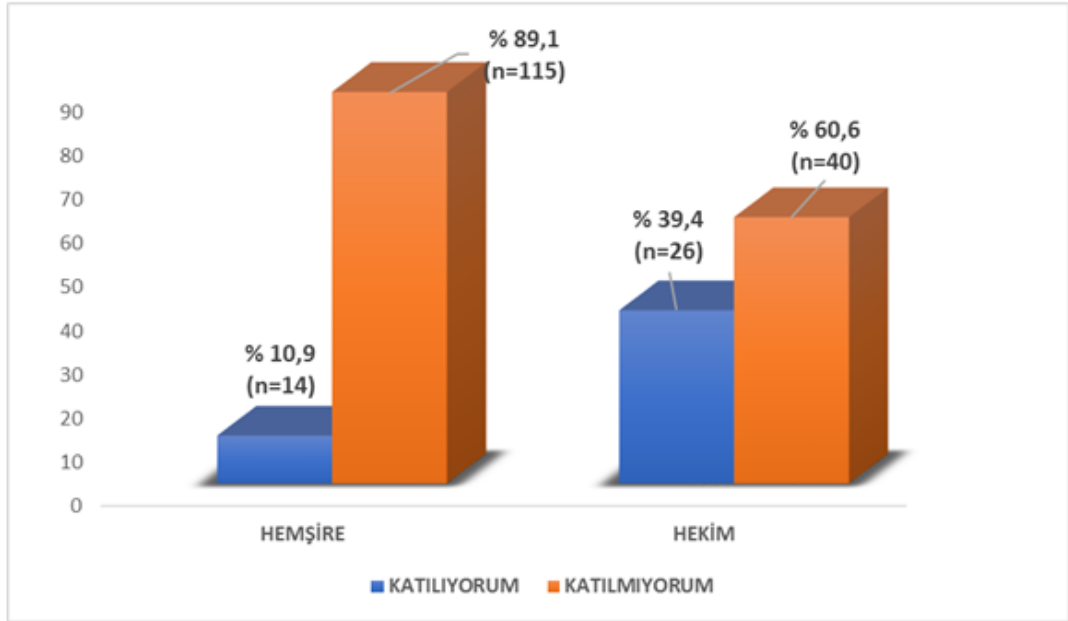
Grafik 8 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hekimler Bütün Sağlık Konularında Hâkim Otoritedir’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hekimler bütün sağlık konularında hâkim otoritedir’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=17,819$; $p=0,000<0.05$). Hemşirelerin %31’i ($n=40$), hekimlerin %56,1’i ($n=37$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 8).



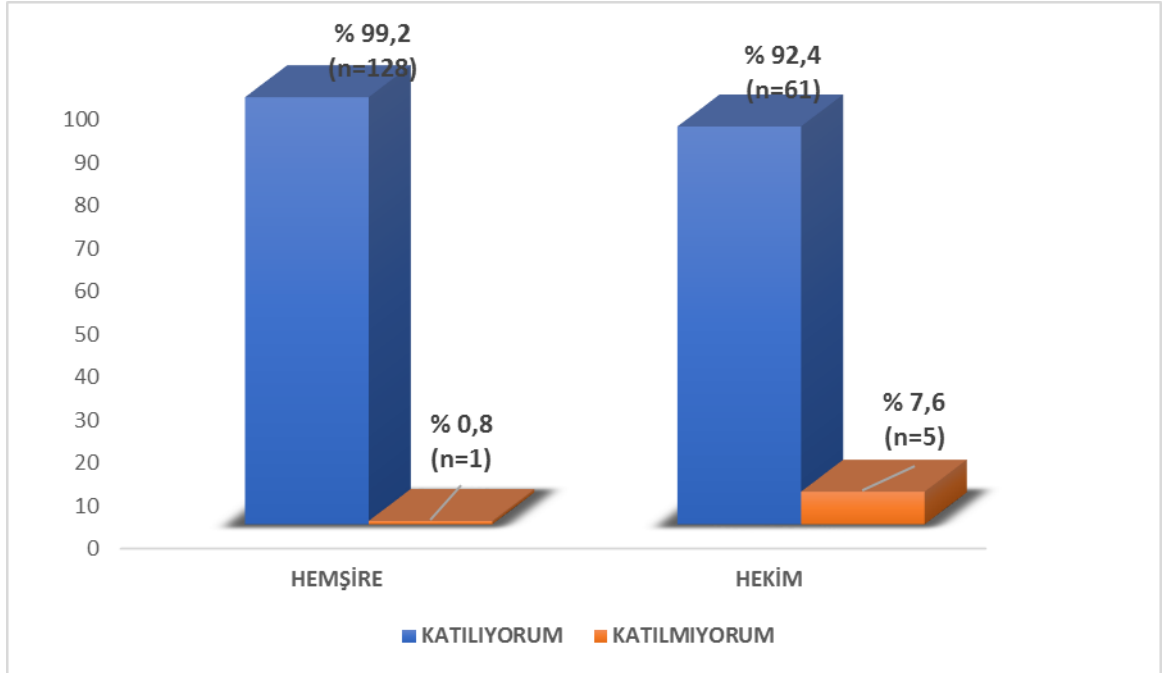
Grafik 9 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hastaların Taburcu Kararlarını Verirken Hekim ve Hemşire Karşılıklı Görüş Alışverişinde Bulunmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hastaların taburcu kararlarını verirken hekim ve hemşire karşılıklı görüş alışverişinde bulunmalıdır’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=8,167$; $p=0,043<0.05$). Hemşirelerin %91,5’i (n=118), hekimlerin %78,8’i (n=52) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 9).



Grafik 10 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hemşirenin Birincil Görevi Hekimin Emirlerini Yerine Getirmektir’ İfadesine Katılma Oranları

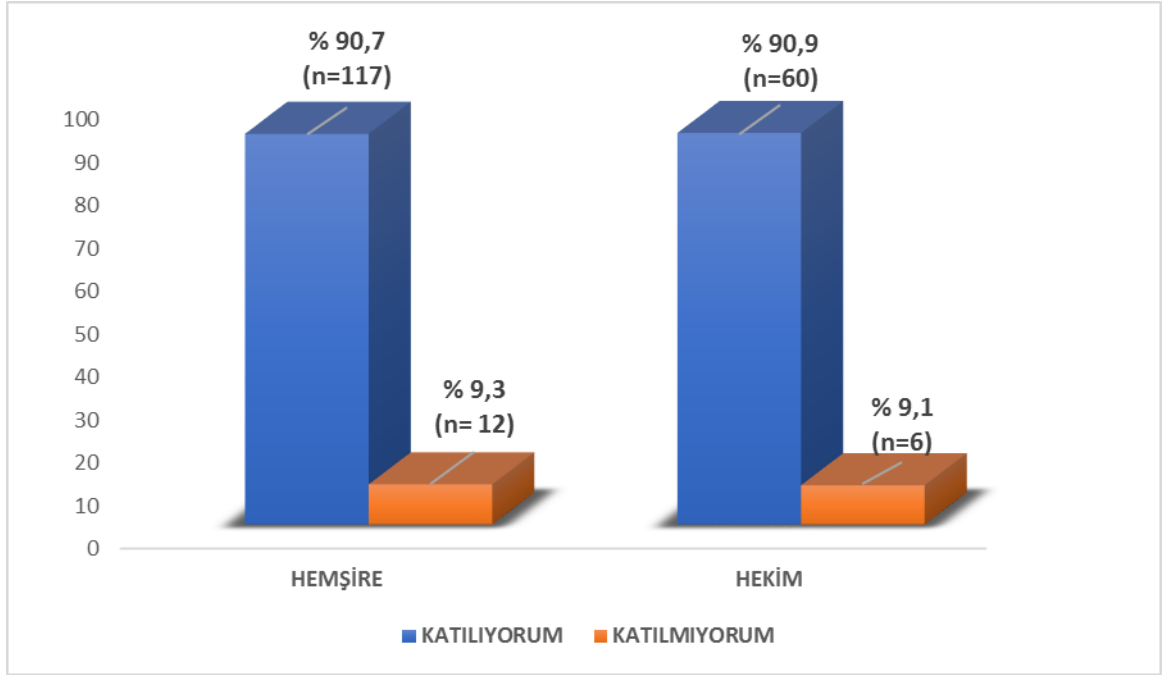
‘Hemşirenin birincil görevi hekimin emirlerini yerine getirmektir’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=36,353$; $p=0,000<0.05$). Hemşirelerin %10,9’u ($n=14$), hekimlerin %39,4’ü ($n=26$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 10).



Grafik 11 Hemşire Ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği

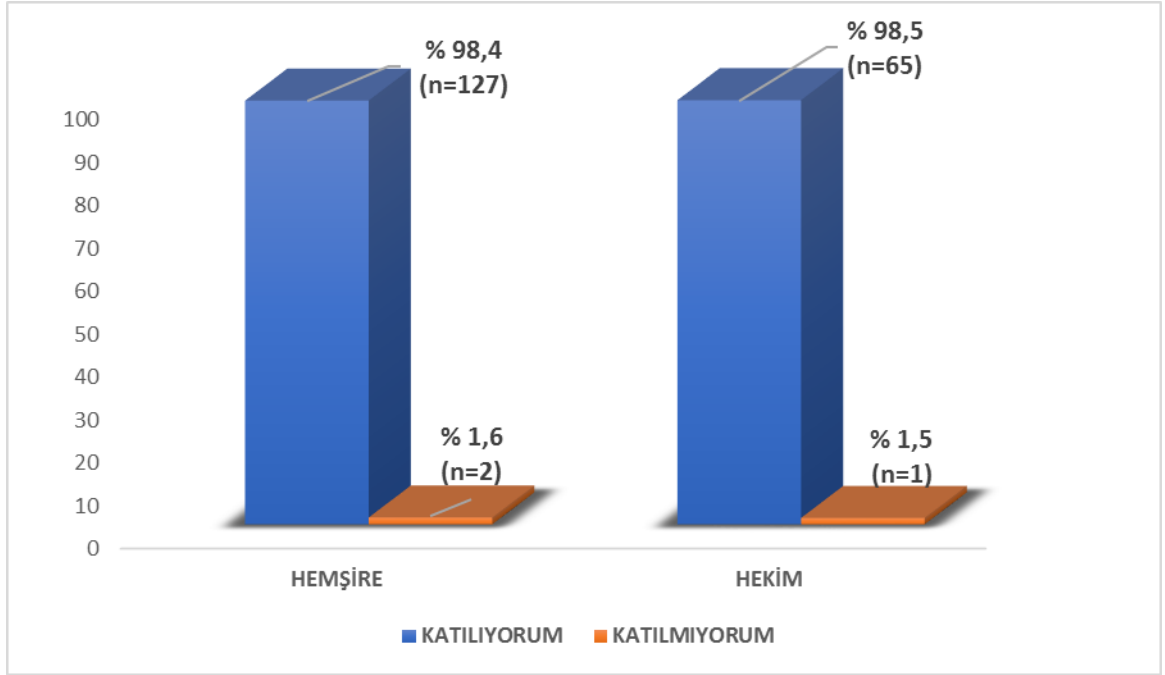
Skalasında Yer Alan ‘Kendi Görev Alanlarını İlgilendiren Hastane Destek Hizmetleri İle İlgili Karar Alınırken Hemşirenin De Katılımı Sağlanmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Kendi görev alanlarını ilgilendiren hastane destek hizmetleri ile ilgili karar alınırken hemşirenin de katılımı sağlanmalıdır’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=6,940$; $p=0,031<0.05$). Hemşirelerin %99,2’si ($n=128$), hekimlerin %92,4’ü ($n=61$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 11).



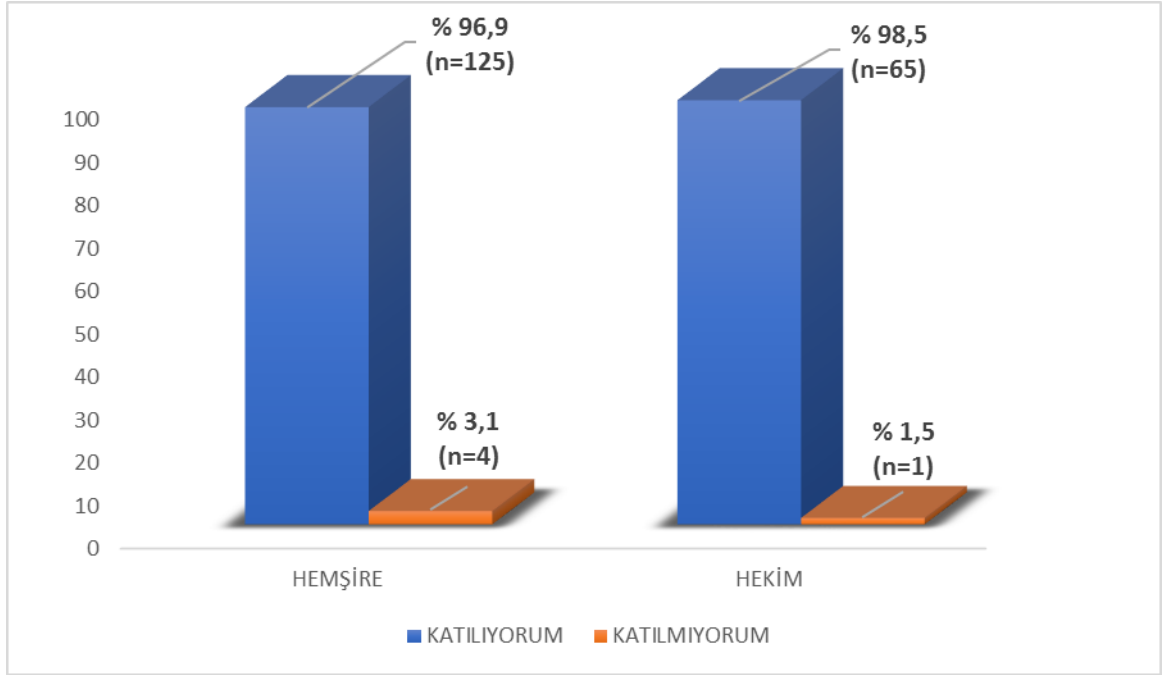
Grafik 12 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Tıbbi Tedavinin Etkilerinin Gözlenmesinde Hemşirenin Sorumluluğu Olmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Tıbbi tedavinin etkilerinin gözlenmesinde hemşirenin sorumluluğu olmalıdır’ ifadesi açısından hemşireler ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=6,723$; $p=0,081>0,05$). Hemşirelerin %90,7’si ($n=117$), hekimlerin %90,9’u ($n=60$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 12).



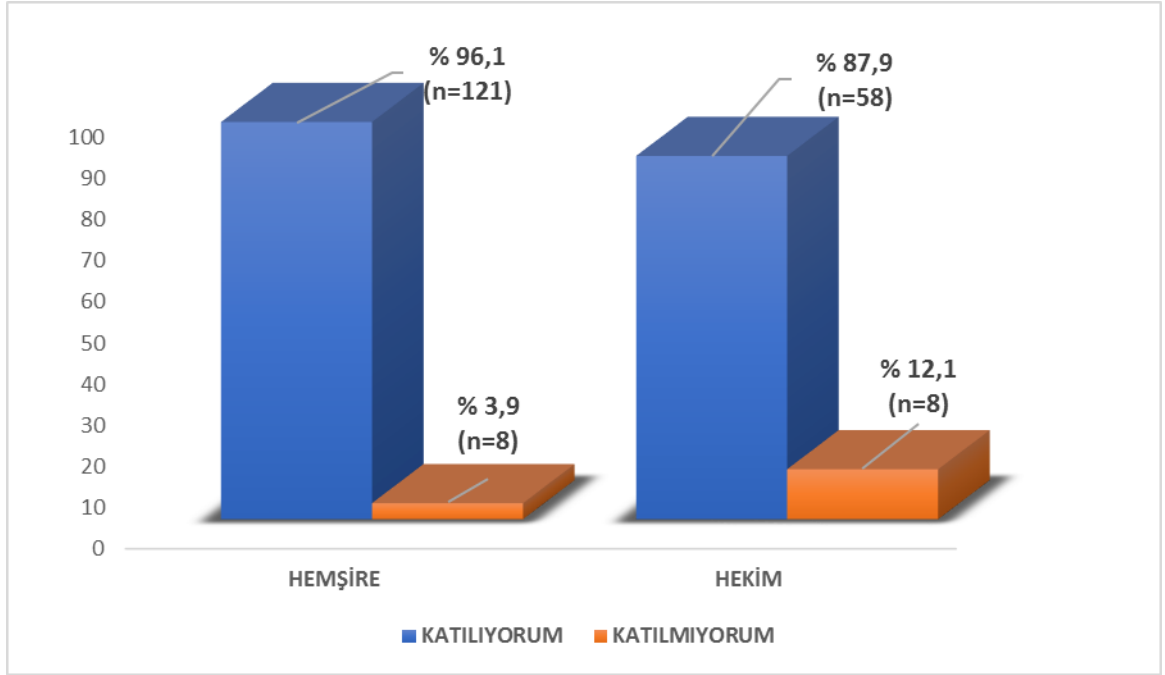
Grafik 13 Hemşire Ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hemşire Hekimin Uygulamakla Görevlendirdiği Tedavinin Hasta Üzerinde Olası Zarar Verici Etkilerini Görünce Hekimi Uyarmalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hemşire hekimin uygulamakla görevlendirdiği tedavinin hasta üzerinde olası zarar verici etkilerini görünce hekimi uyarmalıdır’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=4,572$; $p=0,102>0,05$). Hemşirelerin %98,4’ü (n=127), hekimlerin %98,5’i (n=65) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 13).



Grafik 14 Hemşire ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hekimler Hemşirelerle İşbirliği Kuracak Şekilde Eğitilmelidir’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hekimler hemşirelerle işbirliği kuracak şekilde eğitilmelidir’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($X^2=1,975$; $p=0,578>0.05$). Hemşirelerin %96,9’u ($n=125$), hekimlerin %98,5’i ($n=65$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 14).



Grafik 15 Hemşire Ve Hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında Yer Alan ‘Hemşire Hekim Arasındaki Mesleki İşbirliği Eğitimi Lisans Eğitim Programlarında da Yer Almalıdır’ İfadesine Katılma Oranları

‘Hemşire hekim arasındaki mesleki işbirliği eğitimi lisans eğitim programlarında da yer almalıdır’ ifadesi açısından hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=6,254$; $p=0,044<0.05$). Hemşirelerin %96,1’i ($n=124$), hekimlerin %87,9’u ($n=58$) bu ifadeye katıldığını bildirdi (Grafik 15).

5.TARTIŞMA

Cerrahi birimlerde çalışan hemşire ve hekimlerin işbirliği tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları; hekim ve hemşirelerin

1. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları,
2. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları,
3. Hekim ve hemşirelerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında yer alan ifadelere katılma ve katılmama durumları olmak üzere üç bölümde tartışıldı.

5.1. Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması

Hemşire ve hekimler arasında iyi bir işbirliğinin olması, olumlu hasta çıktıları, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması ve maliyetinin azalması gibi sonuçların yanı sıra sağlık çalışanlarının da iş doyumlarının artmasını ve stres düzeylerinin azalmasını sağlamaktadır (Elsous ve diğ. 2017, Adebayo ve diğ. 2016, Joint Commission 2016, Wang ve diğ. 2015, Martin&Ciurzynski 2015, Galetta ve diğ. 2013, World Health Organization 2010, Kilner& Sheppard 2010).

Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası hasta izlemede otorite, otonomi ve sorumluluk, işbirlikçi karar verme, rol beklentileri ve işbirlikçi eğitim açısından, hemşire ve hekimlerin tutumlarını ölçmektedir (Yıldırım ve diğ. 2006, Hojat ve diğ.1985). Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasından en yüksek 60, en düşük 15 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin 'hekim hemşire işbirliği skalası' toplam puan ortalamaları $50,868 \pm 5,032$, hekimlerin ise $48,697 \pm 4,654$ olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,005 < 0,05$) (Tablo 2). Bu sonuç, hemşire ve hekimlerin işbirliğine ilişkin tutumlarının orta düzeyin biraz üzerinde olduğunu ve geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuca

göre hemşireler hekimlerden işbirliği açısından daha olumlu tutumlara sahiptir. Literatürde benzer şekilde, işbirliği açısından hemşirelerin hekimlere göre daha olumlu tutumlara sahip olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Elsous ve diğ. 2017, Franco ve diğ. 2017, Caricati ve diğ. 2016, Plummer ve Copnell 2016, Sayed ve diğ. 2011, Hansson ve diğ. 2010). Hekim hemşire işbirliğinin daha iyi değerlendirilebilmesi için, bu alanda yapılan çalışmaların artırılması ve işbirliğinin kişilerin öz bildirimlerinin yanı sıra gözlemsel çalışmalar ile değerlendirilmesi faydalı olacaktır.

‘Ortak eğitim’ alt boyutundan en yüksek 16 ve en düşük 4 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin ‘ortak eğitim’ alt boyut puan ortalamasının (14,240±1,740); hekimlerin puan ortalamasından (14,000±1,823) yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p=0,483>0,05$) (Tablo 2). Bu bulgu hem hemşirelerin hem de hekimlerin, işbirliğine ilişkin olarak birlikte eğitilmeleri durumunda, hekim hemşire işbirliğine yönelik tutumların daha olumlu olacağına inandıklarını göstermektedir. Franco ve diğerlerinin çalışmasında da bu çalışma bulgusuna benzer şekilde, ‘ortak eğitim’ alt boyutunda hemşirelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu; ancak hekim ve hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Franco ve diğ. 2017).

‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutundan en yüksek 12 ve en düşük 3 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada, ‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’ alt boyutunda, hemşirelerin puan ortalamasının (9,752±1,606), hekimlerin puan ortalamasından (9,758±1,359) düşük olduğu; ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p=0,946>0,05$) (Tablo 2). Bu alt boyuttan alınan puanlar yükseldikçe, hemşire ya da hekimin, hemşirenin hastanın psikososyal olarak desteklenmesine ve hasta eğitimine sağladığı katkının gerekli ve önemli olduğuna inandıklarını göstermektedir. Sayed ve diğ. (2011) yılında yaptıkları çalışmada da, hemşire ve hekimlerin ‘hasta bakımında hemşirelik hizmetleri’ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Sayed ve diğ. 2011).

‘Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu’ alt boyutundan en yüksek 12 ve en düşük 3 puan alınabilmektedir. Bu alt boyuttan alınan puanlar yükseldikçe, hemşire ve hekimlerin, hemşirelerin sağlık hizmetlerine ilişkin kararların alınmasında ve uygulanmasında hekimler ile birlikte aktif rol almalarının, gerekli olduğuna inandıklarını göstermektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin alt boyut puan ortalamasının (10,178±1,360); hekimlerin puan ortalamasından (9,909±1,321) yüksek olduğu; ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p=0,189>0,05$) (Tablo 2). Bu bulguya paralel olarak, literatürde hemşire ve hekimlerin ‘Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu’ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ve benzer tutumlara sahip oldukları bildirilmiştir (Franco ve diğ. 2017, Plummer ve Copnell 2016, Wang ve diğ. 2015).

5.2. Hemşire ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerinin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması

Hem hemşire hem hekim grubunda; cinsiyete göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam puan ortalamaları ve ‘Ortak eğitim’, ‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’, ‘Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu’ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Hekim grubunda; ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puan ortalamaları açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına karşın, hemşire grubunda ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puan ortalamaları açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 3). Kadınların ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puan ortalamaları (16,876±1,702), erkeklerin ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puan ortalamalarından (15,438±2,128) yüksekti. Bu bulgu değerlendirilirken hemşire grubunda kadın erkek dağılımındaki farklılık göz önünde bulundurulmalıdır. Hemşireliğin, halen kadınların çoğunlukta bulunduğu bir meslek olması nedeniyle literatürde yer alan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer şekilde, kadın erkek dağılımlarının eşit olmadığı bilinmektedir (Elsous ve diğ. 2017, Adebayo ve diğ. 2016, Wang ve diğ. 2015, Ward ve diğ. 2008, Nelson 2008). Wang ve diğ. (2015)

çalışmasında cinsiyetin hekim hemşire işbirliğinde etkili bir faktör olmadığı bildirilirken, Adebayo ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise, kadınların erkeklere oranla hekim hemşire işbirliği açısından daha olumlu tutumlara sahip olduğu bildirilmiştir.

Hemşire ve hekimlerin meslekte çalışma süresine göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu bulguya benzer olarak mesleki deneyimin hekim hemşire işbirliğini etkilemediğini gösteren çalışmaların (Elsous ve diğ. 2017, Adebayo ve diğ. 2016, Alkoy ve diğ. 2011) yanı sıra mesleki deneyim arttıkça, çalışanların işbirliğine yönelik daha olumlu tutumlarının olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Wang ve diğ. 2015).

Hemşirelerin; çalıştıkları birime göre Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu durumun kurum kültürünün tüm birimlerde benzer olmasına bağlı olabilir. Johnson ve Kring'in (2012) çalışmasında da, bu bulguya benzer şekilde, yoğun bakım ve servis hemşirelerinin hekim hemşire işbirliğine ilişkin benzer tutumlara sahip olduğu bildirilmiştir.

5.3. Hekim ve hemşirelerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalasında yer alan ifadelere katılma ve katılmama durumlarının tartışılması

'Bir hemşire hekimin yardımcısından ziyade işbirliği yaptığı mesai arkadaşıdır' ifadesine hemşire ve hekimlerin tamamı katıldığını bildirmesine karşın ($p=0,244>0,05$) (Grafik 1), 'Hemşirenin birincil görevi hekimin emirlerini yerine getirmektir' ($p=0,000<0,05$) ve 'Hekimler bütün sağlık konularında hâkim otoritedir' ($p=0,000<0,05$) ifadelerine katıldığını bildiren hekimlerin oranı, hemşirelerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (Grafik 10, Grafik 8). Bu ifadeler, hekim ve hemşireler arasında, en düşük katılım gösterilen ölçek ifadeleri idi. 'Hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden hemşireler sorumludur' ($p=0,032<0,05$) ve 'Hastaların taburcu kararlarını verirken hekim ve hemşire karşılıklı görüş

alışverişinde bulunmalıdır' ($p=0,043<0.05$) ifadelerine ise, hekimlerin, hemşirelere göre daha az katılım gösterdikleri belirlendi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu bulundu (Grafik 5, Grafik 9). Bu bulgular, hekimlerin, hemşireleri astları olarak gördüğü hiyerarşik düzenin değişmeye başlamakla birlikte, sağlık hizmetlerindeki hiyerarşik düzenin azaltılması konusunda istenilen noktada olunmadığını göstermektedir. Literatürde, bu bulgularla uyumlu olacak şekilde, İtalya, Yunanistan gibi birçok Avrupa ülkesinde hekim hemşire arasındaki hiyerarşik düzenin devam ettiği, hekimlerin, hemşireleri yardımcıları olarak gördüğü bildirilmektedir. Hekim ve hemşire arasında hiyerarşik yapının olması, çoğu durumda hekim-hemşire işbirliğini olumsuz yönde etkilemekte ve hasta güvenliğini tehlikeye atabilmektedir. Bu çalışmada, hemşire ve hekimlerin büyük bir çoğunluğu 'Hemşire hekimin uygulamakla görevlendirdiği tedavinin hasta üzerinde olası zarar verici etkilerini görünce hekimi uymalıdır' ($p=0,102<0.05$) ve 'Tıbbi tedavinin etkilerinin gözlenmesinde hemşirenin sorumluluğu olmalıdır' ($p=0,081>0.05$) ifadelerine katıldığını belirtse de (Grafik 13, Grafik 12), literatürde, hekim ve hemşireler arasında hiyerarşinin olduğu birimlerde hemşirelerin, hasta ile ilgili fark ettikleri olası tehlikeleri ve hataları iletme konusunda isteksiz davrandıkları belirtilmektedir. Oysa, hemşireler, hekimin planladığı tedavi veya tanı sürecine katılırken, bilgileri ve deneyimleri doğrultusunda hastayı değerlendirerek, değişen koşullar nedeniyle hekim istemlerinin neden olabileceği, istenmeyen durumları önleyebilmektedirler (Taylan ve diğ. 2011, Hemşirelik Yönetmeliği 2010, Hemşirelik Kanunu 2007). Bu nedenle, hekim ve hemşirelerin, birbirinin astı ve üstü değil, hastalar için çalışan bir ekibin üyesi olduklarını benimsemeleri, hasta güvenliğinin sağlanması ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması açısından son derece önemlidir (Karanikola ve diğ., 2014, Nelson 2008).

'Hemşireler hastanın ihtiyaçlarına psikolojik görüş açısı ile cevap verecek şekilde yetiştirilmişlerdir' ($p=0,866<0.05$) ve 'Psikolojik tavsiyeler ve hasta eğitimi hemşirelerin özel ihtisas alanıdır' ($p=0,716<0.05$) ifadelerine hemşire ve hekimlerin büyük bir çoğunluğu katıldığını belirtti ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Grafik 2, Grafik 7). Hemşirelerin hastalara psikolojik destek sağlayarak, hastaların özerkliğini en üst düzeye çıkarma, yaşamlarını kolaylaştırma

ve yaşam kalitelerinin artmasını içeren rehabilite edici rolleri vardır (Taylan ve diğ. 2011). Bu bulgu, hemşire ve hekimlerin; hemşirenin var olan bu rolünün bilincinde olduklarını göstermektedir.

‘Hekimler ve hemşireler arasında birçok örtüşen sorumluluk alanları vardır’ ($p=0,489<0.05$) (Grafik 6) ve ‘Hemşirelik ve tıp öğrencileri kendi rollerini anlamak için eğitimleri esnasında takım çalışması yapmalıdırlar’ ($p=0,347<0.05$) (Grafik 3), ‘Hekimler hemşirelerle iş birliği kuracak şekilde eğitilmelidir’ ($p=0,578<0.05$) (Grafik 14) ve ‘Hemşire hekim arasındaki mesleki iş birliği eğitimi lisans eğitim programlarında yer almalıdır’ ($p=0,044<0.05$) (Grafik 15) ifadelerine, hemşire ve hekimlerin büyük bir çoğunluğu katıldığını ifade etti. Bu bulgular, işbirliğine ilişkin ortak eğitim almaları gerektiğine inandıklarını ve disiplinler arası ekip çalışmasının öğrencilik yıllarından başlayarak öğrenilmesi gerektiğinin bilincinde olduklarını göstermektedir. Literatürde, tıp ve hemşirelik okullarındaki öğrencilerin, işbirliğine ilişkin birlikte eğitim almalarının, mezun olduktan sonra, birbirlerinin rol ve sorumluluklarını daha iyi bilmeleri ve daha etkili bir işbirliği yapmaları açısından önemli olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Zhang 2016, Wang 2015, Liaw ve diğ. 2014).

‘Çalışma şartlarını ilgilendiren siyasi kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır’ ($p=0,113<0.05$) (Grafik 4)‘ ifadesine hemşirelerin ve hekimlerin büyük bir çoğunluğunun katıldığı ve katılım oranları açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığı, ‘Kendi görev alanlarını ilgilendiren hastane destek hizmetleri ile ilgili karar alınırken hemşirenin de katılımı sağlanmalıdır’ ($p=0,031<0.05$) (Grafik 11) ifadesine ise yine hemşire ve hekimlerin büyük bir çoğunluğu katılmasına karşın, hemşirelerin katılım oranlarının hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. Hemşire ve hekimlerin de bu ifadelere yüksek katılım sağlamaları, hemşirelerin sağlık hizmetlerinin karar aşamalarında katılım sağlamalarının önemini farkında olduklarını düşündürdü.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Örneklem grubunun; %33,8'inin (n=66) cerrahi asistanları, %66,2'sini (n=129) cerrahi servis ve cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin oluşturduğu,
- ✓ Örneklem grubunun yaş ortalaması $28,04 \pm 3,688$ olduğu,
- ✓ Hekimlerin %50'si (n=33) 13 ay-3 yıl arasında, %50'sininde (n=33) 4-6 yıl arasında mesleki deneyime sahip iken, hemşirelerin %62,8'inin (n=81) 4-6 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğu,
- ✓ Hemşirelerin %87,6'sı (n=113) kadın, hekimlerin ise % 69,7'sinin (n=46) erkek olduğu,
- ✓ Hemşirelerin % 69'u (n=89) cerrahi serviste görev alırken; %31'inin de (n=40) cerrahi yoğun bakımda görev aldığı,
- ✓ Hemşirelerin 'Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası' toplam puan ortalamaları ($50,868 \pm 5,032$), hekimlerin 'Hekim Hemşire İşbirliği Skalası' toplam puan ortalamalarından ($48,697 \pm 4,654$) anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,005 < 0,05$),
- ✓ Hemşirelerin 'hekim hemşire işbirliği' alt boyut puan ortalamaları ($16,698 \pm 1,814$), hekimlerin 'hekim hemşire işbirliği' alt boyut puan ortalamalarından ($15,030 \pm 1,745$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,000 < 0,05$),

- ✓ Kadın hemşirelerin ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puanları ($16,876 \pm 1,702$), erkek hemşirelerin ‘Hekim Hemşire İşbirliği’ alt boyut puan ortalamalarından ($15,438 \pm 2,128$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,009 < 0,05$),
- ✓ Hemşire ve hekimlerin Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam puan ortalamaları ve ‘Ortak eğitim’, ‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’, ‘Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu’ alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$),
- ✓ Hemşirelerin cinsiyete göre; ‘Ortak eğitim’, ‘Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri’, ‘Hesap verme ve Hemşirenin Sorumluluğu’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$),
- ✓ Hekimlerin cinsiyete göre; Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$),
- ✓ Hemşirelerin; çalıştıkları birime göre; Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$),
- ✓ Hemşirelerin; meslekte çalışma yılına göre; Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$),
- ✓ Hekimlerin; meslekte çalışma yılına göre; Jefferson Hekim Hemşire İşbirliği Skalası toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$),

- ✓ Bir hemşire hekimin yardımcısından ziyade işbirliği yaptığı mesai arkadaşıdır', 'Hemşireler hastanın ihtiyaçlarına psikolojik görüş açısı ile cevap verecek şekilde yetiştirilmişlerdir', 'Hemşirelik ve tıp öğrencileri kendi rollerini anlamak için eğitimleri esnasında takım çalışması yapmalıdırlar', 'Çalışma şartlarını ilgilendiren siyasi kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır', 'Hekimler ve hemşireler arasında birçok örtüşen sorumluluk alanları vardır', 'Psikolojik tavsiyeler ve hasta eğitimi hemşirelerin özel ihtisas alanıdır', 'Tıbbi tedavinin etkilerinin gözlenmesinde hemşirenin sorumluluğu olmalıdır', 'Hekimler hemşirelerle işbirliği kuracak şekilde eğitilmelidir', 'Hemşire hekimin uygulamakla görevlendirdiği tedavinin hasta üzerinde olası zarar verici etkilerini görünce hekimi uyarmalıdır', 'Hemşire hekimin uygulamakla görevlendirdiği tedavinin hasta üzerinde olası zarar verici etkilerini görünce hekimi uyarmalıdır' ifadeleri açısından hemşireler ve hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).
- ✓ 'Hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden hemşireler sorumludur', 'Hastaların taburcu kararlarını verirken hekim ve hemşire karşılıklı görüş alışverişinde bulunmalıdır', 'Kendi görev alanlarını ilgilendiren hastane destek hizmetleri ile ilgili karar alınırken hemşirenin de katılımı sağlanmalıdır', 'Hemşire hekim arasındaki mesleki işbirliği eğitimi lisans eğitim programlarında da yer almalıdır' ifadelerine hemşirelerin hekimlerden daha fazla katılım sağladığı ve hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$),
- ✓ 'Hemşirenin birincil görevi hekimin emirlerini yerine getirmektir' ve 'Hekimler tüm sağlık konularında hakim otoritedir' ifadelerine hekimlerin hemşirelerden daha fazla katılım sağladığı ve hemşire ve hekimler arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlendi.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kurumlarda hekim hemşire işbirliğine yönelik ölçüm ve düzenlemelerin yapılması,
- Ölçümler sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda hekim hemşire işbirliğine yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve tüm çalışanların katılımının sağlanması,
- Hekim hemşire işbirliğine ilişkin ortak eğitimlerin hemşire ve hekimlerin lisans eğitimleri sırasında başlanması
- Daha büyük ve farklı birimleri ele alan örneklem gruplarında, araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- ABOU HASHISH, E. A. 2017. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing ethics*, 24(2), 151-166.
- ADEBAYO, A. M., & ILESANMÍ, O. S. 2016. Collaboration between Doctors and Nurses in a Tertiary Health Facility in South West Nigeria: Implication for Effective Healthcare Delivery. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 165-173.
- ALKOY, S., CEREB, F., BÜLKERİ, T., KELEŞ, D., YILMAZ, E., YILDIRIM, M., YAMAN, S. 2011. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hastanesinde Hekim ve Hemşirelerin birbirlerinin mesleki yeterliliğine ilişkin görüşleri ve işbirliğine ilişkin tutumları. *14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*, 49-53.
- BOZTEPE, H., & TERZİOĞLU, F. 2015. Sağlık Eğitiminde Meslekler Arası Eğitim. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(3), 222-228.
- CARİCATİ, L., MANCİNİ, T., SOLLAMİ, A. L. F. O. N. S. O., GUIDİ, C., PRANDİ, C. A. R. M. E. N., BIANCONCİNİ, M. O. N. I. C. A., ... & ARTIOLİ, G. 2013. Nurse-physician collaboration scale: A contribution to the italian validation. *TPM-Testing, Psychom Methodol Appl Psychol*, 20(3), 263-276.
- ELÇİGİL, A. 2011. Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İnkilemlerin İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 14(2), 52-60.
- ELSOUS, A., RADWAN, M., & MOHSEN, S. 2017. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing research and practice*. 2017.
- EL SAYED, K. A., & SLEEM, W. 2011. Nurse-physician collaboration: a comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2), 141-146.
- ERER, S. 2010. Sağlık hizmetlerinde sorumluluğun paylaşılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1), 33-38.
- FRANCO, N. P., & CORDERO, M. A. W. 2017. Collaboration Effort between Physicians and Nurses: A Feedback Tool for the Review of the Hospitals. *International Journal of Nursing*, 4(1), 19-26.
- GALLETTA, M., PORTOGHESE, I., BATTISTELLİ, A., & LEİTER, M. P. 2013. The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1771-1784.
- GÜRDOĞAN H. 2017. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Örgütsel İşbirliği. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- GÜRSOY, E., ŞAHİN, B. M., DAANACI, B., & ARI, S. 2017. Hemşirelerin Akademik-Klinik İşbirliğine İlişkin Görüşleri: Eskişehir Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(3), 144-152.
- HANSSON, A., ARVEMO, T., MARKLUND, B., GEDDA, B., & MATTSSON, B. 2010. Working together—primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85.

- HALTER, M., BOİKO, O., PELONE, F., BEİGHTON, C., HARRİS, R., GALE, J., ... & DRENNAN, V. 2017. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC health services research*, 17(1), 824.
- HATİP Ö. 2017. Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin İş Doyumuyla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ 2010. Resmi gazete sayı: 27515. www.resmigazete.gov.tr.
- HEMŞİRELİK KANUNU 2007. Resmi gazete sayı: 8647. Kanun Numarası : 6283
Kabul Tarihi: 25/2/195. www.resmigazete.gov.tr.
- HOJAT, M., & HERMAN, M. W. 1985. Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. *Psychological reports*, 56(2), 571-579.
- HOJAT, M., GONNELLA, J. S., NASCA, T. J., FİELDS, S. K., CİCCHETTİ, A., SCALZO, A. L., ... & LİVA, C. 2003. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships. *International journal of nursing studies*, 40(4), 427-435.
- İNCE, S. 2014. Hekim davranışlarının hemşirelerin stresle başetme durumları üzerine etkisi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 16(2), 41-53.
- JOHNSON, S., & KRİNG, D. 2012. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: Medical-surgical vs. intensive care. *Medsurg Nursing*, 21(6), 343-347.
- JOİNT COMMISSION. 2016. Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, Nov 2012.
- KARA, G. 2005. Hekim-Hemşire İlişkisi ve Yaşanan Sorunlar. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- KARANİKOLA, M. N., ALBARRAN, J. W., DRİGO, E., GIANNAKOPOULOU, M., KALAFATİ, M., MPOUZİKA, M., ... & PAPATHANASSOGLU, E. D. 2014. Moral distress, autonomy and nurse–physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of nursing management*, 22(4), 472-484.
- KARADAKOVAN, A., DAHİLİ, E. A. F., & BAKIM, C. H. 2014. Akademisyen Tıp Kitapevi, 3.
- KARADAĞ, M., Oğuz, I. Ş. I. K., CANKUL, İ. H., & ABUHANOĞLU, H. 2015. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 160-179.
- KARAHAN, A. 2007. Hastane İşletmelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Çatışmalar ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Afyon.
- KALE, E & TINKILIÇ, N. 2015. Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Sebepleri Ve Çözüm Önerileri. 23. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi *Bildiriler Kitabı*, 682-687.

- KİLNER, E., & SHEPPARD, L. A. 2010. The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 1(8), 127-137.
- KORAŞ, K., ÖCALAN, D., & SOLAK, O. (2015). Cerrahi Hekimlerin Ameliyathanedeki Gergin Davranışlarının Hemşireler Üzerindeki Etkileri. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(4), 502-515.
- LAFÇI, D., PEHLİVAN, S., & DEMİRAY, G. 2016. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 55-64.
- LIAO, C., QIN, Y., HE, Y., & GUO, Y. 2015. The Nurse-Nurse Collaboration Behavior Scale: Development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), 334-339.
- LIAW, S. Y., SIAU, C., ZHOU, W. T., & LAU, T. C. 2014. Interprofessional simulation-based education program: a promising approach for changing stereotypes and improving attitudes toward nurse-physician collaboration. *Applied Nursing Research*, 27(4), 258-260.
- Lİ, A. T. 2013. Teamwork climate and patient safety attitudes: associations among nurses and comparison with physicians in Taiwan. *Journal of nursing care quality*, 28(1), 60-67.
- MANİSALI A. 2013. Hekim Hemşire Arasındaki Çatışma Nedenleri. Haliç Üniversitesi. Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- MARTİN, H. A., & CIURZYNSKI, S. M. 2015. Situation, background, assessment, and recommendation-guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(6), 484-488. doi:10.1016/j.jen.2015.05.017.
- MCGİBBON, E., PETER, E., & GALLOP, R. 2010. An institutional ethnography of nurses' stress. *Qualitative Health Research*, 20(10), 1353-1378.
- MİKANOWİCZ, C.K. 2009. Strategies For Developing Communication Between Nurses And Physicians.
- MOROĞLU D. 2007. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- NAİR, D. M., FITZPATRICK, J. J., MCNULTY, R., CLİCK, E. R., & GLEMBOCKİ, M. M. 2012. Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *Journal of interprofessional care*, 26(2), 115-120.
- NELSON, G. A., KING, M. L., & BRODİNE, S. 2008. Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. *Medsurg Nursing*, 17(1), 35-40.
- ÖZKARACA, R. 2009. Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerine Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı. Y. Lisans Tezi. Ankara.
- PLUMMER, V., & COPNELL, B. 2016. Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), 82-89.

- SURYANTO, M., PLUMMER, V., & COPNELL, B. 2016. Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), 82-89.
- STERCHİ, L. S. 2007. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN journal*, 86(1), 45-46.
- SUTER, E., DEUTSCHLANDER, S., MİCKELSON, G., NURANİ, Z., LAİT, J., HARRİSON, L., ... & HO, K. 2012. Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. *Journal of interprofessional care*, 26(4), 261-268.
- TEMEL, M. 2017. Sağlık Örgütlerinde Çatışma: Nedenleri, Yönetimi ve Çözüm Önerileri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2), 48-59.
- TAYLAN, S., ALAN, S., & KADIOĞLU, S. 2012. Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(3), 66-74.
- TOPRAK, D. K., & ŞAHİN, B. 2012. Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi. *Performans Ve Kalite 3. Sayı*, 1.
- TOP, M. 2012. Hekim ve hemşirelerde örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyumunu profili. *Istanbul University Journal of the School of Business Administration*, 41(2), 258-277.
- TOPAL E. 2008. Hekim ve hemşirelerin iş doyum düzeyleri. *Psikiyatri. Hacettepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.*
- YİLDİRİM, A., AKİNCİ, F., ATES, M., ROSS, T., ISSEVER, H., İSCİ, E., & SELİMEN, D. 2006. Turkish version of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration: A preliminary study. *Contemporary nurse*, 23(1), 38-45.
- YİLDİRİM, A., ATES, M., AKİNCİ, F., ROSS, T., SELİMEN, D., ISSEVER, H., ... & AKGÜN, M. 2005. Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *International journal of nursing studies*, 42(4), 429-437.
- ZHANG, L., HUANG, L., LİU, M., YAN, H., & Lİ, X. 2016. Nurse–physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: A hospital-based cross-sectional study in Beijing. *International journal of nursing practice*, 22(3), 284-290.
- WANG, Y., LİU, Y. F., Lİ, H., & Lİ, T. 2015. Attitudes toward physician-nurse collaboration in pediatric workers and undergraduate medical/nursing students. *Behavioural neurology*, 2015.
- WARD, J., SCHAAL, M., SULLİVAN, J., BOWEN, M. E., ERDMANN, J. B., & HOJAT, M. 2008. The Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of interprofessional care*, 22(4), 375-386.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (WHO) 2010. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice [WWW Document]. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf, accessed 30 November 2012.

EK-1

Değerli katılımcılar,

Bu çalışma, cerrahi birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerin işbirliğine ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Her sorunun dikkatle okunup yanıtlanması, çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesinde büyük önem taşımaktadır. Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve zamanınız için teşekkür ederim.

Anket no:

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

Yüksek Lisans Öğrencisi

Gözde FİLİZLİ

İletişim: gozdefilizli@hotmail.com

Anket no:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU: (HEMŞİRELER İÇİN)

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

Kadın ()

Erkek ()

3. Çalışmakta olduğunuz hastane:

Namık Kemal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi ()

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ()

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ()

4. Görev yaptığınız birim:

5. Meslekteki çalışma yılınız :

13 ay–3 yıl ()

4–6 yıl ()

7. Bu birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

EK-1**KİŞİSEL BİLGİ FORMU: (HEKİMLER İÇİN)**

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

4. Çalışmakta olduğunuz hastane:

Namık Kemal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi ()

Trakya üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ()

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ()

4. Çalışma yılınız:

13 ay-2. Yıl ()

3. yıl ()

4. yıl ()

5 ve üzeri ()

(EK-2) HEKİM HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ SKALASI				
Aşağıdaki hekim hemşire işbirliğine ilişkin maddelerden sizi en iyi yansıtan seçeneğe X işareti koyunuz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Bir Hemşire hekimin yardımcısından ziyade işbirliği yaptığı mesai arkadaşıdır.				
2. Hemşireler hastanın ihtiyaçlarına psikolojik görüş açısı ile cevap verecek şekilde yetiştirilmişlerdir.				
3. Hemşirelik ve tıp öğrencileri kendi rollerini anlamak için eğitimleri esnasında takım çalışması yapmalıdırlar.				
4. Çalışma şartlarını ilgilendiren siyasi kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır.				
5. Hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden hemşireler sorumludur.				
6. Hekimler ve hemşireler arasında birçok örtüşen sorumluluk alanları vardır.				
7. Psikolojik tavsiyeler ve hasta eğitimi hemşirelerin özel ihtisas alanıdır.				

8. Hekimler bütün sağlık konularında hâkim otoritedir.				
9. Hastaların taburcu kararlarını verirken hekim ve hemşire karşılıklı görüş alışverişinde bulunmalıdır.				
10. Hemşirenin birincil görevi hekimin emirlerini yerine getirmektir.				
11. Kendi görev alanlarını ilgilendiren hastane destek hizmetleri ile ilgili karar alınırken hemşirenin de katılımı sağlanmalıdır.				
12. Tıbbi tedavinin etkilerinin gözlenmesinde hemşirenin sorumluluğu olmalıdır.				
13. Hemşire hekimin uygulamakla görevlendirdiği tedavinin hasta üzerinde olası zarar verici etkilerini görünce hekimi uyarmalıdır.				
14. Hekimler hemşirelerle iş birliği kuracak şekilde eğitilmelidir.				
15. Hemşire hekim arasındaki mesleki iş birliği eğitimi lisans eğitim programlarında da yer almalıdır.				

EK – 3



T.C
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı:2016/

17/03/2016

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Ebru ÖNLER

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz “**Cerrahi Birimlerde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi**” başlıklı ve 2016/38/03/02 nolu retrospektif/prospektif araştırmanız incelenmiş olup, ilgili kurumlardan gerekli izinlerin alınması şartıyla, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ÇALIŞMA ESASI	

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ahmet GÜREL	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ahmet Gürel</i>
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Metin Donma</i>
Doç. Dr. Cevat AKTAŞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Cevat Aktaş</i>
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Savaş Güzel</i>
Doç. Dr. Hayati GÜNEŞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Hayati Güneş</i>
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yakup Albayrak</i>
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Birol Topçu</i>
Yrd. Doç. Dr. B. Cüneyt TURAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Cüneyt Turan</i>
Yrd. Doç. Dr. Ertan ŞAHİN	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ertan Şahin</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ÇEBER	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet Çeber</i>
Yrd. Doç. Dr. Özgür KARAKOYUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Özgür Karakoyun</i>
Yrd. Doç. Dr. Ömer KURT	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ömer Kurt</i>
Yrd. Doç. Dr. Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Sonat Pınar Kara</i>

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ahmet GÜREL

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER
e- posta: edrencber@nku.edu.tr

EK – 4

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZ
MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Cerrahi birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerin işbirliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi” isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

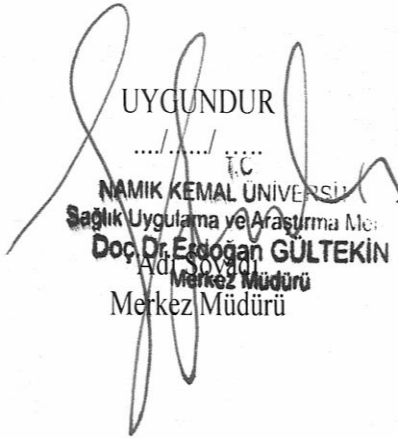
01.10.2015

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD
Yrd. Doç. Dr. Ebru Önler



UYGUNDUR

..... T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Me
Doç. Dr. Esrahan GÜLTEKİN
Adı Soyadı
Merkez Müdürü
Merkez Müdürü



EK – 5

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Cerrahi birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerin işbirliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi” isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

29/09/2015

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD
Yrd. Doç. Dr. Ebru Önler



UYGUNDUR

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

Adı Soyadı
Merkez Müdürü

ÇOMÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ
Doç. Dr. Mehime ASIK
BASHEKİM

EK – 6



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



SAYI : 79056779/ 600-6713
KONU :

EDİRNE

21 Ekim 2015

Sayın; Yrd. Doç. Dr. Ebru ÖNLER

İlgi : Tarihsiz dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi” isimli çalışmanızı yapma isteğiniz Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN
Merkez Müdürü

Posta Adresi:
T.Ü.Hastanesi
22030 Balkan Yerleşkesi/EDİRNE

Tel : (0284) 235 27 31
Fax : (0284) 235 27 30
e-posta: bashekim@trakya.edu.tr

EK – 7

21.03.2018

Posta - gozdefilizli@hotmail.com

FW: izin

gözde filizli

1.02.2016 (Pzt) 11:57

Kime: ebru_onler <ebru_onler@yahoo.com>;

Subject: Re: izin
From: aysegulkaptanoglu@gmail.com
Date: Sun, 31 Jan 2016 20:34:28 +0200
To: gozdefilizli@hotmail.com

Atrf vererek kullanabilirsiniz

iPhone'umdan gönderildi

31 Oca 2016 tarihinde 18:02 saatinde, gözde filizli <gozdefilizli@hotmail.com> şunları yazdı:

Hocam merhaba ben Namık Kemal Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez aşamasındayım. Tez çalışmamda Jefferson Hekim ve Hemşire Mesleki İşbirliği Skalasını kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla

Gözde Filizli

ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI : Gözde FİLİZLİ	
DOĞUM YERİ : İSTANBUL	DOĞUM TARİHİ : 08.12.1986
TELEFON: 0544 837 22 70	E-POSTA: gozdefilizli@hotmail.com

1. EĞİTİM

DERECE	BÖLÜM/PROGRAM	ÜNİVERSİTE	YIL
Lisans	Hemşirelik	Namık Kemal Üniversitesi	2010
Lise	Sayısal	Mehmet Akif Ersoy Anadolu Lisesi	2003

2. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	UNVANI	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
2010-2012	Hemşire	Onkoloji Hemşiresi	Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi
2012-2016	Hemşire	Cerrahi Servis Hemşiresi	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi
2016- Halen	Sorumlu Hemşire	Üroloji Servisi	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi