

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ADANA ÖRNEĞİ

Sebiha AKTAŞ

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ**

ADANA-2020

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ADANA ÖRNEĞİ

Sebiha AKTAŞ

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ**

ADANA-2020

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin her aşaması boyunca benden yardımlarını, desteğini, bilgisini ve tecrübesini esirgemeyen ve bana yol gösteren değerli danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Gülşah KUMAŞ'a ve attığım her adımda yanımda olan ve bu seviyeye gelmeme destek veren aileme saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1-GİRİŞ.....	1
2-GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hemşire-Hemşire İş Birliği	3
2.1.1. Hemşire-Hemşire İş Birliği Kavramı.....	3
2.1.2. Hemşire-Hemşire İş Birliği Tarihçesi.....	3
2.1.3. Hemşire-Hemşire İş Birliği'ni Etkileyen Faktörler.....	4
2.1.3.1. Takım Halinde Çalışma.....	4
2.1.3.2. Karşılıklı Güven ve Saygı.....	5
2.1.3.3. Karşılıklı İletişim ve Sosyal Etkileşim.....	5
2.1.3.4. Koordinasyon.....	8
2.1.3.5. Açık Rol ve Sorumluluklara Farkındalık ile Profesyonellik.....	9
2.1.3.6. Çatışma Yönetme Becerisi.....	10
2.1.4. Hemşire-Hemşire İş Birliği'nin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkisi ..	11
3- GEREÇ YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	14
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	14
3.5. Verilerin Toplanması.....	15
3.6. Veri Toplama Araçları.....	15
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	15
3.6.2.Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği.....	15

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	16
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	17
4- BULGULAR.....	18
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	18
4.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşire-Hemşire İş Birliği Düzeylerinin İncelenmesi.....	21
5- TARTIŞMA.....	34
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Tartışılması.....	34
5.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	35
5.3. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
6- SONUÇ.....	46
7- ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	61
EK-1: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni Etik Kurul İzni.....	61
EK-2: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı	62
EK-3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumdan Resmi İzin Yazımı.....	63
EK-4: Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin İlgili Yazardan İzin.....	64
EK-5: Kişisel Bilgi Formu.....	65
EK-6: Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği.....	66
ÖZGEÇMİŞ.....	67

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge No		Sayfa No
Çizelge 4.1.	Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	18
Çizelge 4.2.	Katılımcıların Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	19
Çizelge 4.3.	Katılımcıların Hemşire-Hemşire İş Birliğini Artırmaya Yönelik Önerilerine İlişkin Bulguların Dağılımı	20
Çizelge 4.4.	Ölçek Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	21
Çizelge 4.5.	Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	23
Çizelge 4.6.	Katılımcıların Çalışma Özellikleri ile Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Çizelge 4.7.	Çatışma Yönetimi Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları	27
Çizelge 4.8.	İletişim Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları	27
Çizelge 4.9.	Paylaşım Süresi Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları	28
Çizelge 4.10.	Koordinasyon Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları	28
Çizelge 4.11.	Profesyonellik Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları	29
Çizelge 4.12	Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Ölçek Alt Boyut İfadelerine Verilen En Yüksek ve En Düşük Puanların Dağılımı	32
Çizelge 4.13.	Ölçek Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	33

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- SPSS** : Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)
- HHİ** : Hemşire-Hemşire İş Birliği
- HHİÖ** : Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği
- AACN** : American Association of Colleges of Nursing (Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği)
- AACCN:** American Academy of Critical Care Nurses (Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Akademisi)
- HPİDE** : Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanteri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Şekil 3.1.	Araştırmanın Uygulama Akış Şeması.....	17
-------------------	---	-----------

ÖZET

Hemşire-Hemşire İş Birliğinin Değerlendirilmesi: Adana Örneği

Bu çalışma, dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliğini değerlendirmek ve hemşire-hemşire iş birliğini etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 01.10.2019-15.11.2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde dahiliye birimlerinde çalışan ve mesaide olan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme dahiliye birimlerinde çalışan gönüllü 211 alınmıştır. Literatür taranarak geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” ve Temuçin ve ark. tarafından 2019 yılında geliştirilen “Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği” kullanılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum olarak özetlenmiştir. İki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test, bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması $31,45 \pm 7,60$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %83,9'u kadın, %57,8'i evli, %66,4'ü üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyi, çalıştıkları birim, birimdeki pozisyon ve birimde çalışma süresi ile ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,901 olup yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

Sonuç olarak katılımcıların hemşire-hemşire iş birliği düzeyinin beklenen minimum iş birliği düzeyinin üzerinde olduğunu söylemek mümkündür. Yönetici hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliğini desteklemesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık ekibi, iş birliği, dayanışma, hemşire.

ABSTRACT

Evaluation Of Nurse-Nurse Collaboration:Adana Example

This study was conducted in a descriptive type in order to evaluate the nurse-nurse collaboration of nurses working in internal medicine units and to investigate the factors affecting nurse-nurse collaboration. The universe of the research consisted of nurses working in internal medicine units and working in a university hospital between 1 Oct-15 Nov, 2019. In the sample of the study, 211 volunteer working in internal medicine units were included. In study; Personal Information Form which was developed by scanning the literature and "Nurse-Nurse Collaboration Scale" developed by Temuçin et al. in 2019 were used.

SPSS (IBM SPSS Statistics 24) package program was used for statistical analysis of the data. Categorical measurements are summarized as numbers and percentages, and continuous measurements are summarized as mean, standard deviation and minimum-maximum. The "Mann-Whitney U" test method was used to compare the two independent groups with the measured values, and the "Kruskal-Wallis H" test method was used to compare the three or more groups with the measured values. Spearman Correlation analysis was used to determine the relationship between the subscales of the scale.

The mean age of the participants in the study was found to be 31.45 ± 7.60 . 83,9% of the participants were women, 57,8% were married, 66,4% were university graduates. Statistically significant differences were found between the participants' education level, where they work, position in the unit and working time and the subscales of the scale. In the study, Cronbach's alpha of the scale was 0.901 and it was found to be highly reliable.

As a result, it is possible to say that the level of collaboration between the participants is above the minimum expected level of collaboration. It may be suggested that to support nurse-nurse collaboration of administrative nurses.

Keywords: Healthcare team, collaboration, cooperation, nurse.

1.GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumunda birçok sağlık profesyoneli ekip halinde çalışır. Ekip, bazı genel hedeflere ulaşmak için bilgi ve deneyimlerin sürekli olarak paylaşıldığı; ortak kararların alındığı ve uygulandığı bir birliktir (1). Bu ekibin içinde yer alan hemşireler, hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleridir. Bu sebeple sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin iş birliği yapmaları ve iş birliğine hevesli olmaları, bakım ve tedavinin zamanında, uygun şekilde, güvenli ve kaliteli olarak sunulmasında önemli bir bileşendir (2-11).

Sağlık ekibinde iş birliği, meslekler arası ilişki ve etkileşimleri içeren bir süreçtir (12). Hemşire-hemşire iş birliği (HHİ), hemşirelik meslektaşlarının, kaliteli, güvenli ve hasta merkezli bakımı sağlamak amacıyla benzer mesleki değerleri, deneyimi, sosyalleşmeyi paylaşarak bir arada çalışmasıdır (13). Bu bağlamda HHİ, hastaya ilişkin konularda hemşirelerin birbirine saygı ve güven duyması, rollerin açık paylaşımı, eşit derecede kararlara katılımı ve uygun çatışma yönetimi öğelerini içerir (14).

HHİ ve etkili ekip iletişimi, hemşirelik yeterliliğinin anlamlı belirteçlerinden olup; azalmış tıbbi hata oranı, olumlu hasta sonuçları, güvenli ve etkili bir tedavi ortamı ile ilişkilendirilmektedir (2,15-22).

Stefaniak (1998)'a göre, HHİ, hasta bakımı sürecinde hasta ile ilgili bilgilerin doğru şekilde, zamanında ve eksiksiz iletilmesini sağlamaktadır (23). Aynı zamanda hemşirelerin hasta ilişkili kararlara etkin katıldığı durumlarda, hasta bakımında sürekliliğin sağlanabileceği ve kalitenin artırabileceği belirtilmiştir (19,23). Manser (2009), HHİ olduğunda sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğini sağlamada önemli bir problem olan ilaç hatalarının azaltılabileceğini ileri sürmüştür (24). Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği (AACN) ise, yüksek kalitede ve güvenli hasta bakımını sağlamak için sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim ve işbirliğinin hemşirelik mesleği ve ileri hemşirelik uygulama programları için başlıca zorunluluklar olduğunu açıklamıştır (25).

HHİ istenen seviyede olduğunda, hemşirelerin motivasyonu ve iş tatmininin arttığı tespit edilmiştir (26,27). Bu sonuçlarla, yüksek motivasyona sahip iş birlikçi hemşirelerin, hastalar için en iyi sağlık sonuçları ve kuruluşlar için yararlı işgücü sonuçları elde etmelerinin muhtemel olduğu söylenebilir (27,28).

Dougherty ve Larson (2010), HHI'ni değerlendirmek için 5 alt boyut ele almıştır. Bu boyutlar; çatışma yönetimi, iletişim, paylaşım süreci, koordinasyon ve profesyonellik eleridir (2). Bireysel ve örgütsel düzeyde olanlar da dahil olmak üzere iş birliğini etkileyebilecek çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bireysel faktörler arasında iş birliği yapma işteği, ortak bir hedefe ulaşma arzusu, etkili iletişim becerilerine sahip olma ve birbirlerinin mesleki katkılarına karşılıklı güven ve saygı gösterme ele alınmaktadır. Örgütsel düzeyde, bireylerin iş birliğini geliştirmek ve sürdürebilmek için zaman ve mekan gibi kaynaklar sağlanmalı ve işbirlikçi uygulamalar yönetici hemşireler tarafından desteklenmelidir (29-31).

Ekip alışması ve iş birliğinin ele alınan tüm faydalarına rağmen yapılan incelemelerde etkili olarak uygulanamadığı, ekip algısında ve pratikte çalışılmasında problemler olduğu, tüm bunların da güvenli hasta bakımına ve hizmetin kalitesine yansıdığı belirtilmektedir. (4,24,32,33). Ayrıca hekim ve hemşireler arasındaki iş birliğinin sağlık hizmeti sunumunda önemli olduğu vurgulanmakla birlikte (34-38), HHI ile ilgili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (2,23,39). Bu sebeple hemşirelik iş birliğini etkileyen faktörler araştırılmalı ve iş birliği önündeki engeller belirlenmelidir.

Bu alışma, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde dahili birimlerinde çalışan hemşirelerin, HHI'ni değerlendirmek ve HHI'ni etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşire-Hemşire İş Birliği (HHİ)

2.1.1. Hemşire-Hemşire İş Birliği Kavramı

HHİ temelinde, iş birliği sağlayan hemşirelerin, aynı süreci paylaşarak ve tekrar tekrar birlikte çalışarak aynı hedefe ulaşmak için oluşturdukları derin, kolektif kararlılık olarak tanımlanmaktadır (40).

Thomson ve ark. (2007)'na göre iş birliği, özerk veya yarı-özerk katılımcıların resmi veya gayriresmi görüşme yoluyla etkileşime girdiği süreçtir. Bu süreçte bireyler, paylaşılan normlara göre ilişkilerini yöneten kurallar oluşturarak etkileşimi artırmaktadır. (41).

Marquis ve Huston (2006)'a göre HHİ, kaliteli hasta bakımı sağlamak için karşılıklı saygı, anlaşılır iletişim ve birlikte karar vermeyi güçlendirerek meslekler arası ekiplerin ve hemşirelik mesleği üyelerinin etkili bir şekilde işlev göstermesini sağlamaktadır (42).

Dougherty ve Larson (2010)'a göre ise iş birliği, aynı hedefi, gücü, otoriteyi ve karar almayı paylaşan meslektaşlar arasındaki kişiler arası bir ilişkidir (2)

Ekip çalışması ve HHİ, hemşireliğin önerilen zirvesi olarak görülmekte olup (40) sağlık hizmeti sunumunda bakımın sürekliliği için temel unsur olarak belirtilmektedir (43).

Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere HHİ'nde olması gereken temel öğeler rol ve sorumluluklarının bilincinde olma, karşılıklı güven ve saygı, ekip çalışması, sürecin paylaşılması, profesyonellik, problem çözme, etkili iletişim becerileri ile iş birliğine istekli olmadır (43-46).

2.1.2. Hemşire-Hemşire İş Birliğinin Tarihçesi

Literatür incelendiğinde hekim-hemşire iş birliğine ilişkin çok sayıda çalışma mevcut iken (34-38) HHİ ile ilgili yapılmış çok az sayıda çalışma vardır (2,23,39). Stefaniak (1998), hemşirelerin iş birliği algısını araştırdığı çalışmasında, hemşirelerin iş birliğini “ortak bir sorunu çözmek veya ortak bir amaca ulaşmak için bir arada çalışmak” olarak tanımladığını ortaya koymuştur (23).

HHİ konusunu ilk kez Dougherty ve Larson (2010) gündeme getirmişlerdir (2). Dougherty ve Larson, HHİ'ni beş alt boyuta dayandırmıştır. Bu alt boyutlar çatışma yönetimi, iletişim, paylaşım süreci, koordinasyon ve profesyonelliktir (2).

2.1.3. Hemşire-Hemşire İş Birliğini Etkileyen Faktörler

Literatüre bakıldığında HHİ'ni etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar;

- Takım halinde çalışma
- Karşılıklı güven ve saygı
- Karşılıklı açık bir iletişim
- Karşılıklı sosyal etkileşim, iletişim ve koordinasyon
- Açık rol ve sorumluluklara farkındalık ile profesyonellik,
- Çatışma yönetimi becerisi (14,29,30,45-50).

2.1.3.1. Takım Halinde Çalışma

Takım çalışması, ortak sağlık hedeflerini paylaşan tamamlayıcı becerilere sahip iki veya daha fazla sağlık çalışanının, hasta bakımını planlama ve değerlendirmede fiziksel ve zihinsel çaba harcayarak paylaştığı dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. (51). Scarnati (2001)'ye göre takım çalışması, sıradan insanların sıra dışı sonuçlar elde etmek için oluşturduğu iş birliği sürecidir (52). Bu sürecin birbirine bağımlı iş birliği, açık iletişim ve paylaşılan karar verme yoluyla katma değerli hasta, organizasyon ve personel sonuçları elde edileceği belirtilmektedir (51). İlhan (2015)'a göre bir takımın gücü; sinerjik bir şekilde bir arada çalışabilen bir gruptan kaynaklanmaktadır (53).

Maddux ve Wingfield (2003)' e göre takımda açık sözlü bir iletişim vardır ve yeni düşünceler, iş yöntemleri, kaygılar ve sorunlar açıkça paylaşılabilir (54). Hemşireler, birbirlerinden tavsiye alma, birbirlerine tavsiye verme ve danışma sürecinde iletişimi kullanmaktadır. Hemşireler, takımın taşıdığı misyon ve hedefleri benimsemekte ve etkin takım çalışmasının olduğu işlerde kalmaktadırlar (55). Bu sebeple takım becerilerinin geliştirilmesine kaynaklar sağlanması önemlidir (30).

Yapılan bir çalışmada, sağlık sunumunda ortaya çıkan ciddi olayların başlıca nedeni iletişim ve ekip çalışması eksikliğine bağlanmıştır (24). Bu çalışmaya göre, takımda etkili iletişim kuran ve iş birliği yapan hemşirelerin, daha çok verimli ve daha

az stresli olacağı; daha az hata yapacağı ve daha fazla hasta memnuniyeti sağlayacağı düşünülmektedir (55,56).

Takım çalışması sayesinde her üye bir otonomi ve iş memnuniyeti sağlamaktadır. Bu da artan ekip çalışması, personel verimliliği ve hizmette kalma üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (57). Çünkü bireysel başarı isteyen profesyonel çalışanlar için takımlar, birçok kişinin istediği girişkenlik duygusunu ve büyük seviyede sorumluluk kavramını oluşturmaktadır. Sorumluluk, çok etmenli sistemlerde takım çalışmasının önemli bir bileşenidir (58). Sorumluluk kavramı, gerekli olanı uygulamayı ve oluşan sonuçlardan da mesul olmayı anlatmaktadır. Sorumlu kişi aldığı kararların ve yaptığı eylemlerin arkasında olmayı özümsemektedir (59). Sorumluluk ile beraber kişide özerklik ve iş memnuniyeti gelişeceği belirtilmektedir (53,60).

Sağlık hizmetlerinde, hastaların ihtiyaçları ve mali konularda oluşan değişiklikler, hasta bakımı açısından hemşirelerin sorumluluklarını çoğaltmaktadır. Bunun neticesinde, hemşirelerin daha çok özerkliğe ve karar verme sürecine daha etkili katılıma ihtiyacı olmaktadır (61).

Takım çalışmasının temel iskeletini "Büyük Beş" olarak sunan Salas ve ark. (2005) 'na göre, takım liderliği, karşılıklı performans takibi, destek/yardım davranışı, adapte olabilirlik ve takım oryantasyonu/ uyumu takım çalışmasının temel bileşenleri arasında bulunmaktadır (62). Salas ve ark., temel iskeleti de 3 koordine mekanizma ile güçlendirmiştir. Bunlar, paylaşılan mental modeller (yani görevin karşılıklı kavramsallaştırılması), kapalı döngülü iletişim (yani aktif bilgi alışverişi) ve karşılıklı güvendir (62).

Profesyonelliğin belli başlı kriterlerinden biri olan özerklik, hemşirelikte, sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin karar verme becerisi ve kişinin çalışmaları içindeki bağımsızlığı olarak tanımlanmaktadır (63). Üst düzey eğitim alarak mesleki yetenekler edinen hemşireler, sağlık hizmetlerinde çalıştıkları birimlerde sağlık hizmeti veren diğer üyelerle görev paylaşımı ve iş birliği içinde bulunmaktadırlar. Böylece hemşirelerin takım uyumu içinde bağımsız rolleri artış göstermekte ve bu artışın ihtiyacı doğrultusunda kazandıkları otonomi sonucunda da sorumluluklarındaki artışı öne çıkmaktadır (13,59). Karar verme ve sorumluluk alma yeterliliği, sağlık mesleği üyelerinin kendisine, hastasına, yönetici idareye ve mesleğine daha yakın olmasını sağlamaktadır (59).

2.1.3.2. Karşılıklı Güven ve Saygı

Güven karşı taraftan bireysel faydalar gözüktüğüne ya da hiç olmazsa kötülük ya da hasar görmeyeceğine dair pozitif beklenti içine girme olarak açıklanmaktadır (64). Güven kavramı, kişisel özelliklere bağlı olarak oluşan ve yine kişi tarafından manalı hale getirilen bir kavramdır. Güven kişiler arası bağların kurulmasında, devam ettirilmesinde ve daimi şekle dönüştürülmesinde esas ölçüttür. Güven kavramı kişiye, kuruluşa, sahip olunan topluluğa veya yetiştirilme tarzına göre değişik şekillerde işlenmiştir (65).

Örgütsel güven, çalışanların görüşsel ve eylemsel özellikleri, uygulamaları ve örgütleri ile iki taraflı olarak bağlantılıdır. Üst seviyelerde güvenin örgütsel bağlılık ve iş doyumu, örgüt misyonunun etkili yayılımı ve iş birliğinin oluşması ile yakından bağlantılı olduğu da ispatlanmıştır. (66). İşcan ve Sayın (2010)'a göre çalışanların örgütsel güven algılarındaki artış/azalış ile birlikte iş tatminleri de orantılı olarak artıp/azalmaktadır (67).

Yöneticinin öz dayanıklılığı ve güven uyandıran kişilik yapısı ise, insanları takıma çekmektedir. İnsanlar bu sayede kendilerinin nerede güven içinde olacaklarını öğrenmektedirler. Demirel (2008)'e göre yöneticilerdeki güçlü kişilik yapısı, insanların kendilerini takımla bağdaştırmasını sağlar (65). Genel anlamda, güven bağlantılarının hemşire yöneticileri ve çalışan hemşireleri arasında etkin bir iş birliği için vazgeçilmez olduğu öngörülmüştür. Demirel (2008) örgütsel güvenin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, örgüt ve yöneticiye olan güvenin, duygusal bağlılık ve devamlılık bağlılığını pozitif yönde etkilediğini ve aralarında orta düzey anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur (65).

2.1.3.3. Karşılıklı İletişim ve Sosyal Etkileşim

Kişiler arasında sağlıklı alakalı olarak oluşan etkileşimlerin iletişim teorileri ile birleştirilmesi ile ortaya çıkan sağlık iletişimi çalışmaları, son zamanlarda artmış ve tutulan bir çalışma çevresi oluşturmuştur. Sağlık iletişiminin temel amacı, sağlık çıktıları üzerinde iyi etkiler yaratmaktır (68). Yapılan çalışmalarda, etkili iletişim becerilerine sahip kişilerin karşılaştıkları sorunların üstesinden gelebildikleri, yüksek özgüvene sahip oldukları ve meseleler karşısında daha gerçekçi hareket edebildikleri; etkili iletişim kuramayanların da sorunlarla baş etmede yetersiz oldukları, daha az

özgüvenli ve stresli oldukları ile bulundukları ortama kolay adapte olamadıkları belirtilmektedir (69).

İletişim, takım verimini direkt ve indirekt yollarla ilgilendiren, katılımcıların bir etkileşimle eş zamanlı olarak ortak anlamlar yarattıkları karmaşık, sürekli ve dinamik bir süreçtir (1,70). Bu süreçte iki birim aralarında birbiriyle ilişkili mesaj alışverişinde bulunmaktadır (71). İletişimin amacı, gönderilen mesajın ve alınan mesajın ortak bir anlayışına mümkün olduğu kadar yaklaşmaktır. İletişim bazen zor olabilir, çünkü her iki katılımcının da geçmiş tutum ve şartlanmaları vardır (72). İletişimde katılımcıların mümkün olduğunca açık mesajlar oluşturmaları, dikkatlice dinlemeleri, birbirlerinin yanıtlarını izlemeleri, geri bildirimde bulunmaları önemlidir (1). Bu yüzden ekip üyeleri, yapıcı eleştiri alışverişinde ve geri bildirimde bulunmaya istekli olmalıdır (8).

Ekip içinde yöneticiler, astlarında çalışanlara yerine getirilmesi gereken görevleri iletişim kurarak iletmektedirler. Çalışanlar da kendini ifade etmek için hem kendi aralarında ve üstleriyle iletişim kurmaktadır. Takım üyeleri, iletişim yoluyla birlik oluşturmakta ve çalışmalarını yürütmektedirler (73).

Etkili ekip iletişimi, gelişmiş hasta çıktılarına bağlanmış hemşirelik uygulama ortamının yaşamsal yönüdür (17). Sağlık ekibinin üyeleri etkili iletişim ve işbirliği içinde uygun bilgileri zamanında paylaşabilirler. Bu yüzden hemşireler arasındaki etkili iletişim oldukça önemlidir (4).

Etkin iletişimin kurulmadığı ortamlar iş birliği için engel oluşturmakta, bu sebeple hasta güvenliği ve bakım niteliği olumsuz etkilenmekte; takımın üyeleri arasında iletişim uyuşmazlıkları ve çatışmalar ortaya çıkabilmektedir (24,74). Ek olarak etkin iletişim, hasta odaklı sağlık bakımının temelini oluşturmaktadır (75). Moore ve ark. (2017)'nin aktarımı ile Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Akademisi (AACCN) standartlarına göre, sağlıklı çalışma ortamı oluşturmak ve sürdürmek için etkili iş birliğine ve takım çalışmasına gerek duyulmaktadır (13).

Arnold ve Underman Bogss (2011)'un aktarımı ile Amerikan Tabipler Birliği (AMAM) 2008 verilerine göre, iletişimdeki bozulma nedeniyle yaklaşık %80 ilaç hatası oluşmaktadır (76). Sağlık bakımında iletişim problemleri, sıklıkla beklenmedik ve nadir ölümle sonuçlanan sentinel olayların temel nedeni, tıbbi hataların da önde gelen nedeni olarak kabul edilmektedir (77) .

Sağlık hizmeti sunumunda iletişimin yanında sosyal etkileşimin de iş birliğini etkilediği belirtilmektedir. Sosyal etkileşim, bilginin barışçıl bir ilişkinin üyeleri arasında paylaşıldığı bir yöntem olarak tarif edilmektedir (47). Profesyoneller arası takımın üyeleriyle mizah yoluyla çalışma ortamında sosyalleşmenin hemşireler ve doktorlar arasında saygı, güven ve işbirliğinin iyileştirilmesine katkı sağladığı ifade edilmiştir (45). Araştırmalar, sosyal etkileşimin hemşireler arasındaki iş birliğine dayalı ilişkide önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (31).

Yapılan çalışmalarda etkili takım iletişiminin hemşirelerin örgütsel bağlılığı ve iş tatmini üzerinde etkili olduğu görülmüştür (73,78-80).

2.1.3.4.Koordinasyon

Koordinasyon, kurumsal hedefleri başarılı bir şekilde yerine getirmek için kaynakların senkronizasyonu, sıralanması ve çalışanların gayretlerinin uyumlu hale getirilmesi olarak tanımlanmaktadır (81). Koordinasyon, yapılacak çalışmanın verimli bir şekilde yapılabilmesi için kurumdaki teorik ve sosyal düzenlerin de en uygun ve gerekli anda ve şekilde sağlama düzenidir. Bu düzen, iş birliği düzeni ve işleyişi olarak da açıklanabilmektedir. Koordinasyon ayrıca, bir kurumun devamlı ve düzgün yönetilebilmesi için, hedefler, eylemler, bölümler ve bireyler arasında uyum ve iş birliğini uygulanma süreci olarak belirtilmiştir (82).

Hemşireler, bakımda düzeni sağlamak, kişiye özel bakım planları sunmak, hastalar ile ailelerini eğitmek ve psikososyal destek sağlamakla yükümlüdürler. Tüm bu faaliyetlerin yürütülmesi koordinasyon gerektirir. (81,83). Özetle koordinasyon, hemşirelerin diğer sağlık profesyonelleri ile hasta bakımını koordine etmesini içermektedir (17,84).

Bakımda koordinasyon, bir grup insanın örgütlenerek etkin bir şekilde bir arada iş yapma yöntemidir (13). Bakım koordinasyonu aracılığıyla iş birliği kolaylaşmakta ve hasta bakım sonuçlarını olumlu yönde etkilenmektedir (17). Ayrıca organizasyonel koordinasyon birim kalite çıktılarıyla da ilişkilidir. Ancak sağlık kurumları daha kompleks hale geldikçe, tüm yönetim düzeylerinde görevlerin koordinasyonu gitgide zorlaşmaktadır. (81,83).

Hasta bakımı seyrinde yetersiz olan bir koordinasyon, hasta bakım çıktıları ve hasta güvenliği üzerinde negatif yönlü bir etkiye sahiptir (12). Etkin iletişim ve

koordinasyonun, hassas bakım çevrelerinde, hastaların bakım kalitesini ve güvenliğini geliştirmede büyük bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (85-87).

Yazılı tedavi politika ve prosedürler hemşirelerin koordinasyonu etkin bir şekilde yürütmesine yardımcı olur (17). Koordineli hasta bakımı iş birliği belirteçlerinden biridir. Bu sebeple hemşire liderleri sağlık hizmeti sunumunun etkinliğini sağlamak için sağlık ekibi üyelerini koordine etmelidir (17). Koordinasyon, yönetimin esas işlevlerinden biri olarak görülmektedir (planlama, örgütleme, yetiştirme, yürütme, koordinasyon ve denetleme) (88).

2.1.3.5.Açık Rol Ve Sorumluluklara Farkındalık İle Profesyonellik

Rol; “belirli bir pozisyonda yer alan ya da belirli bir işle görevlendirilen bireyden beklenen davranış” olarak belirtilmektedir (89). Rol belirsizliği, çalışanların görevlerini yerine getirirken kendilerinden tam olarak nelerin beklendiğini tam olarak anlayamadıkları veya kendilerinden beklenenlerle, neyin yapılması gerektiği konusundaki düşüncelerinin birbirlerine ters olduğu koşullarda meydana gelmektedir. Yani çalışanlar; rollerinin neler olduğunun farkına varmadıklarında veya rolleri açık ve net olmadığına rol belirsizliği yaşamaktadırlar (90).

Rol çatışması, aynı anda iki ya da daha fazla rolü yerine getirme durumunda kalan bir rol sorumlusunun, rol gerekliliklerinden birine, diğerini zorlaştıracak şekilde daha fazla bağlı kalmasıdır (91). Rol çatışması, örgütte farklı görevlere sahip farklı çalışanlarla uyum sağlanamaması durumunda ya da üstler tarafından verilen bir görevin yerine getirilmesi için yeterli çalışanın olmadığı durumlarda artan bir durumdur (92).

Rol çatışması ve rol belirsizliği iki önemli olumsuz sonucu meydana getirmektedir. Bunlardan biri “işteki stres etkenlerine hedefli psikolojik bir yanıt” olarak açıklanan tükenmişlik, diğeri ise iş doyumsuzluğudur (90-94). Yapılan çalışmalara göre hemşirelerin rol anlaşmazlığı puanı arttıkça duygusal tükenme puanı ve duyarsızlaşma puanı artarken kişisel başarı puanı azalmaktadır. Hemşirelerin rol anlaşmazlığı seviyesi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyesini çoğaltırken kişisel başarı seviyesini etkilememektedir. Ayrıca rol belirsizliği ve rol anlaşmazlığı, organizasyonel bağlılığı da olumsuz yönde etkilemektedir (95-97).

Üniversiteler ve hastaneler rekabet içeren komplike organizasyon yapısına sahip olduğundan, bu ortamlarda çalışanların hem rol düzeninde birden fazla pozisyonda

görev yapması hem de birden fazla yöneticiye tabi olması oldukça fazla meydana gelen durumlardandır. Bu şartlarda çalışan bireylerin ise rol karmaşası ve rol çatışması yaşaması olasıdır (90,98,99). Hemşirelerin yoğun stres altında çalıştıkları hastanelerdeki mekanizmadan kaynaklı da rol belirsizliklerinin olduğu ve değişik rol çatışmalarının meydana geldiği, yapılan araştırmalarla onaylanmıştır (63). Kıdem farklılıkları, rol belirsizlikleri ve açık olmayan sorumluluklar da iletişim uyumsuzluklarına ve çatışmalara sebep olabilmektedir. Rol çatışması neticesinde, takım üyeleri arasında iş birliği, hasta güvenliği, iletişim, koordinasyon ve bakım kalitesi azalabilmektedir (24,100).

Uygulama alanı gelişmeye devam ettikçe ve en etkili kaynaklarla kaliteli hizmet sunumu vurgusu sürdükçe, rol karmaşası ile ilişkili problemlerin çözülmesi ve çaresi primer bir liderlik uzmanlığı haline dönüşmüştür (101). Hemşire yöneticilerinin liderliği, hemşirelik profesyonelliğini kolaylaştırmanın da anahtarıdır (102). Liderlik ise, profesyonel uygulamalar için parametreler oluşturmak ve bir işbirliği ve saygı kültürü oluşturmak için anahtardır. Doğrudan bakım ve yöneticilik pozisyonlarında olan hemşireler, liderlik sağlayarak takım çatışması sonrası belirsizlik ile mücadele eder ve rol açıklamaları, performans değerlendirmeleri, bakım modelleri ve hemşirelik prosedürleri için süreç ve politikaları belirler. Yönetici liderler, hemşirelik rolleri için temel olan mevzuat ve düzenlemeler hakkında gerekli bilgiye sahip olmalıdır (101).

2.1.3.6. Çatışma Yönetme Becerisi

Çatışma, bireyler ve/veya gruplar içi ya da arası uyumsuzluk ve/veya anlaşmazlık biçiminde meydana gelen bir etkileşim halidir (103). Örgütlerde sık yaşanan problemlerden biri de çatışmadır (104). Örgütteki karmaşıklık, çeşitli rol beklentileri, bölümler arası rekabet, karar alma sürecindeki kısıtlamalar, sınırlı kaynaklar üzerindeki rekabet, net olmayan iş sınırları ve kişilik farklılıkları gibi çeşitli unsurların bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Yapılan çalışmalarda, yaş, cinsiyet, değerler, inançlar, iletişim sorunları, eğitim, duygusal zeka ve algı farklılıkları, kişisel çatışma kaynakları olarak tanımlanmaktadır. Rol belirsizliği, kötü çalışma ortamları ve örgütsel destek eksikliği ise ortak çatışma kaynakları olarak tanımlanmaktadır (105,106).

Yapıcı olan çatışmaların, örgütün hedeflerine ulaşmasını kolaylaştırıcı olduğu savunulurken, yıkıcı olan çatışmaların bu hedeflere ulaşmada destek sağlamadığı

belirtilmektedir (103). Çatışmanın yapıcı ya da yıkıcı olması ise, çatışmanın nasıl yönetildiği ile ilişkilendirilmiştir. Bu konudaki en büyük rol yöneticilere atfedilmiştir (107).

Organizasyonlardaki her yönetici aynı zamanda bir çatışma yöneticisi olarak tanımlanmaktadır. Bu sebeple yöneticiler anlaşmazlık nedenlerini araştırdıktan sonra, çatışma için en iyi çözüm yönteminin ne olduğunu belirlemek ve uygulamak durumundadır (108,109.) Ayrıca yeterli bir çalışma ortamı için de çatışmaların uygun şekilde yönetimine ihtiyaç vardır (104,110). Uygun çatışma yönetimi ise, artan etkileşim ve yenilikçi çözümlerle ilişkilendirilmiştir (76). Bir organizasyonda çatışmanın varlığı, o organizasyonun değiştiğinin ve geliştiğinin göstergesi olarak kabul edilebilmektedir (107).

Çatışma, hemşirelikte yaygındır. Hemşirelik kuruluşlarının işlerinin bağlamı zor ve stresli olduğundan, çatışmalara karşı özellikle savunmasızdır (111). Hemşireler arasındaki çatışma, yetersiz iş birliği, iletişim eksikliği ve yıkıcı davranışlar ile ilişkilendirilmekte olup, ekip çalışmasını olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir (110). Çatışmanın hemşireler üzerinde stres, iş tatminsizliği, tükenmişlik ve yüksek ciro gibi birçok maliyeti vardır (112,113). Aynı zamanda kötü hemşire ilişkileri, bazı hemşirelerin mesleği terk etmelerine neden olabilir. Tüm bu nedenlerle sağlık sunumunun yönetimi ve geliştirilmesinde çatışma yönetiminin daha etkin kullanılması önem kazanmaktadır (112). Bu bağlamda, hemşire yöneticilerinin arkadaş canlısı bir ortamı oluşturması ve en kısa sürede çatışmalarla yüzleşerek hemşirelik birimlerinde pozitif ilişkileri teşvik etmesi büyük önem kazanmaktadır (18).

2.1.4. Hemşire-Hemşire İş Birliğinin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkisi

Pronovost ve ark.(2006)'nın hasta güvenliği raporlama sistemine bildirilen olaylarda yer alan faktörlerin sıklığını ve türünü değerlendirmek ve hasta güvenliğini artırmak için yapmış oldukları prospektif çalışmada, 2 yıl içinde 23 yoğun bakım ünitesinde meydana gelen 2075 web tabanlı raporlanmış olay incelenmiştir. Çalışmada, hasta güvenliği raporlama sistemine bildirilen vakaların %32'sinin yetersiz ekip çalışmasının bir sonucu olarak oluştuğunu tanımlamıştır (114).

Literatürde, ilaç uygulaması sırasında tıbbi hataların yaygın bir şekilde ortaya çıktığı ve bunun sonucunda da ters ilaç etkilerinde bir artış olduğu bildirilmiştir. Bu

hatalar temel olarak yetersiz takım çalışması, zayıf iletişim ve zayıf kişilerarası etkileşimlerden kaynaklanabilir (13,115-117).

Wheelan ve ark.(2003)'nın 17 yoğun bakım ünitesinde takım çalışması ile hasta mortalite yüzdelerini incelediği çalışmada, mortalitenin beklenenden az görülen yoğun bakımlarda takım halinde çalışmaların yürütüldüğü ve çalışanların iyi bir çalışma ortamında sağlık hizmeti sunduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda çalışmada mortalitenin beklenenden fazla görülen ünitelerde çalışan bireylerin birbirlerine daha az güvendikleri tespit edilmiştir (118). Matziou ve ark.(2014)'na göre meslekler arası iş birliğinin olmayışı, hasta bakımında daha yüksek hata ve ihmal olasılığı ile sonuçlanabilmektedir (119).

Sheean (2016), HHİ ve hemşire iş tatmini arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında hastane ortamında hemşire iş doyumunu ile HHİ arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir (120). Bu da hemşire iş doyumunu ile hemşirelik ekibinin uyumu arasında pozitif bir ilişki bulduğu çalışmaları içermektedir. Sheean'a göre HHİ, hemşire iş doyumunu ile ilişkilidir ve sağlıklı bir çalışma ortamının gelişimine katkıda bulunabilir (120).

Ylitörmänen ve ark. (2019)'nın hastane hemşireleri arasında HHİ ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi araştırmak ve bu ilişkiyi açıklayan bir modeli denemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, HHİ ile iş doyumunu arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (27).

Yağız (2019), hemşireler ile hekimler arasında iş birliği ve bu iş birliği düzeyinin hekimlerin ve hemşirelerin iş doyumları düzeyine etkisini araştırdığı çalışmasında, hekimlerin iş birliği düzeyleri arttıkça iş doyumlarının azaldığı, hemşirelerde ise aksine iş birliği düzeyi arttıkça iş doyumunun da arttığını saptamıştır (121).

Uhrenfeldt ve Hall (2015)'un iş tatmini açısından hastane hemşirelerinin deneyimlerini nitel olarak analiz ettikleri çalışmada, ekip çalışması, zaman ve güven faktörleri, iş tatmininin temel bileşenleri olarak bulunmuş, hemşirelerin hastaları ve meslektaşları ile olan ilişkilerinin iş tatmini sağladığı belirlenmiştir (122).

Yapılan araştırmalar, uygun iletişim, doğru bilgi iletimi, takım çalışması ve iş birliğinin tıbbi hataları azalttığı, hasta güvenliğinde ve hemşirelerin iş tatmininde artış sağladığını ortaya koymuştur (11,24,27,117). İş birliğinin iyi düzeyde olduğu ekiplerde

karar verme ve problem çözme becerileri, bakımın organizasyonu ve maliyet etkili bakım gelişmiştir (28,123). Hemşirelik çalışma ortamı hasta güvenliği üzerinde kritik bir etkiye sahip olduğundan, hemşirelik personeli ve doktorlar iyi işbirliği yapmak ve kaliteli hizmet sunmak için çaba göstermelidir (124). Sonuçta HHİ konusunda sınırlı araştırma olsa da, gelişmiş HHİ, pozitif hasta sonuçları ile ilişkilendirilmektedir (2).

Bu bağlamda bu çalışma Adana ilinde bir üniversite hastanesinin dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerinin mevcut HHİ düzeyini değerlendirmek ve HHİ'ni etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yapılmıştır.

3.YÖNTEM ve GEREÇ

3.1.Araştırmanın Şekli ve Amacı

Tanımlayıcı tipte olan araştırmada hemşireler arasındaki iş birliğini değerlendirmek ve HHİ'ni etkileyen faktörleri araştırmak amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01/10/2019 ve 15/11/2019 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi dahili birimlerde çalışan 261 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş evren örneklem olarak alınmıştır. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinden araştırmaya katılmayı kabul eden toplamda 211 hemşire örneklemi oluşturmuştur. Çalışmada raporlu, izinli ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler araştırma kapsamına alınmamış olup (%19,1), evrenin %80,8'ine ulaşılmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Dahiliye birimlerinde çalışan ve mesaide olan (yıllık izinli, raporlu olmayan),
- En az 3 aylık çalışma deneyimi olan hemşireler.

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali) ve çalışma özelliklerine ilişkin verilerden (çalışılan klinik, pozisyon, toplam çalışma süresi, çalışılan birimde çalışma süresi, hizmet içi eğitim alma durumu) oluşmuştur.

Bağımlı değişkenler; Hemşire- Hemşire İş Birliği değerlendirme ölçeğini ve Çatışma Yönetimi, İletişim, Paylaşım süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik boyutlarını içermektedir.

Araştırmanın Soruları;

Soru 1: Dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerin HHİ düzeyleri yüksek midir?

Soru 2: Dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerin HHİ düzeyleri düşük müdür?

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, veri formları gönüllü katılımcılara araştırmacı tarafından belirli bir süre zarfında doldurulmak suretiyle dağıtılarak toplanmıştır. Araştırmacı veri toplama işlemine başlamadan önce sorumlu hemşirelere kendini tanıtmış, araştırmanın amacı ve içeriği açıklanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür taranarak (3,120) hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu ve Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği (HHİÖ) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formunda, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, çalışılan klinik, pozisyon, toplam çalışma süresi, çalışılan birimde çalışma süresi, hizmet içi eğitim alma durumu gibi hemşirelerin özelliklerini yansıtan 10 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Hemşire- Hemşire İş Birliği Ölçeği

HHİÖ, 2010 yılında Dougherty ve Larson (2) tarafından geliştirilen ve 2016 yılına Çelik Durmuş ve Yıldırım (11) tarafından lise mezunu hemşire grubunda çalışılarak Türk diline uyarlanmış olup, 2019 yılında Temuçin ve arkadaşları (3) tarafından Türkçe formunun klinikte çalışan hemşire örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için Temuçin'den izin alınmıştır. Ölçek, iş birliği alt boyutları olan çatışma yönetimi, iletişim, paylaşım süreci, koordinasyon ve profesyonelliği belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formu 33 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe dilindeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre, ölçek 25 maddeye indirgenmiş ve Cronbach alfa kat sayısı 0.90 iyi düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı, 25 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama

puanı; “1= Hiç Katılmıyorum”, “2= Katılmıyorum” , “3= Katılıyorum”, “4= Tamamen Katılıyorum” şeklinde 4’ lü likert tipi bir derecelemeyle ölçülür.

Bu çalışmada HHİÖ Cronbach alfa katsayısı 0,901 ile yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından Çatışma Yönetimi alt boyutunda ortalama 3,26, İletişim alt boyutunda 2,86, Paylaşım Süresi alt boyutunda 3,07, koordinasyon alt boyutunda 3,10, profesyonellik alt boyutunda 3,18 ile yüksek bir değer aldıkları gözlenmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama, standart sapma ve minimum -maksimum olarak özetlenmiştir.

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

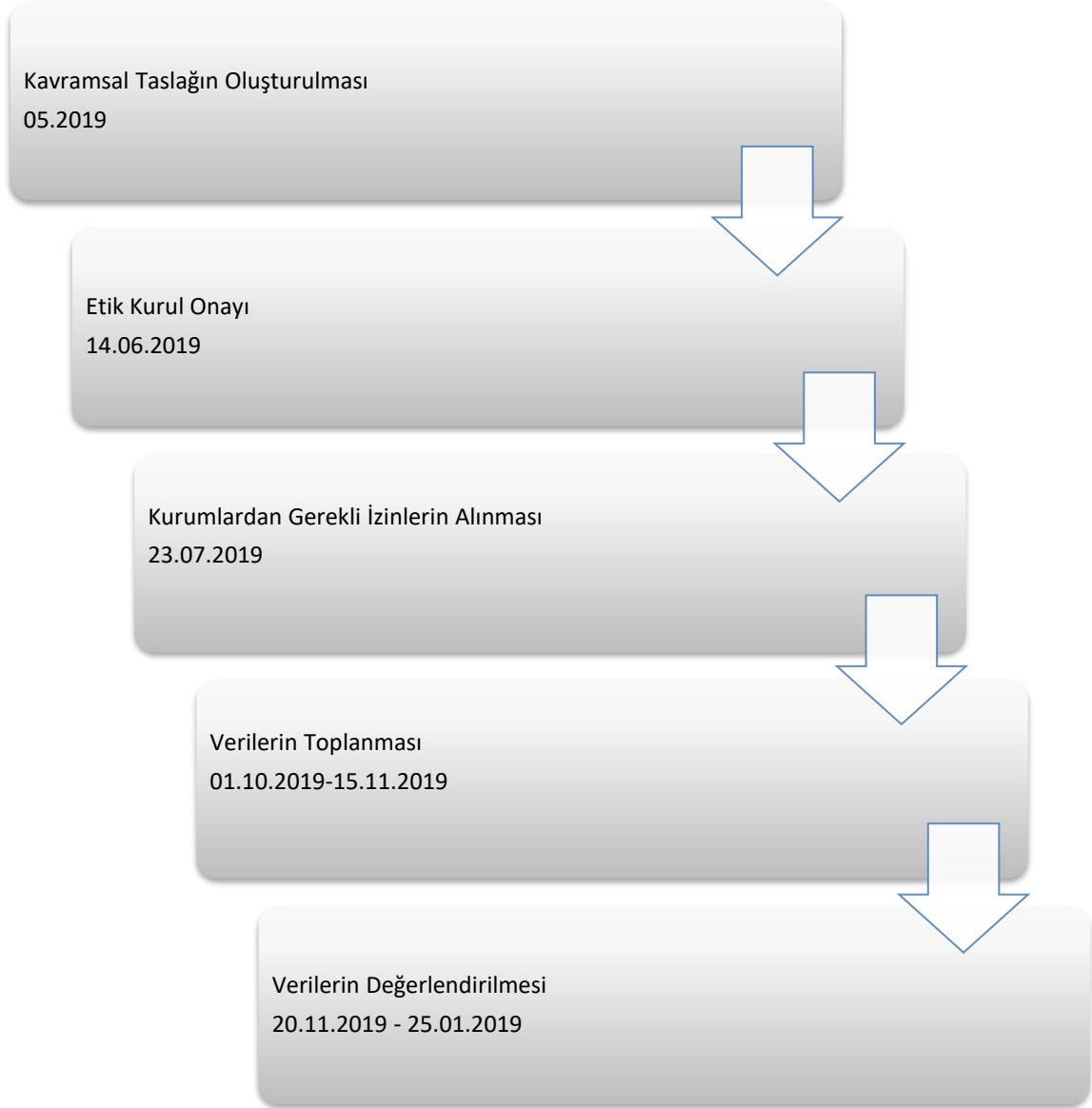
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular Çukurova Üniversitesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde dahiliye birimlerinde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireleri kapsamaktadır. Bu nedenle sonuçlar genellenemez

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.06.2019 tarihli 89/87 sayılı kararı ile etik kurul izni, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliğinden 23/07/2019

tarihli, 104013 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelere veri formu verilmeden önce bilgilendirme yapılmış olup, sözlü onam alınmıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmada yer alan katılımcılara ait yaş ortalamasının $31,45 \pm 7,60$ (min:20 max:50) olduğu ve katılımcıların %32,2'sinin 25 yaş veya altında olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %83,9'unun kadın olduğu, %66,4'ünün üniversite mezunu olduğu, %57,8'inin evli olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişken (N=211)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 31,45 \pm 7,60$ (yıl)]		
25 ve altı	68	32,2
26-30	48	22,7
31-35	25	11,8
36-40	36	17,1
40 üzeri	34	16,2
Cinsiyet		
Erkek	34	16,1
Kadın	177	83,9
Eğitim düzeyi		
Lise	60	28,4
Üniversite	140	66,4
Yüksek lisans/doktora	11	5,2
Medeni durum		
Evli	122	57,8
Bekar	89	42,2

Katılımcıların çalışma özelliklerine ilişkin dağılımlar incelendiğinde; %56,4'ünün serviste çalıştığı, %91,5'inin klinik hemşiresi olduğu, %34,6'ünün 6-10 yıllık toplamda çalışma süresi olduğu, %34,1'inin şu an çalıştığı birimde 2-5 yıl süredir çalıştığı belirlenmiş olup, katılımcıların %47,4'ünün kişilerarası ilişkiler konusunda hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır. Katılımcıların toplam çalışma süresi ortalamasının $10,22 \pm 7,55$ (yıl) olduğu, şuan çalıştıkları birimde çalışma süresi ortalamasının $5,32 \pm 4,22$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Katılımcıların Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişken (N=211)	n	%
Çalışılan birim		
Poliklinik	34	16,1
Servis	119	56,4
Yoğun bakım	58	27,5
Hemşirenin pozisyonu		
Kliniklerde çalışan hemşire	193	91,5
Sorumlu hemşire	18	8,5
Toplam çalışma [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 10,22 \pm 7,55$ (yıl)]		
5 yıl ve altı	60	28,4
6-10 yıl	73	34,6
11-15 yıl	31	14,7
16-20 yıl	17	8,1
20 yıl üzeri	30	14,2
Birimde çalışma [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 5,32 \pm 4,22$ (yıl)]		
1 yıl ve altı	47	22,3
2-5 yıl	72	34,1
6-9 yıl	64	30,3
10 yıl ve üzeri	28	13,3
Kişilerarası ilişkilerde hizmet içi eğitimi alma		
Eğitim almamış	100	47,4
Yılda 1 kez	84	39,8
2-3 yılda 1 kez	14	6,6
3-4 yılda 1 kez	13	6,2

HHİ’ni artırmaya yönelik öneriler, Çizelge 4.3’te incelenmiştir. 84 hemşireye ait cevapların dağılımına göre, hemşirelerin en yüksek oranda, %27,4 “Doğru iletişim ve empati kurulmalı” görüşünü desteklediği belirlenmiş olup onu %22,6 ile “İletişim ile ilgili eğitim artırılmalı” %21,4 ile de “Yönetici hemşireler uyumlu ve çözüm odaklı olmalı” görüşü izlemiştir (Çizelge 4.3) .

Çizelge 4.3. Katılımcıların Hemşire-Hemşire İş Birliğini Artırmaya Yönelik Önerilerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Hemşire-hemşire iş birliği önerileri (n=84)	n	%
Doğru iletişim ve empati kurulmalı	23	27,4
İletişim ile ilgili eğitim artırılmalı	19	22,6
Yönetici hemşireler uyumlu ve çözüm odaklı olmalı	18	21,4
İletişimde karşdakini dinlemeli/anlayış göstermeli	12	14,3
Hemşireler arası bilgi/deneyim paylaşımı artırılmalı	12	14,3
Kişilerarası ilişkilerde samimi olunmalı	11	13,1
Kararlara ortak katılım sağlanmalı	9	10,7
Çalışan hemşireler psikolojik desteklenmeli	9	10,7
Motivasyon artırıcı sosyal faaliyetler düzenlenmeli	7	8,3
İletişimde açık olunmalı	7	8,3
Çalışma şartları iyileştirilmeli	7	8,3
Yönetici hemşireler iş birliğini desteklemeli	7	8,3
Kişilerarası ilişkilerde karşılıklı güven sağlanmalı	7	8,3
Meslek bilinci artırılmalı	6	7,1
Ekip çalışmaları artırılmalı	5	6,0
Yönetici hemşireler eğitimli/tecrübeli kişilerden seçilmeli	5	6,0
Birlik olma bilinci artırılmalı	3	3,6
İş yükü azaltılmalı	3	3,6
Hemşireler istedikleri kliniklerde çalıştırılmalı	3	3,6
Hemşireler birbirlerine karşı daha yardım sever olmalı	3	3,6
İş ahlakına ve etik kurallara uyum artırılmalı	2	2,4
Hemşirelerin bağımsız rolleri artırılmalı	2	2,4
Kişilerarası ilişkilerde saygı korunmalı	2	2,4
Öfke kontrolü artırılmalı	2	2,4
Hemşire sayısı artırılmalı	2	2,4
Hemşireler hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı	2	2,4
Okul hastane arası işbirliği güçlendirilmeli	2	2,4
Yönetici hemşireler ile astlar arası güven artırılmalı	2	2,4
Kıdem farkı ortadan kaldırılmalı	2	2,4
Maaşlar artırılmalı	2	2,4
Dedikodu yapılmamalı	1	1,2
Sorunlu hemşireler klinik arası rotasyon yapmalı	1	1,2
Yönetici hemşireler adil davranmalı	1	1,2
Kişilerarası ilişkilerde bencil olunmamalı	1	1,2
Kişilerarası ilişkilerde sevgi ve hoşgörü gösterilmeli	1	1,2
Bakımda kalite için bilimsel araştırmalar/rehber izlenmeli	1	1,2
Hasta teslimlerine daha fazla önem verilmeli	1	1,2
Profesyonel bakış açısı kazandırılmalı	1	1,2
Mesleki rol ve sorumluluklar netleştirilmeli	1	1,2

Ölçek alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; alt boyutlarda bulunan ortalamaların yüksek ve maksimum puana yakın oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Ölçek Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Hemşire-hemşire İş Birliği Ölçeği (N=211)	Bulgular			
	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min-Max
Çatışma yönetimi	3,26	0,45	3,3	1,3-4,0
İletişim	2,86	0,40	2,8	1,8-4,0
Paylaşım süresi	3,07	0,46	3,0	1,5-4,0
Koordinasyon	3,10	0,45	3,0	1,6-4,0
Profesyonellik	3,18	0,46	3,0	2,1-4,0
Genel puan	3,09	0,33	3,1	2,1-3,9

4.2.Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşire-Hemşire İş Birliği Düzeylerinin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali açısından HHIÖ alt boyut puanları karşılaştırılarak incelenmiştir

Yaş ile HHIÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, 26-30 yaş arası katılımcıların; Çatışma Yönetimi ve İletişim alt boyutları açısından diğer yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). 40 yaş ve üzerinde olan katılımcıların ise, Paylaşım süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik alt boyutlarının diğer yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). (Çizelge 4.5).

Cinsiyet ile HHIÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, kadın katılımcıların Çatışma Yönetimi, Paylaşım Süresi, Profesyonellik alt boyutları açısından erkek katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Erkek katılımcıların ise İletişim ve Koordinasyon alt boyutları açısından kadın katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). (Çizelge 4.5).

Medeni durum ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde bekar katılımcıların; Çatışma Yönetimi, İletişim, Koordinasyon ve Profesyonellik açısından evli katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları tespit edilmiştir. Ancak aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Evli katılımcıların ise Paylaşım Süresi alt boyutu açısından bekar katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları tespit edilmiştir. Ancak aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.5).

Eğitim düzeyleri ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, Çatışma Yönetimi ölçek alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,046$). İstatistiksel açıdan farklılığın kaynağı incelendiğinde; yüksek lisans veya doktora mezunu olan katılımcıların Çatışma Yönetimi puanları, üniversite mezunu olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge 4.5).

Eğitim düzeyleri ile HHİÖ iletişim alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,039$) İstatistiksel açıdan farklılığın kaynağı incelendiğinde; yüksek lisans veya doktora mezunu katılımcıların iletişim puanları, üniversite mezunu olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge 4.5).

Eğitim düzeylerine ile HHİÖ Paylaşım Süresi alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,040$). Anlamlı farklılığın kaynağı analiz edildiğinde; yüksek lisans veya doktora mezunu katılımcıların paylaşım süresi puanları, lise ve üniversite mezunu olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge 4.5).

Eğitim düzeyleri ile HHİÖ Profesyonellik alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,032$). Anlamlı farklılığın kaynağı irdelendiğinde; yüksek lisans veya doktora mezunu katılımcıların profesyonellik puanları, üniversite mezunu olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken (N=211)	n	Çatışma yönetimi	İletişim	Paylaşım süresi	Koordinasyon	Profesyonellik
		$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$
Yaş sınıfları						
25 ve altı	68	3,21±0,50	2,83±0,40	2,95±0,44	3,01±0,46	3,09±0,45
26-30	48	3,33±0,39	2,93±0,39	3,12±0,40	3,11±0,46	3,20±0,44
31-35	25	3,18±0,42	2,86±0,44	3,03±0,53	3,12±0,45	3,15±0,40
36-40	36	3,29±0,45	2,83±0,40	3,11±0,47	3,14±0,45	3,21±0,51
40 üzeri	34	3,31±0,47	2,85±0,41	3,23±0,46	3,19±0,46	3,29±0,45
İstatistiksel analiz* Olasılık		$\chi^2=3,836$ $p=0,429$	$\chi^2=3,552$ $p=0,470$	$\chi^2=9,476$ $p=0,051$	$\chi^2=4,008$ $p=0,405$	$\chi^2=4,775$ $p=0,311$
Cinsiyet						
Erkek	34	3,20±0,46	2,89±0,33	3,04±0,43	3,11±0,39	3,10±0,40
Kadın	177	3,28±0,45	2,85±0,42	3,08±0,47	3,09±0,46	3,20±0,47
İstatistiksel analiz Olasılık		$Z=-1,183$ $p=0,237$	$Z=-0,335$ $p=0,737$	$Z=-0,250$ $p=0,802$	$Z=-0,078$ $p=0,938$	$Z=-0,786$ $p=0,432$
Eğitim düzeyi						
Lise ⁽¹⁾	60	3,30±0,42	2,90±0,40	3,06±0,44	3,08±0,50	3,23±0,44
Üniversite ⁽²⁾	140	3,23±0,46	2,82±0,40	3,05±0,44	3,08±0,43	3,13±0,44
Y.lisans/doktora ⁽³⁾	11	3,57±0,37	3,11±0,38	3,45±0,60	3,38±0,48	3,50±0,52
İstatistiksel analiz Olasılık Fark		$\chi^2=6,141$ $p=0,046$ [2-3]	$\chi^2=6,464$ $p=0,039$ [2-3]	$\chi^2=6,444$ $p=0,040$ [1,2-3]	$\chi^2=3,432$ $p=0,180$	$\chi^2=6,857$ $p=0,032$ [2-3]
Medeni durum						
Evli	122	3,24±0,44	2,84±0,40	3,10±0,45	3,08±0,46	3,16±0,46
Bekar	89	3,29±0,47	2,88±0,41	3,03±0,47	3,11±0,44	3,19±0,45
İstatistiksel analiz* Olasılık		$Z=-0,854$ $p=0,393$	$Z=-0,416$ $p=0,677$	$Z=-1,154$ $p=0,248$	$Z=-0,725$ $p=0,469$	$Z=-0,560$ $p=0,576$

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

Katılımcıların çalıştığı birim ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm alt boyutlarda poliklinikte çalışan katılımcılara ait puan ortalamasının, diğer birimlerde çalışan katılımcılara ait puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlılığı incelendiğinde ise, poliklinikte çalışan katılımcıların Çatışma Yönetimi ve Koordinasyon alt boyut puanları, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İstatistiksel açıdan gruplar arasındaki farklılıkların kaynağı incelendiğinde; poliklinikte çalışan hemşirelerin Çatışma Yönetimi alt boyut puanları, yoğun bakımda çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,011$). Benzer şekilde poliklinikte çalışan hemşirelerin Koordinasyon alt boyut puanları, servis ve yoğun bakımda çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,033$), (Çizelge 4.6).

Katılımcıların çalıştığı birimdeki pozisyonları ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm alt boyutlarda sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcılara ait puan ortalamasının, diğer pozisyonlarda çalışan katılımcılara ait puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan kaynağı irdelendiğinde; sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcıların Paylaşım Süresi puanları, klinik hemşiresi olarak çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$), (Çizelge 4.6).

Katılımcıların çalıştığı birimdeki pozisyonlarına göre HHİÖ Koordinasyon alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,014$). Sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcıların Koordinasyon puanları, klinik hemşiresi olarak çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. (Çizelge 4.6).

Katılımcıların çalıştığı birimdeki pozisyonlarına göre HHİÖ Profesyonellik alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,025$). Sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcıların Profesyonellik puanları, klinik hemşiresi olarak çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. (Çizelge 4.6).

Katılımcıların birimde çalışma süreleri ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, Paylaşım Süresi alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,048$). Anlamlı farklılığın kaynağı incelendiğinde; birimde

1 yıl ve altı süredir çalışanlar ile birimde 10 yıl ve üzeri süredir çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Birimde 10 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin Paylaşım Süresi puanları, birimde 1 yıl ve altı süredir çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge 4.6).

Hemşirelerin toplam çalışma süreleri ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam çalışma süresi 16-20 yıl ve olan katılımcıların, Çatışma Yönetimi, Koordinasyon ve Profesyonellik alt boyutlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). 11-15 yıl arası çalışma süresi olan katılımcıların, İletişim alt boyutunun diğer katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.6). 20 yıl ve üzeri çalışma süresi olan katılımcıların, Paylaşım Süresi alt boyut puanının diğer katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.6).

Katılımcıların kişilerarası ilişkilerle ilgili hizmet içi eğitim alma durumu ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, 3-4 yılda bir hizmet içi eğitim alan katılımcıların Çatışma Yönetimi, Paylaşım Süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik alt boyut puanlarının, diğer katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip olduğu gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.6). 2-3 yılda bir hizmet içi eğitim alan katılımcıların İletişim alt boyut puanının, diğer katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip olduğu gözlenmiştir. Buna karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Katılımcıların Çalışma Özellikleri ile Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken (N=211)	N	Çalışma yönetimi	İletişim	Paylaşım süresi	Koordinasyon	Profesyonellik
		$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$
Çalışılan birim						
Poliklinik ⁽¹⁾	34	3,39±0,38	2,99±0,48	3,18±0,48	3,31±0,51	3,36±0,53
Servis ⁽²⁾	119	3,29±0,48	2,80±0,39	3,02±0,48	3,05±0,47	3,14±0,44
Yoğun bakım ⁽³⁾	58	3,14±0,40	2,90±0,36	3,12±0,40	3,08±0,35	3,14±0,42
İstatistiksel analiz		$\chi^2=9,022$	$\chi^2=4,978$	$\chi^2=3,386$	$\chi^2=6,848$	$\chi^2=5,007$
Olasılık/Fark		p=0,011/[1-3]	p=0,083	p=0,184	p=0,033/[1-2,3]	p=0,082
Pozisyon						
Klinik hemşiresi	193	3,25±0,46	2,85±0,40	3,02±0,43	3,07±0,44	3,15±0,45
Sorumlu hemşire	18	3,40±0,39	2,94±0,39	3,60±0,43	3,37±0,48	3,41±0,44
İstatistiksel analiz		Z=-1,325	Z=-1,032	Z=-4,557	Z=-2,466	Z=-2,238
Olasılık		p=0,185	p=0,302	p=0,000	p=0,014	p=0,025
Toplam çalışma süresi						
5 yıl ve altı	60	3,21±0,50	2,86±0,33	2,97±0,48	3,04±0,46	3,09±0,45
6-10 yıl	73	3,27±0,41	2,84±0,46	3,02±0,42	3,03±0,44	3,15±0,45
11-15 yıl	31	3,25±0,39	2,92±0,46	3,16±0,42	3,16±0,42	3,21±0,42
16-20 yıl	17	3,37±0,45	2,87±0,28	3,19±0,51	3,42±0,49	3,31±0,54
20 yıl üzeri	30	3,31±0,49	2,82±0,41	3,23±0,48	3,21±0,46	3,30±0,46
İstatistiksel analiz		$\chi^2=2,672$	$\chi^2=0,465$	$\chi^2=7,943$	$\chi^2=6,187$	$\chi^2=5,756$
Olasılık		p=0,614	p=0,977	p=0,094	p=0,186	p=0,218
Birimde çalışma süresi						
1 yıl ve altı	47	3,23±0,55	2,84±0,39	2,95±0,50	3,05±0,53	3,07±0,46
2-5 yıl	72	3,30±0,42	2,92±0,35	3,13±0,47	3,08±0,39	3,22±0,48
6-9 yıl	64	3,23±0,45	2,81±0,47	3,05±0,38	3,07±0,47	3,16±0,44
10 yıl ve üzeri	28	3,29±0,37	2,85±0,37	3,17±0,50	3,26±0,42	3,28±0,42
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,656$	$\chi^2=3,250$	$\chi^2=7,904$	$\chi^2=5,200$	$\chi^2=6,104$
Olasılık/Fark		p=0,884	p=0,355	p=0,048/[1-4]	p=0,158	p=0,107
Kişilerarası ilişkiler konusunda hizmet içi eğitimi alma durumu						
Eğitim almamış	100	3,23±0,47	2,88±0,42	3,02±0,43	3,09±0,42	3,20±0,45
Yılda 1 kez	84	3,27±0,45	2,80±0,40	3,09±0,51	3,08±0,50	3,14±0,47
2-3 yılda 1 kez	14	3,27±0,37	2,98±0,29	3,20±0,37	3,13±0,45	3,14±0,39
3-4 yılda 1 kez	13	3,50±0,35	2,96±0,35	3,25±0,39	3,15±0,40	3,25±0,49
İstatistiksel analiz		$\chi^2=4,449$	$\chi^2=4,386$	$\chi^2=6,075$	$\chi^2=0,445$	$\chi^2=0,730$
Olasılık		p=0,217	p=0,223	p=0,108	p=0,931	p=0,886

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

Katılımcıların Çatışma Yönetimi alt boyutundaki ifadelerine verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır." ifadesi ($3,44 \pm 0,59$) almıştır. Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise "İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır." ($2,99 \pm 0,71$) ifadesine verildiği saptanmıştır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Çatışma Yönetimi Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları

İfade No	Çatışma Yönetimi Alt Boyutu İfadeleri	Ortalama $\pm$ ss
1.1.	Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır.	$3,44 \pm 0,59$
1.2.	Hastanın bakımıyla ilgili bir problemin en iyi çözümüne ulaşmak için bütün hemşireler birlikte çalışmalıdır.	$3,39 \pm 0,56$
1.3.	İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır.	$2,99 \pm 0,71$
1.4.	Hemşireler kaliteli bir çözüme ulaşmak için kendi deneyim ve uzmanlığından yararlanır.	$3,24 \pm 0,59$

Katılımcıların İletişim alt boyutundaki ifadelerine verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum." ifadesi ($3,18 \pm 0,68$) almıştır. Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise "Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir." ($2,27 \pm 0,57$) ifadesine verildiği saptanmıştır (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. İletişim Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları

İfade No	İletişim Alt Boyutu İfadeleri	Ortalama $\pm$ ss
2.1.	Bu servisteki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.	$3,02 \pm 0,74$
2.2.	Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum.	$3,18 \pm 0,68$
2.3.	Bu serviste çalışan hemşirelerden kimi zaman hastalar hakkında doğru olmayan bilgiler alırım.	$2,97 \pm 0,65$
2.4.	Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir.	$2,27 \pm 0,57$

Katılımcıların Paylaşım Süresi alt boyutundaki ifadelere verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Bu servisteki diğer hemşirelerle açık bir şekilde konuşmak benim için kolaydır." ifadesi ($3,14 \pm 0,70$) almıştır. Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise "İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim." ($2,95 \pm 0,66$) ifadesine verildiği saptanmıştır (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Paylaşım Süresi Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları

İfade No	Paylaşım Süresi Alt Boyutu İfadeleri	Ortalama $\pm$ ss
3.1.	Bu servisteki diğer hemşirelerle açık bir şekilde konuşmak benim için kolaydır.	$3,14 \pm 0,70$
3.2.	İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim.	$2,95 \pm 0,66$
3.3.	Kendi servisimde hasta bakımı ile ilgili önemli ölçüde söz sahibiyim.	$3,07 \pm 0,55$
3.4.	Serviste çalışan hemşireler hasta güvenliği hedefleriyle ilgili uzlaşma içindedirler.	$3,12 \pm 0,63$

Katılımcıların Koordinasyon alt boyutundaki ifadelere verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar." ifadesi ($3,21 \pm 0,66$) almıştır. Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise "Hemşireler hasta bakımına ilişkin konuların tartışılması gerektiğinde toplantı yaparlar." ($3,02 \pm 0,67$) ifadesine verildiği saptanmıştır (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Koordinasyon Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları

İfade No	Koordinasyon Alt Boyutu İfadeleri	Ortalama $\pm$ ss
4.1.	Hemşireler santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden işlemleri durdurma yetkisine sahiptir.	$3,06 \pm 0,66$
4.2.	Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar.	$3,21 \pm 0,66$
4.3.	Hemşireler hasta bakımına ilişkin konuların tartışılması gerektiğinde toplantı yaparlar.	$3,02 \pm 0,67$
4.4.	Hasta bakımı için ulaşılabilir, yazılı, kanıta dayalı tedavi protokolleri vardır.	$3,12 \pm 0,58$
4.5.	Hemşireler tarafından verilen bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler bulunmaktadır.	$3,06 \pm 0,61$

Katılımcıların Profesyonellik alt boyutundaki ifadelere verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar." ifadesi ($3,38 \pm 0,56$) almıştır. Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise "Hemşireler birbirleri ile iş birliği konusunda isteklidirler." ($2,96 \pm 0,69$) ifadesine verildiği saptanmıştır (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Profesyonellik Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları

İfade No	Profesyonellik Alt Boyutu İfadeleri	Ortalama $\pm$ ss
5.1.	Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar.	$3,38 \pm 0,56$
5.2.	Hemşireler arasında saygılı ve samimi bir ilişki vardır.	$2,98 \pm 0,69$
5.3.	Hemşireler birbirleri ile işbirliği konusunda isteklidirler.	$2,96 \pm 0,69$
5.4.	Hemşireler bu serviste hastalara order edilen ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahiptirler.	$3,21 \pm 0,58$
5.5.	Bu serviste hemşireler hastaların hastalık süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahiptirler.	$3,09 \pm 0,63$
5.6.	Bu serviste hemşireler hastalara güvenli bakım sağlamak için gerekli teknik becerilere sahiptir.	$3,21 \pm 0,55$
5.7.	Bu serviste deneyimli hemşireler öğretir ve yardımcı olurlar.	$3,30 \pm 0,59$
5.8.	Bu serviste,yönetici hemşireler iş birliğini destekler.	$3,28 \pm 0,65$

Katılımcıların çalıştıkları birime göre her bir alt boyut için verdikleri en yüksek ve en düşük puan ortalamaları incelenmiştir. Çatışma Yönetimi alt boyutu için; polikliniklerde en yüksek puan ortalamasını "Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır." ifadesi ($3,62 \pm 0,55$) almışken, en düşük puan ortalamasını "İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır." ($3,03 \pm 0,58$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için servislerde de en yüksek puan ortalamasını "Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır." ifadesi ($3,45 \pm 0,59$) almışken, en düşük puan ortalamasını "İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır." ($3,05 \pm 0,78$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için yoğun bakımlarda da en yüksek puan ortalamasını "Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler

dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır." ifadesi ($3,33\pm0,57$) almışken, en düşük puan ortalamasını "İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır." ($2,83\pm0,63$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12).

İletişim alt boyutu için; polikliniklerde en yüksek puan ortalamasını "Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum." ifadesi ($3,36\pm0,65$) almışken, en düşük puan ortalamasını "Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir." ($2,44\pm0,66$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için servislerde de en yüksek puan ortalamasını "Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum " ifadesi ($3,14\pm0,69$) almışken, en düşük puan ortalamasını "Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir." ($2,19\pm0,54$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için yoğun bakımlarda da en yüksek puan ortalamasını " Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum" ifadesi ($3,16\pm0,67$) almışken, en düşük puan ortalamasını "Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir." ($2,31\pm0,57$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12).

Paylaşım Süresi alt boyutu için; polikliniklerde en yüksek puan ortalamasını "Serviste çalışan hemşireler hasta güvenliği hedefleriyle ilgili uzlaşma içindedirler." ifadesi ($3,41\pm0,56$) almışken, en düşük puan ortalamasını "İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim." ($2,91\pm0,67$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için servislerde en yüksek puan ortalamasını " Kendi servisimde hasta bakımı ile ilgili önemli ölçüde söz sahibiyim. " ifadesi ($3,09\pm0,54$) almışken, en düşük puan ortalamasını "İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim." ($2,89\pm0,70$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için yoğun bakımlarda en yüksek puan ortalamasını " Bu servisteki diğer hemşirelerle açık bir şekilde konuşmak benim için kolaydır." ifadesi ($3,17\pm0,65$) almışken, en düşük puan ortalamasını "Kendi servisimde hasta bakımı ile ilgili önemli ölçüde söz sahibiyim." ($3,05\pm0,54$) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12).

Koordinasyon alt boyutu için; polikliniklerde en yüksek puan ortalamasını "Hemşireler santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden işlemleri durdurma yetkisine sahiptir." ifadesi almışken ($3,47\pm0,51$) en düşük puan ortalamasını "Hemşireler tarafından verilen bakımın

koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler bulunmaktadır.” (3,14±0,70) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için servislerde en yüksek puan ortalamasını "Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar." ifadesi (3,12±0,73) almışken, en düşük puan ortalamasını “Hemşireler hasta bakımına ilişkin konuların tartışılması gerektiğinde toplantı yaparlar.” (2,97±0,67) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için yoğun bakımlarda en yüksek puan ortalamasını "Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar.” ifadesi (3,24±0,54) almışken, en düşük puan ortalamasını “Hemşireler santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden işlemleri durdurma yetkisine sahiptir.” (2,88±0,75) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12).

Profesyonellik alt boyutu için; polikliniklerde en yüksek puan ortalamasını “Bu serviste, yönetici hemşireler iş birliğini destekler.” ifadesi (3,52±0,51) almışken, en düşük puan ortalamasını “Hemşireler birbirleri ile iş birliği konusunda isteklidirler.” (3,06±0,74) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için servislerde en yüksek puan ortalamasını "Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar." ifadesi (3,38±0,57) almışken, en düşük puan ortalamasını “Hemşireler birbirleri ile iş birliği konusunda isteklidirler.” (2,95±0,71) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12). Aynı alt boyut için yoğun bakımlarda en yüksek puan ortalamasını “Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar.” ifadesi (3,34±0,57) almışken, en düşük puan ortalamasını “Hemşireler birbirleri ile işbirliği konusunda isteklidirler.” (2,91±0,63) ifadesi almıştır (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Ölçek Alt Boyut İfadelerine Verilen En Yüksek ve En Düşük Puanların Dağılımı

Alt Boyutlar	Poliklinik	Servis	Yoğun Bakım
Çatışma Yönetimi	En Yüksek		
	İfade 1.1. (3,62±0,55)	İfade 1.1.(3,45±0,59)	İfade 1.1. (3,33±0,57)
	En Düşük		
	İfade 1.3. (3,03±0,58)	İfade 1.3.(3,05±0,78)	İfade 1.3. (2,83±0,63)
İletişim	En Yüksek		
	İfade 2.2. (3,36±0,65)	İfade 2.2.(3,14±0,69)	İfade 2.2. (3,16±0,67)
	En Düşük		
	İfade 2.4. (2,44±0,66)	İfade 2.4.(2,19±0,54)	İfade 2.4. (2,31±0,57)
Paylaşım Süreci	En Yüksek		
	İfade 3.4. (3,41±0,56)	İfade 3.3.(3,09±0,54)	İfade 3.1. (3,17±0,65)
	En Düşük		
	İfade 3.2. (2,91±0,67)	İfade 3.2. (2,89±0,70)	İfade 3.3.(3,05±0,54)
Koordinasyon	En Yüksek		
	İfade 4.1. (3,47±0,51)	İfade 4.2.(3,12±0,73)	İfade 4.2.(3,24±0,54)
	En Düşük		
	İfade 4.5.(3,14±0,70)	İfade 4.3. (2,97±0,67)	İfade 4.1.(2,88±0,75)
Profesyonellik	En Yüksek		
	İfade 5.8. (3,52±0,51)	İfade 5.1.(3,38±0,57)	İfade 5.1.(3,34±0,57)
	En Düşük		
	İfade 5.3. (3,06±0,74)	İfade 5.3.(2,95±0,71)	İfade 5.3.(2,91±0,63)

HHİÖ Çatışma Yönetimi puanları ile İletişim, Paylaşım süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çatışma Yönetimi puanları arttıkça, İletişim, Paylaşım Süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik artacaktır. Aynı şekilde, Çatışma Yönetimi puanları azaldıkça, İletişim, Paylaşım Süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik azalacaktır (Çizelge 4.13).

HHİÖ İletişim puanları ile Paylaşım süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). İletişim puanları arttıkça, Paylaşım Süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik artacaktır; İletişim puanları azaldıkça, Paylaşım Süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik azalacaktır (Çizelge 4.13).

HHİÖ Paylaşım Süresi puanları ile Koordinasyon ve Profesyonellik puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Paylaşım Süresi puanları arttıkça, Koordinasyon ve Profesyonellik artacaktır. Aynı şekilde, Paylaşım Süresi puanları azaldıkça, Koordinasyon ve Profesyonellik azalacaktır (Çizelge 4.13).

HHİÖ Koordinasyon puanları ile Profesyonellik puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Koordinasyon puanları arttıkça, Profesyonellik artacaktır. Aynı şekilde, Koordinasyon puanları arttıkça, Profesyonellik artacaktır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Ölçek Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi

Korelasyon* (N=211)		Çatışma yönetimi	İletişim	Paylaşım süresi	Koordinasyon	Profesyonellik
Çatışma yönetimi	R p	1,000 -	0,254 0,000	0,268 0,000	0,372 0,000	0,370 0,000
İletişim	R P	0,254 0,000	1,000 -	0,407 0,000	0,363 0,000	0,452 0,000
Paylaşım süresi	R P	0,268 0,000	0,407 0,000	1,000 -	0,526 0,000	0,569 0,000
Koordinasyon	R P	0,372 0,000	0,363 0,000	0,526 0,000	1,000 -	0,665 0,000
Profesyonellik	R P	0,370 0,000	0,452 0,000	0,569 0,000	0,665 0,000	1,000 -

*İki nicel değişkenden en az birinin normal dağılıma sahip olmadığı durumlarda “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Sağlık ekibi arasında ortaya çıkan iletişim ve iş birliği kaynaklı problemler, uygulama ve tıbbi hataların en temel nedenini teşkil etmektedir. Bu hatalar, hastanede yatış süresinin uzamasına, mortalite ve morbiditenin artmasına, hasta ve hasta yakınlarının gördüğü zarara bağlı hukuksal sorunlara yol açmaktadır. Yapılan araştırmalar, sağlık ekibi arasındaki doğru bilgi aktarımı, takım çalışması ve iş birliğinin tıbbi hataları azalttığını; hasta güvenliğini, bakım kalitesini ve iş tatminini artırdığını göstermiştir (2,3,5,8,9,11,12,17,23,24,27,114,120). Aynı zamanda literatürde hekim-hemşire iş birliği konusunda birçok çalışma mevcutken (34-38,121) HHİ konusundaki çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (2,23,39). Bu nedenle HHİ konusunda çalışma yapmaya ihtiyaç duyulmuştur. Bu çalışmanın, HHİ'nin önemini ortaya koyacağı ve yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmüştür.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Tartışılması

Çalışmaya eşlik eden katılımcıların yaş ortalaması $31,45 \pm 7,60$ olup, katılımcıların %83,9'u kadındır ve %57,8'i evlidir ve %66,4'ü üniversite mezunudur. Yapılan benzer çalışmalarda da 30 yaş üstü, kadın ve evli katılımcılar çoğunlukta olup, lisans ve lisansüstü eğitime sahip katılımcı oranı çoğunluktadır (3,125).

Katılımcıların ortalama çalışma süresi $10,22 \pm 7,55$ yıl olup, %34,6'sı 6-10 yıllık mesleki çalışma deneyimine sahip olduğunu belirtmiş olup, katılımcıların %34,1'inin şu an çalıştığı birimde 2-5 yıl süredir çalıştığı tespit edilmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da 5 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip katılımcı oranı çoğunluktadır (3,117,120).

Katılımcıların çalıştığı dahiliye birimleri incelendiğinde %56,4'ünün dahiliye servislerinde çalıştığı, %91,5'inin klinik hemşiresi olduğu ve %47,4'ünün kişilerarası ilişkiler konusunda hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada HHİÖ Cronbach alfa katsayısı 0,901 ile yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Çalışmada katılımcılar arasında genel iş birliği düzeyi için ortalama puan 4 üzerinden 3,09'dur. Buna göre, katılımcılar arasındaki iş birliği düzeyinin beklenen minimum iş birliği düzeyinin üzerinde olduğunu söylemek mümkündür. Bu çalışmaya

paralel olarak, Durmuş ve ark.'nın Türkiye'deki HHİ seviyesini araştırdıkları çalışmada da, katılımcılar arasındaki iş birliği düzeyi ortalama puan 4 üzerinden 3,09 olarak bulunmuştur (125). Özkaraca'nın hekim ve hemşirelerin iş birliğine ilişkin tutumlarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin ortalama iş birliği puanı (49.89 ± 4.72), hekimlere göre (47.52 ± 4.11) anlamlı derecede fazla bulunmuştur (126). Literatür incelendiğinde, hemşirelerin hekimlere oranla daha fazla iş birliğine yatkın oldukları görülmektedir (121,127-129).

Katılımcılara açık uçlu olarak sorulan HHİ'ne yönelik önerilere, cevap verenlerin %27,4 "Doğru iletişim ve empati kurulmalı" görüşünü desteklediği belirlenmiş olup onu %22,6 ile "İletişim ile ilgili eğitim artırılmalı" %21,4 ile de "Yönetici hemşireler uyumlu ve çözüm odaklı olmalı" görüşü izlemiştir. Tüm bu görüşler, katılımcıların iş birliğini artırmak için iletişimin artırılması gerektiğine inandıklarını ve yönetici hemşirelerin de iş birliği sürecinde etkili olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

5.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşı ile HHİÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Wolff ve ark., yaş çeşitliliğinin iş yerinde olumsuz tutumlara yol açabildiğini ve bundan doğan iş memnuniyetsizliği ile de zayıf mesleki ilişkilerin ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir (130). Wolff ve ark.'na göre bu çeşitlilik etkili iletişimi, daha iyi hasta bakım sonuçlarını ve en uygun ekip çalışmasını etkilemektedir. Ancak aksi bir görüş olarak yaş çeşitliliğinin olmasının, deneyimli hemşirelerin işe yeni başlayan hemşirelere mentörlük yapabileceği ve bunun işbirliğini destekleyeceği de düşünülebilir.

Katılımcıların cinsiyeti ile HHİÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Durmuş ve ark.'nın çalışmasında da cinsiyet ile ölçek alt boyutları arasında bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir (125). Ancak Ylitörmänen ve ark.'nın çalışmasında, erkek katılımcıların Çatışma Yönetimi ve İletişim alt boyutu puanları kadın katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (131). Bu çalışmada katılımcıların cinsiyetleri ile ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması, Durmuş ve ark.'nın

çalışmasında olduğu gibi, hemşirelik mesleğini icra eden erkek hemşire sayısının henüz az olmasından kaynaklanabilir (125).

Bu çalışmaya benzer şekilde Durmuş ve ark.'nın çalışmasında da lisans ve lisansüstü hemşirelerin HHİÖ alt boyutu puanları karşılaştırıldığında Problem Çözme, Koordinasyon ve Profesyonellik alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (125).

Hemşirelerin eğitim durumunun problem çözme becerileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma bulguları çeşitlilik göstermektedir. Altıntoprak (132) ve Kaya (133) ön lisans mezunu hemşirelerin, Ulupınar (134) ve Özçakır (135) ise lisansüstü eğitimi alan hemşirelerin problem çözmede kendini daha başarılı algıladıklarını belirlemiştir. Bu sonuçlar, çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Ancak Kelleci ve Gölbaşı (136), Çiçekoğlu (137) ve Yıldız (138) çalışmalarında eğitim durumuna göre hemşirelerin problem çözme becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit etmemiştir.

Hemşirelerin eğitim durumunun profesyonellik düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma bulguları da çeşitlilik göstermektedir. Lisans ve lisansüstü eğitime sahip olan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve eğitim seviyesinin önemini gösteren birçok çalışma mevcuttur (139-144). Bu sonuçlar, çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Ancak bu bulgulardan farklı olarak eğitim seviyesi ile profesyonellik düzeyi arasında ilişki bulunamayan çalışmalar da mevcuttur (145,146).

Çoraklı (147) çalışmasında, temel beceriler ve kendini ifade etme ile aktif dinleme ve sözel olmayan iletişim becerilerinin eğitim durumu lisans olanların, sağlık meslek lisesi olanlara göre daha yüksek bulmuştur. Tutuk (148), Abakay (149), Kumcağız ve ark. (150) ve Şahin ve Özdemir (151)' e göre, hemşirelerin eğitim durumları arttıkça iletişim becerileri artmaktadır.

Hemşirelik profesyonel bir meslektir ve asgari lisans düzeyinde eğitim gerektirir. Profesyonel kimlik şekillenmesinin büyük bir kısmı, hemşirelerin hemşirelik okulunda aldıkları eğitim esnasında oluşan profesyonel sosyalizasyon aşamasının önde gelen bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Sonuçta hemşirelik eğitimi kişiler arası iletişim, sosyal etkileşim ve profesyonellik davranışlarını şekillendirmektedir. Dolayısıyla eğitim düzeyinin iyi etkileşim ve iş birliğini sağlamada önemli bir unsur

olduğu düşünülebilir. Ancak bu çalışmada lisansüstü eğitime devam eden hemşire sayısı azınlıktadır. Bu nedenle sonuçlar genelleştirilememektedir.

Katılımcıların medeni durumu ile HHİÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Durmuş ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde katılımcıların medeni durumu ile ölçek alt boyutları arasında bir ilişki bulunmamıştır (125). Buna göre farklı medeni duruma sahip hemşireler arasında HHİ açısından farklılık olmadığı düşünülmektedir.

Katılımcıların çalıştığı birimdeki pozisyonlar ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm alt boyutlarda sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcılara ait puan ortalamasının, klinik hemşiresi olarak çalışan katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları tespit edilmiştir. Aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan kaynağı irdelendiğinde; sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcıların Paylaşım Süresi ($p<0,05$), Koordinasyon ($p=0,014$) ve Profesyonellik ($p=0,025$) puanları, klinik hemşiresi olarak çalışan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Chang ve Liu'nun hemşire örnekleminde profesyonelliği değerlendirdiği çalışmada, idari görev alan hemşirelerin normal klinik hemşirelere kıyasla daha yüksek toplam profesyonellik puanına sahip olduklarını saptamıştır (152). Özel çalışmasında, yönetici hemşirelerin profesyonellik davranış puanını daha yüksek olarak bulmuştur (153). Açıkgöz çalışmasında, hemşirelerin Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanteri (HPİDE) puanını yönetici hemşire olarak çalışan hemşirelerde anlamlı ve yüksek olarak tespit etmiştir (144). Bir hemşirenin yönetici pozisyonuna gelebilmesi için kendi çalışma çevresinin yanında yönetim çevresinde de yüksek seviye bilgi ve beceriye sahip olmasına ihtiyaç vardır. Yönetici hemşirelerin diğer hemşirelere kıyasla daha yüksek eğitim düzeyine ve tecrübeye sahip olmaları gibi önemli farklılıklar, yönetici hemşirelerin profesyonelliklerini güçlendiren özelliklerdir.

Sökmen ve Baykal'ın servis sorumlu hemşirelerinin yönetim eğitimi gereksinimlerini analiz ettiği çalışmasında, katılımcıların Bakımın Yönetimi alt boyutundaki ifadelerine verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan ortalamasını "Hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirebilirim" ve "Acil ve rutin tüm hasta bakım uygulamalarında koordinasyonu sağlayabilirim" ifadeleri almıştır (154). Bilgin'in sorumlu hemşirelerin yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada da en yüksek puan ortalamasını aynı ifadeler almıştır (155). Bu

sonuçlar da, sorumlu hemşirelerin hemşirelik bakımının niteliğini değerlendirmede ve hasta bakım uygulamalarında koordinasyonu sağlamada kendilerini oldukça yeterli bulduklarını göstermektedir. Havens ve ark.'na göre, hemşireler ve diğer sağlık bakım hizmeti sunanlar arasında ilişkisel koordinasyon oluşturmak hemşire yöneticisi uygulamasıyla son derece ilgilidir (87). İlişkisel koordinasyon, görev entegrasyonu amacıyla yürütülen iletişim ve ilişkiler arasında karşılıklı olarak güçlendirici bir etkileşim süreci olarak tanımlanmaktadır (156).

Sağlık profesyonelleri arasında sorumlulukların ve sürecin paylaşılması ile ortak karar alma, artmış hasta güvenliği ve bakım kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (51,157-160). Yönetici hemşireler de çalışma ortamını güçlendirmek için bu süreçte hemşireleri karar verme ve performans değerleme sürecine katmalı, yetki ve sorumluluk vererek hemşireleri otonom davranmaya teşvik etmelidir (161,162). Ayrıca yapılan bir çalışma, hemşirelerin katılımcı liderlik ynetiminizmseyen liderler tarafından yönetilmeyi ve daha fazla otonomi ve sorumluluğu arzuladıklarını ortaya koymuştur (163).

2010 yılında resmi gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğine göre sorumlu hemşire, servis ve ünitedeki hastaların bakım gereksinimlerinin hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenmesine ve karşılanmasına yönelik hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur (164). Hemşirelik hizmetleri ynetimininnemli bir parçası olan sorumlu hemşirelerin yönetimde verimli olması, hemşirelerin daha etkin çalışmalarına olanak sağlayacaktır. Bu etkin çalışmanın sonucunda da hastanelerin başarısının olumlu yönde etkileneceği su götürmez bir gerçektir (154,165). Literatüre göre güvenilir olma, iş disiplini ve iş birliği yapabilme yeteneğine sahip olmazellikleri yöneticide olması beklenenzelliklerdendir (166,167).

Moore ve ark.'na göre, hemşire yöneticileri ve / veya yöneticiler, hemşireler arasındaki iş birlikçi ilişkilerin geliştirilmesi, teşvik edilmesi ve değerlendirilmesindenemli bir rol oynamaktadır (168).

Katılımcıların birimde çalışma süreleri ile HHI alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, Paylaşım Süresi alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,048$). Anlamlı farklılığın kaynağı incelendiğinde; birimde 1 yıl ve altı süredir çalışanlar ile birimde 10 yıl ve üzeri süredir çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Birimde 10 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin Paylaşım Süresi puanları, birimde 1 yıl ve altı süredir çalışan

hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ndundu' ya göre sağlık uzmanları, hastaların ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılayacaksa, paylaşılan süreç ekip çalışmasını teşvik etmede de aynı derecede önemlidir (160). Ekip çalışması ve sorumlulukların paylaşılması, hastalar için bakım kalitesinde artışı, dolayısıyla hemşireler için iş memnuniyetinde artışı sağlayabilir. Bu sebeple, sağlık profesyonellerinin hedef belirleme, karar alma, yetki ve otonomi konusundaki sorumluluklarını paylaşmaları gerekmektedir (160,169). Mesleki deneyim arttıkça hemşirelerin yetki ve otonomi düzeyi gelişmektedir (170-172). Aynı birimde uzun süre çalışan hemşirelerin alan hakimiyetlerinin artacağı ve bu nedenle daha etkin otonomi ve sorumluluk paylaşımı sağlayacakları düşünülebilir.

Hemşirelerin toplam çalışma süreleri ile HHİÖ alt boyutları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak Ylitörmänen ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin Çatışma Yönetimi, Koordinasyon ve Profesyonellik puanları, toplam çalışma süresi ile ilişkili bulunmuştur (131). Ndundu da çalışmasında, yoğun bakım hemşirelerinin hemşire-hemşire işbirliğini algısını araştırdığı çalışmada, çalışma deneyimine göre hemşirelerin İletişim ve Paylaşım Süreci alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğunu bulmuştur (160). Özçakır'ın çalışmasına göre, hemşirelerin çatışma düzeyleri, çalışma sürelerine göre farklılık göstermektedir (135). Ancak literatür incelendiğinde, hemşirelerin çalışma sürelerinin çatışma yönetim düzeylerinden bağımsız olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur (173-175). Çelik çalışmasında, 21-25 yıllık hemşirelik deneyimine sahip hemşirelerin Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanteri (HPİDE) toplam puanını, diğer yaş gruplarındaki hemşirelere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (176). Benzer şekilde, Özel çalışmasında, 16-20 yıl arasında deneyime sahip olan hemşirelerde profesyonellik davranış puanı daha yüksek olarak bulunmuştur (153). Ancak Açıkgöz'ün çalışmasında, HPİDE toplam ve alt boyut puanı, hemşirelik mesleğinde toplam çalışma süresi ile ters orantılı olarak bulunmuştur (144).

Uzun süre mesleki deneyimi olan hemşirelerin sahip olduğu bilgi birikimi, iletişim, problem çözme ve karar verme becerisi sayesinde hasta bakımına hakim oldukları belirtilmektedir (177). Ancak hemşirelik mesleğini güçlendirme yolunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, mesleğin olumsuz koşulları, çalışma süresinin

artmasının yanı sıra hemşirelerin çalışma hayatını da güçleştirmektedir. Yoğun çalışma sürelerinin yanında bu güçlüklerle uğraşmak hemşirelerin motivasyonunu ve iş tatminini azaltmaktadır. Sonuçlar, sağlık hizmetlerindeki toplam iş deneyiminin iş birliği algısı üzerinde çeşitli etkilerini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların kişilerarası ilişkilerle ilgili hizmet içi eğitim alma durumu ile HHİÖ alt boyutlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Hizmet içi eğitim, örgütü oluşturan bireylere, görevlerini nasıl yapacaklarına ve birlikte nasıl çalışacaklarına ilişkin bilgi sunarak görevleriyle ilgili gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazandırmak amacıyla yapılan planlı etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır (178,179). Hemşirelik mesleği hem bilgili hem de yetenekli olmayı gerekli kılan bir meslektir. İnsanlarla uğraşılan bir meslek olduğu için, kişiler arası iletişim ve tavırlar çok ehemmiyetlidir. (180).

Atay ve ark.'nın hastanede çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitime yönelik görüşlerini araştırdığı çalışmasında, hemşirelerin %69,7' sinin mesleki yaşantısında hizmet içi eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir (181). Kahveci 'nin çalışmasında, hemşirelerin %49'u, hizmet içi eğitim programına ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir (182). Buğdaylı ve Akyürek'in çalışmasında da hemşirelerin %93,9'u hizmet içi eğitimin gerekli olduğunu ifade etmiştir (183). Bağdu (180) ve Serbest (184) çalışmasında, hemşirelerin en çok mesleki bilgi, mesleki beceri, mesleki değerler, kişiler arası iletişim ve tutumlar gibi konularda kendilerini geliştirmek istediklerini ortaya koymuştur. Dağlı'nın çalışmasında da, hemşirelere mesleki anlamda verilen eğitimler sonucunda bilgi seviyelerinde artış olduğu ve bunun da performanslarını olumlu etkilediği saptanmıştır. Dağlı'ya göre, hemşirelikte hizmet kalitesinin artırılması ancak hemşirelerin performanslarının iyileştirilmesi ile mümkündür. Bunun için de hemşirelerin sürekli eğitimden geçirilmesi gerekmektedir (185). Literatürde hizmet içi eğitim alan hemşirelerin iletişim becerilerinin iyi düzeyde olduğunu gösteren bir çalışmaya da rastlanmıştır (69). Tüm bu sonuçlar, hemşirelerde hizmet içi eğitimin önemini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların çalıştıkları birimler ile HHİÖ alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm alt boyutlarda poliklinikte çalışan katılımcıların, diğer birimlerde çalışan katılımcılara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan farklılığın kaynağı incelendiğinde; poliklinikte çalışan katılımcıların,

yoğun bakımda çalışan katılımcılara göre Çatışma Yönetimi ($p=0,011$) açısından daha yüksek oranda kendilerini yeterli gördükleri saptanmıştır. Benzer şekilde poliklinikte çalışan katılımcıların, servis ve yoğun bakımda çalışan katılımcılara göre Koordinasyon ($p=0,033$) açısından daha yüksek oranda kendilerini yeterli gördükleri belirlenmiştir. Cihangiroğlu ve ark.'nın hemşirelerin çatışma düzeylerini etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, katılımcılardan yönetsel pozisyonları olmayan, klinik ve poliklinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin çatışma düzeylerinin anlamlı bir biçimde başhemşire, başhemşire yardımcısı ve klinik sorumlu hemşiresi gibi yönetsel pozisyonlarda çalışan hemşirelerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (175). Kumcağız ve ark.'nın çalışmasında da poliklinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin iletişim becerisinin davranışsal alt boyutunun diğer ünitelerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (150). Ylitörmänen ve ark.'nın çalışmasında, gündüzleri çalışan hemşirelerin süreç paylaşımı alt boyut puanlarını, vardiyalı çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Aynı çalışmada gün içinde çalışan hemşirelerin profesyonellik alt boyut puanları, vardiyalı çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksektir (131). Açıkgöz, hemşirelerin profesyonellik davranışlarını belirlemek amacıyla Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanteri (HPİDE) kullandığı çalışmasında, hemşirelerin HPİDE puanını gündüz çalışan hemşirelerde anlamlı derecede yüksek bulmuştur (144). Ülkemizde polikliniklerde çalışan hemşireler, genellikle mesleki deneyimi fazla olan tecrübeli hemşirelerden oluşmaktadır. Meslekte uzun yıllar çalışan hemşirelerin çatışma yönetme becerilerinin ve koordine etme yönlerinin gelişmiş olduğu düşünülebilir.

5.3. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların Çatışma Yönetimi alt boyutundaki ifadelerine verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır." ifadesi ($3,44\pm0,59$) almıştır. Ylitörmänen ve ark.'nın çalışma sonuçları da bizim sonuçlarımızla uyum göstermektedir (131). Ndundu'nun çalışmasında ise, katılımcıların aynı alt boyuttaki ifadelerine verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasını "Yüksek kaliteli bir çözüm üretmek için herkes deneyimleriyle katkı sağlar." ifadesi almıştır (160). Bu sonuçlar, hemşirelerin konuyu görmezden gelmek

yerine, çatışmanın çözülmesi için tüm hemşirelerin görüşlerini ele alarak ortak bir çözüm bulmayı tercih ettiklerini göstermektedir.

Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise “İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır.” ($2,99 \pm 0,71$) ifadesine verildiği saptanmıştır. Yapılan benzer çalışmalar da bu sonuçları destekler niteliktedir (131,160). Ortak karar verme, çatışmanın meydana gelmesinde önemli rol oynayan bir etkindir (96). Sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin çatışma yönetimi konusunda ortak bir karara varılması gerektiğine inanmasına rağmen, alınan ortak kararın, tüm hemşireleri tatmin edebilecek düzeyde olmayacağını düşündüklerini göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, hemşirelerin orta düzeyde problem çözme becerilerine sahip olduğu belirlenmiştir (135,136). Etkili çatışma yönetimi, yüksek verimlilik, güven ve açıklığa yol açabilecek hayal kırıklığı olmadan başarılı çatışma çözümlerine yol açar. Bu nedenle hemşirelerin, kaçınma ve diğer stratejiler yerine profesyoneller arasında müzakere ve uzlaşma içeren ve böylece etkili işbirliğini teşvik eden ve kazan-kazan çözümüne ulaştıran bir yaklaşım kullanmaları önerilmektedir (186,187).

Katılımcıların İletişim alt boyutundaki ifadelerine verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum." ifadesi ($3,18 \pm 0,68$) almıştır. Bu çalışmanın sonucuna paralel olarak Ndundu'nun çalışmasında da bu alt boyutta yer alan aynı ifade yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (160). Hemşirelerin iletişim becerilerinin incelendiği bazı araştırmalarda, hemşirelerin iletişim becerilerinin çeşitli nedenlerle iyi düzeyde olmadığı görülmektedir (150,188-191). Bunun yanında, hemşirelerin orta ve yüksek düzeyde iletişim becerilerine sahip olduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (151,192).

Etkili iletişim becerilerine sahip hemşirelerin, karşılaştıkları sorunlara karşı sağlıklı çözümler üretebileceği ve daha yapıcı ilişkiler geliştirebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle hemşirelik mesleğinin icra edilmesinde iletişim becerileri önemli bir yer tutmaktadır. Etkili iletişim kuran hemşirelerin iş birliği düzeyi artacaktır. Sonuçlar, hemşirelerin meslektaşlarıyla hasta bakımı konusunda iş birliği oluşturmada karşılıklı iletişim halinde bulunduklarını göstermektedir.

Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise “Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir.” ($2,27 \pm 0,57$) ifadesine verildiği saptanmıştır. Çalışmamızda ters kodlanan bu maddenin sonucuna göre, hemşirelerin meslektaşlarından aldığı bilgileri doğrulama ihtiyacı hissettiği görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da hemşirelerin çoğu, aldıkları bilgilerin doğruluğunu kontrol etmek zorunda kaldığını ifade etmiştir (131,160). Bu sonuçlar hemşireler arasında güven eksikliği olduğunu göstermektedir. Araştırmalar, deneyim ve bilginin güven ve saygıya katkıda bulunduğunu ve işbirliğini kolaylaştırdığını göstermiştir (193). Hemşirelerin bilgi arama kaynaklarından en önemlisinin meslektaşları olduğu ve hemşirelerin kendi bilgi ihtiyaçlarını şahsi tecrübeleri ve meslektaşlarından destek alarak karşıladıkları da belirtilmektedir (194). Bunun nedeni olarak da meslektaşlarından doğru bilgiyi kolay şekilde ulaşmaları olarak görülmüştür (195). Tüm bu sonuçlara dayanarak, hemşirelerin iletişim kurdukları bireylerin deneyim ve bilgisine göre değerlendirme yaptıklarını söylemek mümkündür.

Katılımcıların Paylaşım Süresi alt boyutundaki ifadelere verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Bu servisteki diğer hemşirelerle açık bir şekilde konuşmak benim için kolaydır." ifadesi ($3,14 \pm 0,70$) almıştır. Yapılan çalışmalarda da hemşirelerin çoğu birbirleriyle iletişimi kolay ve eğlenceli olarak algıladığı görülmektedir (131,160). Sağlık ekibi içerisinde ortak süreci paylaşan hemşirelerin kaliteli bakımı sağlamak ve belirlenen ortak hedeflere ulaşmak için rollerini, iş tanımlarını ve paylaşılan sorumluluklarını bilmeleri gereklidir (160). Ayrıca örgütsel verimlilik ve etkin personel sonuçları için de etkili işbirliği, açık iletişim ve ortak karar alma süreçlerine ihtiyaç vardır (51). Ndundu'ya göre paylaşılan sorumluluk, tüm üyeler birlikte çalıştıkça saygıyı ve güveni artırır, böylece her birinin katkısı kabul edilir (160). Tüm bu sonuçlar, paylaşım sürecinde yer alan hemşirelerin iletişiminin açık ve kolay olduğunu göstermektedir.

Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise “İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim.” ($2,95 \pm 0,66$) ifadesine verildiği saptanmıştır. Ndundu'nun çalışmasında da bu alt boyutta en düşük puan ortalamalarını “Kendi başıma birçok karar verebilirim” ve “İş yerinde beni etkileyecek kararlar almama izin verildi” ifadeleri almıştır (160). Hemşirelik ve karar verme üzerinde yapılan araştırmalarda hemşirelerin çalışma ortamı ile ilgili en ciddi baskı kaynaklarının hasta

ile ilgili kararlara katılmada ve otonomide yetersiz olmaları ve şahsi yeteneklerine önem verilmemesi olduğu belirtilmektedir (196). Buzunoğlu, hemşirelerin karar verme stratejilerine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında, hemşirelerin mesleki süreçlerde karar verirken mantıklı karar verme yönünde olduğunu, ancak karar verirken bağımlı kalarak uygulama ve bakımı sürdürdüklerini ileri sürmüştür (197). Bu çalışmalar, bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup, hemşirelerin paylaşım sürecinde karar verme konusunda kendilerini yeterli bulmadıklarını göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin bağımsız karar almada kendilerini yetkili görmedikleri ve kararlar almada bağımlı kaldıkları görülmektedir. Hemşirelerin süreç paylaşımında ortak kararlara katılımı ve otonom davranışları desteklenmelidir.

Katılımcıların Koordinasyon alt boyutundaki ifadelere verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar." ifadesi ($3,21 \pm 0,66$) almıştır. Yapılan benzer çalışmalarda da Koordinasyon alt boyutunda katılımcı hemşirelerin çoğunluğu hasta bakımı konularında birbirleriyle doğrudan konuştuğunu kabul etmiştir (131,160). Ayrıca katılımcıların bu alt boyut ifadeleri için verdikleri puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlardan, hemşirelerin faaliyetlerin koordinasyonu ile ilgili yüksek düzeyde bir anlaşılmaya sahip oldukları düşünülebilir.

Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise "Hemşireler hasta bakımına ilişkin konuların tartışılması gerektiğinde toplantı yaparlar." ($3,02 \pm 0,67$) ifadesine verildiği saptanmıştır. Benzer şekilde Ylitörmänen ve ark.'nın çalışmasında da hemşirelerin çoğunun hasta bakımı konularında birbirleriyle doğrudan konuşmasına rağmen tüm hemşirelerin yarısının hasta bakımı konularında geçici grup toplantıları yapmadığı belirlenmiştir (131). Ndundu çalışmasında, hasta bakımı faaliyetlerinin etkin koordinasyonunun, hemşire-hemşire iş birliğini artıracakını bildirmiştir (160). Ndundu'ya göre hasta bakımının planlaması ve koordinasyonu sırasında tüm ekip üyelerinin dahil edilmesi, birimlerde hasta merkezli bakımın elde edilmesine yardımcı olabilir. Bu da, ekip üyelerinin standart protokolleri birlikte izlemesini sağlayacağı için, bakım standartlarının sürdürülmesini teşvik edebilir (160). Bu nedenle Ndundu'ya göre iş birliği ile oluşturulmuş tekrarlı ünite faaliyetleri ve personel toplantıları, iyi koordine edilmiş hasta odaklı bakım faaliyetlerindendir (160). Lemetti ve ark.'na göre de hemşirelik iş birliği eğitim, yüz yüze görüşmeler ve birlikte geçirilen zaman ile

geliştirilebilir (14). Çeşitli faaliyetlerle birlikte dinleme ve karar alma, hemşireleri güçlendiren ve hemşire-hemşire ilişkilerinin geliştirilmesine katkıda bulunan faktörlerdendir (18) ve bu nedenle hasta bakımı planlanırken göz önünde bulundurulmalıdır (131). Bu sonuçlara göre bakımı koordine etmek için hemşirelerden ortak faaliyetler yürütmesi ve toplantılar yapması beklenmesine rağmen, bakımın koordinasyonu sağlamak için yapılan faaliyetlerin yetersiz olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Profesyonellik alt boyutundaki ifadelere verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını "Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar." ifadesi ($3,38 \pm 0,56$) almıştır. Stefaniak, HHİ'nin; hasta nakli ve nöbet değişimi esnasında, iletişim kurarken, hemşireler arasında bilgi ve beceri yetersizliği bulunduğu hallerde daha elzem bir belirleyici olduğunu bildirmektedir (23). Padgett'e göre uygun kapsamlı hasta aktarımı, hasta güvenliğinin anahtar bileşenidir. Teslim sürecinin standardizasyonu, olumsuz hasta olayları riskini azaltmak için bir koruma olabilir (198). Bu çalışma sonucu, hemşirelerin kendilerini hasta transferi sürecindeki diğer personellerle iletişim konusunda kendilerini yeterli bulduklarını göstermektedir.

Bu alt boyutta en düşük puan ortalamasının ise "Hemşireler birbirleri ile işbirliği konusunda isteklidirler." ($2,96 \pm 0,69$) ifadesine verildiği saptanmıştır. Ylitörmänen ve ark. (131) ve Ndundu (160)'nun çalışmalarında ise, hemşirelerin iş birliği için istekli olduğu bulunmuştur. Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermemektedir. Moore ve Prentice, bireysel bir hemşirenin işbirliği sürecini olumlu veya olumsuz olarak etkileyebileceğini bildirmiştir (193). İyi iletişim ve dinleme becerilerinin yanı sıra, iş birliği yapma istekliliği, işbirliği için önemli faktör olarak rapor edilmiştir (219,199). Çalışma sonuçlarımıza göre iş birliğine karşı isteksizlik, HHİ önünde engel olabilir.

Genel olarak bütün alt boyutlar incelendiğinde dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerin kendilerini en çok yetersiz buldukları beş alan; herkesi tatmin eden ortak bir karar alma, meslektaşlarına karşı güven, bağımsız karar verme, bakımı koordine etmede birlikte toplantı yapma, iş birliğine karşı istekli olma olarak bulunmuştur. Bu bulgular da katılımcıların; alınan ortak kararlara tam katılım sağlama, güven, kişisel yetkinlik ve otonomi, birlik olma ve iş birliğine karşı istekli olma yönünden kendilerini yetersiz hissettiklerini göstermektedir.

6.SONUÇ

HHİ düzeyini değerlendirmek ve HHİ'ni etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmanın, hemşireler arası iş birliğinin önemini ortaya koyacağı ve benzer çalışmalara kaynak oluşturabileceği düşünülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmiştir:

Araştırma kapsamına alınan dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerin,

- %66,4'ünün üniversite mezunu olduğu,
- %91,5'inin klinik hemşiresi olduğu,
- %34,6'ünün 6-10 yıllık toplamda çalışma süresi olduğu,
- %34,1'inin şu an çalıştığı birimde 2-5 yıl süredir çalıştığı,
- %47,4'ünün kişilerarası ilişkiler konusunda hizmet içi eğitim almadığı,
- Toplam çalışma süresi ortalamasının $10,22 \pm 7,55$ (yıl) olduğu,
- Şu an çalıştıkları birimde çalışma süresi ortalamasının $5,32 \pm 4,22$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir.
- HHİ Ölçeği; Çatışma Yönetimi, İletişim, Paylaşım Süresi, Koordinasyon ve Profesyonellik alt boyutlarında yüksek puan ortalaması almaları, kendilerinin HHİ düzeyinin yüksek düzeyde olduğunu ifade ettiklerini göstermektedir. Alt boyutlar açısından incelendiğinde HHİ düzeyinin eğitim düzeyi, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki pozisyon ve birimde çalışma süresine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.
- Kendilerini en çok yetersiz buldukları beş alan; alınan ortak kararlara tam katılım sağlama, güven, kişisel yetkinlik ve otonomi, birlik olma ve iş birliğine karşı istekli olma olarak bulunmuştur.
- Kendilerini en çok yeterli buldukları alanların ortak karar almada tüm görüşlerin ele alınması, hasta bakımına meslektaşlardan ilişkin tavsiye alınması, hasta bakımı ve hasta devir işlemleri sırasında açık ve kolay iletişim kurulması olarak bulunmuştur.

7.ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçlarına göre HHİ'ni artırmaya yönelik;

- Hemşirelerin hemşirelik iş birliği farkındalığını, birlik olma ve iş birliği sağduyusunu ve isteğini oluşturabilme konusunda mevcut durumlarının üzerine çıkabilmesi için bireysel ve örgütsel düzeyde desteklenmesi,
- Hastane yönetimi tarafından hemşireler arasında iş birliğine dayalı uygulamanın desteklenmesi ve teşvik edilmesi,
- Hemşirelere, bölüm ve / veya program toplantıları, personel toplantıları ve mesleki gelişim oturumları gibi mevcut hastane ortamlarında iş birliği için ek zaman üretilmesi ve sosyal etkileşim kurma fırsatları sağlanması,
- Hemşirelerin lisansüstü eğitiminin desteklenmesi,
- Hemşirelerin iletişim becerilerini geliştirmek için iletişim ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili kurum içi eğitimlerin artırılması,
- Hemşirelerin ortak kararlara katılımını ve otonomilerini kullanabilecekleri serbest fırsatlar yaratılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Sullivan J E, Decker P J.** *Effectiv1e Leadership &Management in Nursing.* 6th. Ed., New Jersey: Pearson Education, **2005**.
2. **Dougherty MB Larson, EL.** The Nurse- Nurse Collaboration Scale. *Journal of Nursing Administration*, **2010**; 40 (1): 17-25.
3. **Temuçin E, Dolu İ, Kargın M.** Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği' nin geçerlik ve güvenirliği: klinikte çalışan hemşire örneklemini. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2019**; 6(1): 1-7.
4. **Türe Yılmaz A, Yıldırım A.** Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **2018**; 6 (67): 40-52.
5. **Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M.** Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review), *Cochrane Database Syst Rev*, **2017**; 6: 1-48.
6. **Jacqueline R.** Effective Communication Improves Patient Safety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **2018**; 33(2): 223-225.
7. **McInnes, S, Peters K, Bonne, Halcomb E.** A qualitative study of collaboration in general practice: understanding the general practice nurse's role. *Journal of Clinical Nursing*, **2016**; 26: 1960–1968.
8. **Tarricone P, Luca J.** Successful teamwork: A case study. 25th HERDSA (Higher Education Research and Development Society of Australasia) Annual Conference, Perth-Western Australia, 7-10 July. **2002**: 640- 646.
9. **Hall P, Weaver L.** Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, **2001**; 35:867-875.
10. **Öğüt A, Kaya ŞD.** Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, **2011**;1: 87-95.
11. **Durmuş SÇ, Yıldırım A.** Adaptation to Turkish of Nurse – Nurse Collaboration Scale. *Journal of Human Sciences*, **2016**; 13(2): 3521-3528.
12. **Durmuş SÇ, Yıldırım A.** Hemşireler arası iş birliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, **2018**; 5(3): 210-216.
13. **Moore J, Prentice D, Salfi J.** A mixed-methods pilot study of the factors that influence collaboration among registered nurses and registered practical nurses in acute care. *Clin Nurs Studies*, **2017**; 5: 1-11.
14. **Lemetti, T, Voutilainen P, Stolt M, Eloranta S, Suhonen R.** An enquiry into nurse-to-nurse collaboration within the older people care chain as part of the integrated care: a qualitative study. *International Journal of Integrated Care*, **2017**; 17(1): 5, 1–11.
15. **Meretoja R, Eriksson E, Leino- Kilpi H.** Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management*, **2002**; 10: 95-102.

16. **Hassona FMH, El-Aziz MA.** Relation between Nurse-Nurse Collaboration And Missed Nursing Care Among Intensive Care Nurses. *Journal of Nursing and Health Science*, **2017**; 6(2):28-35.
17. **Apker J, Propp KM, Ford WSZ, Hofmeister N.** Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in health care interactions. *Journal of Professional Nursing*, **2006**; 22(3): 180-189.
18. **Weaver Moore L, Leahy C, Sublett C, Lanig H.** Understanding nurse-nurse relationships and their impact on work environments. *MESURG Nursing*, **2013**; 22(3): 172–179.
19. **Lemetti T, Voutilainen P, Stolt M, Eloranta S, Suhonen R.** An enquiry into nurse-to-nurse collaboration within the older people care chain as part of the integrated care: a qualitative study. *International Journal of Integrated Care*, **2017**; 17(1): 1–11.
20. **Aiken LH. vd.** An international perspective on hospital nurses' work environments: The case for reform. Policy, Politics, *Nursing Practice*, **2001**; 2(4):255-263.
21. **Makary MA vd.** Operating room briefings and wrong-site surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, **2007**; 204(2):236-243.
22. **Tanaka K. vd.** Differences in medical error risk among nurses working two-and three-shift systems at teaching hospitals: a six-month prospective study. *Industrial Health*, **2010**; 48(3):357-364.
23. **Stefaniak KA.** Nurses Collaborating with Other Nurses: When all Else Fails. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Kentucky. America, **1998**.
24. **Manser T.** Team work and patient safety in dynamic do-mains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, **2009**; 53: 143-51.
25. **American Association of Colleges of Nursing (AACN).** The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. Erişim: (<https://www.aacnnursing.org/Portals/42/Publications/BaccEssentials08.pdf>) 20.10.2008. Erişim tarihi: 15.06.2020.
26. **Çetinkaya Ulusoy E, Ecevit Alpar Ş.** Hemşirelerde meslektaş dayanışması ve iş doyumunu ile ilişkisi, *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2013**; 21(3): 154-163.
27. **Ylitörmänen T, Turunen H, Mikkonen S, Kvist T.** Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing Open*, **2019**; 1–8.
28. **Lamont S, Brunero S, Lyons S, Foster K, Perry L.** Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed methods sequential explanatory study. *Journal of Nursing Management*, **2015**; 23: 1126–1136.
29. **Rydenfält C, Johansson G, Larsson PA, Åkerman K, Odenrick, P.** Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, **2012**; 68(4):783-795.
30. **Chan T, Sabir K, Sanhan S, Sherbino J.** Understanding the impact of residents' interpersonal relationships during emergency department referrals and consultations. *Journal of graduate medical education*, **2013**; 5(4):576-581.
31. **Moore J, Prentice D, McQuestion M.** Social Interaction and Collaboration among Oncology Nurses. *Nursing Research and Practice*, **2015**; 2015: 1-7.

32. **Hyrkas K, Schmidlechner KA.** Team supervision in multiprofessional teams: team members' descriptions of the effects as highlighted by group interviews. *J Clin Nurs*, **2003**; 12:188–197.
33. **Lafçı D, Pehlivan S, Demiray G.** Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Journal of Health and Nursing Management*, **2016**; 2(3): 55-64.
34. **Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE.** An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of internal medicine*, **1986**; 104(3):410-418.
35. **Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, Hutson AD.** Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, **1999**; 27(9):1991-1998.
36. **Dougherty MB, Larson E.** A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, **2005**; 35(5):244-253.
37. **Buerhaus PI, Staiger DO, Auerbach, DI.** Implications of an aging registered nurse workforce. *Jama*, **2000**; 283(22), 2948-2954.
38. **Şanlı D, Katırcıoğlu K.** Yoğun Bakımda Hemşire-Hekim İş Birliğinin Önemi ve Yoğun Bakım Performansına Etkileri. *Türkiye Klinikleri Intensive Care-Special Topics*, **2019**; 5(1):43-53.
39. **Dougherty BM.** A Relationship Between Emotional Intelligence and Nurse - Nurse Collaboration. PhD Thesis, Colombia University, America, **2009**.
40. **Thistlethwaite J Jackson A, Moran M.** Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. *J Int Care*, **2013**; 27: 50–56.
41. **Thomson A M, Perry J L, Miller T K.** Conceptualizing and measuring collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, **2007**; 19(1): 23–56.
42. **Marquis B L, Huston C J.** *Leadership roles and management functions in nursing*, 5th. Ed., USA: Lippincott Williams& Wilkins, **2006**.
43. **Lemetti T, Voutilainen P, Stolt M, Eloranta S, Suhonen R.** Older patients' experiences of nurse-to-nurse collaboration between hospital and primary health care in the care chain for older people. *Scandinavian journal of caring sciences*, **2019**; 33(3):600-608.
44. **Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S.** Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, **2009**; 23(1):41-51.
45. **Pullon S.** Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, **2008**; 22(2): 133–147.
46. **San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M.** The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, **2005**; 19;sup,1: 132-147.
47. **Byrd ME.** Social exchange as a framework for client-nurse interaction during public health nursing maternal-child home visits. *Public Health Nursing*, **2006**; 23(3): 271–276.

48. **Reid R, Escott P, Isobel S.** Collaboration as a process and an outcome: Consumer experiences of collaborating with nurses in care planning in an acute inpatient mental health unit. *International journal of mental health nursing*, **2018**; 27(4):1204-1211.
49. **Lemetti T, Stolt M, Rickard N, Suhonen R.** Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *International Nursing Review*, **2015**; 62(2): 248-266.
50. **Küçükali R, Çakır R, Özdemir HNÇ.** Sağlık Profesyonellerinin İletişimsel Sorunlarının Belirlenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, **2019**; 14(20):1-1.
51. **Xyrichis A, Ream E.** Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **2008**; 61(2): 232-241.
52. **Scarnati, J. T.** On becoming a team player. Team performance management. *An International Journal*, **2001**; 7(1/2): 5-10.
53. **İlhan A, İnce E.** Takım çalışması ve takım etkinliğini belirleyen faktörlerin ölçülmesi: Gaziantep Üniversitesinde bir uygulama. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **2015**: 127- 152.
54. **Maddux RB, Wingfield B.** *Team Building: An Exercise in Leadership*. 4th Ed., United States of America: Crisp Publications, **2003**.
55. **Kalisch B J, Weaver S J.** What does nursing teamwork look like?, qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, **2009**; 24(4): 298- 307.
56. **Rosen MA, Salas E, Wu TS, Silvestri S, Lazzara EH, Lyons R., ... & King, H. B.** Promoting teamwork: an event-based approach to simulation-based teamwork training for emergency medicine residents. *Academic Emergency Medicine*, **2008**; 15(11):1190-1198.
57. **Kaiser JA. Westers JB.** Nursing teamwork in a health system. *Journal of Nursing Management*; **2018**; 26: 555-562.
58. **Loerger TR, Johnson J C.** A Formal Model of Responsibilities in Agent-Based Teamwork. In *Proceedings of the fifth international conference on Autonomous Agents, Montreal, Canada*, **2001**.
59. **Taylan S.** Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Roller. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2009**.
60. **Çetin C.** *Liderlik Stilleri, Değişim Yönetimi Ve Ekip Çalışması*.1. Baskı, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, **2009**.
61. **Vatan F, Argon G, Engin D, Binbir H, Çiçek A.** Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2012**; 28(3): 13-24.
62. **Salas E, Sims D E, Burke CS.** Is there “big five” in teamwork? *Small Group Research*, **2005**; 36(5): 555–599.
63. **Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M.** Hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(3):1-11.
64. **Perks, H, Halliday SV.** Sources, signs and signalling for fast trust creation in organizational relationships. *European Management Journal*, **2003**; 21(3): 338–350.

65. **Demirel Y.** Örgütsel güvenin örgütsel bağlılık üzerine etkisi: tekstil sektörü çalışanlarına yönelik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimleri Dergisi*, **2008**; 15(2): 179-194.
66. **Demircan, N, Ceylan A.** Örgütsel güven kavramı: nedenleri ve sonuçları, *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimleri Dergisi*, **2003**; 10 (2): 139-150.
67. **İşcan ÖF, Sayın U.** Örgütsel adalet, iş tatmini ve örgütsel güven arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **2010**; 24 (4): 195-216.
68. **Şengün H.** Sağlık hizmetlerinde iletişim yönetimi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, **2016**; 79(1): 38-42.
69. **Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F, Pekşen Ünüvar Ö.** Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2013**; 4(1): 13-20.
70. **Garnett JL, Marlowe J, Pandey SK.** Penetrating the performance predicament: communication as a mediator or moderator of organizational culture's impact on public organizational performance. *Public Administration Review*, **2008**; 68(2): 266-281.
71. **Işık M.** *İletişim Bilimine Giriş*. 2. Baskı, Konya: Eğitim Yayınevi, **2016**.
72. **Babadağlı B, Erim SE, Erdoğan S.** Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2016**; 1(3): 52-69.
73. **Karcioğlu F, Timuroğlu K, Çınar O.** Örgütsel iletişim ve iş tatmini ilişkisi- bir uygulama. *Yönetim*, **2009**; 63: 59-76.
74. **Quisling KE.** Resident orientation. *AJN The American Journal of Nursing*, **2009**; 109(11):26-28.
75. **Kumbasar B.** Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde iletişim. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2016**; 3(1): 85-90.
76. **Arnold EC, Underman Boggs K.** *Interpersonal Relationships Professional Communication Skills For Nurses*, 6th. Ed., USA: Saunders, **2011**.
77. **Sheppard F, Williams M, Klein V R.** Risk Management TeamSTEPPS and patient safety in health care. *Journal of Healthcare Risk Management*, **2013**; 32(3):5-10.
78. **Çam O, Yıldırım S.** Hemşirelerde iş doyumu ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, **2010**; 2(1): 64-70.
79. **Kant E, Balcı Akpınar R.** Hemşirelerin iletişim doyumu ve örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki. *Atatürk İletişim Dergisi*, **2017**, 14: 203-215.
80. **Soysal A, Öke P, Yağar F, Tunç M.** Örgütsel iletişim ve iş tatmini düzeylerinin incelenmesi: bir özel hastane örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2017**; 37:243-253.
81. **Clancy, TR, Anteau C.** Coordination: new ways of harnessing complexity. *Journal of Nursing Administration*, **2008**; 38(4), 158-161.
82. **Aytek H.** Girişimci karakter uygulamaları yönünden; organizasyon, koordinasyon ve yönetsel denetim. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **2010**; 18: 34-40.

83. **Moss J, Xiao Y.** Improving operating room coordination: communication pattern assessment. *Journal of Nursing Administration*, **2004**; 34(2), 93-100.
84. **Aydemir Gedük E.** Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2018**; 5(2), 253-258.
85. **Baggs J, Ryan S, Phelps C, Richenson J. & Johnson J.** The Association between Interdisciplinary Collaboration and Patient Outcomes in A medical Intensive Care Unit. *Heart & Lung*, **1992**; 21: 18-24.
86. **Gittel JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C.** Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*, **2008**; 18(2):154-170.
87. **Havens DS, Vasey J, Gittel JH, Lin WT.** Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, **2010**; 18(8):926-937.
88. **Dinçer Ö, Fidan, Y.** *İşletme Yönetimi*. 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları, **1996**.
89. **Köroğlu Ö, Köroğlu A, Alper B.** Doğaya dayalı gerçekleştirilen turizm faaliyetleri içerisinde turist rehberlerinin rolleri üzerine bir inceleme. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **2012**; (1), 131-139.
90. **Doğan A, Demir R, Türkmen E.** Rol belirsizliğinin, rol çatışmasının ve sosyal desteğin tükenmişliğe etkisi: devlet ve vakıf üniversitelerinde çalışan akademik personelin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **2016**; 30(1): 37-67.
91. **Akbolat M, Oğuz Işık, Uğurluoğlu Ö.** Sağlık Çalışanlarının Kontrol Odağı, İş Doyumu, Rol Belirsizliği Ve Rol Çatışmasının Karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2011**; 29(2), 23-48.
92. **Özbozkurt OB, Özbozkurt N.** Rol Belirsizliği ve Rol Çatışmasının İş Performansına Etkisinde İş Tatmininin Aracılık Rolü: Mersin İlinde Faaliyette Bulunan Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2019**; 7(4): 307-314.
93. **Sabuncuoğlu ET.** Rol Çatışmasının ve Rol Belirsizliğinin Tükenmişlik ve İş Doyumu Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2008**; 23(1), 35-49.
94. **Ceylan A, Ulutürk YH.** Rol belirsizliği, rol çatışması, iş tatmini ve performans arasındaki ilişkiler. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, **2006**; 7 (1): 48-58.
95. **Kocaman E.** Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Çorlu Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Tekirdağ, **2015**.
96. **Eren H, Bal MD.** Hemşirelikte örgütsel bağlılık. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2015**; 1(2): 44-50.
97. **Yüceler A.** Örgütsel bağlılık ve örgüt iklimi ilişkisi: teorik ve uygulamalı bir çalışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2009**; 22: 445-458.

98. **Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI.** Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, **1970**; 15(2): 150-163.
99. **Esatoğlu AE, Ağırbaş İ, Akbulut Y, Çelik Y.** Hastanelerde rol çatışması ve rol belirsizliği: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde bir uygulama. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/m15.pdf> Erişim: 26.05.2020.
100. **Nadzam, D. M.** Nurses' role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, **2009**; 24 (3): 184-188.
101. **Lankshear S, Rush J, Weeres A, Martin D.** Enhancing role clarity for the practical nurse: A leadership imperative. *Journal of Nursing Administration*, **2016**; 46(6): 300-307.
102. **Tanaka M, Taketomi K, Yonemitsu Y, Kawamoto R.** Professional behaviours and factors contributing to nursing professionalism among nurse managers. *Journal of Nursing Management*, **2016**; 24(1):12-20.
103. **Kırımlı Y.** Örgütsel çatışma çözümü tekniklerinde güncel bir yaklaşım: psikodrama. *İş'te Davranış Dergisi*, **2018**; 3(2), 148-161.
104. **Ünlü S, Özcihan T, Özbas Z, Bakiner A.** Örgütsel çatışma çözüm yöntemleriyle duygusal zeka arasındaki ilişki: Bir tasarım mühendisliği örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2014** (31): 251.
105. **Labrague LJ, Al Hamdan Z, McEnroe-Petitte, DM.** An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management. *Journal Of Nursing Management*, **2018**; 26(8), 902-917.
106. **Erdenk N, Altuntaş S.** Do personality traits of nurses have an effect on conflict management strategies? *Journal Of Nursing Management*, **2017**; 25(5), 366-374.
107. **Altan, Y.** Örgütsel çatışma ve etkileri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2010**; (27): 159-167.
108. **Karcioğlu F, Alioğulları Z.** Çatışmanın nedenleri ve çatışma yönetim tarzları ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **2012**; 26(3-4), 215-237.
109. **Temel M.** Sağlık örgütlerinde çatışma: nedenleri, yönetimi ve çözüm önerileri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, **2017**; 5(2), 31-43.
110. **Kim W, Nicotera AM, McNulty J.** Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. *Journal of Advanced Nursing*, **2015**; 71(9), 2073-2083.
111. **Vivar CG.** Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, **2006**; 14(3): 201-206.
112. **Brinkert RA.** Literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, **2010**; 18(2), 145-156.
113. **Johansen ML, Cadmus E.** Conflict Management Style, Supportive Work Environments And The Experience Of Work Stress İn Emergency Nurses. *Journal of Nursing Management*, **2016**; 24(2), 211-218.

114. **Pronovost P, Thompson D, Holzmüller L, Lubomski T, Dorman F, Dickman M.** Toward learning from patient safety reporting systems. *Journal of Critical Care*. **2006**; 21(4): 305-315.
115. **Valiee S, Peyrovi H, Nikbakht Nasrabadi A.** Critical care nurses' perception of nursing error and its causes: A qualitative study. *Contemporary nurse*, **2014**; 46(2), 206-213.
116. **Akahn HE.** Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2005**; 5(3), 141-146.
117. **Liao C, Qin Y, He Y, Guo Y.** The Nurse- Nurse Collaboration Behavior Scale: Development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences*, **2015**; 2: 334- 339.
118. **Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F.** The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units (Yoğun bakım ünitelerinde ekip çalışması ve hasta çıktıları arasındaki ilişki). *American Journal Critical Care*, **2003**; 12: 527–534.
119. **Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K.** Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional care*, **2014**; 28(6):526-533.
120. **Sheehan S.** Collaborating for better outcomes: exploring the link between nurse-nurse collaboration and nurse job satisfaction. Master Thesis, York University, Toronto, **2016**.
121. **Yağız ME.** Hemşireler ile hekimler arasında iş birliği ve bu iş birliği düzeyinin hekimlerin ve hemşirelerin iş doyumları düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2019**.
122. **Uhrenfeldt L, Hall EOC.** Job satisfaction as a matter of time, team and trust: A qualitative study of hospital nurses' experiences. *Journal of Nursing Education and Practice*, **2015**; 5(2), 1–8.
123. **Ma C, Shang J, Bott MJ.** Linking unit collaboration and nursing leadership to nurse outcomes and quality of care. *The Journal of Nursing Administration*, **2015**; 45(9): 435–442.
124. **Dimitriadou A, Lavdaniti M, Theofanidis D, Psychogiou M, Minasidou E, Konstadinidou-Straoukou A, Sapountzi-Krepia D.** Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*, **2008**; 1(3):140-146.
125. **Durmuş SÇ, Ekici D, Yıldırım A.** The level of collaboration amongst nurses in Turkey. *International Nursing Review*, **2018**; 65: 450–458.
126. **Özkaraca R, Abaan S.** Hekim ve Hemşirelerin İş Birliğine İlişkin Tutumları Ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2009**.
127. **Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Scalzo AL, ... & Liva C.** 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*, **2003**; 40(4): 427-435.
128. **Yıldırım A, Ateş M, Akıncı F, Ross T, Şelimen D, İssever H, Erdim A, Akgün M.** Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals (Elektronik Sürüm). *International Journal of Nursing Studies*, **2005**; 42(4):429 – 437.
129. **Gillen K.** Understanding attitudes toward nurse/physician collaboration in practicing nurses and physicians. Master Thesis. University of Nevada, Reno, **2007**.

130. **Wolff A, Ratner PA, Robinson SL, Oliffe JL, McGillis Hall L.** Beyond Generational Differences: A literature Review of the Impact of Relational Diversity on Nurses Attitudes and Work. *Journal of Nursing Management*, **2010**; 18: 948-969.
131. **Ylitörmänen T, Kvist T, Turunen H.** Perceptions on nurse–nurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Scandinavian journal of caring sciences*, **2019**; 33(3):731-740.
132. **Altıntoprak A.** Hacettepe Üniversitesi Hastanelerindeki Hemşirelerin Problem Çözme Konusunda Kendilerini Algılamaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2004**.
133. **Kaya E.** Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2005**.
134. **Ulupınar S.** Hemşirelik Eğitiminin Öğrencilerin Sorun Çözme Becerilerine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1997**.
135. **Özçakır E.** Farklı Statüde Hizmet Veren Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşirelerde Çatışma Yönetimi ve Problem Çözme Etkinliklerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2012**.
136. **Kelleci M, Gölbaşı Z.** Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 8 (2):1- 8.
137. **Çiçekoğlu P.** Acil Servislerde ve Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerini Algılamaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2005**.
138. **Yıldız H.** Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2009**.
139. **Wynd CA.** Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*, **2003**; 19(5):251- 261.
140. **Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N.** Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal Envanter. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2004**; 7(4):14-22.
141. **Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F.** Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2009**; 51:168-173.
142. **Çelik S, Hisar F.** The influence of the professionalism behavior of nurses working in health institutions on job satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, **2012**; 18:180-187.
143. **Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R.** Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. *International Journal of Nursing Practice*, **2014**; 20: 579–587.
144. **Açıkgöz G.** Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Ve Profesyonellik Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. **2015**.
145. **Karamanoğlu A, Özer F, Tuğcu A.** Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, **2009**; 14(1):12-17.

146. **Yılmaz E, Vermişli S.** Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde meslekte profesyonelleşmenin iş doyumuna etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, **2016**; 4(1):17-27.
147. **Çoraklı, Y.** Hemşirelerin iletişim becerilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2019**.
148. **Tutuk A, Al D, Doğan S.** Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2002**; 6(2):36-41.
149. **Abakay U.** Futbolcu-Antrenör İletişiminin Farklı Statülerdeki Futbolcuların Başarı Motivasyonu ile İlişkisi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2010**.
150. **Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA.** Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, **2011**; 38(1):49-56.
151. **Şahin ZA, Özdemir FK.** Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *JAREN*, **2015**; 1(1):1-7.
152. **Chang CY, Liu CT.** Professionalism and Professional Adjustment: A Study of Nurses. *Medical Sciences*, **1975**; 1(2):71-178.
153. **Özel İ.** Hemşirelerin Profesyonelliğe İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2010**.
154. **Sökmen S, Baykal Ü.** İstanbuldaki Kamu Hastanelerinde Görevli Servis Sorumlu Hemşirelerinin Yönetim Eğitimi Gereksinimlerinin Analizi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 10(4):1-11.
155. **Bilgin O.** Sorumlu Hemşirelerin Yöneticilik Yeterliliklerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2019**.
156. **Gittel JH.** Relationships between service providers and their impact on customers. *Journal of Service Research*, **2002**; 4(4):299-311.
157. **Rose L.** Inter professional collaboration in the ICU: How to Define? *Nursing in Intensive and Critical Care*, **2011**; 16(1):5-10.
158. **Zwarenstein M, Reeves S.** Knowledge translation and inter-professional collaboration: where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, **2006**; 26:46-54.
159. **McKay CA, Crippen L.** Collaboration through clinical integration. *Journal of Nursing Administration Quarterly*, **2008**; 32(2):109-116.
160. **Ndundu LD.** Nurses' Perceptions Of Nurse-Nurse Collaboration In The Intensive Care Units Of A Public Sector Hospital in Johannesburg. Master Thesis, University of the Witwatersrand, Johannesburg, **2015**.
161. **Er F, Altuntaş S.** Hemşirelikte personel güçlendirme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2014**; 3(1):155-160.
162. **Vatan F, Argon G, Engin MD, Binbir H, Çiçek A.** Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2012**; 28(3):13-24.

- 163.**Mrayyan MT.** Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, **2004**; 45(3): 326- 336.
- 164.**T.C Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği.** 8 Mart 2010. Resmi Gazete Sayısı: 27515. Erişim: 28.03.2020, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>
- 165.**Bostan S, Köse A.** Hemşirelerin yönetsel hizmetleri ve çalışma ortamlarını, değerlendirmesi-bir üniversite hastanesi örneği. *Clinical and Experimental Health Sciences*, **2011**; 1(3):176-183.
- 166.**Baykal Ü, Harmancı Seren AK.** *Yönetim Süreci ve Hemşirelik Hizmetlerinin Örgütlenmesi*. Baykal Ü, Türkmen Ercan E. (Ed). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. 1. Basım, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2014**:48
- 167.**Bedük A.** Başarılı Bir Yöneticinin Özellikleri ve Başarıya Giderken Üzerinde Durulması Gereken Hususlar. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4:165-174.
- 168.**Moore J, Crowford J, Limoges J.** Collaboration among registered nurses and practical nurses in acute care hospitals: A scoping review. *Nursing Forum*. **2019**; 54: 376-385.
- 169.**Çelik A, Karaca A.** Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, **2017**; 14(4):254-263.
- 170.**Karahan A, Sultan KAV.** Hemşirelikte mesleki yetkinlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2018**; 5(2):160-168.
- 171.**Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim J.** Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. *Asian Nurs Res* **2015**; Sep;9(3):200-206.
- 172.**Santos APA, Camelo SHH, Santos FC, Leal LA, Silva BR.** Nurses in post-operative heart surgery: professional competencies and organization strategies. *Rev Esc Enferm USP*, **2016**; 50(3):472-78.
- 173.**Tabak N, Koprak O.** Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, **2007**;15: 321-331.
- 174.**Çıtak EA.** Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi, Yöntemi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
- 175.**Cihangiroğlu N, Şahin B, Teke A, Uzuntarla Y.** Hemşirelerin çatışma ve mesleki bağlılık düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **2015**; 29(4), 599-610.
- 176.**Çelik S.** Hemşirelerin Profesyonellik Davranışlarının İş Doyumuna Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, **2010**.
- 177.**Çırpı F, Meriç Y, Kocabey M.** Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, **2009**;2.
- 178.**Öztürk M, Sancak S.** Hizmet İçi Eğitim Uygulamalarının Çalışma Hayatına Etkileri. *Journal of Yaşar University*, **2007**; 2(7):761-794.

- 179.Örücü E, Kılıç R, Tarakçı A. Hizmet içi eğitimin işgörenlerin verimlilik, motivasyon ve yaratıcılığına etkisi üzerine bir araştırma. *Mevzuat Dergisi*, **2007**; 10(118):1-8.
- 180.Bağdu M. Hemşirelikte Hizmet İçi Eğitim (Nazilli Devlet Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2014**.
- 181.Atay S, Gider D, Karadere G, Şenyüz P. Hastanede çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitime yönelik görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **2009**; 6(1):84-93.
- 182.Kahveci E. Bursa Devlet Hastanesi Hemşirelerine Yönelik Hizmet İçi Eğitim, Beklenti Ve Yükümlülüklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2018**.
- 183.Buğdaylı G, Akyürek ÇE. Hemşirelerin hizmet içi eğitim faaliyetlerine ilişkin görüşleri: bir üniversite hastanesi örneği. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, **2017**; 19(1):14-25.
- 184.Serbest Ş. Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Hemşirelerin Kurumdaki Hizmet İçi Eğitim Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2010**.
- 185.Dağlı D. Hemşirelikte Hizmet İçi Eğitimlerin Performansa Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2010**.
- 186.Kelly J. An Overview of Conflict. *Dimensions of Critical Care Nursing*, **2006**; 25(1):22-28.
- 187.Leever AM, Hulst MVD, Berendsen PM, Boendemaker PM, Roodenburg JLN, Pols J. Conflicts and Conflict Management in the Collaboration between Nurses and Physicians-A qualitative Study. *Journal of Interprofessional Care*, **2010**; 24(6):612-624.
- 188.Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication Skills: some problems in nursing education and practice [İletişim becerileri: hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında bazı problemler]. *Journal of Clinical Nursing*, **2002**; 11(1):12-21.
- 189.McCabe C. Nurse – patientcommunication: an exploration of patients’ experiences [Hemşire-hasta iletişimi: hasta deneyimlerinin araştırılması]. *Journal of Clinical Nursing*, **2004**; 13(1):41-49.
- 190.Babadağlı B, Ekiz Erim S, Erdoğan S. Hekim ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2006**; 1:52-69
- 191.Bayrak B. İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, **2010**.
- 192.Duran S. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerilerinin Ve Göçmenlerle Yaşadıkları İletişim Zorluklarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat, **2019**.
- 193.Moore J, Prentice D. Oncology nurses' experience of collaboration: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, **2015**; 19:509-515.
- 194.Dorsch JL. Information needs of rural health professionals: a review of the literature. *Bulletin of Medical library Association*, **2000**; 88 (4): 346-354.

- 195.**Doran DM, Mylopoulos J, Kushniruk A, Nagle L, Laurie- Shaw B, Sidani S, Et al.** Evidence in the palm of your hand: Development of an outcomes-focused knowledge translation intervention. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, **2007**; 4:1–9.
- 196.**Taşçı S.** Hemşirelikte problem çözme süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005; 14:73-78.
- 197.**Buzunoğlu B.** Hemşirelerin Karar Verme Stratejilerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2019**.
- 198.**Padgett TM.** Improving nurses' communication during patient transfer: A pilot study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, **2018**; 49(8):378-384.
- 199.**Moore J, Prentice D.** Collaboration among nurse practitioners and registered nurses in outpatient oncology settings in Canada. *J Adv Nurs*, **2012**; 69:1574–83.

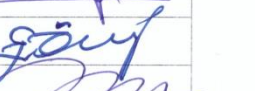
EKLER

EK-1: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
89	14 Haziran 2019

KARAR NO 87- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Gülşah Kumaş yönetiminde, Sebiha Aktaş tarafından yürütülmesi öngörülen, "Hemşire - Hemşire İş Birliğinin Değerlendirilmesi: Adana Örneği" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-2: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

Tarih ve Sayı: 05/07/2019-E.95516



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 30050047-050.02.04/
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 04.07.2019 tarih ve 20/15- 2, 3 ve 4 no'lu kararları aşağıda sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No: 2- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91517 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi **Gönül ARSLAN**'ın "*Askerlerin Obezite Farkındalığı ile Vücut Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktıların Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Karar No: 3- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91518 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi **Sebiha AKTAŞ**'ın "*Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Değerlendirilmesi:Adana Örneği*" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktıların Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Karar No: 4- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91519 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi **Ülkü GÜNER**'in "*Kalcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisi*" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktıların Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Dağıtım:
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

EK-3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumdan Resmi İzin Yazısı



T.C.
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI
Genel Dahiliye Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 62660000-900/
Konu : Sebiha Aktaş

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 23/07/2019 tarihli, 104013 sayılı ve "Tez Çalışması (Sebiha AKTAŞ)" konulu yazı,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sebiha Aktaş'ın "Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Değerlendirilmesi: Adana Örneği" başlıklı tez çalışması bilim dalımızca uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Neslihan SEYREK
Bilim Dalı Başkanı

Hemşire-hemşire işbirliğinin geçelilik ve güvenilirliği



Gelen Kutusu



Sebiha Aktaş 16.04.2019

Alıcılar: temucinelif ✓



Sevgili Elif Temuçin,

Ben Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.Tez konumda Balcalı Hastanesinde çalışan klinik hemşirelerinin hemşire-hemşire iş birliğini değerlendirmek istiyorum.Sizden ölçeğinizi kullanmak için izin istiyorum.Ölçek ve ölçek değerlendirmesinin orjinal halini atabilir misiniz?

Saygılarımla,

Sebiha Aktaş.



elif dönmez tem... 16.04.2019

Alıcılar: ben ✓



Merhaba Sebiha Hanım,

Ölçeği kullanmanızda hiçbir sakınca yoktur.

Kolay gelsin...



Dr. Öğr. Üyesi **ELİF DÖNMEZ TEMÜÇİN**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Mektebi-İ Tıbbiye-i Salıha(Hısdarapaşa) Külliyesi
Salıha-ye Mah. Tıbbiye Cad. No: 38 34668 Üsküdar,
Telefon: +90 216 438 96 16 Dahili: 2308
Faks: +90 216 438 96 20
Mail: elifdönmez.temucin@sbu.edu.tr



EK-5: Kişisel Bilgi Formu

HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ADANA ÖRNEĞİ

Sayın katılımcı;

Bu tez çalışmasında, hemşire-hemşire iş birliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz aşağıdaki soruları cevaplandırmanız gerekmektedir. Çalışmada elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma için sizden bir ücret alınmayacak ve size bir ödeme yapılmayacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi: Gülşah KUMAŞ

Yüksek Lisans Öğrencisi: Sebiha AKTAŞ

1.Çalışılan Birim:

2. Pozisyon: Klinik Hemşiresi () Sorumlu hemşire ()

3. Cinsiyet : Erkek () Kadın()

4. Yaş :

5. Eğitim durumu: Lise () Üniversite () Yüksek lisans/Doktora ()

6. Medeni durum: Evli () Bekar ()

7. Toplam çalışma süresi:

8.Çalışılan birimdeki çalışma süresi:

9. Hiç kişiler arası ilişkilerle ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı, aldıysanız hangi sıklıkla?

Evet () (Belirtiniz.....)Hayır ()

10.Hemşire-hemşire iş birliğini artırmak için sizce neler yapılabilir? Belirtiniz.

[illegible]

EK-6: Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği

HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ ÖLÇEĞİ					
Lütfen aşağıdaki soruları olması gerektiğini düşündüğünüz iş deneyimlerinize göre değil Bulunduğunuz Serviste çalışırken edindiğiniz deneyimlere bağlı olarak yanıtlayınız.					
İfa de No	GÖRÜŞLER (Lütfen aşağıdaki tabloda soruların karşısında size uygun gelen kutucuktan birisini (X) işareti ile cevaplayınız	Hiç Katılmıyorum.	Katılmıyorum.	Katılıyorum.	Tamamen Katılıyorum.
1.1	Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır.				
1.2	Hastanın bakımıyla ilgili bir problemin en iyi çözümüne ulaşmak için bütün hemşireler birlikte çalışmalıdır.				
1.3	İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır.				
1.4	Hemşireler kaliteli bir çözüme ulaşmak için kendi deneyim ve uzmanlığından yararlanır.				
2.1	Bu servisteki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.				
2.2	Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum.				
2.3	Bu serviste çalışan hemşirelerden kimi zaman hastalar hakkında doğru olmayan bilgiler alırım.				
2.4	Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir.				
3.1	Bu servisteki diğer hemşirelerle açık bir şekilde konuşmak benim için kolaydır.				
3.2	İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim.				
3.3	Kendi servisimde hasta bakımı ile ilgili önemli ölçüde söz sahibiyim.				
3.4	Serviste çalışan hemşireler hasta güvenliği hedefleriyle ilgili uzlaşma içindedirler.				
4.1	Hemşireler santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden işlemleri durdurma yetkisine sahiptir.				
4.2	Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar.				
4.3	Hemşireler hasta bakımına ilişkin konuların tartışılması gerektiğinde toplantı yapar.				
4.4	Hasta bakımı için ulaşılabilir, yazılı, kanıta dayalı tedavi protokolleri vardır.				
4.5	Hemşireler tarafından verilen bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler bulunmaktadır.				
5.1	Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar.				
5.2	Hemşireler arasında saygılı ve samimi bir ilişki vardır.				
5.3	Hemşireler birbirleri ile işbirliği konusunda isteklidirler.				
5.4	Hemşireler bu serviste hastalara order edilen ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahiptirler.				
5.5	Bu serviste hemşireler hastaların hastalık süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahiptirler.				
5.6	Bu serviste hemşireler hastalara güvenli bakım sağlamak için gerekli teknik becerilere sahiptir.				
5.7	Bu serviste deneyimli hemşireler öğretir ve yardımcı olurlar.				
5.8	Bu serviste, yönetici hemşireler iş birliğini destekler.				

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 12 Kasım 1995 yılında Kahramanmaraş'ta doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Kahramanmaraş'ta tamamlamıştır. 2013 -2018 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Hemşirelik lisans eğitimi almıştır. Eylül 2018 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans programına başlamıştır. İyi derecede İngilizce bilen araştırmacı, Ekim 2019 yılında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak başlamıştır. Halen Adana Şehir Eğitim ve Araştırma hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaktadır.