



**T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**CERRAHİ HEMŞİRELER TARAFINDAN
ALGILANAN HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN
BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF
HEMŞİRELİK BAKIMINA ETKİSİ**

Ahmet AKARSU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK

2025-AFYONKARAHİSAR

**T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**CERRAHİ HEMŞİRELER TARAFINDAN
ALGILANAN HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN
BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK
BAKIMINA ETKİSİ**

Ahmet AKARSU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK**

2025-Afyonkarahisar

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

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

Yüksek Lisans Öğrencisi:

Ahmet AKARSU

İmza:

Danışman:

Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK

İmza:

KABUL VE ONAY

Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK danışmanlığında Ahmet AKARSU tarafından hazırlanan “Cerrahi Hemşireler Tarafından Algılanan Hekim Hemşire İş Birliğinin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımına Etkisi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

18/04/2025

JÜRİ:

Başkan :Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ
(Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi)
Üye :Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK
(Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi)
Üye :Dr. Öğr. Üyesi Pınar TUNÇ TUNA
(Selçuk Üniversitesi)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve
..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

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

Prof. Dr. Müjgan ÖZDEMİR ERDOĞAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilimsel bilgi birikimi ve yönlendirmeleriyle bana destek olan, bana güvenen ve cesaret veren değerli danışman hocam Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ başta olmak üzere Hemşirelik bölümündeki tüm hocalarıma,

Lisans eğitimim boyunca değerli yönlendirmeleri ile yüksek lisans öğrenimime başlamam için yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül SAVCI ve Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY hocalarıma,

Çalışmamın verilerinin toplanmasında gerekli izinleri veren değerli kurum yöneticileri ve çalışmama katılmayı gönüllü olarak kabul ederek akademik bilginin gelişmesine katkı sağlayan değerli Hemşirelere,

Bu süreçte bana her türlü desteği veren annem Emine AKARSU, babam Hakkı AKARSU ve ablam Ayşe SAYAR'a sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Ahmet AKARSU

Afyonkarahisar, Nisan 2025

CERRAHİ HEMŞİRELER TARAFINDAN ALGILANAN HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMINA ETKİSİ

Ahmet AKARSU

**Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
Nisan 2025
Danışman: Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK**

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, cerrahi hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisini incelemektir. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olup, Ocak 2024-Mayıs 2024 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (AFSÜ-SUAM) ile Afyonkarahisar Devlet Hastanesi (ADH)'nin cerrahi klinik, cerrahi yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ve ameliyathane birimlerinde çalışan 424 hemşire ile yürütüldü. Araştırmanın verileri Hemşire Tanıtım Formu, Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği (JHHİBYTÖ) ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (BMPHÖ) ile elde edildi. Verilerin analizi, SPSS versiyon 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp) paket programı ile yapıldı. Hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerindeki etkisini incelemek için Pearson korelasyon analizi ve regresyon modeli uygulandı. Araştırmaya katılan 424 hemşirenin %69,3'ünün kadın olduğu, %41,7'sinin cerrahi kliniklerde, %32,8'inin cerrahi YBÜ'de, %25,5'inin ameliyathanede görevli oldukları belirlendi. Hemşirelerin JHHİBYTÖ'ye ilişkin toplam puan ortalamalarının $51,16 \pm 4,67$ olduğu görüldü. Hemşirelerin, yaş, çalıştığı birim ve hemşirelikte toplam hizmet süresi ile JHHİBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Hemşirelerin BMPHÖ'ye ilişkin toplam puan ortalamalarının $85,57 \pm 9,16$ olduğu görüldü. Hemşirelerin BMPHÖ puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet ve hemşirelikte toplam hizmet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). JHHİBYTÖ ile BMPHÖ'nün toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Buna göre, JHHİBYTÖ'deki bir birimlik artışın BMPHÖ üzerinde 0,705 birimlik bir artışa neden olduğu görüldü. Bu çalışmada JHHİBYTÖ ve BMPHÖ'nün toplam ortalama puanlarının yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Sonuç olarak; hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakım üzerinde etkisi olduğu saptandı. Hekim-hemşire iş birliği tutumu arttığında, perioperatif hemşirelik bakım performansı da artacağından, bu iş birliği tutumlarını geliştirmek için bir müdahale programının düzenlenmesi, hastane yöneticileri için rehberlik sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi hemşiresi, hekim hemşire iş birliği, perioperatif bakım.

THE EFFECT OF PHYSICIAN-NURSE COLLABORATION PERCEIVED BY SURGICAL NURSES ON INDIVIDUAL- CENTERED PERIOPERATIVE NURSING CARE

Ahmet AKARSU

**Afyonkarahisar University of Health Sciences
Institute of Graduate Education, Department of Surgical Diseases Nursing
April 2025
Supervisor: Associate Professor. Pakize ÖZYÜREK**

ABSTRACT

This study aimed to examine the effect of physician-nurse collaboration perceived by surgical nurses on person-centered perioperative nursing care. The research, designed as a descriptive and cross-sectional study, was conducted with 424 nurses working in the surgical clinic, surgical intensive care unit (ICU) and operating room units of Afyonkarahisar Health Sciences University Health Application and Research Center and Afyonkarahisar State Hospital. Data were collected using the Nurse Introduction Form, Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration (JSAPNC) and Person-Centered Perioperative Nursing Scale (PCPON). Data analysis was performed using SPSS version 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp). Pearson correlation analysis and regression modelling were applied to examine the effect of physician-nurse collaboration on person-centered perioperative nursing care. Among the 424 participating nurses, 69.3% were female, 41.7% worked in surgical clinics, 32.8% in surgical ICU, and 25.5% in operating rooms. The total mean score for the JSAPNC was 51.16 ± 4.67 . A statistically significant difference was found between the nurses' age, unit of work, and total length of work experiences in nursing with physician-nurse collaboration attitude scores ($p < 0.05$). The total mean score for the PCPON Scale was 85.57 ± 9.16 . A statistically significant difference was found between person-centered perioperative nursing care scores with age, gender, and total length of work experience in nursing ($p < 0.05$). A statistically significant correlation was identified between the total mean scores of JSAPNC and PCPON ($p < 0.05$), indicating that a one-unit increase in the JSAPNC score led to a 0.705-unit increase in PCPON. In this study, both JSAPNC and PCPON total mean scores were found to be high. In conclusion, a positive relationship was observed between physician-nurse collaboration and person-centred perioperative care. Since improved physician-nurse collaboration improves perioperative nursing performance, these findings may guide hospital administrators in developing intervention programmes to improve collaborative attitudes.

Key words: Surgical nurse, physician-nurse collaboration, perioperative care.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	ii
KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İş Birliği Kavramı.....	4
2.1.1. Hekim-Hemşire İş Birliği Kavramı	5
2.1.2. Hekim-Hemşire İş Birliğini Etkileyen Etmenler	7
2.1.3. Cerrahi Birimlerde Hekim-Hemşire İş Birliğinin Önemi	10
2.2. Bakım Kavramı	13
2.2.1. Birey Merkezli Bakım ve Hasta Merkezli Bakım Kavramı	14
2.2.2. Birey Merkezli Bakım	15
2.2.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımı.....	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Hemşire Tanıtım Formu.....	23
3.4.2. Jefferson Hekim Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği (JHHİBYTÖ)	23
3.4.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (BMPHÖ).....	24
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	24
3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	25

3.6.1. Bağımlı Değişkenler	25
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.9. Araştırmanın Süre ve Olanakları	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular	28
4.3. Cerrahi Hemşirelerin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımlarına İlişkin Bulgular	29
4.4. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre JHHİBYTÖ ve BMPHÖ'nün Karşılaştırılması	31
4.5. JHHİBYTÖ ve BMPHÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	33
4.6. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutumlarının Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakım Performansına Etkisi.....	34
5. TARTIŞMA	35
5.1. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	35
5.2. Cerrahi Hemşirelerin JHHİBYTÖ'den Aldıkları Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	37
5.3. Cerrahi Hemşirelerin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımlarına Yönelik Bulguların Tartışılması	38
5.4. Cerrahi Hemşirelerin BMPHÖ'den Aldıkları Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	40
5.5. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre JHHYBYTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	43
5.6. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre BMPHÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	46
5.7. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliği Tutumlarının Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımlarına Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	48
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	50
6.1. Sonuç	50
6.2. Öneriler.....	51
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER.....	60
EK.1. Hemşire Tanıtım Formu	60

EK.2. Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği (JHHİBYTÖ) ..	61
EK.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (BMPHÖ)	62
EK.4. Afyonkarahisar Devlet Hastanesi İzni	63
EK.5. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzni	64
EK.6. Etik Kurul İzni	65
EK.7. Jefferson Hekim-Hemşire İş birliğine Yönelik Tutum Ölçeği Kullanım İzni ..	66
EK.8. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Kullanım İzni	67
EK.9. İntihal Raporu	68
ÖZGEÇMİŞ	69



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

ADH	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
AFSÜ-SUAM	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
AORN	Ameliyathane Hemşireleri Derneği
BMPHÖ	Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği
IOM	Tıp Enstitüsü
JHHİBYTÖ	Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği
SML	Sağlık Meslek Lisesi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
T	Ters madde
$\bar{X}$	Ortalama
%	Yüzde
$\pm$	Artı-Eksi İşareti

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1: Katılımcı hemşirelerin çalıştıkları hastane ve birimlere göre dağılımları.....	23
Tablo 4.1: Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre dağılımı.....	27
Tablo 4.2: Hemşirelerin JHHİBYTÖ'nün maddelerine katılım düzeylerine göre dağılımları.....	28
Tablo 4.3: Hemşirelerin JHHİBYTÖ ve alt boyut puanlarına ilişkin betimsel istatistikler.....	29
Tablo 4.4: Hemşirelerin BMPHÖ'nün maddelerine katılım düzeylerine göre dağılımları.....	30
Tablo 4.5: Hemşirelerin BMPHÖ ve alt boyut puanlarına ilişkin betimsel istatistikler.....	31
Tablo 4.6: Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre JHHİBYTÖ ve BMPHÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.7: JHHİBYTÖ ve alt boyutları ile BMPHÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları.....	33
Tablo 4.8: Hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları.....	34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İş birliği, en az iki bireyin ortak bir konu üzerinde düşüncelerini paylaşma süreci olarak tanımlanmaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2019). Meslekler arası iş birliği ise etkili iletişim ve klinik yeterliliğe sahip olan, sorumluluk alarak sorunları çözen ve hastaların sağlık sonuçlarını güvenceye alan farklı sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin birlikte çalışması olarak tanımlanmaktadır (Sillero Sillero ve Buil, 2021). Sağlık kurumlarındaki farklı profesyonellerin iş birliği yapma yeteneği bakım kalitesini artırmaktadır (Amarneh ve Al Nobani, 2022). Sağlık ekibi profesyonellerinden olan hekimler ve hemşireler arasındaki iş birliğinin sağlanması sağlık hizmetinin sunumu için olmazsa olmazdır (Dahlawi ve ark., 2023). Hekim ve hemşireler arasındaki iş birliğinin sağlanmasıyla hasta bakım kalitesinin artması, hastane yatış süresinin azalması, hastanın taburculuğu için karar vermenin kolaylaşması ve hasta memnuniyetinin artması gibi olumlu sonuçlar oluşmaktadır (Mahboub ve ark., 2019). Ayrıca hekimlerin ve hemşirelerin iş memnuniyetini artırmakta, işle alakalı streslerini azaltmaktadır (Yılmaz ve ark., 2023).

Cerrahi alanlar, hasta-sağlık profesyoneli arasındaki etkileşimin fazla olduğu ve hastaların akut bakım gereksinimlerinin daha yoğun olduğu birimlerdir. Cerrahi alanlar, enfeksiyon, yaralanma ve tehlikeli madde kullanımı nedeniyle hekim, hemşire ve hastalar için riskli alanlardır (Lafçı ve ark., 2016). Cerrahi alanlarda, cerrahi girişim uygulanan hastaların yaşadıkları bütün deneyimleri içeren sürece perioperatif dönem denir. Bu dönemdeki bakım uygulamaları ise perioperatif hemşirelik uygulamaları olarak adlandırılmaktadır (Canan Dönmez 2006).

Literatürde perioperatif hemşirelik, hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemlerde tecrübe ettiği ve geçici olan bakım süreci olarak belirtilmektedir (Salazar Maya 2022). Cerrahi birimlerdeki olumsuzlukları ve komplikasyonları önlemek için tüm perioperatif süreçte kapsamlı hemşirelik girişimlerinin uygulanması önem arz etmektedir (Ataro ve ark., 2024). Ayrıca bu süreçte hastaların sağlığını yeniden kazanması ve sürdürmesi için hemşirelik aktivitelerinin koordine edilmesi ve bireysel hemşirelik bakımının uygulanması gerekmektedir (Canan Dönmez ve Özbayır, 2008). Hastalara sağlanan bakımın kalitesini artırmak için farklı hastalık ve yaştaki hastalara göre hemşirelik standartlarının oluşturulması ve klinikte uygulanabilirliğinin sağlanması önemlidir (Toru 2020).

Hasta merkezli bakım ve birey merkezli bakım kavramları iki farklı bakım kalitesi yöntemlerindendir. Hasta merkezli bakım, hastaya sağlanan bakımın sağlık profesyonelleri egemenliğinde ve geleneksel bakım protokolleriyle hazırlanıp uygulanmasını kapsamaktadır (Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023). Bireyi yalnızca tıbbi hizmet alıcısına veya harekete geçirilen kişiye indirgeme eğilimindedir (Ekman ve ark., 2011). Birey merkezli bakım ise hastanın bakım ve tedavisine aktif bir biçimde katılmasını sağlamak için akli, iradesi, duyguları ve ihtiyaçları olan ayrı bir birey olarak tanımanın önemini belirtmektedir (Ekman ve ark., 2011; Boz ve Akgün, 2019). Perioperatif hemşire, birey merkezli bakıma, bakım hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olup hastasıyla benzersiz bir birey olarak ilgilenmesi sonucu ulaşabilir (Arakelyan ve ark., 2017). Perioperatif hemşirelerin hastaların bireyselliğini ve otonomisini dikkate alarak gerçekleştirecekleri birey merkezli bakımın, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası stresin olumsuz etkilerini azaltıp iyileşmeyi hızlandıracığı belirtilmektedir. Birey merkezli bakım, perioperatif hemşirelik uygulamalarında kalitenin iyileştirilmesi için hemşirelerin bakım standartlarının merkezinde olmalıdır (Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023).

Perioperatif bakım uygulanan cerrahi hastasının bakım kalitesi ve güvenliğinin sağlanması ekip çalışmasına bağlıdır. İş birlikçi olmayan ilişkiler ve olumsuz hekim-hemşire etkileşimleri hasta bakımını kötü etkileyebilir (Sterchi 2007). Bu bağlamda perioperatif ortamda birey merkezli bakımı sağlamak için ekip çalışması ve iş birliği esastır. Cerrah ve cerrahi hemşiresi perioperatif bakımın “uygulayıcı” üyeleridir. Cerrahi hemşireleri, hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada cerrahi ekip üyeleriyle iş birliği yaparak bütün hemşirelik bakımının perioperatif hastaya aktarımında sorumluluk sahibidir. Hekim-hemşire iş birliğinin hasta sonuçlarına etkisini gösteren çalışmalar sınırlı sayıda (Boev ve Xia, 2015; Kang ve ark., 2020; Esenkaya ve Aydın Akbuğa, 2022) olsa da birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisini tartışan çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı cerrahi hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisini incelemektir.

1.1. Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki araştırma sorularına yanıt arandı;

1. Cerrahi hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğı düzeyi nedir?
2. Cerrahi hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyi nedir?
3. Cerrahi hemşirelerin hekim-hemşire iş birliğı tutumu toplam puan ortalamaları ile bireysel ve mesleki özellikleri arasında ilişki var mıdır?
4. Cerrahi hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı toplam puan ortalamaları ile bireysel ve mesleki özellikleri arasında ilişki var mıdır?
5. Cerrahi hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş Birliği Kavramı

İş birliği kavramı 1970’li yıllarda literatüre girmiş bir kavram olarak, hastalıkların ve bilgi yönetimindeki karmaşıklıkların artışıyla birlikte daha da önem kazanmıştır. İş birliği kelimesinin İngilizce karşılığı “collaboration” olup Latince “birlikte” anlamına gelen “col” kelimesiyle “iş” anlamında kullanılan “laborare” kelimelerinden türetilmiştir. “Collaborare” kelimesinin Türkçe tam karşılığı “birlikte iş yapmak” olarak belirtilmektedir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018). İş birliği en az iki kişi arasında ortak bir tema üzerinde fikir alışverişinde olma sürecidir (Aghamohammadi ve ark., 2019). Başka bir tanıma göre de bağımsız gruplar arasında ortak karar verme sürecidir. Bu anlamda iş birliği, bakış açıları farklı olan bireylerin beraber çalışabilmesini sağlamaktadır (Eraslan ve Gülhan, 2020). İş birliği, kabul edilebilir hedeflere sahip bir çalışma süreci olup, iş birliğindeki kişilerin belirli özelliklerinin (yeterlilik, bilgi, kişilik, davranış gibi) anlaşılması gerekmektedir (Girish 2019).

Meslekler arası iş birliği, etkin iletişim, klinik yetkinlik ve sorumluluk alma yoluyla problemleri çözen ve hastaların sağlık sonuçlarını güvence altına alan, farklı sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin birlikte çalışması olarak belirtilmektedir (Sillero Sillero ve Buil, 2021). Meslekler arası iş birliğinin temel hedefi, ekipteki üyelerin bilgi ve uzmanlık alanlarını saygı ve güven çerçevesinde aktarabilmeleri için eşit fırsat oluşturmaktır (Aghamohammadi ve ark., 2019). Tıp Enstitüsü (IOM-Institute of Medicine), meslekler arası iş birliğinin tanımını, sorunları çözmek, hizmet sunmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için düzenli olarak bir araya gelen sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin yer aldığı çalışma olarak belirtmektedir (Amarneh ve Al Nobani, 2022).

Meslekler arası iş birliğini geliştirmek, hasta bakımında kalite ve güvenlik hedeflerine ulaşmak için önemli bir faktördür (Sillero Sillero ve Buil, 2021). İş birliği ile alınan ortak kararların sonuçlarından tüm ekip üyeleri sorumlu olmaktadır. Mesleki özerkliğin gelişmesi ve iş birliğinin oluşması için ekip üyelerinin uzmanlıkları ve yetkinlikleri doğrultusunda karar almaları, mesleki sınırlara hâkim olmaları gerekmektedir. Ekip üyelerinin takım ruhunu benimseyip ortak amaç doğrultusunda hareket etmeleri “biz”

kavramının oluşmasını sağlayıp, hiyerarşiden uzak ast-üst ilişkisinin arka planda olduğu bir çalışma ortamı sağlamaktadır (Eraslan ve Gülhan, 2020).

2.1.1. Hekim-Hemşire İş Birliği Kavramı

Hastaneler salt bir sağlık hizmeti sunan fiziki mekânlar olmaktan çok içinde etkileşim ve sosyal örüntüleri barındıran alanlardır. Bu nedenle hekim, hemşire, diğer sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında sürekli etkileşim bulunmaktadır. Bu etkileşimlerin en önemlisi hastaların bakım ve tedavisini iş birliği içinde gerçekleştiren hekim-hemşire etkileşimidir. Hekimler ve hemşireler farklı meslek grupları olmakla birlikte hasta bakım ve tedavisinde bir ekibin üyeleri olarak çalışmaktadır (Demir ve Yücedağ, 2022). Hastanelerdeki birçok faaliyetin ekip çalışmasıyla yapılması nedeniyle hasta bakım ve tedavisinde hekim ve hemşirelerin iş birliği biraz daha fazla önem arz etmektedir (Girish 2019). Hekimler ve hemşireler arasındaki mesleki iş birliği, birlikte çalışma, sağlık ve sosyal konularda karar verme aşamasını paylaşma, hasta bakımıyla ilgili planlar oluşturup uygulama ve hastaların problemlerini çözme olarak tanımlanmaktadır (Tang ve ark., 2017; Endris ve ark., 2022). Başka bir tanıma göre hekim ve hemşireler arasındaki iş birliği, her iki uzmanlık alanının bilgi ve becerilerinin hasta bakımını sinerjik olarak etkilemesini sağlayan bir etkileşim olarak belirtilmektedir (Girish 2019). IOM'un daha güvenli bir sağlık sistemi oluşturmak adına yayımladıkları raporda (2000) hasta güvenliğinde disiplinler arası iş birliği yapmayı önermiştir. Özellikle hasta güvenliği uygulamalarında doktorların ve hemşirelerin bu konuda kilit nokta olduklarını belirtmektedir. IOM hasta güvenliği iyileştirmelerinin uygulanması için diğer mesleki topluluklar ve disiplinler ile iş birliği yapılması ve güvenlik kültürünün oluşturulması için sertifikalı eğitimlere teşvik etmeye önem vermektedir (Kohn ve ark., 2000).

Hekimlerin ve hemşirelerin iş birliği algıları ve iş birliği düzeyleri sağlık hizmet kalitesini doğrudan etkilemektedir (Aydemir ve Uğurluoğlu, 2023). Kaliteli sağlık hizmeti sunmanın birincil şartı uzmanlaşmış kadronun iş birliği ve iletişim halinde çalışmasıdır. Hekim-hemşire iş birliğinin sağlanması sonucu oluşan güç ile iş doyumu ve çalışan performansı olumlu etkilenmektedir (Eraslan ve Gülhan, 2020). Ayrıca hekimlerin ve hemşirelerin iş memnuniyeti artmakta, işle alakalı stres ve bakım maliyeti azalmaktadır (Yılmaz ve ark., 2023). Hekim ve hemşireler arasındaki ekip iş birliğinin sağlanması sadece çalışanlar üzerinde olumlu etki sağlamakla kalmaz aynı zamanda hasta bakım

kalitesinin artması, hastane yatış süresinin azalması, hastanın taburculuğu için karar vermenin kolaylaşması, hasta memnuniyetinin artması (Mahboube ve ark., 2019), hastane kaynaklı enfeksiyonların ve ölüm oranlarının azalması gibi olumlu sonuçları vardır (Wang ve ark., 2018). Ancak iş birliği tutumunun zayıf olması hasta bakımını ve sağlık hizmetini olumsuz etkilemektedir (Eraslan ve Gülhan, 2020).

Literatür incelendiğinde; San Martin-Rodriguez ve ark. (2008)'nın çalışmasında, meslekler arası iş birliğinin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etki sağladığı, belirsizliği azaltıp ağrı yönetimini iyileştirdiği sonucuna varılırken, meslekler arası iş birliğinin hastane yatış süresini etkilemediği belirtilmektedir (San Martin-Rodriguez ve ark., 2008). Zwarenstein ve ark. (2009)'nın yayımladıkları derleme çalışmasında incelenen beş çalışmanın üçünde meslekler arası iş birliğinin, ilaç kullanımı, hastanede kalış süresi ve hastane masraflarına yönelik olumlu etkisi olduğu görülürken, diğer iki çalışmanın birinde hiçbir etki görülmediği, diğerinde karmaşık sonuçlar görüldüğü belirtilmektedir (Zwarenstein ve ark., 2009). Yılmaz ve ark. (2023)'nın örgütsel bağlılığın işten ayrılma niyetine etkisinde hekim-hemşire iş birliğinin aracı rolünün incelendiği çalışmada, hekim ve hemşirelerden oluşan katılımcıların çoğunu hemşirelerin oluşturduğu hem hekim hem de hemşireler için örgütsel bağlılık ve hekim-hemşire iş birliğinin işten ayrılma niyetini olumsuz yönde etkilediği ancak hekim-hemşire iş birliğinin aracılık rolünün sadece hemşireler için anlamlı olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2023). Galletta ve ark. (2016)'nın hemşirelerin, hekim-hemşire iş birliği algılarının iş tatmini, ekip bağlılığı ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada işten ayrılmayı engellemede iş tatmini ve ekibin duygusal bağlılığının önemli faktörler olduğu ve hekimlerle hemşireler arasındaki iyi iş birliğinin, hemşirelerin ekiple duygusal özdeşleşmesini geliştirmede etkili olduğu belirtilmektedir (Galletta ve ark., 2016). Mahboube ve ark. (2019)'nın hekim ve hemşirelerin iş birliğine yönelik tutumlarının karşılaştırıldığı çalışma sonucuna göre hemşirelerin doktorlara göre daha fazla iş birliği tutum puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüş olup, hekim-hemşire iş birliği açısından hekim ve hemşirelerin akademik eğitimler sırasında kültürlendirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Ayrıca hiyerarşik bir ortam yerine, herkesin birbirini desteklediği, iş birliği yaptığı ve birbirlerinin uzmanlıklarına saygı gösterdiği bir ortam oluşturmaya yönelik politikaların varlığının, hemşirelerin mesleki özerkliğini artırma ve

mesleki etkileşimlerdeki bozulmayı engellemede önemli olduğu belirtilmektedir (Mahboubé ve ark., 2019).

2.1.2. Hekim-Hemşire İş Birliğini Etkileyen Etmenler

Hekim-hemşire iş birliğini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında, mesleklerin farklı eğitim düzeyinde olması, farklı sosyoekonomik düzeyler, toplumsal cinsiyet ve cinsiyet rolünün yanı sıra lisans eğitimi sırasında meslekler arası öğrenme deneyimleri bulunmaktadır. Bununla birlikte yakın zamanda erkek hekimlerin kadın hemşirelere hükmettiği geleneksel hiyerarşi, kadınların statülerindeki değişiklikler hemşirenin artan eğitimi ve profesyonel bağımsızlığının yanı sıra kadın doktor ve erkek hemşire sayısındaki artış gibi çeşitli faktörler tarafından hekim-hemşire iş birliği değişime uğramıştır (Migotto ve ark., 2019). Değişen hem hemşirelik hem de hekim iş gücünde, hekim-hemşire iş birliğini etkileyen bazı faktörlere aşağıda değinilmiştir.

İletişim, iş birliğini etkileyen önemli faktörlerden biridir (Bollen ve ark., 2018). Sağlık profesyonellerinin etkin biçimde iş birliği yapabilmesi için ihtiyaç duyduğu evrensel bir yeterliliklerdir. Hekim ve hemşireler arasındaki iletişim, etkili meslekler arası iş birliğinin sağlanması ve dolayısıyla bakım kalitesinin güvence altına alınması adına kritik bir faktör olarak belirtilmektedir. Bu sebeple klinik çalışma ortamında, iletişim ve iş birliğinin güvenilir bir biçimde değerlendirilmesi, bakım kalitesinin artırılıp devamının sağlanması açısından son derece önemlidir (Busari ve ark., 2017). Hekimler ve hemşireler arasında karşılıklı güven, destek, empati, uyum ve etkili iletişim iş birliğini güçlendirmektedir (Çakıcı 2020). Bollen ve ark. (2018) tarafından yapılan sistematik bir inceleme çalışmasında iş birliğini mümkün kılan faktörlerin, çalışanlar arasında düzenli telefon veya yüz yüze iletişim, hekimden geri bildirim alınmasının sağlanması, doğru, açık, dürüst, düzenli, proaktif iletişim ve bilgi paylaşımı olduğu bildirilmektedir (Bollen ve ark., 2018). Hekimlerin hastanenin farklı birimlerinde hasta bakma sorumluluklarının olması (acil, cerrahi servis veya ameliyathane gibi), hekimin aynı birimde uzun süre kalmasına engel teşkil etmesi nedeniyle hekim-hemşire etkileşiminin nitelik ve niceliğinin azalmasına neden olmaktadır. Bu organizasyonel yapı ve çalışma şekli iletişim eksikliğine dolayısıyla meslekler arası iş birliğinin gelişimine zarar vermektedir (Bowles ve ark., 2016). Hekim ve hemşireler arasındaki iletişimi olumsuz etkileyen bireysel faktörler arasında farklı disiplinlerin bir arada olması ve çalışma ortamı bulunmaktadır

(Hakami ve Hamdi, 2013). Ek olarak profesyoneller arasındaki hiyerarşi farklılıkları, çelişkili roller ve sorumluluklar, belirsizlik ve güç mücadeleleri gibi durumlar, iletişim çatışmalarına yol açabilir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018). Sonuç olarak iki meslek arasındaki etkileşim ve iletişim eksikliği gibi faktörlerin iş birliği önünde potansiyel engel oluşturduğu (Bollen ve ark., 2018), iletişim çatışmalarının hasta güvenliği ve bakım kalitesi üzerinde risk teşkil edebileceği belirtilmektedir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018).

Karar verme sürecine katılım, meslekler arası iş birliğini etkileyen bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması, sağlık çalışanlarından oluşan bir ekibin, hasta ve ailesiyle birlikte doğru tanıyı bulma veya tedavide karar verme sürecine katılım gibi hasta bakımının tüm süreçlerinde gerçekleşir (Kämmer ve ark., 2023). Bu nedenle tüm ekibin karar verme sürecine katılımı meslekler arası iş birliğinin başarısıyla bağlantılıdır. İş birliği içindeki bir ilişkide, doktorlar ve hemşireler görevleri birlikte yürütür, sorunları birlikte çözer ve hasta bakım planlarıyla ilgili birlikte karar verirler. Hasta bakımını etkin bir biçimde yönetmek için her iki tarafın da eşit karar verme yetkisi, sorumluluğu ve gücü bulunması gerekir (Dahlawi ve ark., 2023). Bu bağlamda hemşireler hastayla ilgili verilen kararlara ne kadar çok katılırsa, iş birliği için rahat ve güvenli bir alan oluşacaktır (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018). Hekim ve hemşireler arasındaki iş ilişkisinin tamamlayıcı olduğu ve hemşirelerin hasta bakımına ortak oldukları dikkate alınarak mesleki uygulamalarda ekip çalışması yaklaşımı benimsenmelidir (Elsous ve ark., 2017).

Güç, sağlık ekibi üyelerinin birbirleriyle etkileşimini belirleyen önemli derecede bir faktördür. Gücün eşit paylaşımı, profesyonellere, meslekler arası iş birliğinin gerekli olduğu kritik karar alma süreçlerinde kapasite ve özerklik sağlar (Koech 2020). Geleneksel anlayışta hekimlerin liderliği altında sürdürülen sağlık hizmetinde hemşireler, bütünsel hasta bakımının tam ortağı olarak değil, yardımcı personel olarak değerlendirilirdi (Elsous ve ark., 2017; Demir ve Yücedağ, 2022). Ancak günümüzde hemşirelerin rollerinin değişmesi, hemşirelik mesleğinin akademik hale gelmesi, bilgi ve karar verme yeteneğindeki artış, hekimin tedavideki tek hakimiyetinin kabul edilmemesi gibi faktörler hekim-hemşire ilişkisini daha da derin hale getirmiştir (Mahboube ve ark., 2019). Hekim ve hemşireler arasındaki ilişkinin hiyerarşi üzerinde odaklanması hasta bakımına yönelik hekim-hemşire iş birliğini engellemektedir (Koraş ve ark., 2015). Bakımda iş birliği süreci, hiyerarşik bir ortamın olmadığı, diğer profesyonellerin

özelliklerine saygı gösterilen, hastaların sağlığı üzerine hedeflerin bulunduğu, iş birlikçi profesyoneller arasında etkin iletişim ve karar almayı sağlayan bir süreçtir (Yiğit Avcı ve Yılmaz, 2022). Bunun aksine sadece hekim liderliğinin bulunduğu bir ortamın meslekler arası ekip içinde gerginliğe katkı sağlayıp, hekim ve hemşireler arasındaki optimal iş birliğini engellediği belirtilmektedir (Bowles ve ark., 2016).

Bireysel özellikler, ekip üyelerinin meslekler arası iş birliği içinde çalışma becerisini etkileyebilmektedir (Koech 2020). Hemşirelik geleneksel olarak kadınların ağırlıklı olarak çalıştığı bir meslek olmasından dolayı bir kadın mesleği olarak görülse de erkeklerin hemşirelik mesleğine dâhil olması önemli derecede artış göstermektedir. Aynı zamanda hekim iş gücünün giderek kadınlaştığı da bilinmektedir. İş gücündeki bu değişimlerin toplumsal cinsiyet rollerinin gücünü azalttığı görülmektedir. Aynı zamanda toplumsal cinsiyete dayalı kalıp yargılarının var olduğunu da ortaya koymaktadır (Migotto ve ark., 2019). Hem hemşirelerin hem de hekimlerin iş birliğine yönelik tutumları incelendiğinde, kadın hekimlerin erkek hekimlere göre hekim-hemşire iş birliğine yönelik daha olumlu tutumlar sergiledikleri varsayılsa da erkek hekimlerin kadın doktorlara ve kadın hemşirelere göre daha fazla iş birliğine yatkın olabilecekleri belirtilmektedir (Yildirim ve ark., 2005). Migotto ve ark. (2019)'nın çalışmasında, hekim-hemşire iş birliği tutumlarının cinsiyet faktöründen etkilenip etkilenmediğini araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda, erkek üyesi fazla olan hemşire ekipleri ile erkek hekimlerin daha fazla olduğu ekipler arasında hekim-hemşire iş birliğinin daha az olduğu görüldü. Bununla birlikte kadın hekimlerin birim sorumlusu olduğu birimlerde, daha fazla kadın üyenin bulunduğu hemşirelik ekibi arasında ise iş birliği tutumlarının arttığı belirlendi (Migotto ve ark.,2019). Wang ve ark. (2015)'nin pediatri çalışanları ve tıp/hemşirelik lisans öğrencilerinde hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumları inceledikleri çalışmada bireysel deneyim süresiyle iş birliği arasında olumlu bir ilişki bulunduğu ve cinsiyetin hekim-hemşire iş birliği üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmektedir (Wang ve ark., 2015). Suzanne Sterchi (2007)'nin perioperatif ortamda hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumların incelendiği çalışmada, hekimlerin deneyim süresi arttıkça iş birliği tutumlarının arttığı, hemşirelerin deneyim süreleri arttıkça iş birliği tutumlarının azaldığı belirtilmektedir (Sterchi 2007). Endris ve ark. (2021)'nin hekim ve hemşirelerde meslekler arası iş birliği ve ilgili faktörleri incelendikleri çalışmada yaşın hekim-hemşire iş birliğini etkilemediği ancak il merkezinde yaşayanların

iş birliği algılarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Endris ve ark., 2022). Hekim ve hemşireler arasındaki iletişimi olumsuz etkileyen faktörler arasında eğitim ve bilgi düzeyleri arasındaki farklılıklar bulunmaktadır (Hakami ve Hamdi, 2013). Hekimlerin ve hemşirelerin tamamlayıcı rollerinin anlaşılması ve karşılıklı bağımlı bir ilişkinin teşvik edilmesi için tıp ve hemşirelik okulları müfredatında meslekler arası iş birliği eğitime yer verilmesi önerilmektedir (Wang ve ark., 2015). Hemşirelik ve tıp öğrencilerinin eğitimiyle iş birliği ruhu ve karşılıklı mesleki kimlik saygısının artacağı belirtilmektedir (Mahboubé ve ark., 2019).

Saygı ve Güven, sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimde önemlidir. Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki ilişkiler, iş birliği, saygı ve güven üzerine kuruludur (Hakami ve Hamdi, 2013). İş birliği, insan sağlığını korumada karşılıklı saygı ve güveni içeren, mesleki ilişkilerin sürdürülüp geliştirilmesi sürecidir (Mahboubé ve ark., 2019). Diğer insanların benzersizliğine ve bireyselliğine değer veren aynı zamanda onurunu tanıyan bir tutuma dayanır. Saygı ve güven hekim-hemşire iş birliğinin önemli ön koşullarıdır; açıklığı ve iletişimi artırır, hasta sonuçlarını iyileştirir (Baiyekusi 2010). Kurum içinde ve birlikte çalışan kişiler arasında güvenin sabit bir kavram olmayıp zaman içerisinde inişli çıkışlı bir seyir izlediği, duruma özgü olduğu ve deneyimlerden etkilendiği görüşü kabul görmektedir. Ayrıca mesleki ilişkiler hem kurumsal hem de kişisel düzeyde farklı güven türleri içerir (Pullon 2008). Başarılı bir iş birliği süreci için karşılıklı saygı, güven ve etkili iletişim şarttır. Hekimler ve hemşireler birbirlerinin saygısını kazanabilmek için birbirlerinin fikir ve bilgilerine değer vermeleri gerekmektedir (Dahlawi ve ark., 2023).

2.1.3. Cerrahi Birimlerde Hekim-Hemşire İş Birliğinin Önemi

Cerrahi birimler, hasta yatışı ve çıkışının fazla olduğu ve hastaların akut bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu birimlerdir. Cerrahi ortamlar; enfeksiyon, yaralanma, tehlikeli madde riski sebebiyle hekim, hemşire, diğer sağlık profesyonelleri ve hastalar için riskli ortamlardır. Ayrıca cerrahi ekip ile uzun süre fiziksel yakınlık gerektirmesi, yaşamı tehdit edici durumların varlığı ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi sebebiyle stresli alanlardır (Lafçı ve ark., 2016). Cerrahi hastasının bakım kalitesini ve güvenliğini artırma çabaları, ekip çalışmasına bağlıdır. Hekimlerle hemşireler arasındaki iletişim ve iş birliğindeki engeller bu çabayı tehlikeye atmaktadır (Sterchi 2007). Karmaşıklık, zaman

baskısı ve stres gibi unsurlar özellikle cerrahi birimlerdeki hekim ve hemşireler arasındaki iş birliğinin önemini artırır (Filizli ve Önler, 2020). Ekip iş birliği ile zorluklar fark edilmekte, sorunlar çözülmekte, hastaların etkin bir biçimde izlenmesi sağlanmakta ve hizmet kalitesinin artırılması adına ekip motivasyonu bilinci aşılanmaktadır. Ekip iş birliğinin olmadığı cerrahi birimlerde verimlilik, motivasyon, konsantrasyon olumsuz etkilenmekte ve tıbbi hata oranlarında artış görülmektedir. Literatürde cerrahi ünitelerdeki tıbbi hataların en önemli nedeninin hekim ve hemşireler arasındaki iletişimden kaynaklanan sorunlar olduğu belirtilmektedir (Esenkaya ve Aydın Akbuğa, 2022). Bu bağlamda iş birliğinin geliştirilmesi adına cerrahi servislerdeki hekim ve hemşireler arasındaki meslekler arası iş birliğine yönelik tutumların değerlendirilmesi önemlidir (Filizli ve Önler, 2020).

Literatür incelendiğinde; Kang ve ark. (2020)'nın çalışmasında hekim-hemşire ekip çalışması ve bu ekip çalışmasının cerrahi hasta sonuçlarıyla ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucuna göre daha iyi hekim-hemşire ekip çalışmasına sahip hastanelerde bakım gören cerrahi hastalarının 30 günlük ölüm oranlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Kang ve ark., 2020). Esenkaya ve Aydın Akbuğa (2022)'nin çalışmasında cerrahi birimlerdeki hekim-hemşire ilişkisinin tıbbi hata eğilimi üzerinde etkisi olduğu, ayrıca cerrahi birimlerdeki hekimlerle hemşireler arasındaki etkin ve sağlıklı iş birliğinin tıbbi hataların önlenmesinde önemli olduğu belirtilmektedir (Esenkaya ve Aydın Akbuğa, 2022). Lafçı ve ark. (2016)'nın çalışmasında cerrahi kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip kavramıyla ilgili görüşleri incelenmiştir. Ekip kavramı puanının hemşirelerde, disiplinler arası ekip çalışmasıyla ilgili görev alanlarda ve görev almakta istekli olanlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yine aynı çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu ekipte karar verirken son sözü her zaman hekimlerin söylemesi gerektiğini belirttikleri için hekimlerin “ekip lideri” konusunda geleneksel bir tutumda oldukları belirtilmektedir (Lafçı ve ark., 2016). Filizli ve Önler (2020)'in çalışmasında cerrahi birimlerdeki hekim-hemşire iş birliği değerlendirilmiştir. Yapılan anket çalışmasında hemşirelerin hekimlere göre iş birliğine daha fazla yatkın olduğu görülmektedir. Hekimler hemşirelerin asistandan ziyade iş birlikçi olarak görülmesi gerektiğini belirtmişlerdir ancak bu durum hasta bakımında hala yaygın olan baskın otorite algılarıyla çelişmektedir. Sonuç olarak hekim-hemşire iş birliğinin istenilen seviyede olmadığı ve geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Filizli

ve Önler, 2020). Sillero Sillero ve Buil (2021)'in hekim ve hemşirelerin perioperatif ortamda meslekler arası iş birliğinin geliştirilmesi üzerine yaptıkları nitel çalışmada, meslekler arası iş birliğini engelleyen organizasyonel faktörlerin; hızlı ve yoğun ortam, personel eksikliği ve aşırı iş yükü; psikolojik faktörlerin; ameliyat ekibindeki gerginlik ve yıkıcı davranışlar; eğitim faktörlerinin ise meslekler arası hiyerarşi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ekiple ilgili iletişim sorunlarının mesleği bırakmaktan hasta memnuniyetinin azalmasına kadar çeşitli sorunlara neden olduğu ve hasta güvenliğini tehdit ettiği belirtilmektedir. Özellikle perioperatif ortamda meydana gelen tıbbi hataların (yabancı cisim unutulması, yanlış taraf cerrahisi, ölüm) büyük bir kısmının ekip çalışması eksikliklerinin (iletişim eksikliği ve koordinasyon eksikliği) giderilmesiyle önlenebileceği belirtilmektedir. Çalışmaya katılanlar, tıbbi hataların önlenmesinde cerrahi ekibin rol tanımlarının ve ekip toplantılarının yapılmasının önemli olacağını bildirmişlerdir. Ek olarak katılımcıların algıları incelendiğinde ameliyathanede yüksek düzeyde meslekler arası iş birliğinin gerektiğini belirtmektedirler (Sillero Sillero ve Buil, 2021). Boev ve Xia (2015)'nin çalışmasında dört yoğun bakım ünitesinde hekim-hemşire iş birliği ve hastaneden kaynaklanan enfeksiyonlar (cerrahi, yanık travması, tıbbi ve kardiyovasküler) incelenmiştir. Çalışma sonucuna göre etkili hekim-hemşire iş birliği sonucunda hastalarda santral venöz kataterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları ve ventilatörle ilişkili pnömoni oranlarının düştüğü belirtilmektedir (Boev ve Xia, 2015). Pape ve ark. (2013)'nin ortopedi servisinde iş birlikçi yaklaşımlar üzerine yaptığı çalışmada, diz ve kalça protezi ameliyatı için ortopedi servisine kabul edilen hastaların hastane kalış sürelerinin kısaltılması amacıyla günlük meslekler arası toplantı düzenlenmiştir. Meslekler arası toplantıda hemşireler, cerrahlar, fizyoterapistler ve mesleki terapistler belirli bir görevi hangi sağlık meslek grubunun üstlenmesi gerektiği hakkında ortak karar almışlardır. Çalışma sonucuna göre total kalça protezi hastalarının toplantı öncesine göre hastanede kalış süreleri kısalmıştır. Ancak aynı çalışmada diz protezi hastalarında etkiyi araştırmak için daha fazla çalışma gerektiği belirtilmiştir (Pape ve ark., 2013). Yapılan çalışma sonuçları, sağlık meslek üyesi olan hekim ve hemşireler arasındaki meslekler arası iş birliğinin cerrahi hastalar üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır.

2.2. Bakım Kavramı

Hemşirelik, odağı insan ve temeli hemşirelik bakımı olan bir meslektir. Bakım sadece hemşireler için kullanılan bir kavram değildir ama hemşirelik mesleği için özgündür (Dinç 2010). Bakımın kelime anlamı incelendiğinde Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre, *bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek* olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 01 Kasım 2024). Bir başka tanıma göre ise bakım, hayatta kalınabilmesi ve en azından asgari anlamda işlevlerin devam edebilmesi için bireyin olabildiğince acıdan uzak yaşayabilmelerine yardımcı olmak, yeteneklerini geliştirip sürdürülebilmelerini sağlamak, temel ihtiyaçları için destek sağlamak adına özenle yapılan her şeydir. Hemşireler tarafından yapılan bütün uygulamalar hemşirelik bakımı kapsamındadır (Karaca ve Durna, 2018).

Hemşirelerin uygulayıcı yönleri bağımlı ve bağımsız uygulamalar olarak ikiye ayrılır. Hemşireler mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerinden yararlanarak “yardım etme” ve “bakım verme” anlayışıyla bağımsız uygulamalarını gerçekleştirirler (Karaca ve Durna, 2018). Hemşirelerin bağımsız işlevleri niteliğindeki bakım, hemşireliğin temeli olarak kabul edilmektedir (Toru 2020). Sağlık alanında yaşanan ilerlemeler, sağlık hizmetlerindeki maliyet ve rekabetin artması gibi sebepler tedavide kalitenin önemini artırmış olup, hemşireliği de kapsayan sağlık hizmetlerinin tamamında daha iyi bakım sağlanmasının önünü açmıştır. Bakım kalitesinin en önemli göstergesi genellikle hasta memnuniyeti olarak gösterilmekte ve verilen sağlık hizmetinin bir sonucu olarak belirtilmektedir.

Hemşirelerin hastalarla en çok iletişim halinde olan meslek grubu olması, sağlanan hemşirelik bakımından memnuniyetin yalnızca kaliteli teknik bakımın verilmesiyle değil hemşirelerin davranış ve iletişim becerileriyle de açıklanabileceği belirtilmektedir (Karaca ve Durna, 2018). Kurumdaki hekim, hemşire gibi farklı profesyonellerin iş birliği yapma yeteneği, bakım kalitesi üzerinde olumlu etki sağlamaktadır (Amarneh ve Al Nobani, 2022). Hastalara sağlanan bakımın kalitesini artırmak için her hastalık ve yaştaki hastaya göre hemşirelik standartlarının oluşturulması ve klinikte uygulanabilirliğinin sağlanması önem arz etmektedir (Toru 2020).

2.2.1. Birey Merkezli Bakım ve Hasta Merkezli Bakım Kavramı

Bakım kalitesi kavramı incelendiğinde karşımıza hasta merkezli bakım ve birey merkezli bakım kavramları çıkmaktadır (Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023). Birey merkezli bakım geleneksel olarak hasta merkezli bakımla eş tutulmuştur. Bu kavramların birçok benzerliği olmasına karşın, bu kavramlar arasında ciddi farklılıkların olduğu görülmektedir (Håkansson Eklund ve ark., 2018). Hasta kelimesi fazla nesnelleştirme ve kişiyi yalnızca tıbbi hizmet alıcısına ya da “harekete geçirilen kişiye” indirgeme eğilimindedir (Ekman ve ark., 2011). Hasta merkezli bakım, her bir hastanın ihtiyaçlarına, değerlerine ve arzularına karşı şefkat, empati, saygı ve duyarlılık niteliklerini içeren bir bakım olarak tanımlanmaktadır. Hasta değerlerinin klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bakımı kapsamaktadır (Morgan ve Yoder, 2012).

Morgan ve Yoder (2012), birey merkezli bakımın; bütünsel, bireyselleştirilmiş, saygılı ve güçlendirici olarak dört özelliğini belirlemiştir (Morgan ve Yoder, 2012). Birey merkezli bakım, Jean Watson’ın hemşirelik tanımı ve hemşirelik teorisinde de desteklenmektedir. Bu teoriyi destekleyen önemli iyileştirici veya bakım faktörleri arasında fedakârlık, inanç ve umudun sağlanması, kendine ve başkalarına karşı duyarlılık, yardım etme ve güven sağlama, olumlu ve olumsuz duyguların ifadesini sağlama, yaratıcı problem çözme yöntemlerini kullanma, öğretim sırasında otantik olma, temel insan gereksinimlerini sağlama, huzurlu ölümü destekleme gibi faktörler yer almaktadır (<https://www.aacnnursing.org/5b-tool-kit/themes/person-centered-care>, Erişim tarihi: 5 Aralık 2024).

Birey merkezli bakım, kişiyi bakımına ve tedavisine aktif bir ortak olarak dahil etmek için bireyin arkasındaki kişiyi (aklı, iradesi, duyguları ve ihtiyaçları olan bir insan olarak) tanımanın önemini vurgular (Ekman ve ark., 2011; Boz ve Akgün, 2019). Hemşirenin önündeki zorluk, bireyin özgüvenini güçlendirecek ve iyileşmeye yönelik kaynakları bulacak şekilde bireyin kendisini ifade etmesini sağlamaktır. Bu, etik bir bakış açısıyla hemşirenin benliğin kırılganlığını ve yaşamdaki tutarlılığı tanıma ve kabul etme yükümlülüğü olarak anlaşılabilir. Hastalanan birey, yaşamının anlamı ve tutarlılığının tehdit altında olduğunu düşünür. Hastaya kendisini bir hastalık öyküsü içinde bir kişi olarak anlatma fırsatı vermek, hastaları bu konuda cesaretlendiren ve güçlendiren iş

birlikçi, eşitlikçi bir bakım ve tedavi verenler ile hasta arasında iş birliği kurmanın başlangıç noktasıdır (Ekman ve ark., 2011).

Hasta merkezli bakımın hedefi hasta için işlevsel bir yaşam sağlamak iken; birey merkezli bakımın hedefi kişi için anlamlı bir yaşamdır (Håkansson Eklund ve ark., 2018). Hasta merkezli bakım, çoğunlukla kontrol, vizit ve takip sürecine odaklanırken; birey merkezli bakım, bireyle iletişim sürecinin devamlılığına odaklanır (Boz ve Akgün, 2019). Hasta merkezli bakım, sağlanan bakımın geleneksel bakım protokolleri ve sağlık profesyonelleri egemenliğinde, hazırlanıp uygulanmasını kapsarken; birey merkezli bakım, hastayla hemşire arasında iş birliğinin yapıldığı, hastaların sağlık problemlerinin saptanmasını sağlayan, birlikte kullanılabilecek saygılı, anlaşılır ve bireye özgü bakım planı uygulamayı kapsamaktadır. Hasta merkezli bakım, klinik karar alma aşamasında hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki uzlaşma sağlamayı kapsarken; birey merkezli bakım, klinik karar alma aşamasında hastayı ekibin bir parçası olarak benimseyip, hastanın aktif katılım ve otonomi kullanımını kapsamaktadır (Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023).

2.2.2. Birey Merkezli Bakım

İnsanlar, gelişim sürecinde doğuştan var olan veya sonradan kazandığı, onu tek yapan ve diğer canlılardan ayıran yetenek, tutum, güdü, inanç, görüş, biliş biçimi, karakter ve duygusal davranış gibi özellikleri sebebiyle bireyselleşmektedir (Toru 2020). Hastaların da birer birey olduğundan yola çıkarak sadece hastalıklarına odaklanılmaması gerektiği, bunun yanında hastaların öznel farklılıklarının, gelecekteki planlarının, güçlü yönlerinin, belirli bir ortamdaki bütünleşmelerinin ve hasta haklarının önemi üzerinde durulması gerektiği belirtilmektedir (Ekman ve ark., 2011). Günümüzde bakım veren kişiler birey merkezli bakımın hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğunu kabul etseler de, genellikle bireyi hastalığın önüne koymayı düşünmemektedir. Sadece hastalığı değil hastalığı olan bireyi de görmek gerekir (Ekman ve ark., 2011; Arakelyan ve ark., 2017). Birey merkezli hemşirelik kavramının kökeni incelendiğinde hastalıktan ziyade hasta üzerine odaklanan, tıpla bakım kavramını birbirinden ayıran Florence Nightingale'e kadar uzanmaktadır (Shin ve Kang, 2019; Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023). Amerikalı psikolog Carl Rogers, 1940'ların başında kişi merkezlilik kavramını ortaya atmıştır (Morgan ve Yoder, 2012). Birey merkezli bakım kavramı birçok farklı ilke ve faaliyeti

açıklamak için kullanılmaktadır. Ancak bu kavram üzerinde anlaşmaya varılan tek bir tanımı bulunmamaktadır. Bunun sebebinin kısmen birey merkezli bakımın henüz yeni ve gelişen bir alan olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (The Health Foundation, 2016). Birey merkezli bakım IOM tarafından, bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olan ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bakım olarak belirtilmektedir (Morgan ve Yoder, 2012; Johnson ve ark., 2021). İngiltere Sağlık Vakfı (London The Health Foundation), sınırlı tanımların ötesinde birey merkezli bakımın ilkelerini içeren bir çerçeve ile belirlemiştir. Bu çerçeve; hastalara onur, şefkat ve saygı kazandırmak, koordineli ve bireyselleştirilmiş bakım desteği veya tedavi sağlamak, hastaların bağımsız ve tatmin edici bir hayat sürdürmelerini sağlamak adına var olan güçlü yönlerini ve yeteneklerini öğrenmeleri ve geliştirmelerini desteklemeyi kapsamaktadır (The Health Foundation, 2016).

Birey merkezli bakım, bakımı bireyselleştirmeyi veya bakımı tıbbi normların istisnalarına göre ön görme ve uyarlama hakkındaki yetersizliği önlemeyi hedeflemektedir (Olsson ve ark., 2013). Hastaların bireysel özelliklerinin bilinip bu doğrultuda bakım verilmesi ve hastaların bakış açısıyla değerlendirilmesi bakım kalitesine olumlu etki sağlamaktadır (Toru 2020). Akut bakım ortamında birey merkezli bakım uygulamasında bakımın merkezinde, bireyin geçmişi, ailesi, güçlü ve zayıf yönleri yer almaktadır (Johnson ve ark., 2021). Birey merkezli bakım, hemşirelerin hastalarla arasındaki iletişimini, empati yapma düzeyini olumlu etkiler ve hastaları kendi bakım planlarına dahil etmeyi sağlar. Olumlu tedavi sonuçları, hasta memnuniyetinin artması, hastanede yatış süresinin kısalması, tıbbi giderlerin azalmasının yanında (Shin ve Kang, 2019), enfeksiyonların azalması (Goktas ve ark., 2022) gibi pozitif etkileri de bulunmaktadır.

Birey merkezli bakım uygulanmasında üç aşama bulunmaktadır. İlk aşama, hasta anlatılarının dikkate alınarak iş birliğinin başlatılmasıdır. Hastanın hastalığına, hastalığıyla ilişkili semptomlarına ve bunların hayatındaki etkilerine yönelik kendi anlatımlarını kapsamaktadır. Bireyi hastalık öyküsünü anlatmaya davet etmek, hastaya deneyimlerinin, duygularının, inançlarının ve tercihlerinin önemli olduğu mesajını verir. Bu sayede odak nokta hastalıktan ziyade hastalığı olan bireye kayar (Ekman ve ark., 2011).

İkinci aşama, ortak karar alarak iş birliği yapmaktır. Anlatısal iletişim, deneyimlerin paylaşılmasını ve birbirlerinden öğrenmeyi içerir. Anlatmak ve dinlemek, hastalık belirtileriyle birlikte, profesyonellerle ve hastayla bakım ve tedaviyi tartışmak ve planlamak için iyi bir temel sağlayan, hastalık deneyimiyle ilgili ortak bir anlayış oluşturma'nın bir yoludur. Aslında birey merkezli bakım iş birliği kurmayla başlar ve bilgi paylaşımını, ortak müzakereyi ve ortak karar almayı içerir. Teşhis sırasında, hasta da dâhil olmak üzere bakım ekibi, hastanın yaşam tarzına, tercihlerine, inançlarına, değerlerine ve sağlık sorunlarına uygun tedavi seçeneklerini dikkate alarak tedavinin tüm yönlerini değerlendirmelidir (Ekman ve ark., 2011).

Son aşama ise hasta anlatılarının kaydedilerek ortaklığın korunmasıdır. Hasta kayıtlarında hasta tercihlerinin, inançlarının ve değerlerinin yanı sıra bakım ve tedavide karar alma süreçlerine katılımın kayıt altına alınması, hasta bakış açılarına ortaklığın korunmasıdır. Ayrıca hasta bakış açılarına meşruluk kazandırır, hasta-sağlık profesyonellerinin etkileşimini şeffaf hale getirir ve bakımın sürekliliğini kolaylaştırır. Bu tür bilgilerin kaydedilmesi, klinik ve laboratuvar bulguları kadar zorunlu kabul edilmelidir (Ekman ve ark., 2011).

Literatür incelendiğinde; Olsson ve ark. (2013)'nın bir müdahale olarak birey merkezli bakımın etkinliğini içeren 11 çalışmayı incelediği sistematik derlemedeki sekiz çalışmada, birey merkezli bakım girişimlerinin hem öznel (iyi olma hali, bakım kalitesi, hasta memnuniyeti gibi), hem de nesnel (bakım maliyeti, hastanede yatış süresi gibi) hasta çıktıları üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (Olsson ve ark., 2013). Trout ve ark. (2019)'nın kişi odaklı bakım ve diyabet hastalarıyla ilgili gerçekleştirdikleri çalışmada, diyabet tanısı alan bireylerin ilk değerlendirilmesi ve kapsamlı sürekli bakım yönetiminin neler gerektirdiği ile ilgili mevcut literatür incelenmiştir. Çalışma sonucuna göre birey merkezli ve meslekler arası bir yaklaşım benimsemenin diyabet tanısı alan bireyler için en iyisi olduğu belirtilmektedir (Trout ve ark., 2019). Chang ve ark. (2020)'nın uzun süreli bakım hemşireliği personelinin birey merkezli bakım ile iş stresi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışma sonucuna göre, hemşirelerin yaşam kalitesinin artması ve iş stresinin azalması durumunda birey merkezli bakım becerilerinin arttığı belirtilmektedir (Chang ve ark., 2020). Bolster ve Manias (2010), akut hastane ortamında ilaç tedavisi faaliyetleri sırasında hemşireler ve hastalar arasındaki birey merkezli etkileşimleri incelemişlerdir. Katılımcı hemşireler birey

merkezli yaklaşıma değer verdiklerini ve ilaç tedavisi faaliyetlerini birey merkezli bir yaklaşımla yürüttüklerini belirtmelerine karşın, ilaç tedavisi etkinlikleri esnasında bazı hasta-hemşire etkileşimlerinin bireyselleştirilmiş hasta değerlendirmesi ve yönetiminden çok rutinlere odaklandığı belirtilmektedir. Ayrıca aynı çalışmada ilaç faaliyetlerindeki birey merkezli yaklaşımla ilgili ana engellerin zaman kısıtlaması ve multidisipliner iletişim olduğu belirtilmektedir (Bolster ve Manias, 2010).

Son yıllarda, birey merkezli bakımın güncel olarak sağlık alanında farklı disiplinlerinde yer aldığı görülmektedir (Van Haitsma ve ark., 2014; Boz ve Akgün, 2019) ve artık dünya genelinde sağlık hizmetlerinde altın standart olarak tanınmaktadır. Bu sebeple, birey merkezli bakımın değerlendirilip izlenmesi kritik önem taşımaktadır (Goktas ve ark., 2022). Ayrıca birey merkezli bakımın tutarlı ve sistematik bir biçimde uygulanmasını sağlamak adına, birey merkezli bakımı günlük uygulamalara aktaran ve güvence altına alan rutinler oluşturulması gerekliliği de doğmuştur (Arakelyan ve ark., 2017).

2.2.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Cerrahi girişimler, hastaların sağlık problemlerinin giderilmesinde temel tedavi yaklaşımlarından olmasına rağmen hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek planlı ve kontrollü travmalardır (Durmaz Edeer ve ark., 2018). Cerrahi birimlerdeki olumsuzlukları ve komplikasyonları engellemek adına tüm perioperatif süreç boyunca kapsamlı hemşirelik girişimleri uygulanması gerekmektedir. Perioperatif hemşirelik girişimlerinin hasta bireyin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi tam anlamıyla anlaşılamasa da önemi büyüktür (Ataro ve ark., 2024). Perioperatif hemşireliğin tarihi Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım okullarının kurulduğu tarih olan 1873 yılına uzanmaktadır. Literatürde, perioperatif hemşirelik, hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemde tecrübe ettiği ve geçici olan perioperatif bakım süreci olarak tanımlanmaktadır (Salazar Maya 2022).

Ameliyat öncesi dönem, hastaların ameliyat olmaya karar verdikleri anda başlar ve hastanın ameliyathaneye transfer edilmesiyle sona erer (Çelik ve Taşdemir, 2018; Salazar Maya 2022). Ameliyat öncesi yapılan hazırlığın hedefi, ameliyat öncesindeki komplikasyon riskini saptamak, perioperatif riskleri azaltmak, hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarına olabildiğince hızlı geri dönüşünü sağlamak ve perioperatif bakım

giderlerini azaltmanın yanı sıra, hastanın ameliyat öncesinde kapsamlı değerlendirilmesi, alana mahsus hazırlıkların ve kanıta dayalı bireyselleştirilmiş bakımın sunulması bu dönemin temel hemşirelik girişimleri hedefleri arasında yer almaktadır (Durmaz Edeer ve ark., 2018).

Ameliyat sonrası dönem, cerrahi işlem sırasındaki süreci açıklamaktadır. Bu dönem cerrahi işlem esnasında hastanın konforunu ve güvenliğini sağlayan, cerrahi işlemi uygulayan, yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini, takibini ve hastaya sağlanan bakımı kaydetmeyi sağlayan sağlık bakım ekibinin uygulamalarını içerir. Hastanın ameliyathaneye girmesiyle başlayan bu dönem, anestezinin uygulanmasından hastanın ayılma odasına veya yoğun bakıma aktarılmasına kadar devam etmektedir (Eyi ve ark., 2017; Çelik ve Taşdemir, 2018).

Ameliyat sonrası dönem, hastanın ameliyat odasından derlenme odasına veya yoğun bakım ünitesine alınmasıyla başlamaktadır. Bu dönem hastanın cerrahi kliniğe nakledilmesi sonrası tıbbi bakımının sonlanmasına veya normal işlevlere kavuşuncaya kadar geçen zamanı kapsamaktadır. Cerrahi hemşiresi bu dönemde birçok bakım uygulamasını (nörolojik değerlendirme, yaşam bulgularının takibi, postoperatif ağrı tanılması ve uygun girişimlerle ağrının giderilmesi, beslenme kontrolü, yara bakımı, solunum ve öksürük egzersizleri, sıvı elektrolit dengesinin takibi ve sürdürülmesi, bağırsak hareketlerinin izlenmesi, komplikasyonların takibi gibi) gerçekleştirmektedir (Çelik ve Taşdemir, 2018; Yılmaz Esenboğa 2022).

Perioperatif hemşirelik uygulamalarının hedefi, hasta ve ailesinin cerrahi girişim öncesindeki seviyeyle aynı, hatta daha iyi bir iyilik seviyesine ulaşmalarını desteklemektir (Pulkinen 2021). Perioperatif ortamlar zorlu, karmaşık ve teknik alanlardır. Perioperatif hemşireler hızlı bir tempoda çalışırlar ve bu tempoda cerrahi hastalara özgü temel kavramları da ele almaları gerekmektedir. Ayrıca, perioperatif hemşirelik bakımında, perioperatif hemşirelerin hastalarla bazen çok kısa süre, hatta anestezi öncesi birkaç dakika ilişki kurması gerekebilir (Arakelyan ve ark., 2017). Cerrahi hastalarda, ameliyat ve iyileşme anındaki geçici iletişim ve kendini savunma becerileri kaybı sebebiyle kaygı ve korku oluşmaktadır. Bu durum hastaların iyileşme düzeyini ve prognozunu büyük ölçüde etkilemektedir (Shin ve Jang, 2023). Perioperatif dönemde birey merkezli bakım, yalnızlığın önlenip, kaygının azaltılması açısından bireye

destek sağlamakta ve daha hızlı iyileşmeyi destekleyebilmektedir (Arakelyan ve ark., 2017).

Ameliyathanede birey merkezli hemşireliğe yönelik artan talep, perioperatif hasta odaklı modelin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Shin ve Jang, 2023). Perioperatif hasta odaklı model Rothrock ve Smith tarafından geliştirilmiş olup dört alanda oluşmaktadır. Bu alanlar hasta güvenliği, fizyolojik tepkiler, davranışsal tepkiler ve sağlık sistemi olarak belirtilmektedir. İlk üç alan perioperatif hasta bakımına ilişkin özellikleri ve cerrahi girişim geçiren hastalar için önemli kritik alan ve ihtiyaçları en iyi şekilde açıklarken, dördüncü alan olan sağlık sistemi ise hemşirelerin hasta bakımı verirken, bakım ortamında bulunması gereken personel, sarf malzemeler ve ekipmanlar gibi unsurları ifade etmektedir. Perioperatif hasta odaklı modele göre önerilen hemşirelik uygulamaları arasında hemşirelerin hastaları yetkilendirmesi, karar alma aşamalarına dâhil etmesi ve hastayı eğitmesi gibi uygulamalar bulunmaktadır (Rothrock ve Smith, 2000; Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023). Perioperatif hasta odaklı modele dayalı perioperatif hemşirelik standartları, Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN) tarafından geliştirilmiştir. Bu geliştirilen standartlar doğrultusunda AORN, birey merkezli perioperatif bakımı desteklemektedir (Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023). AORN'a göre birey merkezli hemşirelik uygulamaları komplikasyonları azaltır, hasta memnuniyetine, kaliteye, kanıta dayalı uygulamalara, güvenlik ve bilişime, ekip çalışması ve iş birliğine teşvik etmektedir (Goktas ve ark., 2022).

Perioperatif hemşirelerin hastaların otonomisine ve bireyselliğine saygı duyarak verdikleri birey merkezli hasta bakımının, ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında stresin istenmeyen etkilerini azaltıp iyileşmeyi hızlandırdığı belirtilmektedir. Birey merkezli bakım, perioperatif hemşirelik uygulamalarında kalitenin iyileştirilmesi için bakım standartlarımızın merkezinde bulunmalıdır (Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023). Bu bağlamda, hastaların perioperatif dönemdeki psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması ve sağlığın yeniden kazanılması için bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanması gerekir (Kızılcık Özkan ve ark., 2023). Birey merkezli perioperatif bakım sadece bakım hakkında yeterli bilgiye, deneyime ve bilgiye sahip bir perioperatif hemşirenin hastayla benzersiz bir birey olarak ilgilenmesi halinde gerçekleştirilebilir. Perioperatif dönemde birey merkezli bir yaklaşım,

hasta ve hemşire arasında güven duygusu oluşturur. Bu, hastanın gözünden hemşire hasta ilişkisinin kurulmasında önemlidir (Arakelyan ve ark., 2017).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, cerrahi hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisini incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 19.01.2024-19.05.2024 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (AFSÜ-SUAM) ile Afyonkarahisar Devlet Hastanesi (ADH)'nin cerrahi servis, cerrahi yoğun bakım ünitesi ve ameliyathane birimlerinde yürütüldü.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde AFSÜ-SUAM ile ADH'nin cerrahi servis (kulak burun boğaz, göz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, kalp ve damar cerrahi, plastik cerrahi, üroloji, çocuk cerrahi, göğüs cerrahi, beyin cerrahi ve genel cerrahi servis), cerrahi yoğun bakım üniteleri (Anesteziyoloji ve reanimasyon, kalp ve damar cerrahi, genel cerrahi, beyin cerrahi, izole ve genel yoğun bakım) ve ameliyathane birimlerinde çalışan toplam 520 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem büyüklüğüne yönelik sonlu ana kütle ($N < 10000$) ve nicel araştırmalar için önerilen $n = N s^2 Z_{\alpha}^2 / [(N-1)d^2 + s^2 Z_{\alpha}^2]$ formülüne göre 0,05 hata payı, 0,05 anlamlılık düzeyi, etki büyüklüğü (d) 0,15 ve standart sapma değeri (s) 1,5 alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğüne göre hemşire sayısı minimum 222 olarak belirlendi (Özdamar 2001; Ural ve Kılıç, 2013). Ancak, araştırmada örneklem alma yöntemine gidilmemiş olup cerrahi hemşirelerinin tamamına ulaşmak hedeflendi. Belirtilen tarih aralığında cerrahi birimlerde çalışan, izinli veya raporlu olmayan, çalışmaya gönüllü olarak katılacağını sözlü ve yazılı olarak bildiren 424 cerrahi hemşiresi araştırmaya dâhil edildi (Tablo 3.1). Araştırmanın yürütüldüğü zaman aralığında izinli veya raporlu olmaları sebebiyle ulaşılamayan ve araştırmaya katılmak istemediğini bildiren hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakıldı.

Tablo 3.1: Katılımcı hemşirelerin çalıştıkları hastane ve birimlere göre dağılımları

Birimler	AFSÜ-SUAM n=216	ADH n=304	Toplam Hemşire n=520
Cerrahi Servis	76	101	177
Cerrahi YBÜ	40	99	139
Ameliyathane	51	57	108
Araştırmaya Katılan Hemşire	167	257	424

AFSÜ-SUAM: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; ADH: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi; YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Hemşire Tanıtım Formu (EK 1), Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği (EK 2) ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (EK 3) ile elde edildi.

3.4.1. Hemşire Tanıtım Formu

Hemşirelerinin bireysel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Hemşirelerin bireysel özelliklerini belirleyen dört soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum) ve mesleki özelliklerini belirleyen üç soru (çalıştığınız hastane, çalıştığınız birim, hemşirelikte toplam hizmet süresi) olmak üzere toplam yedi sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Jefferson Hekim Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği (JHHİBYTÖ)

Ölçek hekimler ve hemşirelerin iş birliğine yönelik tutumlarını ölçmek için 1985 yılında Hojat ve Herman tarafından 20 madde olarak geliştirildi (Hojat ve Herman., 1985). Ölçek daha sonra Hojat'ın da içinde bulunduğu bir çalışma grubu tarafından revize edilerek 15 madde ve dört alt boyuta indirildi. Ölçek, Yıldırım ve ark. (2006) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's Alpha katsayısı tüm örneklem için 0,71 olarak hesaplandı (Yıldırım ve ark., 2006). Ölçek, dörtlü likert tipte (Kesinlikle Katılıyorum=4, Kesinlikle Katılmıyorum=1) olup 15 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekten en az 15, en çok 60 puan alınabilmekte olup ölçekten alınan puanlar arttıkça iş birliğine yönelik tutumlar da artmaktadır (Eraslan ve Gülhan, 2020). Ölçeğin "hekim ve hemşire iş birliği", "ortak eğitim", "hasta bakımında hemşirelik

hizmetleri”, “hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu” olmak üzere toplamda dört alt boyutu bulunmaktadır (Yildirim ve ark., 2006). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,732 olarak hesaplandı.

3.4.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (BMPHÖ)

Güney Kore’de 2019 yılında Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından, birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla 20 madde olarak geliştirildi (Shin ve Kang, 2019). Orijinal ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz Esenboğa (2022) tarafından ameliyathane hemşireleri üzerinde yapıldı. Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,86 olarak bulundu (Yılmaz Esenboğa 2022). Ayrıca Göktaş ve ark. (2022) tarafından cerrahi klinik hemşirelerinin katılımı ile ölçeğin şefkatli etkileşim, saygı, rahatlık, bilgi paylaşımı ve uzmanlık olmak üzere beş alt boyut gösterdiği, geçerlilik ve güvenilirlik için Cronbach’s Alpha katsayıları sırasıyla 0,781; 0,758; 0,780; 0,750 ve 0,808 olarak hesaplandı (Goktas ve ark., 2022). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde şefkatli etkileşim (1-6 maddeler), saygı (7-11 maddeler), rahatlık sağlama (12-14 maddeler), bilgi paylaşımı (15-17 maddeler), hemşirelik uzmanlığı (18-20 maddeler) şeklinde toplam beş alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin puanlanması, “1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=ara sıra, 4=sıklıkla, 5=her zaman” biçiminde beşli likert tipte yapılmakta olup, sıklık derecesi ölçmektedir. Öçekten en düşük 20, en yüksek 100 puan alınabilecek olup, puan arttıkça yüksek düzeyde birey merkezli perioperatif hemşirelik performansı belirtmektedir (Yılmaz Esenboğa ve Yurt, 2023). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,892 olarak hesaplandı.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

AFSU-SUAM ve ADH’nin ameliyathane, cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan cerrahi hemşirelerine, çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan 424 cerrahi hemşiresinden yazılı ve sözlü olarak onam alındı. Anket formları hemşirelerin mola saatleri dikkate alınarak dinlenme odalarında yüz yüze görüşülerek yaklaşık 10-15 dakikada tamamlandı. Hemşirelerin kimliklerinin belli olmaması için anket formuna isim yazmamaları istendi ve formlar kapalı zarf içerisinde teslim alındı.

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırma kapsamında araştırmanın hipotezlerine uyumlu olarak aşağıda belirtilmiş olan bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında istatistiksel ilişki incelendi.

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Cerrahi hemşirelerin Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Cerrahi hemşirelerin, bireysel özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum) ve mesleki özelliklerini (çalıştığınız hastane, çalıştığınız birim, hemşirelikte toplam hizmet süresi) belirleyen sorular araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS versiyon 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp) paket programı ile istatistiksel analizleri yapıldı. Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerine ait bireysel ve mesleki bilgiler sayı ve yüzde dağılımları ile verildi. Hemşirelerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının normal dağılıp dağılmadıkları Skewness-Kurtosis değerleri ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri cevaplar yüzde dağılımı ve aritmetik ortalama olarak verildi. Hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri ile her iki ölçek puanlarının bağımsız ikili grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testi, üç ve daha fazla bağımsız grup karşılaştırmaları için ANOVA testi kullanıldı. Hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerindeki etkisini incelemek için Pearson korelasyon analizi ve regresyon modeli uygulanarak sonuçlar yorumlandı. Bu çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.08.2023 tarih ve 2023/325 sayılı kararı ile izin alındı.

Verilerin toplanabilmesi için Afyonkarahisar Devlet Hastanesi (ADH)'nden 08.01.2024 tarihli ve 2024/1 sayılı karar ile kurum izni alındı. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (AFSU-SUAM)'nden 19.01.2024 tarihli ve E.224904 sayılı karar ile kurum izni alındı. Verilerin toplanabilmesi için AFSU-SUAM ve ADH cerrahi birim sorumlu hemşirelerinden sözlü izin alındı. Araştırmaya katılan hemşirelere bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllülük onam formu imzalatıldı. Bu araştırma yürütülürken Helsinki Uluslararası Bildirgesi'nde belirtilen etik kurallar ve ilkeler dikkate alındı.

3.9. Araştırmanın Süre ve Olanakları

Araştırmanın anket formları 19.01.2024-19.05.2024 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki cerrahi hemşirelere dağıtılarak elde edildi. Araştırmaya ait giderler için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamış olup, giderler araştırmacı tarafından karşılandı.

4. BULGULAR

4.1. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya dâhil edilen hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunuldu.

Tablo 4.1: Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (yıl)	20-29	230	54,2
	30-39	119	28,1
	≥40	75	17,7
Cinsiyet	Kadın	294	69,3
	Erkek	130	30,7
Eğitim Durumu	SML ve Ön lisans	92	21,7
	Lisans ve Lisansüstü	332	78,3
Medeni Durum	Evli	271	63,9
	Bekar	153	36,1
Çalıştığınız Hastane	Üniversite Hastanesi	161	38,0
	Devlet Hastanesi	263	62,0
	Ameliyathane	108	25,5
Çalıştığınız Birim	Cerrahi Klinikler	177	41,7
	Cerrahi YBÜ	139	32,8
	0-60 ay	163	38,4
Hizmet süresi (ay)	61-120 ay	125	29,6
	121-180 ay	57	13,4
	≥181 ay	79	18,6
Toplam		424	100

SML: Sağlık Meslek Lisesi; YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin %69,3’ünün kadın, %30,7’sinin erkek, %54,2’sinin 20-29 yaş arasında, %28,1’inin 30-39 yaş arasında, %17,7’sinin 40 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi. Hemşirelerin %78,3’ünün lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine, %21,7’sinin SML ve ön lisans eğitim düzeyine sahip olduğu, %63,9’unun evli, %36,1’inin bekâr olduğu görüldü. Mesleki özelliklerine göre hemşirelerin %62’si devlet hastanesinde, %38’i üniversite hastanesinde, çalıştıkları birim olarak hemşirelerin %41,7’si cerrahi kliniklerde, 32,8’i cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ve %25,5’i ameliyathanelerde çalışmakta olup, hemşirelikte toplam hizmet süresi incelendiğinde hemşirelerin %38,4’ü 0-60 ay, %29,6’sı 61-120 ay, %18,6’sı 181 ay ve üzeri, %13,4’ü ise 121-180 aylık toplam meslekte hizmet süresine sahip olduğu görüldü.

4.2. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

Cerrahi hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği tutumlarına ilişkin betimsel bulguları Tablo 4.2 ve Tablo 4.3’de verildi.

Tablo 4.2: Hemşirelerin JHHİBYTÖ’nün maddelerine katılım düzeylerine göre dağılımları

Maddeler	Katılım Düzeyi (%)				
	1	2	3	4	$\bar{X} \pm SS$
1: Kesinlikle katılmıyorum					
2: Katılmıyorum					
3: Katılıyorum					
4: Kesinlikle katılıyorum					
1. Bir hemşire, hekimin yardımcısından ziyade iş birliği yaptığı mesai arkadaşıdır.	2,6	2,6	19,8	75,0	3,67±0,65
2. Hemşireler, hastanın ihtiyaçlarına psikolojik görüş açısı ile cevap verecek şekilde yetiştirilmişlerdir.	1,4	6,1	43,6	48,9	3,39±0,66
3. Hemşirelik ve tıp öğrencileri, kendi rollerini anlamak için eğitimleri esnasında takım çalışması yapmalıdırlar.	0,2	3,1	31,6	65,1	3,61±0,55
4. Çalışma şartlarını ilgilendiren, yönetsel/politik kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır	-	1,2	23,8	75,0	3,73±0,46
5. Hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden, hemşireler sorumludur.	2,4	5,4	42,0	50,2	3,40±0,70
6. Hekimler ve hemşireler arasında birçok örtüşen sorumluluk alanları vardır.	0,5	4,2	43,4	51,9	3,46±0,60
7. Psikolojik tavsiyeler ve hasta eğitimi hemşirelerin özel ihtisas alanıdır.	5,2	20,7	50,0	24,1	2,92±0,80
8. Hekimler, bütün sağlık konularında hâkim otoritedir. (T)	21,2	38,7	28,1	12,0	2,69±0,93
9. Hastaların taburcu kararlarını verirken hekim ve hemşire karşılıklı görüş alışverişinde bulunmalıdır.	3,5	13,4	40,8	42,3	3,21±0,80
10. Hemşirenin birincil görevi hekimin emirlerini yerine getirmektir. (T)	52,1	29,7	14,9	3,3	3,30±0,84
11. Kendi görev alanlarını ilgilendiren, hastane destek hizmetleri ile ilgili karar alınırken, hemşirenin de katılımı sağlanmalıdır.	0,7	3,1	35,6	60,6	3,56±0,59
12. Tıbbi tedavinin etkilerinin gözlenmesinde hemşirenin sorumluluğu olmalıdır	1,7	10,8	48,3	39,2	3,25±0,71
13. Hemşire, hekimin uygulamakla görevlendirdiği tedavinin hasta üzerinde olası zarar verici etkilerini görünce hekimi uyarmalıdır.	0,7	2,1	31,4	65,8	3,62±0,56
14. Hekimler, hemşirelerle iş birliği kuracak şekilde eğitilmelidir.	0,5	2,4	22,4	74,7	3,71±0,52
15. Hemşire hekim arasındaki mesleki iş birliği eğitimi, lisans eğitim programlarında da yer almalıdır.	0,2	3,1	35,1	61,6	3,58±0,56

JHHİBYTÖ: Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği; $\bar{X}$: Aritmetik Ortalama; SS: Standart Sapma; T: Ters madde (1:Kesinlikle katılıyorum-4:Kesinlikle katılmıyorum)

Tablo 4.2’de JHHİBYTÖ’ye ilişkin betimsel bulgular incelendiğinde en yüksek puan ortalamasına sahip olan maddenin “Çalışma şartlarını ilgilendiren, yönetsel/politik kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır” (3,73±0,46) maddesi olduğu, hemşirelerin %98,8’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” seçenekleriyle olumlu tutum bildirmesine karşın, %1,2’si “katılmıyorum” seçeneğiyle olumsuz tutum bildirdikleri görüldü. Diğer en yüksek puan ortalamasına sahip madde “Hekimler, hemşirelerle iş birliği kuracak şekilde eğitilmelidir” (3,71±0,52) maddesi olup,

hemşirelerin %22,4'ü “katılıyorum” ve “74,8'i “kesinlikle katılıyorum” seçeneğiyle olumlu tutum bildirmesine karşın toplam %2,9'u olumsuz tutum bildirdiği görüldü.

En düşük puan ortalamasına sahip olan maddenin ters madde olan ve tersten puanlama yapılan “Hekimler, bütün sağlık konularında hâkim otoritedir” (2,69±0,93) maddesine ait olduğu görüldü. Hemşirelerin bu maddeye verdikleri puanların yüzdelik dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %40,1'i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” seçeneklerini cevaplamasına karşın, hemşirelerin %59,9'u “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” seçeneklerini cevapladıkları belirlendi. Diğer en düşük puan ortalamasına sahip madde ise “Psikolojik tavsiyeler ve hasta eğitimi hemşirelerin özel ihtisas alanıdır” maddesi (2,92±0,80) idi. Hemşirelerin %50'si “katılıyorum” ve %24,1'i “kesinlikle katılıyorum” cevabını verdikleri görüldü.

Tablo 4.3: Hemşirelerin JHHİBYTÖ ve alt boyut puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{X}$	SS
Hekim ve hemşire iş birliği	5	3,32	0,40
Ortak eğitim	4	3,61	0,41
Hasta bakımında hemşirelik hizmetleri	3	3,31	0,49
Hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu	3	3,37	0,47
Genel Ortalama	15	3,40	0,44
Genel Toplam (60 üzerinden)	15	51,16	4,67

JHHİBYTÖ: Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği; $\bar{X}$: Aritmetik Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.3’de hemşirelerin verdikleri cevaplara göre JHHİBYTÖ’nün genel toplam puan ortalamasının 51,16±4,67 olduğu belirlendi. Dörtlü likert tipte olan JHHİBYTÖ’nün alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; “ortak eğitim” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının (3,61±0,41) diğer alt boyutlara göre nispeten daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülürken, “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının (3,31±0,49) diğer alt boyutlara göre daha düşük olduğu belirlendi.

4.3. Cerrahi Hemşirelerin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımlarına İlişkin Bulgular

Cerrahi hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımlarına ilişkin betimsel bulguları Tablo 4.4 ve Tablo 4.5’de verildi.

Tablo 4.4: Hemşirelerin BMPHÖ'nün maddelerine katılım düzeylerine göre dağılımları

Maddeler	Katılım Düzeyi (%)					
	1	2	3	4	5	$\bar{X} \pm SS$
1: Hiçbir zaman						
2: Nadiren						
3: Ara sıra						
4: Sıklıkla						
5: Her zaman						
1. Hasta duygularını ifade ettiğinde empati kurarım.	0,2	3,3	9,2	45,0	42,3	4,25±0,77
2. Hastayı aktif olarak dinlerim.	-	1,2	4,7	47,9	46,2	4,39±0,63
3. Konuşamayan hastalarla sözsüz iletişim kurmaya çalışırım.	1,2	5,2	13,7	46,2	33,7	4,06±0,88
4. Sözlerimle ya da davranışlarımle hastanın kaygısını azaltmaya çalışırım.	-	1,2	3,3	45,5	50,0	4,44±0,62
5. Hastanın anlayabileceği kelimeler kullanırım.	0,2	1,2	2,4	38,7	57,5	4,52±0,62
6. Hastanın ihtiyaçlarını (örneğin, solunum, boşaltım) sık sık kontrol ederim.	-	1,9	5,9	38,7	53,5	4,43±0,69
7. Hasta için saygı ifade eden kelimeler kullanırım.	-	0,5	5,2	40,3	54,0	4,47±0,61
8. Hastaya uygun bir unvanla hitap ederim.	-	1,4	5,4	40,1	53,1	4,44±0,66
9. Hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım.	-	0,2	1,4	26,4	71,9	4,70±0,50
10. Hastanın ihtiyacına veya sorularına hızlı yanıt veririm.	0,2	1,4	3,8	51,2	43,4	4,36±0,64
11. Hastanın ameliyat öncesi öyküsünü incelerim.	0,7	5,2	14,2	38,2	41,7	4,15±0,89
12. Hastanın cerrahi pozisyonundan kaynaklanan rahatsızlığını belirler ve uygun girişimde bulunurum.	0,5	2,6	9,0	41,6	46,3	4,30±0,77
13. Hastanın üşüyüp üşümediğini kontrol eder ve uygun girişimde bulunurum.	0,2	0,2	4,7	39,9	55,0	4,49±0,62
14. Hastanın ağrı şikayeti varsa uygun girişimde bulunurum.	0,7	1,4	3,1	34,2	60,6	4,52±0,69
15. Ameliyattan önce hastaya işlemle ilgili açıklama yaparım.	0,9	4,5	11,6	36,1	46,9	4,23±0,89
16. Hastaya ameliyatın gecikme nedenini açıklarım.	3,1	4,0	9,7	40,8	42,4	4,15±0,96
17. Herhangi bir hemşirelik girişiminden önce hastaya açıklama yaparım.	0,2	0,9	4,2	38,7	55,9	4,49±0,64
18. Düzenli olarak perioperatif hemşirelik eğitimine katılırım.	6,4	12,0	19,6	35,8	26,2	3,63±1,17
19. Perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılırım.	8,0	12,7	22,2	31,6	25,5	3,53±1,22
20. Hastaların tedavisinde diğer bölümlerle iş birliği yaparım.	2,1	5,9	18,6	41,7	31,7	3,94±0,96

BMPHÖ: Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği; $\bar{X}$: Aritmetik Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.4'te BMPHÖ'nün betimsel bulguları incelendiğinde en yüksek puan ortalamasına sahip olan maddenin "Hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım" ($4,70 \pm 0,50$) maddesi olduğu görüldü. Hemşirelerin %98,3'ü "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleriyle olumlu tutum bildirmesine karşın, %1,6'sı "ara sıra" ve "nadiren" seçenekleriyle olumsuz tutum bildirdi. Diğer maddelere göre daha düşük puan ortalaması ise "Perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılırım" ($3,53 \pm 1,22$) maddesine aitti. Hemşirelerin bu maddeye verdikleri puanların yüzdelik dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %57,1'i "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleriyle olumlu tutum bildirmelerine karşın; hemşirelerin %42,9'u "hiçbir zaman", "nadiren" ve "ara sıra" seçenekleriyle olumsuz tutum bildirdi.

Tablo 4.5: Hemşirelerin BMPHÖ ve alt boyut puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{X}$	SS
Merhametli Etkileşim	6	4,35	0,50
Saygı	5	4,42	0,47
Rahatlık Sağlama	3	4,44	0,55
Bilgi Paylaşımı	3	4,29	0,67
Hemşirelik Uzmanlığı	3	3,70	0,94
Genel Ortalama	20	4,24	0,62
Genel Toplam (100 üzerinden)	20	85,57	9,16

BMPHÖ: Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği; $\bar{X}$: Aritmetik Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.5’de hemşirelerin verdikleri cevapları göre BMPHÖ’nün genel toplam puan ortalamasının $85,57 \pm 9,16$ olduğu saptandı. Beşli likert tipte olan BMPHÖ’nün alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; “rahatlık sağlama” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının ($4,44 \pm 0,55$) diğer alt boyutlara göre en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülürken, “hemşirelik uzmanlığı” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının ($3,70 \pm 0,94$) diğer alt boyutlara göre daha düşük olduğu görüldü.

4.4. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre JHHİBYTÖ ve BMPHÖ’nün Karşılaştırılması

Tablo 4.6: Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre JHHİBYTÖ ve BMPHÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	JHHİYTÖ			BMPHÖ		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Yaş(yıl)	20-29	51,73	4,34	0,021*	84,61	9,43	0,002*
	30-39	50,60	5,01		85,34	8,43	
	≥ 40	50,30	4,92		88,90	8,77	
Cinsiyet	Kadın	51,31	4,51	0,317	86,30	8,78	0,014*
	Erkek	50,82	5,01		83,93	9,81	
Eğitim Durumu	SML ve Ön lisans	50,48	4,71	0,117	86,03	8,61	0,591
	Lisans ve Lisansüstü	51,35	4,65		85,45	9,32	
Medeni Durum	Evli	51,09	4,69	0,670	85,84	9,07	0,419
	Bekar	51,29	4,66		85,09	9,32	
Çalıştığınız Hastane	Üniversite Hastanesi	51,44	4,45	0,342	85,99	8,08	0,465
	Devlet Hastanesi	50,99	4,80		85,32	9,77	
	Ameliyathane	50,08	4,96		85,28	9,61	
Çalıştığınız Birim	Cerrahi Klinikler	51,54	4,65	0,020*	85,48	8,62	0,852
	Cerrahi YBÜ	51,52	4,37		85,92	9,52	
	0-60	52,06	4,18		85,44	8,79	
Hizmet süresi (ay)	61-120	50,82	4,98	0,006*	83,80	9,87	0,003*
	121-180	51,07	4,30		85,54	8,71	
	≥ 181 ay	49,92	5,09		88,68	8,38	

*p<0,05; $\bar{X}$: Aritmetik Ortalama; SS: Standart Sapma; JHHİBYTÖ: Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği; BMPHÖ: Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği

Tablo 4.6 incelendiğinde; hemşirelerin JHHİBYTÖ puanlarının yaş, çalışılan birim ve hemşirelikte toplam hizmet süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülürken; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalıştıkları hastane durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptandı. Buna ek olarak hemşirelerin BMPHÖ puanlarının yaş, cinsiyet, hemşirelikte toplam hizmet süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülürken; eğitim durumu, medeni durum, çalıştıkları hastane ve çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptandı.

JHHİBYTÖ'nün puan ortalamaları incelendiğinde; 20-29 yaş grubunda olan hemşirelerin JHHİBYTÖ puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ($51,73\pm4,34$) görüldü. Çalışılan birime göre JHHİBYTÖ puanları incelendiğinde; cerrahi klinik hemşirelerinin puan ortalaması ($51,54\pm4,65$) ve cerrahi YBÜ hemşirelerinin puan ortalamasının ($51,52\pm4,37$), ameliyathane hemşirelerinin puan ortalamasına ($50,08\pm4,96$) göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelikte toplam hizmet süresine göre JHHİBYTÖ puanları incelendiğinde; 0-60 aylık deneyim süresine sahip olan hemşirelerin diğer deneyim sürelerine göre daha yüksek puan ($52,06\pm4,18$) aldıkları görüldü.

BMPHÖ'nün puan ortalamaları incelendiğinde; 40 yaş ve üzerindeki hemşirelerin BMPHÖ puanlarının ($88,90\pm8,77$) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre BMPHÖ puanlarının ($86,30\pm8,78$) daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelikte toplam hizmet süresine göre BMPHÖ puanları incelendiğinde; deneyim süresi 181 ay ve üzeri olan hemşirelerin diğer deneyim sürelerine göre daha yüksek puan ($88,68\pm8,38$) aldığı görüldü.

4.5. JHHİBYTÖ ve BMPHÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

JHHİBYTÖ ve alt boyutları ile BMPHÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik Pearson korelasyon katsayıları Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4.7: JHHİBYTÖ ve alt boyutları ile BMPHÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları

JHHİBYTÖ ve Alt Boyutları		BMPHÖ ve Alt Boyutları					
		Merhametli Etkileşim	Saygı	Rahatlık Sağlama	Bilgi Paylaşımı	Hemşirelik Uzmanlığı	Genel BMPHÖ
Hekim ve Hemşire İş Birliği	r	0,184	0,112	0,128	0,096	0,024	0,142
	p	0,000**	0,021*	0,009*	0,048*	0,625	0,003*
Ortak Eğitim	r	0,312	0,307	0,241	0,240	0,083	0,306
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,088	0,000**
Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmetleri	r	0,333	0,201	0,247	0,194	0,166	0,302
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001*	0,000**
Hesap Verme ve Hemşirenin Sorumluluğu	r	0,344	0,267	0,263	0,187	0,096	0,303
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,049*	0,000**
Genel JHHİBYTÖ	r	0,402	0,304	0,301	0,246	0,122	0,359
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,012*	0,000**

*p<0,05; **p<0,001; JHHİBYTÖ: Jefferson Hekim Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği; BMPHÖ: Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği

Tablo 4.7’deki korelasyon katsayıları incelendiğinde; JHHİBYTÖ ile BMPHÖ toplam puan ortalamaları arasında, pozitif ve orta düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulundu ($r=0,359$; $p<0,001$). Bu bulguya göre hemşirelerin, hekim-hemşire iş birliği tutum puanı arttıkça birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımının da olumlu yönde artacağı anlamına gelmektedir.

Tablo 4.7’ye göre JHHİBYTÖ’nün hekim ve hemşire iş birliği ($r=0,142$), ortak eğitim ($r=0,306$), hasta bakımında hemşirelik hizmetleri ($p=0,302$), hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu ($r=0,303$) alt boyutları ile genel BMPHÖ toplam puanı arasında pozitif ilişki olduğu görüldü. Bu bulgulara göre hemşirelerin BMPHÖ toplam puanı ile en yüksek ilişkisi bulunan JHHİBYTÖ alt boyutunun ortak eğitim ($r=0,306$) olduğu görülürken; BMPHÖ toplam puanı ile en düşük ilişkisi bulunan JHHİBYTÖ alt boyutunun ise hekim ve hemşire iş birliği ($r=0,142$) olduğu görüldü.

JHHİBYTÖ’nün “hekim ve hemşire iş birliği” alt boyutu ile BMPHÖ’nün “hemşirelik uzmanlığı” alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olmadığı görüldü. JHHİBYTÖ’nün “ortak eğitim” alt boyutu ile BMPHÖ’nün “hemşirelik uzmanlığı” alt boyutu arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olmadığı görüldü. Her iki

ölçeğin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olduğu belirlendi ($p<0,05$).

4.6. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutumlarının Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakım Performansına Etkisi

Araştırmanın amacına yönelik yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 4.8’de verildi.

Tablo 4.8: Hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişken	Bj	S(bj)	t	p	ANOVA
Sabit	49,529	4,574	10,828	0,000**	F=62,634 P=0,000
Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği	0,705	0,089	7,914	0,000**	

R=0,359 R²=0,129 F=62,634 * $p<0,05$ ** $p<0,001$

Tablo 4.8’deki regresyon analizi sonuçlarına göre; H₁ hipotezi kabul edilmiş olup değişkenler arasındaki doğrusal regresyon modelinin anlamlı olduğu tespit edildi (F=62,634; $p<0,001$). Hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğinin, birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görüldü. Etkiye yönelik model aşağıda sunulmuştur:

$$\text{BMPHÖ} = 49,529 + 0,705 * \text{JHHİBYTÖ}$$

Bu modele göre JHHİBYTÖ’deki bir birimlik artış BMPHÖ üzerinde 0,705 birimlik bir artışa neden olmaktadır.

Yukarıdaki Pearson korelasyon katsayıları ve regresyon analizlerinden yola çıkarak bu araştırmanın amacının gerçekleştiği söylenebilir. Başka bir ifadeyle; “*cerrahi hemşirelerin, hekim-hemşire iş birliği tutumlarının birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır*” sonucuna ulaşıldı. Diğer taraftan birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde en yüksek etkiye sahip hekim-hemşire iş birliği tutumu alt boyutunun “ortak eğitim” olduğu görüldü.

5. TARTIŞMA

Araştırma, AFSÜ-SUAM ve ADH'nin ameliyathane, cerrahi klinik ve yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin, hekim-hemşire iş birliği tutumları ve birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımlarını değerlendirmek, hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği tutumlarının birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiş olup, araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılarak sunulmuştur.

5.1. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin JHHİBYTÖ'ye verdikleri cevaplar incelendiğinde, “çalışma şartlarını ilgilendiren, yönetsel/politik kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır” maddesinin diğer maddelere göre daha yüksek puanlandığı görüldü. Hossny ve Sabra (2021)'nın hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumları inceledikleri çalışmada hemşirelerin en yüksek puanladıkları maddenin “hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden, hemşireler sorumludur” olduğu görüldü (Hossny ve Sabra, 2021). Filizli ve Önler (2020)'in cerrahi birimlerde hekim-hemşire iş birliği tutumlarını inceledikleri çalışmada hemşirelerin puanladıkları en yüksek ortalamaya sahip maddenin “bir hemşire, hekimin yardımcısından ziyade iş birliği yaptığı mesai arkadaşısıdır” olduğu görüldü (Filizli ve Önler, 2020). Ghonaim ve ark. (2019)'nın yaptığı, hemşire ve hekimlerin birlikte katıldığı çalışmada en yüksek ortalamaya sahip maddenin “bir hemşire, hekimin yardımcısından ziyade iş birliği yaptığı mesai arkadaşısıdır” maddesine ait olduğu görüldü (Ghoniam ve ark., 2019).

Yaptığımız çalışma bulgusunun farklı olmasının nedeni, çalışmaların yapıldığı kurumların, kurum kültürünün, katılımcıların hem hekim hem de hemşirelerden oluşması, hemşirelerin karar verme sürecine katılım düzeylerinin ve hiyerarşik düzenin farklı olmasından kaynaklandığını gösterir niteliktedir. Bundan dolayı bu araştırmada hemşirelerin, çalışma ekibi ile iş birliği içinde olduğu ancak yönetim grubu ile karar verme süreçlerinde daha fazla aktif rol almak istedikleri görülmektedir. Ayrıca bir çalışmada, hemşirelerin yönetsel kararlara katılımı ile sağlık hizmetlerinde kalitenin, performansın ve motivasyonun artmakta olduğu, örgüte duyulan güvenin sağlamlaştığı

ve hemşirenin iş yaşam kalitesini iyileştirme konusunda etkili olduğu bildirilmektedir (Çolak Coşkun ve Uğur, 2018).

Hemşirelerin, JHHİBYTÖ'ye verdikleri cevaplar incelendiğinde; “hekimler bütün sağlık konularında hâkim otoritedir” ters maddesinin ters puanlama sonrası diğer maddelere göre daha düşük puan aldığı görüldü. Bu madde daha düşük puan ortalamasına sahip madde olmasına rağmen olumlu bir tutumu belirtmektedir. Yapılan çalışmaların bulguları bu güncel araştırmanın bulguları ile benzerdi. Hossny ve Sabra (2021)'nın çalışmasında hemşireler, “hekimler bütün sağlık konularında hâkim otoritedir” maddesini diğer maddelere kıyasla daha düşük puanladıkları görüldü (Hossny ve Sabra, 2021). Filizli ve Önler (2020)'in çalışmasında benzer şekilde “hekimler bütün sağlık konularında hâkim otoritedir” maddesi diğerler maddelere göre daha düşük puan aldığı görüldü (Filizli ve Önler, 2020). Araştırma bulguları her ne kadar hemşirelerin çoğunluğunun hekimleri sağlık hizmetlerinde otorite olarak görmemelerini tespit etmiş ise de otorite olarak gören bir hemşire grubu olduğunu da göz ardı etmemek gerektiğini düşündürmektedir. Hemşirelerin bağımlı rolleri olan hekim istemlerine göre tedavi edici işlemleri uygulama zorunluluklarından dolayı hekimlere yönelik otorite algısı oluşuyor olabilir. Özlük ve Sur (2017)'un çalışmalarının sonucunda, hemşirelik hizmetleri müdürleri, hemşirelerin kendi meslekleri hakkında karar vermeye yetkili olmadıklarını ifade etmeleri de hekimleri otorite olarak görme algısını yansıtmaktadır (Özlük ve Sur, 2017).

Kliniklerde hekimlerin baskın rollerine karşın hemşirelerin nispeten itaatkâr bir role sahip olmasının sebebi hiyerarşik bir mesleki rol modeline yol açan mesleki eğitim programlarından kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Ghonaim ve ark., 2019). Hemşirelerin mesleki bağımsızlığı ve mesleki profesyonellik algısını artırmaya yönelik eğitimin lisans düzeyinde eğitim programlarında daha etkin verilmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşire yöneticilerin ve hemşirelerin kendi meslekleri hakkındaki sağlık hizmetlerinde alınan kararlarda yetkili olmaları ve katılımları için sağlık politikalarının düzenlenmesi gerekmektedir.

5.2. Cerrahi Hemşirelerin JHHİBYTÖ’den Aldıkları Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin JHHİBYTÖ’ye verdikleri puanların alt boyutlara göre dağılımları incelendiğinde; tüm alt boyutlar dörtlü likert puanlamasına göre üç ve üzeri ortalamaya sahip olup olumlu tutum bildirmektedir.

Bu araştırmada en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun “ortak eğitim”, diğer alt boyutlara göre nispeten düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun ise “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” olduğu görüldü. “Ortak eğitim” alt boyutu, hemşirelerin öğrenimleri sırasında hemşirelikle ilgili rolleri kavrayabilmeleri için ekip çalışmasına dahil olmaları olarak tanımlanmaktadır (Yildirim ve ark., 2006). Cerrahi hemşirelerin “ortak eğitim” alt boyutuna olumlu tutum göstermeleri, hemşirelerin disiplinler arası eğitime ve ekip çalışmasına daha fazla yöneldiğini göstermektedir (Hojat ve ark., 2003; Eraslan 2018; Dahlawi ve ark., 2023). Hojat ve ark. (2003)’nın çalışmasında, ortak eğitim ve deneyimlerin, sosyal olarak belirlenen kalıplaşmış rolleri değiştirebileceği ve tamamlayıcı bir mesleki rol modelinin daha iyi kabul edilmesine katkıda bulunabileceğini belirtmektedir (Hojat ve ark., 2003). Ayrıca hem tıp hem de hemşirelik disiplinlerinin müfredatının ortak eğitimi içermesi, mesleki rollerin belirlenmesi ve sorumlulukların öğrenilmesini sağlamaktadır. Bu durum hekim ve hemşirelerin her bir mesleki role daha aşina olmalarını desteklemektedir (Pakpour ve ark., 2019).

Diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük puanlanan “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” alt boyutu ise hemşirelerin hasta bakımının psikososyal ve eğitimsel yönlerine katkılarıyla ilgili görüşlerini kapsamaktadır (Hojat ve ark., 2003; Eraslan 2018; Cordero ve ark., 2018; Dahlawi ve ark., 2023).

Filizli ve Önler (2020)’in cerrahi birimlerde hekim-hemşire iş birliği tutumlarını inceledikleri çalışmada hemşirelerin en yüksek puanladıkları alt boyutun “ortak eğitim”, en düşük puanladıkları alt boyutun “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” olduğu görüldü (Filizli ve Önler, 2020). Özkaraca (2009)’nın tez çalışması da benzer şekilde olup hemşirelerin diğer alt boyutlara kıyasla en yüksek puanladıkları alt boyutun “ortak eğitim”, en düşük puanladıkları alt boyutun ise “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” olduğu görüldü (Özkaraca 2009). Yağız (2019)’ın tez çalışmasında hemşirelerin diğer alt

boyutlara kıyasla en yüksek puanladıkları alt boyutun “hesap verme”, en düşük puanladıkları alt boyutun ise “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” olduğu görüldü (Yağız 2019). Elsous ve ark. (2017)’nin çalışmasında hemşirelerin diğer alt boyutlara kıyasla daha yüksek puanladıkları alt boyutun “hekim-hemşire iş birliği”, daha düşük puanladıkları alt boyutun ise “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” olduğu görüldü (Elsous ve ark., 2017). Yapılan başka iki çalışmada hemşirelerin yüksek puanladıkları alt boyutun “ortak eğitim”, daha düşük puanladıkları alt boyutun ise “hekim hakimiyeti” olduğu görüldü (Aghamohammadi ve ark., 2019; Shields ve ark., 2022). Başka bir çalışmada, hemşirelerin psikososyal bakım becerilerinin orta düzeyde olduğu ve desteklenmesi gerektiğinin belirtilmiş olması, araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir (Ortakaş 2022). Yapılan benzer çalışmaların bulguları araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre, cerrahi hemşirelerin disiplinler arası eğitime ve meslekler arası iş birliğine daha fazla yöneldikleri ancak hasta bakımının psikososyal ve eğitimsel yönüne katkılarının daha az olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada cerrahi hemşireler, dörtlü likert ölçeğine göre ortalama 3,40; toplam puan 60 üzerinden ise 51,16 puan alarak yüksek düzeyde hekim-hemşire iş birliği tutumu gösterdi. Daha önce yapılan çalışmalarda hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği tutumlarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Garber ve ark., 2009; El Sayed ve Sleem, 2011; Zakerimoghadam ve ark., 2015; Elsous ve ark., 2017; Mahmoud ve ark., 2018; Aghamohammadi ve ark., 2019; Pakpour ve ark., 2019; Mahboub ve ark., 2019; Eraslan ve Gülhan, 2020; Filizli ve Önler, 2020; Hossny ve Sabra, 2021; Shields ve ark., 2022; Esenkaya ve Aydın Akbuğa, 2022). Yapılan çalışmaların, çalışmamızdaki hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği tutumlarıyla benzer olduğu ve çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Bu sonuç, hemşirelerin meslekler arası iş birliğini desteklediklerini göstermektedir.

5.3. Cerrahi Hemşirelerin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımlarına yönelik çalışmaların yetersiz olması nedeniyle birey veya hasta merkezli bakım içerikli literatürlerden yararlanılarak tartışılmıştır.

Hemşirelerin BMPHÖ'ye verdikleri cevaplar incelendiğine diğer maddelere kıyasla daha yüksek puanladıkları maddenin, “hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım” olduğu görüldü. Bu madde “saygı” alt boyutu içerisinde yer almaktadır ve her hastanın benzersizliğini tanımanın değerine işaret eder. Hastalara karşı nazik davranışları içerir. Hastada kullanılan ünvanlar ve minimum vücut maruziyetinin kullanımı saygı alt boyutunda toplanmıştır (Shin ve Kang, 2019).

Literatür incelendiğinde; Göktaş ve ark. (2022)'nin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında, hemşirelerin diğer maddelere kıyasla daha yüksek puanladıkları maddenin “hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım” olduğu görüldü (Goktas ve ark., 2022). Bu sonuç araştırmamızla benzer ve destekler nitelikteydi. Ülkemizde hasta mahremiyetine ilişkin yapılan çalışmalarda hemşireler tarafından hasta mahremiyetine saygı gösterildiği belirtilmektedir (Demirsoy ve Kirimlioglu, 2016; Tanrikulu ve ark., 2020). Hasta için önemli ve özel olan bireysel, fiziksel ve psikolojik gibi değerler bütünlüğünün gizliliğinin sağlanması ve korunmasında hemşireler birincil sorumludur (Öztürk ve ark., 2014).

Cerrahi hastaları, cerrahi girişim nedeniyle bir süre anestezi etkisiyle ameliyat sırası ve sonrasında bireysel kontrollerini kaybetmekte ve mahremiyetini koruyamamaktadır. Bu durumda perioperatif sürecin sonuna kadar hasta mahremiyetine saygı göstermek ve korumak cerrahi hemşirelerin birincil sorumlulukları arasındadır. Cerrahi hastalarının mahremiyetine verilen önem hastaların sağlık bakım kalitesini de artıran önemli bir durumdur (Karaveli Çakır ve Ertemür, 2023). Araştırmamızda hemşireler tarafından en yüksek puanlanan maddenin, hastaların vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınma olması, hemşirelerin hastanın beden özerkliğine saygı duyduğu ve fiziksel mahremiyetini koruduğunun göstergesidir. Ayrıca cerrahi hemşirelerin, etik kodlardan biri olan bireye saygı ilkesi çerçevesinde mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken etik ilke ve sorumluluklarının ve hasta haklarından biri olan mahremiyet ve özel hayata saygı hakkının farkında olduklarının bir bulgusu olarak kabul edilebilir.

Bu araştırmada cerrahi hemşirelerin BMPHÖ'ye verdikleri cevaplara göre diğer maddelere kıyasla daha düşük puanladıkları maddenin “perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılımım” maddesinin olduğu görüldü. Bu madde en düşük puan ortalamasına sahip olmasına rağmen cerrahi hemşirelerin beşli

likert tipi ölçeğine göre olumlu performans (3,53) sergiledikleri ifade edilmelidir. Göktaş ve ark. (2022)'nın çalışmasında, hemşirelerin “perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılım” maddesini diğer maddelere kıyasla daha düşük puanladıkları görüldü (Goktas ve ark., 2022). Bu sonuç araştırma bulgumuzla benzer ve destekler nitelikteydi. Bu bulgular, hemşirelerin bakım kalite standartlarını cerrahi prosedürlerin yerine getirilmesinden daha az önemsediklerini gösteriyor olabilir.

Geleneksel bakım modeli yerine kaliteli bakım, bireyin ihtiyacına özgü bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini içeren hemşirelik bakım sürecidir. Hemşirelik girişimleriyle ilgili kalite standartları, hemşirelik bakım sürecinin gözden geçirilmesi ve verilen bakımın sonuçlarının değerlendirilmesi için temeldir (Ovayolu ve Bahar, 2006). Bu nedenle hemşireler, bakım hizmeti konusunda önemli bilgilere sahip olmaları nedeniyle hasta memnuniyeti ve hasta çıktılarına olumlu katkıda bulunan kalite iyileştirme faaliyetlerine katılmaları önem arz etmektedir. Ancak hemşirelerin olumlu bakım kalitesi sonuçlarına ulaşma ve sürdürmede kritik bir role sahip olmalarına (Alexander ve ark., 2022) rağmen klinik hemşirelerinin kalite iyileştirme faaliyetlerine katılım düzeyinin düşük olduğu bilinmektedir (Güvenir Özpekin ve Erdim, 2016; Turali 2021). Klinik uygulama ortamında kalite iyileştirmede hemşire katılımına yönelik engeller ve kolaylaştırıcıların incelendiği bir çalışmada, en büyük engellerin yetersiz yönetim desteği, yetersiz kalite yönetim bilgisi, kısıtlı kaynak, zaman baskısı, verilere sınırlı erişim ve kurum kültürünün olmaması olarak belirtilmektedir (Alexander ve ark., 2022). Bu durumda hizmet içi eğitim ve seminerlerde bakım kalite standartlarına daha fazla içerik verilmesi ve cerrahi hemşirelerde kurum kültürünün iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Bu bağlamda cerrahi hemşirelerin kaliteli perioperatif hemşirelik bakım protokolleri hazırlama ve karar alma süreçlerinde yer almaları profesyonel kimlik oluşturulmasında önemli katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Güvenir Özpekin ve Erdim, 2016).

5.4. Cerrahi Hemşirelerin BMPHÖ'den Aldıkları Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin BMPHÖ'ye verdikleri puanların alt boyutlara göre dağılımları incelendiğinde; tüm alt boyutlar beşli likert puanlamasına göre üçün üzerinde ortalamaya

sahip olup, hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımlarının olumlu olduğu görölmektedir.

Hemşirelerin BMPHÖ alt boyutlarına ilişkin ortalama puan dağılımları incelendiğinde; diğer alt boyutlara göre en yüksek ortalamaya sahip alt boyutun “rahatlık sağlama”, diğer alt boyutlara göre daha düşük ortalama puana sahip alt boyutun ise “hemşirelik uzmanlığı” olduğu göröldü. Göktaş ve ark. (2022)’nın çalışmasında, hemşireler tarafından en yüksek puanlanan alt boyutun “rahatlık sağlama”, diğer maddelere göre daha düşük puanlanan alt boyutun “hemşirelik uzmanlığı” olduğu göröldü (Goktas ve ark., 2022). Kahraman ve ark. (2024)’nın çalışmasında hemşirelik öğrencileri tarafından en yüksek puanlanan alt boyutun “saygı”, daha düşük puanlanan alt boyutun ise “hemşirelik uzmanlığı” olduğu göröldü (Kahraman ve ark., 2024). Bulgular incelendiğinde en yüksek puanlanan alt boyutun araştırmamızdan farklı olmasının nedeni örneklem grubunun öğrencilerden oluşması olup, öğrencilerin cerrahi hastasının konforunu sağlamada etkin rol almamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Rahatlık sağlama alt boyutu, hastanın konforunu sağlama, pozisyon ayarlaması, sıcaklık ve ağrı kontrolüyle ilgili ifadeleri içermektedir. Cerrahi hastalarında duygusal ve fiziksel refahı sağlamak, hastanın iyileşme seviyesini artırabilir. Perioperatif hemşirelerin hastaların benzersiz bireysel deneyimlerini anlayabilme yöntemlerinden birisi empati göstermek, diğerleri ise yüksek kaliteli bakım ile birlikte güvence ve rahatlık sağlamaktır. Perioperatif hemşirelerin sağladığı konfor önlemleri ve müdahalelerin psikospiritüel, fiziksel, sosyokültürel ve çevresel yönleri sayesinde cerrahi hastalarda rahatlatma, kolaylık ve spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmaktadır (Shin ve Kang, 2019). Perioperatif süreçte hastanın rahatının sağlanmasıyla hasta memnuniyeti ve bakım kalitesinin arttığı, hastane kalış süresinin azaldığı, iyileşmenin hızlandığı belirtilmektedir (Kahraman ve ark., 2024).

Hemşirelik uzmanlığı alt boyutu, hemşirelerin deneyimleri ve uzmanlıkları ile ilişkili olarak cerrahi hastalarına nitelikli hemşirelik bakımı sağlamaları anlamına gelmektedir (Shin ve Kang, 2019). Aynı zamanda perioperatif bakım uzmanlığı olan bir hemşire, hastaya birey olarak yaklaşıp hastanın gereksinimlerini fark etme, gereksinimleri doğru ve zamanında gidermek için hızlı, esnek ve deneyimleri ile cevap verebilme yeteneğine de sahiptir (Başlı ve Metin, 2022). Hemşirelik uzmanlığı alt boyutunun, perioperatif

hemşirenin eğitimi, kalite iyileştirme faaliyetleri ve profesyoneller arasındaki iş birliği kavramlarını içeren maddelerden oluşması, perioperatif hemşireliğin diğer birey/hasta merkezli hemşirelik ölçüm araçlarından farklı olan eşsiz bir yönünü göstermektedir. Perioperatif hemşireler, hasta çıktılarını iyileştirmeyi sağlayacak yeterli temel bilgiye ve hayat boyu öğrenmeye yönelik sorumlulukların bilincinde olmalıdır. Bu çerçevede, kaliteli bakım sağlamak ve uygulama performanslarını iyileştirmek adına sürekli biçimde yeni bilgi, beceri ve tutumlar geliştirmek için en güncel hemşirelik uygulamalarını takip etmeleri gerekmektedir. Bu yeterliliğin sağlanması sadece hemşirelik eğitimiyle değil aynı zamanda araştırma ve kalite iyileştirme faaliyetlerine ilgi duymaları ve katılımları ile sağlanabilir (Shin ve Kang, 2019).

Bu araştırmada, cerrahi hemşireler tarafından hemşirelik uzmanlığı alt boyutunda diğer alt boyutlara göre nispeten daha düşük puanlama, hemşirelerin sürekli kendini geliştirme, yeniliklere adapte olma ve kalite iyileştirilmesinde yeterince etkin rol üstlenmediklerini düşündürmektedir (Kahraman ve ark., 2024). Bu sonuçlar bağlamında, cerrahi hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımını içeren hizmet içi eğitim, seminer, sempozyum gibi etkinliklere katılımlarının yanı sıra lisansüstü eğitimlere teşvik edilmeli, yöneticileri tarafından desteklenmelidir. Cerrahi hemşirelerin, cerrahi hemşireliğinde güncel yaklaşımları takip edebilmeleri için ulusal ve uluslararası hemşire birliklerine katılımlarının teşvik edilmesi, birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımının sağlanmasına olumlu katkı vereceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada cerrahi hemşireler, beşli likert ölçeğine göre ortalama 4,24; toplam puan 100 üzerinden ise 85,57 puan alarak yüksek düzeyde birey merkezli perioperatif hemşirelik performansı gösterdi. Literatür incelendiğinde hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik performanslarını yüksek düzeyde gösteren birkaç çalışma bulunmakta olup çalışmamızı destekler niteliktedir (Goktas ve ark., 2022; Shin ve Jang, 2023; Kahraman ve ark., 2024).

Perioperatif hemşirelik bakımında birey merkezli bakım, yalnızca bakım konusunda bilgi, deneyim ve uzmanlığa sahip yetenekli bir perioperatif hemşirenin hastayla özgün bir kişi olarak gerçekten ilgilenmesiyle gerçekleştirilebilir. Perioperatif bağlamda birey merkezli bir yaklaşıma sahip olmak, cerrahi hemşiresi ve cerrahi hastası arasında bir güven duygusu yaratır. Bu yaklaşım, hastanın bakış açısından, hemşire-hasta ilişkisi kurmada

önemli bir köprüdür (Arakelyan ve ark., 2017). Cerrahi hemşiresinin, cerrahi hastasının korkularını, endişe ve inançlarını dikkate alarak yaptığı birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı, hastaların memnuniyetini arttırmaktadır (Kızılcık Özkan ve ark., 2023). Hemşirelik bakımı ile ilgili hemşirelerin olumlu performans göstermeleri, hemşirelerin bakımla ilgili rol ve sorumluluklarını istedik seviyede gerçekleştirdiklerinin bir göstergesi olabileceği ifade edilmektedir (Cerit ve Coşkun, 2018). Bu açıdan araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik performanslarının olumlu olması kendilerini cerrahi hasta bakımında yetkin görmeleriyle bağdaştırılabilir. Cerrahi hemşirelerin perioperatif bakımla ilgili bilgi ve deneyime sahip oldukları ve birey merkezli perioperatif hasta bakımı anlayışını bir anlamda benimsedikleri ifade edilebilir.

5.5. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre JHHİBYTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin JHHİBYTÖ puanlarını yaş, çalıştığı birim ve toplam hizmet süresinin etkilediği bulundu.

Cerrahi hemşirelerin yaşları arttıkça JHHİBYTÖ puanlarının azaldığı görüldü. Ghonaim ve ark (2019)'nın hemşire ve hekimlerin birlikte katıldığı çalışmasında, yaşı genç olan hemşire ve hekimlerin (20-30 yaş) diğer hemşirelere göre (>30 yaş) hekim-hemşire iş birliği tutumu puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (Ghoniam ve ark., 2019). Eraslan ve Gülhan (2020)'ın hekim-hemşire iş birliği tutumuna yönelik hekim ve hemşirelerin dâhil edildiği çalışmada, yaş değişkenine göre 51 yaş ve üzeri grupta bulunan katılımcıların en düşük puanı aldığı ve diğer katılımcılara göre iş birliğine daha uzak oldukları görüldü (Eraslan ve Gülhan, 2020). Hossny ve Sabra (2021)'nin sağlık çalışanlarının hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada hemşire, stajyer hemşire ve doktorların yaşıyla hekim-hemşire iş birliği tutumları arasında negatif korelasyon görüldü. Yani katılımcıların yaşı arttıkça iş birliği tutumları azalmaktaydı (Hossny ve Sabra, 2021). Bu sonuçlar çalışmamızla benzer ve destekler nitelikteydi. Ancak Elsous ve ark. (2017)'nin hemşire ve doktorların hekim-hemşire iş birliği tutumlarını incelediği çalışmada, hemşire ve doktorların yaşı arttıkça iş birliği tutumlarının da artmakta olduğu görüldü (Elsous ve ark., 2017). Bu çalışmalar dışında

yaş faktörünün hekim-hemşire iş birliği tutumunu etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (El Sayed ve Sleem, 2011; Cordero ve ark., 2018).

Yukarıda verilen çalışma sonuçlarında yaş değişkeni, hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumları belirlemede önemli bir etken değildir. Hemşirelerin yaşları ile iş birliği düzeyleri arasındaki negatif ilişkinin, genç hemşirelerin yaşça büyük olan hemşirelere oranla itaatkâr olma eğiliminden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Ghoniam ve ark., 2019). Genç hemşirelerin mesleki deneyimlerinin az olduğu düşünüldüğünde bakım ve tedavilerde hata yapmayı önlemek ve hekimlerin kliniklerde tek otorite olduklarını düşündükleri için hekimlerle daha çok iş birliği yaptıkları söylenebilir. Yaşın artması aynı zamanda mesleki deneyimdeki sürenin de artması olduğundan, yaş ve mesleki deneyimi yüksek olan hemşirelerin mesleki rol ve sorumlukların bilincinin artmasıyla da hastayı tanıma, gereksinimlerinin ne olacağı konusunda daha sezgisel hislere sahip olmalarından dolayı hekimlerle daha az iş birliği yaklaşımı benimsedikleri düşünülebilir. Aynı zamanda çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olmasının sebebi kültürel, kurumsal farklılıklar ve örneklemin farklı sağlık meslek üyelerinden oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada ameliyathanede çalışan hemşirelerin JHHİBYTÖ puanlarının cerrahi klinik ve cerrahi YBÜ’de çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu görüldü. Ölçeğin genel toplam puanı üzerinden değerlendirildiğinde, ameliyathane hemşirelerinin JHHİBYTÖ puanlarının 60 üzerinden yaklaşık 50 puan olduğu ve tutumlarının olumlu olduğu ifade edilebilir. Cerrahi birimler, karmaşık, zaman baskısı ve stresli çalışma ortamları oldukları için bu birimlerde meslekler arası iş birliği yapılması önemlidir (Filizli ve Önler, 2020). Ancak, yapılan iki çalışma ameliyathane hemşireleri ile hekimler arasındaki ilişkinin çok olumlu olmadığı yönündedir (Koraş ve ark., 2015; Mostafapour ve ark., 2022) Mostafapour ve ark. (2022)’nın çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin ameliyathanelerdeki mesleki ilişki durumunu orta seviyede algıladıkları belirtilmektedir (Mostafapour ve ark., 2022). Koraş ve ark., (2015)’nın çalışmasında ameliyathanelerde hekim-hemşire ilişkisinin olumsuz etkilenmesinin nedenini cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışları olarak gösterilmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin, cerrahi hekimlerin gösterdiği negatif tepkilere çoğunlukla maruz kaldığı, bu durumun hemşireleri olumsuz etkilediği ve performanslarını düşürdüğü belirtilmektedir (Koraş ve ark., 2015).

Ameliyathanelerdeki iş birliği tutum düzeyinin hekim-hemşire etkileşim süresi ile de ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Cerrahlar, ameliyathane, cerrahi klinik ve YBÜ’lerde uzun süre zaman geçirebilmekte, aynı zamanda iletişim ve etkileşime de girmektedir (Filizli ve Önler, 2020). Ancak, hastanın ameliyathanede kaldığı süre ile cerrahi klinik ve YBÜ’lerde kaldığı yatış süresi dikkate alındığında cerrahi klinik ve YBÜ’lerde çalışan hemşirelerin hekimlerle nispeten daha çok etkileşime girdikleri dolayısıyla hekim-hemşire iş birliği tutumlarının nispeten daha iyi olmasında etkili olabilir.

Hemşirelerin JHHİBYTÖ puanlarının, hemşirelerin toplam hizmet süresi ile ilişkisi incelendiğinde, 0-60 aya kadar mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin JHHİBYTÖ puanının diğer deneyim sürelerine göre en yüksek olduğu görülürken, 181 ay ve üzeri deneyime sahip olan hemşireler en düşük puanı aldı. Ancak bu puanın diğer deneyim sürelerine kıyasla daha düşük olduğu, olumsuzluk bildirmediği ve ortalama puanın üzerinde olduğu görülmektedir. Araştırmamızın sonuçları ile benzer ve destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır; Girish (2019)’in hekim ve hemşirelerin katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, hizmet süresi kısa olan katılımcıların uzun hizmet süresi deneyimine sahip katılımcılara göre daha sık iş birliği davranışı gösterdiği görülmüştür (Girish 2019). Suzanne Sterchi (2007)’nin perioperatif ortamda hekim-hemşire iş birliğini etkileyen algıların incelendiği çalışmada, hemşirelerin hizmet süresi arttıkça iş birliğine yönelik daha az olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür (Sterchi 2007).

Hemşireler, hizmet süresinin artmasıyla birlikte hemşirelik özerkliği, karar verme ve kurum politikalarını belirlemeye katılım alanlarında daha olumlu tutum ve eylemler göstermeye çalışırken, bu alanlardaki muhalif hekim tutumları ve sık sık çatışmaların, hemşirelerin iş birliğine yönelik tutumları üzerinde uzun vadede olumsuz etkileri olabileceği belirtilmektedir (Sterchi 2007). Uzun hizmet süresine sahip hemşireler ile kısa hizmet süresine sahip hemşireler arasındaki hekim-hemşire iş birliği tutum puanları arasındaki fark bu sebepten kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak hizmet süresi arttıkça JHHİBYTÖ puanının da arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır; Cordero ve ark. (2018)’nin Suudi Devlet Hastaneleri’nde hekim-hemşire iş birliği tutumlarını değerlendirdiği çalışmada 11 yıl ve üzerinde deneyim süresine sahip hemşirelerin, 10 yıl ve daha az deneyime sahip hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek iş birliği tutumu puanına sahip olduğu

belirlenmektedir (Cordero ve ark., 2018). El Sayed ve Sleem (2011)'in hekim ve hemşirelerin iş birliğini karşılıklı kıyaslayarak inceledikleri çalışmada hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumların, deneyim süresinin artmasıyla daha olumlu hale geleceği belirtilmektedir (El Sayed ve Sleem, 2011). Hizmet süresi ile iş birliği arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Elsous ve ark., 2017; Eraslan ve Gülhan, 2020; Hossny ve Sabra, 2021). Hizmet süresinin hekim-hemşire iş birliği tutumunda göreceli bir faktör olduğu ifade edilebilir.

Bu araştırmada, hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çalıştığı kurum gibi değişkenlerin JHHİBYTÖ puanlarını etkilemediği belirlendi. Mevcut literatüre göre, cinsiyet ve eğitim gibi sosyodemografik değişkenler, hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumları belirlemede ve şekillendirmede iş deneyimi ve kültürel faktörler gibi önemli bir etken olmadığı belirtilmektedir (Sterchi 2007; Taylor 2009; Elsous ve ark., 2017; Cordero ve ark., 2018; Girish 2019; Shields ve ark., 2022).

5.6. Cerrahi Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre BMPHÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin BMPHÖ puanlarını yaş, cinsiyet ve toplam hizmet süresinin etkilediği belirlendi.

Hemşirelerin BMPHÖ puanlarının hemşirelerin yaşıyla ilişkisi incelendiğinde, hemşirelerin yaşı arttıkça BMPHÖ puanlarının da arttığı görüldü. Literatür incelendiğinde; Shin ve Jang (2023)'ın birey merkezli perioperatif hemşireliğin ve hasta güvenliğinin etkisini inceledikleri çalışmada hemşirelerin yaşı arttıkça birey merkezli perioperatif hemşirelik puanlarının arttığı belirtilmektedir (Shin ve Jang, 2023). Bu bulgu araştırmamızla benzer ve destekler niteliktedir. Shin ve Kang (2019)'ın çalışmasında hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı ile hemşirelerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir (Shin ve Kang, 2019). Bu araştırmanın sonucuna göre yaşın yapılan çalışmalarda birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımında rol oynadığı söylenebilir. Birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına yönelik çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Ancak demografik özelliklerin perioperatif bakım yeterliliğini belirlemede önemli rol oynayabildiği bilinmektedir. Cerrahi hemşirelerinin yaşları ilerledikçe cerrahiye ilişkin teknik becerilerinin dışında

bakım becerilerinin geliştiğini bunun da psikolojik düzeyde hastaya yönelik daha anlayışlı ve şefkatli yaklaşımları ifade edilebilir (Gillespie ve ark., 2013).

Bu güncel araştırmada, kadın hemşirelerin BMPHÖ puanları, erkek hemşirelere göre daha olumluydu. Yapılan iki ayrı çalışmada cinsiyet faktörünün birey merkezli perioperatif hemşirelik performansını etkilemediği belirtilmektedir (Shin ve Kang, 2019; Shin ve Jang, 2023). Muhtemelen yaptığımız araştırmanın sonuçları, ülkemizdeki cinsiyetin geleneksel bakıma dayalı bakış açısını yansıtmaktadır. Bir başka deyişle kadınların bakım verici rollerine yönelik, toplumsal cinsiyet algılarının bir sonucu olarak fark oluşturabileceği belirtilmektedir (Yılmaz Bulut ve ark., 2022).

Hemşirelerin hizmet süresine göre, 181 ay ve üzeri mesleki deneyime sahip cerrahi hemşirelerin BMPHÖ puanlarının diğer deneyim sürelerine göre biraz daha olumlu olduğu görüldü. Shin ve Jang (2023)'ın çalışmasında 10 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik performanslarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Shin ve Jang, 2023). Shin ve Kang (2019)'ın çalışmasında hemşirelerin deneyim süresi ile birey merkezli perioperatif hemşirelik performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir (Shin ve Kang, 2019). Deneyimli perioperatif hemşirelerin yetenek ve becerilerinden perioperatif bakımda yararlanmak önemlidir. Özellikle ameliyathane gibi beceri ve yetkinlik isteyen birimlerde deneyim önemli olup, hasta bakımını etkileyen potansiyel bir değişken olduğu doğrulanmıştır (Gillespie ve ark., 2013). Perioperatif hemşirelik bakımında birey merkezli bakım yalnızca bakım konusunda bilgeli, deneyim ve bilgiye sahip yetenekli bir perioperatif hemşirenin hastayı birey olarak önemsemesi durumunda gerçekleşebilir. Perioperatif hemşirenin hizmet süresinin artması sonucu bilgi ve deneyiminin artması, hastalara bütünsel bir bakış açısıyla bir birey olarak kabul etmesini, hastayı bireysel değerlerine göre anlamasını ve hastanın gereksinimlerini daha iyi gerçekleştirme olasılığını artıracaktır. Bu nedenle deneyimli hemşirelerin ameliyathane ve cerrahi birimlerde iş gücü olarak bulundurulmaları önem taşımaktadır (Arakelyan ve ark., 2017).

Bu araştırmada hemşirelerin eğitim durum, medeni durum, çalışılan hastane, çalışılan birim gibi bireysel ve mesleki özelliklerinin BMPHÖ puanlarını etkilemediği bulundu. Hemşirelerin demografik özellikleri ile birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısız oldukça sınırlıdır (Shin ve Kang, 2019; Shin

ve Jang, 2023; Uzun ve Alpar Ecevit, 2024; Ağırman 2025). Bu nedenle yapılan araştırmanın sonuçları, cerrahi klinik ve ameliyathane hemşirelerinin demografik özellikleri ile birey merkezli perioperatif hemşirelik bakım algısını göreceli olarak değerlendiren ülkemizdeki ilk çalışmalar arasındadır.

5.7. Cerrahi Hemşirelerin Hekim-Hemşire İş Birliği Tutumlarının Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımlarına Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği tutumlarının birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde olumlu yönde etkisinin olması, aynı zamanda iş birliğini, hasta memnuniyetini, hasta sonuçlarını iyileştirdiği, hastanede yatış süresini ve tıbbi maliyeti azaltma anlamına geldiği belirtilmektedir (Shin ve Kang, 2019; Baek ve ark., 2023). Bu çalışmada hekim-hemşire iş birliği tutumu ve birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı arasındaki önemli ilişki, hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerine etkisi olduğunu göstermiştir. Bu, multidisipliner ekipte çalışan hemşirelerin hekim iş birliği tutumları, hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak hastaya bütünsel ve bireysel bir yaklaşım benimseyerek kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı sağlama algısı olduğunu göstermektedir (Shin ve Kang, 2019).

Bulgular, hemşirelerin hekim-hemşire iş birliğini oluşturan tüm alt boyutlara ilişkin tutumlarıyla birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımları arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki olduğunu gösterdi. Ayrıca, genel hekim-hemşire iş birliği tutumu ile genel birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki olduğu belirlendi. Meslekler arası iyi bir iş birliği kurulması ekip üyeleri arasında etkili bir iletişimle bağlantılıdır. Etkili iş birliği kurulduğunda ekip üyeleri birbirleriyle fikirlerini ve algılarını paylaşabilirler. Bu durum ekip üyeleri arasındaki anlayış seviyesini artırır ve meslekler arası ilişkiyi güçlendirir. Ayrıca hekim ve hemşirelerin mesleki iş birliği içerisinde hasta bireyin hastalığından ziyade hasta bireye odaklanması, tedavi ve bakım sürecini iyileştirmek için hastanın sağlık durumuna odaklanmayı sağlayacaktır (Amarneh ve Al Nobani, 2022). Bu çalışmada cerrahi hemşirelerin hekim-hemşire iş birliğini, birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımının bir bileşeni olarak düşündükleri ifade edilebilir. Diğer taraftan BMPHÖ üzerinde en yüksek etkiye sahip JHHİBYTÖ alt boyutunun “ortak eğitim” olduğu görüldü. Bu bulgu, cerrahi hemşirelerin

perioperatif hemşirelikle ilgili rolleri kavrayabildiklerini ve ekip çalışmasını önemsediklerini göstermektedir.

Hojat ve ark. (2003)'nın çalışmasında, paylaşılan eğitim ve ortak deneyimlerin, sosyal olarak belirlenen kalıplaşmış rolleri değiştirebileceği ve tamamlayıcı bir mesleki rol modelinin daha iyi kabul edilmesine katkıda bulunabileceğini belirtilmektedir (Hojat ve ark., 2003).

Sonuç olarak; araştırmanın bulgularında regresyon modelinde R karesi, önemli derecede ana hedefimiz olan birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde hekim-hemşire iş birliği tutumunun etkisi olduğunu gösterdi. Özellikle birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı ile ilgili olarak hekim-hemşire iş birliğinin istatistiksel olarak anlamlı bir B değeri olduğu ve bu da kabul edilebilir bir R değeri oluşturduğu görüldü. Başka bir ifadeyle araştırma; **“cerrahi hemşirelerin, hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumlarının birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır”** sonucunu ortaya koymaktadır. Bu araştırmanın dışında doğrudan hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde etkisini gösteren başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle, araştırma bulgularımız kesitsel bir örneklemi ve hemşirelerin kendi bildirimlerine dayalı ölçümü içerdiğinden, hekim-hemşire iş birliği ile birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi genelleleyemeyiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Cerrahi hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğinin birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hemşirelerin JHHİBYTÖ puan ortalamasının dörtlü likert üzerinden $3,40 \pm 0,44$ olduğu, toplam puan olan 60 üzerinden ise $51,16 \pm 4,67$ olduğu belirlendi.
- JHHİBYTÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, “ortak eğitim” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının ($3,61 \pm 0,40$) diğer alt boyutlara göre nispeten yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülürken, “hasta bakımında hemşirelik hizmetleri” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının ($3,31 \pm 0,49$) diğer alt boyutlara göre daha düşük olduğu görüldü.
- Hemşirelerin BMPHÖ puan ortalamasının beşli likert üzerinden $4,24 \pm 0,62$ olduğu, toplam puan olan 100 üzerinden ise $85,57 \pm 9,16$ olduğu saptandı.
- BMPHÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, “rahatlık sağlama” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının ($4,44 \pm 0,55$) en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyut olduğu görülürken, “hemşirelik uzmanlığı” alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının ($3,70 \pm 0,94$) diğer alt boyutlara göre daha düşük olduğu görüldü.
- Hemşirelerin JHHİBYTÖ puanlarının yaş, çalışılan birim ve hemşirelikte toplam hizmet süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) görülürken; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalıştıkları hastane durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0,05$) saptandı.
- Hemşirelerin BMPHÖ puanlarının yaş, cinsiyet, hemşirelikte toplam hizmet süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) görülürken; eğitim durumu, medeni durum, çalıştıkları hastane ve çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0,05$) saptandı.

- JHHİBYTÖ ile BMPHÖ toplam puan ortalamaları arasında, pozitif ve orta düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulundu ($r=0,359$; $p<0,01$).
- JHHİBYTÖ alt boyutlarından olan, hekim ve hemşire iş birliği ($r=0,142$), ortak eğitim ($r=0,306$), hasta bakımında hemşirelik hizmetleri ($p=0,302$), hesap verme ve hemşirenin sorumluluğu ($r=0,303$) ile genel BMPHÖ puanı arasında pozitif ilişki görüldü.
- Hemşireler tarafından algılanan hekim-hemşire iş birliğinin, birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görüldü.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçlarına göre bazı öneriler aşağıda sunulmuştur;

- Lisans düzeyinden itibaren sağlık ekibi üyelerini yetiştirecek eğitim programlarında hekim-hemşire iş birliği için temel becerileri sağlayacak ekip çalışması, etkili iletişim ve iş birliği gibi eğitimlerin müfredat programlarına dâhil edilmesi,
- Sağlık hizmeti veren kurumlarda hekim-hemşire iş birliğine yönelik hizmet içi eğitimlerin belirli aralıklarla düzenlenerek, multidisipliner ekip üyelerinin katılımının sağlanması,
- Birey merkezli perioperatif hemşirelik performansının iyileştirilmesinde ekip iş birliğini destekleyici çalışma ortamını sağlamaya yönelik yönetsel destek verilmesi,
- Beş yıldan daha fazla hizmet yılı olan hemşirelerde hekim-hemşire iş birliği tutumlarının iyileştirilmesine yönelik farkındalık eğitimi verilmesi,
- Genç ve hizmet yılı düşük olan cerrahi hemşirelerine birey merkezli perioperatif hemşirelik performansını iyileştirme eğitimlerinin düzenlenmesi,
- Hastane yöneticileri tarafından hekim ve hemşirelerde iş birlikçi yaklaşımı etkileyen faktörlerin belirlenerek, olumlu çalışma ortamlarının oluşturulması,

- Hekim-hemşire iş birliği çalışmaları ve birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde etkisini içeren çok merkezli, cerrahi hekim ve hemşirenin katılımcı olduğu daha büyük bir örneklem grubu ile çalışmalar yapılması,
- Birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı üzerinde aynı meslek üyeleri arasındaki iş birliğinin etkisini gösteren çalışmalar yapılması,
- Cerrahi hemşirelerin etkin perioperatif bakım verebilmeleri, kişisel gelişim ve mesleklerine yönelik farkındalık kazanmaları ve perioperatif hemşirelik kalite iyileştirme faaliyetlerine katılımlarını teşvik etmek için eğitimler düzenlenmesi,
- Hastane yöneticilerinin kurum içi iş birliğini artırmaya yönelik kurum politikaları düzenleyerek, kaliteli bakım güvencesi altında sertifikalı eğitimlerin düzenlenmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Aghamohammadi, D., Dadkhah, B., Aghamohammadi, M. (2019). 'Nurse-physician collaboration and the professional autonomy of intensive care units nurses'. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 23(4), pp.178-181.
- Ağırman, A. (2025). *Ameliyathane Hemşirelerinin Perioperatif Yeterlilikleri ile Birey Merkezli Hemşirelik Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Alexander, C.C., Tschannen, D., Hays, D., Clouse, M., Zellefrow, C., Amer, K.S. et al. (2022). 'An integrative review of the barriers and facilitators to nurse engagement in quality improvement in the clinical practice setting'. *Journal of Nursing Care Quality*, 37(1), pp.94-100.
- Amarneh, B.H., Al Nobani, F. (2022). 'The influence of physician-nurse collaboration on patient safety culture'. *Heliyon*, 8(9), pp.1-6.
- Arakelian, E., Swenne, C.L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., Von Vogelsang, A.C. (2017). 'The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective-an integrative review'. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), pp.2527-2544.
- Ataro, B.A., Geta, T., Endirias, E.E., Gadabo, C.K., Bolado, G.N. (2024). 'Patient satisfaction with preoperative nursing care and its associated factors in surgical procedures, 2023: a cross-sectional study'. *BMC Nursing*, 23(1), 235.
- Aydemir, E., Uğurluoğlu, Ö. (2023). 'Sağlık kurumlarında alturistik liderliğin hekim-hemşire iş birliği ve lider-üye etkileşimi üzerindeki etkileri'. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(4), ss.1033-1056.
- Baek, H., Han, K., Cho, H., Ju, J. (2023). 'Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: a cross-sectional study'. *BMC nursing*, 22(1), 433.
- Baiyekusi, I. (2010). *Physician-Nurse Relationship: Nurses' Perception in Internal Medicine And Surgical Units*. Thesis, Central Ostrobothnia University of Applied Sciences, Nursing Program, Finland.
- Başlı, M., Metin, T. (2022). 'Hemşirelikte önemli bir kavram: hemşirelikte uzmanlık ve ülkemizdeki mevcut durumu'. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), ss.187-196.
- Boev, C., Xia, Y. (2015). 'Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care'. *Critical Care Nurse*, 35(2), pp.66-72.
- Bollen, A., Harrison, R., Aslani, P., van Haastregt, J.C.M. (2018). 'Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review'. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), pp.e189-e212.
- Bolster, D., Manias, E. (2010). 'Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study'. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), pp.154-165.
- Bowles, D., McIntosh, G., Hemrajani, R., Yen, M.S., Phillips, A., Schwartz, N. et al. (2016). 'Nurse-physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors'. *Journal of Interprofessional Care*, 30(5), pp.655-660.
- Boz, İ., Akgün, M. (2019). 'İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı'. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 16(2), ss.170-175.
- Busari, J.O., Moll, F.M., Duits, A.J. (2017). 'Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment'. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, pp.227-234.

- Canan Dönmez, Y. (2006). *Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası'nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Canan Dönmez, Y., Özbayır, T. (2008). 'Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası'nın Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi'. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(2), ss.1-25.
- Cerit, B., Coşkun, S. (2018). 'Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları'. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(2), ss.103-109.
- Chang, H., Gil, C., Kim, H., Bea, H. (2020). 'Person-centered care, job stress, and quality of life among long-term care nursing staff'. *The Journal of Nursing Research*, 28(5), e114.
- Cordero, M.A.W., Alghamdi, R., Almojel, S., Alhifty, E., Khired, Z., Rashid, N.A. et al. (2018). 'Physicians and nurses attitude towards physician-nurse collaboration in Saudi Government Hospitals'. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*. 4(8), pp.871-878.
- Çakıcı, N. (2020). 'Hekim Hemşire İşbirliği ve İş Doyumu Arasındaki İlişki'. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 9(2), ss.175-180.
- Çelik Durmuş, S., Yıldırım, A. (2018). 'Hemşireler arası işbirliği'. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(3), ss.210-216.
- Çelik, S., Taşdemir, N. (2018). *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 1. Baskı. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Çolak Coşkun, R., Uğur, E. (2018). 'Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının iş yaşam kalitesine etkisi'. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), ss.142-149.
- Dahlawi, H.H., Al Obaidellah, M.M., Rashid, N.A., Alotaibi, A.A., Al-Mussaied, E.M., Cheung, M.M.M. et al. (2023). 'Defining physician-nurse efforts toward collaboration as perceived by medical students'. *Healthcare (Basel)*, 11(1919), pp.1-13.
- Demir, A.E., Yücedağ, İ. (2022). 'Hekim-hemşire ilişkisinin bourdieucu incelemesi'. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(3), ss.150-163.
- Demirsoy, N., Kirimlioglu, N. (2016). 'Protection of privacy and confidentiality as a patient right: physicians' and nurses' viewpoints'. *Biomedical Research*, 27(4), pp.1437-1448.
- Dinç, L. (2010). 'Bakım kavramı ve ahlaki boyutu'. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), ss.74-82.
- Durmaz Edeer, A., Sarıkaya, A., Baksı, A. (2018). 'Ameliyat öncesi dönem hasta hazırlığında hemşirelik yönetimi'. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 10(4), ss.330-343.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E. et al. (2011). 'Person-centered care--ready for prime time'. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), pp.248-251.
- El Sayed, K. A., Sleem, W.F. (2011). 'Nurse-physician collaboration: a comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital'. *Life Science Journal*, 8(2), pp.140-146.
- Elsous, A., Radwan, M., Mohsen, S. (2017). 'Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: A survey from Gaza Strip, Palestine'. *Nursing Research and Practice*, pp.1-7.
- Endris, Y., W/Selassie, M., Edmealem, A., Ademe, S., Yimam, W., Zenebe, Y. (2022). 'Nurse-physician inter-professional collaboration and associated factors at public hospitals in Dessie city, Amhara, Northeastern Ethiopia, 2021'. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 1697-1708.

- Eraslan, P. (2018). *Hekim ve Hemşirelerin İşbirliği: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Eraslan, P., Gülhan, Y.B. (2020). 'Hekimler ve hemşirelerde iş birliğine yönelik tutumun değerlendirilmesi: kesitsel bir araştırma'. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(3), ss.393-401.
- Esenkaya, D., Aydın Akbuğa, G. (2022). 'Impact of cooperation established between physicians and nurses working at surgical clinics on the tendency of nurses to make medical errors'. *Life and Medical Sciences*, 1(4), pp.147-152.
- Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N. (2017). 'Ameliyat sırasında kaliteli hemşirelik bakımına ulaşmak için hemşirenin rolü'. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), ss.126-138.
- Filizli, G., Önler, E. (2020). 'Nurse-physician collaboration in surgical units: A questionnaire study'. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 21.
- Galletta, M., Portoghese, I., Carta, M.G., D'Aloja, E., Campagna, M. (2016). 'The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses'. *Research in Nursing & Health*, 39(5), pp.375-385.
- Garber, J.S., Madigan, E.A., Click, E.R., Fitzpatrick, J.J. (2009). 'Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents'. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), pp.331-340.
- Ghonaim, H.M., Mahran, S.M., El Seesy, N.A.E.A. (2019). 'The relationship between the attitudes toward nurse-physician collaboration and safety culture'. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 6(1), pp.553-567.
- Gillespie, B.M., Hamlin, L., Polit, D.F., Chaboyer, W. (2013). 'The influence of personal characteristics on perioperative nurses' perceived competence: implications for workforce planning'. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 30(3), pp.14-25.
- Girish, D. (2019). 'Collaboration between nurses and physicians'. *International Journal of Advances in Nursing Management*, 7(1), pp.63-68.
- Goktas, S., Gezginci, E., Oymaagaclio, K. (2022). 'Adaptation of the person-centered perioperative nursing scale to Turkish: A validity and reliability analysis'. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(5), pp.712-716.
- Güvenir Özpekin, Ö., Erdim, A. (2016). 'Ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerinin intraoperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi'. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 8(4), ss.277-287.
- Hakami, A., Hamdi, O. (2013). *Influence of Communication Between Nurses and Physicians on Patient Outcome in Hospital Settings: A Literature Review*, Project Thesis, Sophiahemmet University, Stockholm.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I.K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J. et al. (2018). 'Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care'. *Patient Education and Counseling*, 102(1), pp.3-11.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Nascia, T.J., Fields, S.K., Cicchetti, A., LoScalzo, A. et al. (2003). 'Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships'. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), pp.427-435.
- Hojat, M., Herman, M.W. (1985). 'Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings'. *Psychological Reports*, 56(2), pp.571-579.
- Hossny, E.K., Sabra, H.E. (2021). 'The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration'. *Nursing Open*, 8(3), pp.1406-1416.

- Johnson, K., Razo, S., Smith, J., Cain, A., Detaranto, B. (2021). 'A person centered nursing care intervention on a medical surgical unit'. *Geriatric Nursing*, 42(5), pp.1125-1128.
- Kahraman, H., Maraş, G., Yüceler Kaçmaz, H. (2024). 'Hemşirelik öğrencilerinin birey merkezli perioperatif bakım tutum ve davranışları: kesitsel bir çalışma'. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), ss.26-38.
- Kämmer, J.E., Ehrhard, S., Kunina-Habenicht, O., Weber-Schuh, S., Hautz, S. C., Birrenbach, T. et al. (2023). 'What factors affect team members' evaluation of collaboration in medical teams?'. *Frontiers in Psychology*, 13, 1031902.
- Kang, X.L., Brom, H.M., Lasater, K.B., McHugh, M.D. (2020). 'The association of nurse-physician teamwork and mortality in surgical patients'. *Western Journal of Nursing Research*, 42(4), pp.245-253.
- Karaca, A., Durna, Z. (2018). 'Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler'. *Sağlık ve Toplum*, 28(2), ss.16-23.
- Karaveli Çakır, S., Ertemür, E. (2023). 'Cerrahi Hemşirelerinin Hasta Mahremiyetini Koruma ve Sürdürme Durumlarının Belirlenmesi'. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), ss.1172-1181.
- Kızılcık Özkan, Z., Dığın, F., Dinlegör Sekmen, I. (2023). 'Hastalarda perioperatif hemşirelik bakımı kalitesi ve etkileyen faktörler'. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), ss.26-32.
- Koech, R.C. (2020). *Factors Influencing Inter-Professional Collaboration Among Healthcare Workers in Primary Health Care Facilities*. Thesis, Kenya Methodist University, Health System Management, Kenya.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Washington (DC): National Academies Press (US).
- Koraş, K., Öcalan, D., Solak, O. (2015). 'Cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki etkileri'. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), ss.502-515.
- Lafçı, D., Pehlivan, S., Demiray, G. (2016). 'Cerrahi kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri'. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), ss.55-64.
- Mahboubé, L., Talebi, E., Porouhan, P., Orak, R.J., Farahani, M.A. (2019). 'Comparing the attitude of doctors and nurses toward factor of collaborative relationships'. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), pp.3263-3267.
- Mahmoud, Z., Aboserea, M.M., El-sayed, K.A., Mohamed, W.M. (2018). 'Nurse-physician collaboration and its relation with patient safety'. *Zagazig Nursing Journal*, 14(2), pp.122-132.
- Migotto, S., Garlatti Costa, G., Ambrosi, E., Pittino, D., Bortoluzzi, G., Palese, A. (2019). 'Gender issues in physician-nurse collaboration in healthcare teams: findings from a cross-sectional study'. *Journal of Nursing Management*, 27(8), pp.1773-1783.
- Morgan, S., Yoder, L.H. (2012). 'A concept analysis of person-centered care'. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), pp.6-15.
- Mostafapour, Z., Torabizadeh, C., Moayedi, S.A., Nick, N. (2022). 'Operating room nurses' perception of professional relationships'. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26(4), 100231.
- Olsson, L.E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., Ekman, I. (2013). 'Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review'. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), pp.456-465.

- Ortakaş, M. (2022). *Hemşirelerde Psikososyal Bakım Yeterliliği ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Karabük.
- Ovayolu, N., Bahar, A. (2006). 'Hemşirelik ve kalite'. *Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), ss.104-110.
- Özdamar, K. (2001). *SPSS ile Bioistatistik*. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özkaraca, R. (2009). *Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özlük, B. Sur, H. (2017). 'Türkiye'de hemşireliğin profesyonelleşmesi kapsamında değerlendirilmesi ve Avrupa Birliği'ne uyum süreci: niteliksel bir çalışma'. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(4), ss.98-106.
- Öztürk, H., K. Özçelik, S., Bahçecik, N. (2014). 'Hemşirelerin hasta mahremiyetine özen gösterme durumu'. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), ss.19-31.
- Pakpour, V., Ghafourifard, M., Salimi, S. (2019). 'Iranian nurses' attitudes toward nurse-physician collaboration and its relationship with job satisfaction'. *Journal of Caring Sciences*, 8(2), pp.111-116.
- Pape, B., Thiessen, P.S., Jakobsen, F., Hansen, T.B. (2013). 'Interprofessional collaboration may pay off: introducing a collaborative approach in an orthopaedic ward'. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), pp.496-500.
- Pulkkinen, M. (2021). *A New Practice Model To Organize Perioperative Nursing Care*. Doctoral Dissertation, University Of Turku, Department of Nursing Science, Finland.
- Pullon, S. (2008). 'Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships'. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), pp.133-147.
- Rothrock, J.C., Smith, D.A. (2000). 'Selecting the perioperative patient focused model'. *AORN Journal*, 71(5), pp.1030-1037.
- Salazar Maya, Á.M. (2022). 'Nursing care during the perioperative within the surgical context'. *Invest. Educ. Enferm.*, 40(2), e02.
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., Leduc, N. (2008). 'Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients'. *Cancer Nursing*, 31(2), pp.E18-E27.
- Shields, H.M., Pelletier, S.R., Zambrotta, M.E. (2022). 'Agreement of nurses' and physicians' attitudes on collaboration during the COVID-19 pandemic using the Jefferson Scale of attitudes toward physician-nurse collaboration'. *Advances in Medical Education and Practice*, 13, pp.905-912.
- Shin, J.Y., Jang, E.H. (2023). 'Influence of person-centered perioperative nursing and patient safety competency on patient safety management activities among operating room nurses: a descriptive survey study'. *Korean Journal of Adult Nursing*, 35(2), pp.97-106.
- Shin, S., Kang, J. (2019). 'Development and validation of a person-centered perioperative nursing scale'. *Asian Nursing Research*, 13(3), pp.221-227.
- Sillero Sillero, A., Buil, N. (2021). 'Enhancing interprofessional collaboration in perioperative setting from the qualitative perspectives of physicians and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10775.
- Sterchi L.S. (2007). 'Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting'. *AORN Journal*, 86(1), pp.45-57.

Tang, W.M., Wong, T.Y., Chai, C. (2017). 'Registered nurses' attitude towards physician-nurse collaboration in a Malaysian private hospital'. *International E-Journal of Science, Medicine & Education*, 11(1), pp.12-20.

Tanrikulu, F., Erol, F., Ziyai, N.Y., Gündoğdu, H., Karabulut, B., Dikmen, Y. (2020). 'Hemşirelerin hasta mahremiyetini gözetme durumlarının incelenmesi'. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 1(1), ss.22-29.

Taylor C. L. (2009). 'Attitudes toward physician-nurse collaboration in anesthesia'. *AANA Journal*, 77(5), pp.343-348.

The Health Foundation (2016). <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf> Erişim tarihi: 01 Kasım 2024.

Toru, F. (2020). 'Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım'. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), ss.46-59.

Trout, K.K., McCool, W.F., Homko, C.J. (2019). 'Person-centered primary care and type 2 diabetes: beyond blood glucose control'. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(3), pp.312-323.

Turali, Y. (2021). *Bir Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kalite Yönetimi Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ural A, Kılıç I. (2013). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS İle Veri Analizi*. 4. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.

Uzun, E., Ecevit Alpar, Ş. (2024). 'Ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılıkları ve birey merkezli perioperatif bakım arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi'. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), ss.161-169.

Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Mihelic, A., Scott, C. et al. (2014). 'New toolkit to measure quality of person-centered care: development and pilot evaluation with nursing home communities'. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), pp.671-680.

Wang, Y., Liu, Y.F., Li, H., Li, T. (2015). 'Attitudes toward physician-nurse collaboration in pediatric workers and undergraduate medical/nursing students'. *Behavioural Neurology*, 2015, 846498.

Wang, Y., Wan, Q., Guo, J., Jin, X., Zhou, W., Feng, X. et al. (2018). 'The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse-physician collaboration in China.' *Applied Nursing Research*, 41, pp.73-79.

Yağız, M.E. (2019). *Hemşireler ile Hekimler Arasında İş Birliği ve Bu İş Birliği Düzeyinin Hekimlerin ve Hemşirelerin İş Doyumları Düzeyine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz Bulut, T., Aydın, M., Aydın Avcı, İ. (2022). 'Yoğun bakım hemşirelerinin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi'. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), pp.217-228.

Yılmaz Esenboğa, N. (2022). *Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (PCPON): Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz Esenboğa, N., Yurt, S. (2023). 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması'. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(1), ss.21-33.

Yılmaz, G., Kıran, Ş., Bulut, H.K. (2023). 'The mediating role of nurse-physician collaboration in the effect of organizational commitment on turnover intention'. *Journal of Interprofessional Care*, 37(1), pp.66-72.

Yiğit Avcı, Ş., Yılmaz, D. (2022). 'Examining the level of collaboration among nurses working in intensive care units'. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 5(2), pp.84-93.

Yildirim, A. Akıncı, F., Ates, M., Ross, M., Issever, H., Isci, E. et. al. (2006). 'Turkish version of the Jefferson Scale of attitudes toward physician-nurse collaboration: a preliminary study'. *Contemporary Nurse*, 23, pp.38-45.

Yildirim, A., Ates, M., Akıncı, F., Ross, T., Selimen, D., Issever, H., et al. (2005). 'Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul' s public'. *International Journal of Nursing Studies*. 42(4), pp.429-437.

Zakerimoghdam, M., Ghiyasvandian, S., Leili, A.K. (2015). 'Nurse-physician collaboration: the attitudes of baccalaureate nursing students at tehran university of medical sciences'. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(4), e23247.

Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009). 'Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes'. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD000072.

<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 01 Kasım 2024

<https://www.aacnnursing.org/5b-tool-kit/themes/person-centered-care> Erişim tarihi: 5 Aralık 2024

8. EKLER

EK.1. Hemşire Tanıtım Formu

Sayın hemşire; bu anket formu size ait bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Cerrahi kliniklerde hekimlerle iş birliği algınızla, birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımınız hakkında bilgi edinmemizi sağlayacaktır. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Katkılarınız için ve değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür eder saygılar sunarız.

Ahmet AKARSU

Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK

Y.Lisans Öğrencisi

Proje Yürütücüsü Danışman

BİREYSEL ÖZELLİKLER

1- Yaşınız (____)

2- Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek

3- Eğitim durumunuz? a) Sağlık Meslek Lisesi b) Ön Lisans c) Lisans d) Lisansüstü

4- Medeni Durumunuz? a) Evli b) Bekar

5- Çalıştığınız Hastane? _____

6- Çalıştığınız Birim? _____

7- Hemşirelikte toplam hizmet yılınız _____ yıl _____ ay

EK.2. Jefferson Hekim-Hemşire İş Birliğine Yönelik Tutum Ölçeği (JHHİBYTÖ)

Bu bölümde, siz hemşirelerin hasta başı hizmet verirken doktorlarla iş birliği eğiliminizi ölçmeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Birlikte çalışılan iş ilişkisi çerçevesinde, yaşadığınız deneyimleri ve çalışmanızı düşünerek sizin için en uygun ifadeleri belirtiniz. İfadeleri 4'lü ölçeğe göre işaretlemeniz ve her ifade için uygun gördüğünüz kutucuğu yuvarlak içine alınız.

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

EK.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (BMPHÖ)

	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Ara sıra (3)	Sıklıkla (4)	Her zaman (5)
1. Hasta duygularını ifade ettiğinde empati kurarım.					
2. Hastayı aktif olarak dinlerim.					
3. Konuşamayan hastalarla sözsüz iletişim kurmaya çalışırım.					
4. Sözlerimle ya da davranışlarımla hastanın kaygısını azaltmaya çalışırım.					
5. Hastanın anlayabileceği kelimeler kullanırım.					
6. Hastanın ihtiyaçlarını (örneğin, solunum, boşaltım) sık sık kontrol ederim.					
7. Hasta için saygı ifade eden kelimeler kullanırım.					
8. Hastaya uygun bir unvanla hitap ederim.					
9. Hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım.					
10. Hastanın ihtiyacına veya sorularına hızlı yanıt veririm.					
11. Hastanın ameliyat öncesi öyküsünü incelerim.					
12. Hastanın cerrahi pozisyondan kaynaklanan rahatsızlığını belirler ve uygun girişimde bulunurum.					
13. Hastanın üşüyüp üşümediğini kontrol eder ve uygun girişimde bulunurum.					
14. Hastanın ağrı şikâyeti varsa uygun girişimde bulunurum.					
15. Ameliyattan önce hastaya işlemle ilgili açıklama yaparım.					
16. Hastaya ameliyatın gecikme nedenini açıklarım.					
17. Herhangi bir hemşirelik girişiminden önce hastaya açıklama yaparım.					
18. Düzenli olarak perioperatif hemşirelik eğitimine katılırım.					
19. Perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılırım.					
20. Hastaların tedavisinde diğer bölümlerle iş birliği yaparım.					

EK.4. Afyonkarahisar Devlet Hastanesi İzni

T.C.
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Komisyon Karar No: 2024/ 1

Konu: "Cerrahi Hemşireler Tarafından Algılanan Hekim –Hemşire İş Birliğinin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımına Etkisi"konulu araştırma izin talebinin değerlendirilerek karara bağlanması.

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda görev yapan Öğretim Üyesi Doç.Dr.Pakize ÖZYÜREK'in (Sorumlu Araştırmacı) danışmanlığında yürütülmesi planlanan ve yine aynı bölümde Yüksek lisans Öğrencisi olan Ahmet AKARSU'nun (Yardımcı Araştırmacı) tez çalışması için, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Cerrahi Birimlerinde (Beyin Cerrahi Servisi, Çocuk Cerrahi Servisi, Genel Cerrahi Servisi, Göğüs Cerrahi Servisi, Üroloji Servisi,Göz Hastalıkları Servisi, Kalp-Damar Cerrahi Servisi, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Servisi, Ortopedi ve Travmatoloji Servisi,Plastik Cerrahi Servisi, Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane) çalışan hemşirelere yönelik yapmak istedikleri konusu yukarıda belirtilen araştırma talebi; "Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmiştir.Sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere; kişilerin mağduriyetini içeren bilgilerin korunması, çalışma yapılacak sağlık tesislerinin işleyiş ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, sorumlu hekimlerin ve katılımcıların onayı çerçevesinde, kişisel bilgilerinin kullanılmaması şartıyla başvuruda belirttiği süre (Komisyon Tarihi -15.12.2024) içerisinde bitirilmesi uygun görülmüştür.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Görev Ünvanı	Personel Adı ve Soyadı	Ünvanı	İmza
Başkan	Op.Dr.Ahmet Murat KOYUNCU	K.H.H.Başkan	
Üye	Ramazan Arkin ÇERİKAN	K.H.H.Bşk.Yrd	
Üye	Fatih ÇELİKKANAT	Uzman	

OLUR

EK.5. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.01.2024-E.224904



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : E-70847213-929-224904
Konu : Araştırma İşleri

19.01.2024

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 12.01.2024 tarihli ve 20340772-605-E.222470 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Fakültemiz Öğretim Üyesi Doç.Dr. Pakize ÖZYÜREK danışmanlığını yaptığı Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi olan Ahmet AKARSU'nun "*Cerrahi Hemşireler tarafından Algılanan Hekim Hemşire İş birliğinin Birey merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımına Etkisi*" başlıklı tez çalışmasını hastanemiz çalışan cerrahi hemşireleri ile yürütülmesi Başhemşireliğimizce ve Başhekimliğimizce uygun görülmüş olup, çalışmalarınıza Etik Kurul Onayı alındıktan sonra başlanması hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Murat ÇİLEKAR
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:Araştırma İzni (ahmet AKARSU)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSD599SYRE Pin Kodu : 82192

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/afsu-ehys>

EK.6. Etik Kurul İzni

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	11.08.2023	Toplantı Numarası	2023/8	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu 2011-KAEK-2
-----------------	------------	-------------------	--------	----------------	-------	--------------------------------

325- Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Cerrahi Hemşireler Tarafından Algılanan Hekim-Hemşire İş Birliğinin Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Bakımına Etkisi" konulu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan kılavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verildi.

ASLİGİBİDİR
11.08.2023
Prof. Dr. ~~Dağıstan~~ Tolga ARIÖZ.

EK.7. Jefferson Hekim-Hemşire İş birliğine Yönelik Tutum Ölçeği Kullanım İzni



EK.8. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Kullanım İzni



EK.9. İntihal Raporu

Ahmet AKARSU

CERRAHİ HEMŞİRELER TARAFINDAN ALGILANAN HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF H...
HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMINA ...

CERRAHİ HEMŞİRELER TARAFINDAN ALGILANAN HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMINA ...
Pakize
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Belge Ayrıntıları

Gönderi Kimliği
trn:oid::1:3239960876

Gönderi Tarihi
5 May 2025 14:48 GMT+3

İndirme Tarihi
5 May 2025 14:51 GMT+3

Dosya Adı
TEZ_SON_GÖNDERDİĞİM_AHMET_AKARSU_29.04.2_.docx

Dosya Boyutu
1.5 MB

82 Sayfa
19.094 Sözcük
136.518 Karakter



Sayfa 1 of 85 - Kapak Sayfası

Gönderi Kimliği trn:oid::1:3239960876



Sayfa 2 of 85 - Bütünlük Genel Bakış

Gönderi Kimliği trn:oid::1:3239960876

9% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Rapordan Filtrelenen

- Bibliyografya
- Alıntılanan Metin

Ön Sıradaki Kaynaklar

- 8% İnternet kaynakları
- 5% Yayınlar
- 4% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 0 Bütünlük Bayrağı

Herhangi bir şüpheli metin manipülasyonu belirlenmedi.

Sistemimizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayırabilecek her türlü tutarsızlığı derinlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark edersek incelemeniz için bayrak ekleriz.

Bir Bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.

ÖZGEÇMİŞ

