

Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Ekibi Hizmeti Anlayışları ve Yaşanan Sorunlar (*)

Nurse's Perceptions and Problems About the Health Care Team at the One Government Hospital

Esma UYGUR**, Nurten KAYA***, Hatice KAYA***, Nuray KARAMAN****

İletişim / Correspondence: Hatice Kaya Adres / Address: İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Abide-i Hürriyet Caddesi 34360 Şişli / İSTANBUL Tel: 0.212 440 00 00/27025 Faks: 0.212 224 49 90 e-mail: haticeka@istanbul.edu.tr

ÖZ

Amaç: Araştırma bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ekip anlayışlarını ve yaşadıkları sorunları belirlemek amacı ile tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesinde çalışan 353 hemşire, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 250 hemşire oluşturmuştur. Veriler, hemşirelere yönelik "Hemşire Tanıtım Formu", ekip anlayışı ve sorunlarını belirlemeye yönelik 14 soruluk anketten yararlanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin % 85.6'sı sağlık hizmetlerinin verilmesinden birinci derecede sorumlu sağlık ekibi üyesinin hekim olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin tümü, rollerini uygularken diğer sağlık ekibi üyeleri ve meslektaşları ile işbirliği içinde çalışmalarını gerektiğini, öte yandan % 68.0'i diğer sağlık ekibi üyeleri ile, % 54.4'ü meslektaşları ile bu konuda sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Diğer sağlık ekibi üyeleri ile sorun yaşadığını ifade eden hemşirelerin (N=170) bu konudaki sorunları incelendiğinde; birinci sırayı hekimler ile yaşadıkları sorunların oluşturduğu (n=58, %23.2), bunu sırası ile görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması (n=51, % 20.4), sağlık ekibi üyeleri arasındaki bilgi çatışması (n=44, % 17.6), yeterince söz sahibi olamamak (n=15, % 6.0), hasta sirkülasyonunun fazla olması (n=12, % 4.8), hemşireliğin yardımcı sağlık personeli olarak görülmesi (n=11, % 4.4) gibi konulardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Meslektaşları ile sorun yaşayan hemşirelerin (N=136) sorunlarının; meslektaşlarının kişilik özelliklerine (n=70, % 30), hasta sirkülasyonunun fazla olmasına (n=15, % 6.0), kadın mesleği ve kadın kadına iletişime (n=16, % 6.4), görev paylaşımına (n=14, % 5.6), hasta teslimlerinde eksik bilgi verilmesine (n=10, % 4.0), eğitim almak ve kendini geliştirmek istememelerine (n=7, % 2.8) bağlı sorunlar olduğu saptanmıştır. Hemşirelere sağlık ekibi içindeki rolleri sorulduğunda; % 96.0'sı bakım vermek, % 95.6'sı eğitim yapmak, % 88.4'ü hemşireliğin meslekleşmesini ve gelişmesini sağlamak, % 86.8'i hekim istemlerini uygulamak, % 82.0'si araştırma yapmak, % 80.8'i hemşirelik eğitimini ve hizmetlerini yönetmek, % 69.2'si sağlık ekibi üyeleri arasında koordinatörlük yapmak, % 65.2'si sağlık ekibi üyeleri ve hizmeti alan birey/aile/toplum arasında koordinatörlük yapmak, % 53.2'si hizmeti alan birey/aile/toplumun sağlık haklarını savunmak olduğunu ifade etmiştir.

Sonuçlar: Bu çalışmada hemşirelerin tümü sağlık bakımı hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde ekip çalışmasının gerekli olduğunu belirtmiş, fakat hemşireler sağlık bakımı sisteminde rollerini yerine getirirken diğer sağlık ekibi üyeleri, meslektaşları ve sağlık bakımı sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını ifade etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık ekibi hizmeti, interdisipliner ekip, hemşirelik rolleri.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this descriptive study was to determine nurse's perceptions and problems about the health care team at the one government hospital.

Method: The universe of the study consisted of 353 nurses who working in one state hospital and the sample of the study were 250 nurses who were accept to participation of study.

Data were collected by using "Nursing Information Form" which had been developed by researchers, included information

*4. Uluslararası - 11. Ulusal Hemşirelik Kongresinde poster olarak sunulmuştur. (Ankara, 5-8 Eylül 2007).

**Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Hemşiresi

***Yard. Doc. Dr. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

****Araş. Gör. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

about demographic characteristics and nursing perceptions and problems about the health care team.

Results: 85.6% nurses stated that the physician was the first health care team member which responsible from health. All of the nurses represented that collaboration among health care professionals was essential, but 68% of the nurses stated that they experienced problem with other health care professionals, 54.4% of the nurses experienced problem with their colleagues. Nurses stated problems about physician, duty, authority and responsibility, collision of knowledge, workload, individuality difference, communication from woman to woman, disagreement in work-plan, incomplete knowledge about patients, and reluctance about professional development. It was determined that 96% of the nurses represented their primary roles as "care giving", 95.6% of the nurses "patient education", 88.4% of the nurses "work for the professional nursing", 86.8% of the nurses "perform the physician's directive", 82% of the nurses "perform research to improve nursing care", 80.8% of the nurses "management of nursing practice and education", 69.2% of the nurses "perform of the coordination among health care professionals", 65.2% of the nurses "perform of the coordination among health care professionals and patients/family/community" 53.2% of the nurses "act as a advocate of patients/family/ community"

Conclusions: In this study all of the nurses stated that collaboration among health care professionals was essential, but nurses told that they experienced problem with other health care professionals, their colleagues, and health care system during nursing practice.

Key Words: Health care team, interdisciplinary team, nursing roles,

GİRİŞ

Ekip ortak bir amaç doğrultusunda uzmanlıklarını birbirleriyle paylaşmak üzere bir araya gelmiş olan, her biri farklı bilgi ve beceriye sahip üyelerin oluşturduğu grup olarak tanımlanmaktadır. Ekip çalışması, pek çok disiplin ve meslek için çağdaş hizmet sunumu anlayışının ayrılmaz bir parçasıdır. Bilimler derinleştikçe bölümlere ve dallara ayrılmış, uzmanlaşma başlamıştır. Bu bölünme sonucu, bütünün gözden kaçma olasılığı söz konusu olmuştur. Gereksinimi olan bireyler, çok yönlü ve derin bir inceleme içinde birçok kurum ve mesleğin ilgilendiği olgular haline dönüşmüştür. Sonuçta hemen her meslek, çalışmalarını sırasında kendi bölümleri arasında bir bilgi alışverişine yönelmenin ötesinde çoğu zaman diğer mesleklerle de görüşme, dayanışma, bilgi alışverişi ve birlikte hareket etme zorunda kalmıştır. Günümüzde bu işbirliği anlayışı "takım çalışması (team work)", "multidisipliner çalışma", "interdisipliner çalışma", "ekip çalışması" olarak ifade edilmektedir (Garman, Leach ve Spector 2006; Hynes, Kissoon, Hamielec, Grene ve Simone 2006; Özdemir 1999; Özdemir ve ark 2002; Rodehorst, Wilhelm ve Jensen 2005; Saydam 1994; Sicotte, D'Amour ve Moreault 2002; Yıldırım, Aktaş ve Akdaş 2006).

Sağlık Bakımı Sistemi; sağlık bakımı, bakım ve tı-

bi tedavi, rehabilitasyon ve tüm destek hizmetlerinin tümünün topluma sunulması anlamında kullanılan bir terimdir. Günümüzde toplumların politik, sosyal, ekonomik, çevresel, kültürel etmenlere bağımlı olarak değişebilir sağlık sorunları, genelde karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşanın çözümü için; sağlığı ilgilendiren her bir disiplinin kendi alanına özgü bilgi ve becerisi ile planlı, işbirlikçi örgütlü bir sektörlerarası katılımı sağlanmalıdır. Böylece birey ve toplumun sağlıklı, üretken ve anlamlı bir yaşam biçimine kavuşması gerçekleştirilir (Dellasega, Milone-Nuzzocurci, Ballard ve Kirch 2007; Ehnfors ve Grobe 2004; Sabuncu, Babadağ, Taşocak ve Atabek 1991; Saydam 1994; Sicotte ve ark 2002).

Sağlıklı/hasta bireyi tüm boyutları ile bir bütün olarak ele alan tek sağlık disiplini olarak nitelenen hemşirelik; insanın fertilizasyon sonrası doğumdan ölüme kadar süren yaşamın herhangi bir evresinde, esenlik/sağlık-hastalık dizgesi üzerinde ve herhangi bir noktada devreye girerek; birey, aile ve toplumun; esenliğini sağlamayı, sağlığını korumayı, hastalığı önlemeyi, rahatsızlık/hastalık durumunda iyileştirmeyi, başa çıkma yollarını öğretme/kolaylaştırmayı hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmak için hemşire, çeşitli geleneksel ve çağdaş rolleri ile bakım verirken bilgi, beceri ve eleştirel düşünme ye-

teneğini kullanmaktadır (Kaya 2002; Potter ve Perry 2005). Diğer sağlık disiplinlerinin de bireyin ve toplumun sağlık düzeyi için hedefleri; sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalık halinde bireyin iyileşmesini sağlamaktır. Ancak, bunu sağlamak için farklı disiplinler farklı rol ve yöntemler kullanırlar. O halde; sağlık ya da hastalık durumunda benzer amaçlar veya tanımlanan ortak amaçlar doğrultusunda belirli görev, sorumluluk, yetki ve farklı rollerdeki sağlık disiplini üyelerinin sistematize ve planlı işbirliği ile birey ve topluma doğrudan veya dolaylı, etkin ve nitelikli hizmet dağılımını sağlamasına "Sağlık Ekibi Hizmeti", bu hizmeti verenlere de "Sağlık Ekibi" denir (Dellasega ve ark 2007; Sabuncu ve ark 1991).

Sağlık bakımı hizmetinde, ekip çalışmasının etkin bir şekilde sağlanması ve sürdürülmesi ile sağlık bakımında kalite yükselecek, bu durumun yanı sıra maliyet ve hatalı uygulama oranı düşecektir. Son yıllarda bireylerin sağlık gereksinimlerinin karmaşık bir hale gelmesi ve kronik hastalıkların artmasına ilişkin sorunlar ancak interdisipliner sağlık ekibi çalışmaları ile çözümlenebilir (Çam, Akgün, Gümüş, Bilge ve Keskin 2005; Dellasega ve ark 2007; Ehnfors ve Grobe 2004; Garman ve ark 2006; Harris, Treanor ve Salisbury 2006; Howe 2006; Hynes ve ark 2006; Kyrkjebø, Brattebo ve Smith-Strom 2006; Nembhard ve Edmondson 2006; Rodehorst ve ark 2005). Öte yandan sağlık bakım sisteminde ekip çalışması ve sistem ile ilgili sorunların yaşandığı bilinmektedir (Çarkçı ve Oksay 2006; Dellasega ve ark 2007; Garman ve ark 2006; Hynes ve ark 2006; Özdemir 1999). Bu çalışmada sağlık ekibi üyeleri arasında önemli bir konuma sahip hemşirelerin interdisipliner ekip çalışması konusundaki anlayış ve sorunlarını belirlemek amaçlanmıştır. Böylece interdisipliner ekip çalışmasını olumsuz etkileyen etmenlere yönelik çözüm önerileri geliştirilebilecek, ayrıca bu konuda yapılacak çalışmalara temel oluşturulabilecektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü: Bu araştırma bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlık eki-

bi hizmeti anlayışlarını ve bu konuda yaşadıkları sorunları belirlemek amacı ile tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi: Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesinde çalışan 353 hemşire, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 250 hemşire oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Veriler 2007 yılında, Mart-Mayıs ayları arasında aşağıdaki formlardan yararlanılarak toplanmıştır.

Hemşire Tanıtım Formunda; cinsiyet, yaş, medeni durum gibi bireysel özelliklerin yanı sıra eğitim durumu, mesleki deneyim yılı, çalıştığı birim, görevi gibi meslek ile ilgili veriler bulunmaktadır.

Hemşirelerin "sağlık ekibi hizmeti" anlayışını ve sorunlarını belirlemeye yönelik anket formu literatürden yararlanılarak (Potter ve Perry 2005; Sabuncu ve ark 1991) araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu anket formu; hemşirelerin "sağlık hizmetlerinin verilmesinden birinci derecede sorumlu sağlık ekibi üyesinin kim olduğu", "sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında, ekip çalışması ve sağlık ekibi üyeleri arasında işbirliğinin gerekliliği", "sağlık hizmetlerinde hemşirenin rolleri", "sağlık hizmetlerinde hemşirelik rollerini uygularken, diğer sağlık ekibi üyeleri ve meslektaşları ile sorun yaşama durumu", "sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunların olup olmadığı" konularındaki anlayışlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma verilerinin toplandığı devlet hastanesinin etik komitesinden, araştırmanın yürütülmesine ilişkin yazılı izin alınmıştır. Örneklemi oluşturan hemşirelere çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi: Veri toplama formlarından elde edilen ordinal veriler aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler olarak, nominal veriler ise frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiştir

BULGULAR

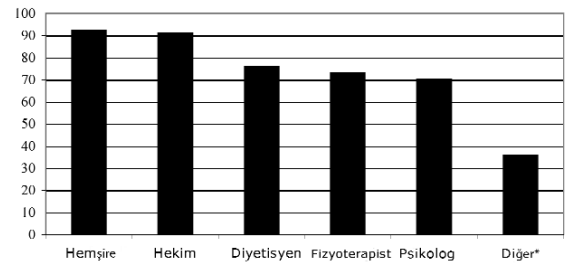
Bu bölümde hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerinin yanı sıra “sağlık ekibi hizmeti” anlayışları ve “sorunlar” konusundaki sonuçlara yer verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özellikleri (N=250)

Bireysel ve Mesleki Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	3	1.2
	Erkek	247	98.8
Yaş Grupları (Yıl)	25 ve ↑	23	9.2
	26-33	172	68.8
	34-41	30	12.0
	42 ve ↑	25	10.0
Yaş Yılı Ortalaması (X±SS)		31.71±7.54 (24-60)	
Medeni Durum	Evlü	141	56.4
	Bekâr	109	43.6
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	71	28.4
	Önlisans	93	37.2
	Lisans	78	31.2
	Lisansüstü	8	3.2
	0-5	53	21.2
Mesleki Deneyim Yılı	6-11	134	53.6
	12-17	25	10.0
	18-23	16	6.4
	24 ve	22	8.8
	Mesleki Deneyim Yılı Ortalaması		10.32±7.69 (1-40)
Çalıştığı Birim	Yoğun Bakım Birimleri	76	30.4
	Dahili Birimler	68	27.2
	Cerrahi Birimler	94	37.6
	Yönetim Birimi ve diğer (Enfeksiyon Kontrol, Eğitim vb.)	12	4.
	Görevi	Yatak Başı Hemşiresi	157
Sorumlu Hemşire		17	6.8
Diğer		76	30.4

Hemşirelerin bireysel özellikleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (n=247, % 98.8) kadın olduğu, en fazla 26-33 yaş grubunda buldukları (n=172, % 68.8) ve yaş ortalamasının 31.71 (SS=7.54, Minimum=24, Maksimum=60), yarısından biraz fazlasının (n=141, % 56.4) evli olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde, Tablo 1’de görüldüğü gibi; sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans mezunu hemşire oranının birbirine yakın olmakla birlikte, ön lisans mezunlarının çoğunluğu oluşturduğu (n=93, % 37.2) ve bunu sırası ile lisans (n=78, % 31.2) ve sağlık meslek lisesi (n=71, % 28.4) mezunlarının izlediği, lisans üstü eğitim yapan hemşire oranının (n=8, % 3.2) ise oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki hemşireler mesleki deneyim yılı yönünden incelendiğinde, 6-11 yıl grubunun (n=134, % 53.6) birinci, 0-5 yıl grubunun (n=53, % 21.2) ikinci sırayı oluşturduğu, mesleki deneyim yılı ortalamasının ise 10.32 (SS=7.69, Minimum=1, Maksimum=40) olduğu görülmüştür. Hemşirelerin çalıştığı birimler yoğun bakım (n=76, % 30.4), dahili (n=68, % 27.2) ve cerrahi (n=94, % 37.6) birimler olarak sınıflandırılmış ve gruplar arası dağılımın birbirine yakın olduğu görülmüştür. Hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun (n=157, % 62.8) yatak başı hemşiresi olarak görev aldığı belirlenmiştir.



* Hasta bakıcı, temizlik personeli, mutfak çalışanları, güvenlik, sağlık memuru, eczacı, laborant, patoloj

Grafik 1. Hemşirelere Göre Sağlık Ekibi Üyeleri (N=250)

Çalışma kapsamındaki hemşirelere bireyin bakım ve tedavisinden doğrudan sorumlu sağlık ekibi üyelerinin kim olduğu sorulduğunda; en fazla ifade edilenden başlamak üzere sırası ile hemşire % 92.4 (n=231), hekim % 91.2 (n=228), diyetisyen % 76.0 (n=190), fizyoterapist % 73.2 (n=183), psikolog % 70.4 (n=176) oranında belirtilmiştir. Hemşirelerin % 36.0'sı (n=90) aynı soru başlığında açık uçlu olarak sorulan diğer seçeneğinde; hasta bakıcı, temizlik personeli, mutfak çalışanları, güvenlik, sağlık memuru, eczacı, laborant gibi görevlileri sağlık ekibi üyesi olarak ifade etmiştir (Grafik 1). Öte yandan hemşirelerin % 85.6'sı (n=214) hekimi, % 11.2'si (n=28) hemşireyi sağlık hizmetlerinin verilmesinden birinci derecede sorumlu sağlık ekibi üyesi olarak gördüğünü, % 3.2'si (n=8) ise duruma göre bu sağlık ekibi üyesinin değişeceğini ifade etmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Hemşirelik Rollerini Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı (N=250)*

Hemşirelik Rollerini	n	%
Bakım vermek	240	96.0
Eğitim yapmak	239	95.6
Hemşireliğin mesleklesmesini ve gelişmesini sağlamak	221	88.4
Hekim istemlerini uygulamak	217	86.8
Araştırma yapmak	205	82.0
Hemşirelik eğitimini ve hizmetlerini yönetmek	202	80.8
Ekip üyeleri arasında koordinatörlük yapmak	173	69.2
Ekip üyeleri ile ve hizmeti alan birey / aile / toplum arasında koordinatörlük yapmak	163	65.2
Hizmeti alan birey / aile / toplumun haklarını savunmak	133	53.2

* Birden fazla yanıt verilmiştir

Tablo 2'de görüldüğü gibi hemşirelerin hemşirelik rolleri konusunda görüşleri en yüksekte başlayan sıklık sırasına göre incelendiğinde; % 96.0'sı (n=240) bakım vermek, % 95.6'sı eğitim yapmak, % 88.4'ü hemşireliğin mesleklesmesini ve gelişmesini sağlamak, % 86.8'i hekim istemlerini uygulamak, % 82.0'si araştırma yapmak, % 80.8'i hemşirelik eğitimini ve hizmetlerini yönetmek, % 69.2'si sağlık ekibi üyeleri arasında koordinatörlük yapmak, % 65.2'si sağlık ekibi üyeleri ve hizmeti alan birey/aile/toplum arasında koordinatörlük yapmak, % 53.2'si hizmeti alan birey/aile/toplumun sağlık haklarını savunmak olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Diğer Sağlık Ekibi Üyeleri ile Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N=170)*.

Sorunlar	n	%
Hekimler ile yaşanan sorunlar	58	23.2
Görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması	51	20.4
Sağlık ekibi üyeleri arasındaki bilgi çatışması	44	17.6
Yeterince söz sahibi olamamak	15	6.0
Hasta sirkülasyonunun fazla olması	12	4.8
Hemşirelerin yardımcı sağlık personeli olarak görülmesi	11	4.4

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tümü (n=250, % 100) sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında, ekip çalışmasının ve dolayısı ile sağlık ekibi üyeleri arasında işbirliğinin gerekli olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan hemşirelerin % 68.0'i (n=170) sağlık hizmetlerindeki rollerini uygularken, diğer sağlık ekibi üyeleri ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Bu konudaki sorunları incelendiğinde; birinci sırayı hekimler ile yaşadıkları sorunların oluşturduğu (% 23.2, n=58) görülmüştür. Bu sorunların niteliği incelendiğinde iletişim eksikliği, zamanın-

da hekime ulaşamama, hekimlerin etik davranmaması, istemlerin kayıt edilmemesi, değişime kapalı olma gibi ifadeler saptanmıştır. Diğer sorunların ise en yüksekte başlamak üzere sıklık sırasına göre; görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması (n=51, % 20.4), sağlık ekibi üyeleri arasındaki bilgi çatışması (n=44, % 17.6), yeterince söz sahibi olamamak (n=15, % 6.0), hasta sirkülasyonunun fazla olması (n=12, % 4.8), hemşireliğin yardımcı sağlık personeli olarak görülmesi (n=11, % 4.4) gibi konulardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin Meslektaşları ile Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N=132)

Sorunlar	n	%
Kişilik özelliklerine bağlı sorunlar	70	30.0
Hasta sirkülasyonunun fazla olmasına bağlı sorunlar	15	6.0
Kadın mesleği olmasına bağlı ve kadın kadına iletişim sorunları	16	6.4
Görev paylaşımına ilişkin sorunlar	14	5.6
Görev paylaşımına ilişkin sorunlar	10	4.0
Eğitim almak ve kendini geliştirmek istememelerine bağlı sorunlar	7	2.8

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 54.4'ü (n=136) sağlık hizmetlerindeki rollerini uygularken meslektaşları ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Meslektaşları ile sorun yaşayan hemşirelerin 132'si ne tür bir sorun yaşadığını belirtmiş, açık uçlu bir soruda belirtilen sorunlar gruplandırılarak şu veriler elde edilmiştir: Sorunların meslektaşlarının kişilik özelliklerinden kaynaklandığını (bilgi, fikir çatışmaları, herkesin kendi bildiğini doğru olduğunu savunması, kimseyi dinlememe) bildiren hemşirelerin oranının % 30 (n=70) olduğu ve bu sorun türünün birinci sırayı oluşturduğu görülmüştür. Bu sorun türünü en yüksekte başlamak üzere sıklık sırasına göre, hasta sirkü-

lasyonunun fazla olmasına (n=15, % 6.0), kadın mesleği ve kadın kadına iletişime (n=16, % 6.4), görev paylaşımına (n=14, % 5.6), hasta teslimlerinde eksik bilgi verilmesine (n=10, % 4.0), eğitim almak ve kendini geliştirmek istememelerine (n=7, % 2.8) bağlı sorunların izlediği görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 5 . Hemşirelerin Sağlık Sisteminin İşleyişinden Kaynaklanan Sorunlarının Dağılımı (N=181)*

Sorunlar	n	%
Prosedür çokluğu, gereksiz işlem ve kayıtlar	66	26.4
Eleman sayısının azlığı	40	16.0
Malzeme ve ilaç eksikliği, fiziki yetersizlikler	32	12.8
Çalışma saatlerinin fazlalığı, ücret azlığı	22	8.8
Görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemesi	14	5.6
Hemşirelik hizmetlerinin başhekimliğe bağlı olması	12	4.8

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin % 72.4'ü (n=181) sağlık hizmetlerindeki rollerini uygularken sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Bu konudaki sorunlarının; prosedür çokluğu, gereksiz işlem ve kayıtlar (% 26.4, n=66), eleman sayısının azlığı (% 16.0, n=40), malzeme ve ilaç eksikliği, fiziki yetersizlikler (% 12.8, n=32), çalışma saatlerinin fazlalığı ve ücret azlığı (% 8.8, n=22), görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemesi (% 5.6, n=14), hemşirelik hizmetlerinin başhekimliğe bağlı olması (% 4.8, n=12) gibi konulardan kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 5).

TARTIŞMA

Son yıllarda sağlık bakımı hizmetinde ve sağlık gereksinimi olan bireyin sorunlarını çözümlemeye ekip çalışması büyük önem kazanmıştır. Ekip çalışmasının ana prensibi, konumsal otoritenin yumuşatılması, sorumluluğun paylaşılarak, karar verme ve uygulamada, eşdeğerli çok sesliliğin

vurgulanmasıdır. Çatışma ve anlaşmazlıktan uzak, sağlıklı bir ekip çalışması içinde her üye, mesleki rol ve işlevlerini etkin bir biçimde yerine getirebilir. Bu durum sağlık hizmetlerinde yaşamsal bir öneme sahiptir (Ehnfors ve Grobe 2004; Özdemir 1999; Özdemir ve ark 2002; Rogers 2004; Saydam 1994).

Literatürde bireyin bakımından doğrudan sorumlu sağlık ekibi üyelerinin hekim, hemşire, terapist (fizikoterapist, meşguliyet terapisti), diyetisyen, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi meslek üyelerinin olduğu belirtilmektedir. Bireye dolaylı verilen hizmetler ise hastane hizmetleri, hastane yönetimi, muhasebe, temizlik, güvenlik, teknik vb birim üyelerince verilir (Sabuncu ve ark 1991; Sicotte ve ark 2002). Öte yandan bir çok literatür hekim ve hemşireyi sağlık ekibinin temel taşları olarak tanımlamaktadır (Çarkçı ve Ok-say 2006; Dellasega ve ark 2007; Harris ve ark 2006; Oflaz 2006; Yıldırım ve ark 2006). Bu çalışmada hemşire birinci, hekim ikinci çoklukla sağlık ekibi üyesi olarak ifade edilmiş ve elde edilen sonuçlar literatür bilgisi ile paralellik göstermiştir (Grafik 1).

Sağlık hizmetinin bütünlüğü tüm diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi işbirliği bilincine sahip yönetici lider gerektirir. Yıldırım ve ark'nın (2006) ifade ettiği gibi ülkemizde yıllarca bu alanda doğal lider 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair kanununun 1. Maddesi'ne göre hekim olarak kabul edilmiştir. "Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır". Bu temel kanun gereği tanı ve tedavinin tüm sorumluluğunu hekim yıllarca tek başına yetkilerini devretmeksizin, ekip vizyonu, duyarlılık ve sorumluluğu paylaşılmaksızın üstlenmiştir (Yıldırım ve ark 2006). Bu literatür bilgisine paralel olarak çalışma kapsamındaki hemşirelerin büyük bir çoğunluğu sağlık hizmetlerinin verilmesinden birinci derecede sorumlu sağlık ekibi üyesinin he-

kim olduğunu belirtmiştir. Liderlik becerileri sağlık bakımı kurumlarındaki tüm disiplinler açısından en önemli konulardan biridir. Öte yandan hekimlere yalnızca hastalarla ilgili bilgiler aktararak çalıştıkları sağlık merkezlerinde ekip lideri görevini üstlenmeleri beklenmiştir. İnsana bütüncül ve humanistik yaklaşımdan uzak bu bakış açısı zamanla, hekimlerin ekipteki liderlik rollerinin ortadan kendiliğinden kalkmasına yol açacaktır. Böylece etkili iletişim becerilerine sahip, ekip çalışmasını bilen ve insana bütüncül yaklaşabilen sağlık mesleği üyesi, ekibin lideri rolünü üstlenecektir (Hynes ve ark 2006; Nembhard ve Edmondson 2006; Rodehorst ve ark 2005; Sicotte ve ark 2002; Yıldırım ve ark 2006).

Öte yandan hemşireler, yataklı sağlık bakımı kurumlarında, ekip içinde, sağlık hizmeti gereksinimi olan birey ile en uzun süre zaman geçiren kişiler olduklarından, bakım ve tedavi ortamının yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan kişilerdir. Hemşirenin bireyin çevresini kontrol etme ve oluşturma konusunda sorumluluğu olduğunu ilk tanımlayan Florence Nightingale olmuştur. Bakım ve tedavi ortamının etkililiği ancak 24 saatlik süreç içinde değerlendirilebileceğinden ve hemşireler ortamda kesintisiz olarak kalan tek meslek grubu olduğundan, her bir hemşire bakım ve tedavi ortamının özelliklerini anlama ve sürdürme sorumluluğunu taşımaktadır. Klinik ortamda hemşireler, bakım ve tedavi ortamının unsurlarını, uygulamaları için temel olarak, bireye yardım etme, grupları yönetme, sosyal toplantılara katılma, hekimle tıbbi bakımın eşgüdümünü sağlama, rutin ilaçları uygulama, gerektiğinde kullanılacak ilaçların uygulanmasına karar verme, taburculukla ilgili düzenlemeleri yapma ve ailelerle çalışma gibi farklı birçok rolü üstlenmektedirler (Oflaz 2006). Bu literatür bilgisi, araştırma kapsamındaki küçük bir çoğunluğu oluşturan % 11.2 (n=28) oranındaki hemşirenin "sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu sağlık ekibi üyesinin hemşire" olduğu verisini desteklemektedir.

Sağlık ekibi hizmeti sunumunda, ekibin her bir üyesinin kendi disiplinine özgü bilgi, beceri ve davranışlarla rol ve işlevlerini, sorumluluk ve yetkileri doğrultusunda işbirliği içinde yerine getirmesi beklenir. Tüm sağlık disiplinleri üyeleri, sağlık bakımını bağımlı, yarı-bağımlı, bağımsız rollerle sunar. Sağlık bakımı sisteminde profesyonel hemşirenin payı ve katkısı büyüktür. Bu katkı, hemşirelik rolleri olarak belirtilen davranışların oluşturduğu işlevler ve bu işlevleri gerçekleştiren yöntemlerle sağlanır. Tarihsel sürece baktığımızda; geçmişte hemşirelik uygulamalarının tedavi edici uygulamalarla sınırlı olduğu görülmektedir. Fakat günümüzde hemşirelik uygulama alanı genişlemiş ve yeni boyutlar kazanmıştır. Bu değişim ve gelişim hemşirenin yeni rollere yönelmesine yol açmıştır. Sonuç olarak, hemşirenin değişen ve gelişen rolleri ve sorumlulukları paralelinde, hemşire;

- Birey ve ailesi ile ilişkilerini birey yararına, yardım amaçlı ilişki şeklinde kurmalı ve iletişimini bu çerçevede yürütmelidir.
- Bilgi, beceri ve değerler yönünden yeterli olmalı; bilimsel, teknolojik, toplumsal değişimlere göre kendini yenilemeli, geliştirmeli ve bunu uygulamalarına yansıtmalıdır.
- Hemşire bütün rollerini iyi kavramalı, uygulamaya yansıtma becerisini kazanmalı ve geliştirmelidir (Ardahan 2003).

Özetle hemşire, sağlık bakımında rollerini; uygulayıcı, yönetici, eğitimci, araştırmacı ve profesyonel olarak gerçekleştirir. Ayrıca hemşirenin danışman, psikolog, koordinatör, hasta hakları savunucusu ve ekonomist gibi rolleri vardır ve bunlar çağdaş roller olarak tanımlanmaktadır (Ardahan 2003; Garman ve ark 2006; Kaya 2002; Potter ve Perry 2005; Özdemir ve ark 2002; Sabuncu ve ark 1991). Görüldüğü gibi bakım rolü hemşirenin geleneksel ve çağdaş rolleri içinde önemli bir boyutu oluşturmaktadır. Bu araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 96.0 (n=240) gibi büyük bir çoğunlukla bakım rolünü benimsemiş olmaları son derece memnuniyet verici bir sonuçtur

(Tablo 2). Öte yandan sağlık bakımı gereksinimlerindeki değişimlere bağlı olarak sağlık sisteminde yeni meslek grupları oluşmakta, eskileri ile birlikte bu yeni meslek grupları özellikle bakım rolü olmak üzere birçok hemşirelik rolünü üstlenmek istemektedir. Hemşirelerin tümüne yakın bir oranı tarafından bakım rolünün kabul görmüş olması, bu rollerine sahip çıkacaklarını göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki hemşireler % 80 ve üzeri oranlarda; eğitim yapmak, hemşireliğin meslekleşmesini ve gelişmesini sağlamak, hekim istemlerini uygulamak, araştırma yapmak, hemşirelik eğitimini ve hizmetlerini yönetmek rollerinin var olduğunu, literatür bilgisi ile paralellik göstererek, ifade etmiştir (Tablo 2) (Ardahan 2003; Garman ve ark 2006; Kaya 2002; Potter ve Perry 2005; Özdemir ve ark 2002; Sabuncu ve ark 1991). Öte yandan “koordinatörlük” ve “bireyin haklarını savunuculuk” rolü beklenenin altındaki oranlarda belirtilmiştir (Tablo 2). Literatürde hemşirelerin savunuculuk rollerini yerine getirirken bazı engellerle karşılaştıkları belirtilmektedir. Bu engeller genelde rol belirsizliği, uzmanlık alanına girilmesi, karşıt ilişkiler ve kazançların çatışması gibi konulardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca çoğu sağlık ekibi üyesi hizmet alan bireyin haklarını savunma rolünü üstlenmek istememektedir. Bu durumun nedenleri arasında savunucu kişinin beceriksizlik, zorluk ve rahatsızlık yaşayabilmesi, intikamla karşılaşma korkusu, rol çatışmaları, destek eksikliği, değişimler durumunda oluşan stres sayılabilir (Ardahan 2003). Bu literatür bilgisi, çalışma kapsamındaki hemşirelerin “hizmeti alan birey/aile/toplumun haklarını savunmak” rolünü ve bu rol ile yakından ilişkili olan “koordinatörlük” rolünü neden istemediklerini açıklamaktadır. Hemşire, sağlık hizmeti gereksinimi olan bireye en yakın ekip üyesi olduğundan, birey ile yoğun iletişim kuran, bireyin gereksinimlerini tüm boyutları ile bilen ve bireyi haksızlıklardan koruyabilen en uygun kişidir. Hemşire sağlık hizmetine gereksinim duyan bireyin haklarını savunuculuk rolünde;

- Bireye, sağlık bakımı sistemindeki hakları konusunda bilgi verir.
- Bireyin haklarını anlamasını sağlar ve sağlık sistemi içinde bu haklarını nasıl kullanacağını öğretir.
- Bireyin haklarının önemsenmediği ya da yok sayıldığı durumlarda haklarını savunur.
- Bireyi bakımı ve tedavisi, hastalığı ve prognozu hakkında anlayabileceği şekilde bilgilendirir.
- Birey ve yakınlarının bakım ve tedaviye katılımını sağlar.
- Sağlık ekibi içinde ve bireyin/yakınlarının sağlık ekibi ile koordinasyonunu sağlar.

Birey ve yakınları, sağlık bakımı sisteminde hakları korunmadığı ve gereksinimleri insan onuruna uygun bir şekilde karşılanmadığında, farklı kişi ve kurumlarda sağlık arama davranışına gireceklerdir. Bu nedenle hemşirelerin koordinatörlük ve savunuculuk rollerini daha ciddiye almalarını sağlayacak programlar düzenlenmelidir.

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin tümünün (%100, n=250) sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında, ekip çalışmasının ve bu bağlamda sağlık ekibi üyeleri arasında işbirliğinin gerekli olduğunu belirtmeleri önemli bir sonuç olarak görülmüştür. Bütüncül bakımın önemle vurgulandığı günümüz sağlık bakım sistemi kapsamında, tek bir sağlık disiplininin, sağlıklı veya hasta birey ve ailesinin tüm gereksinimlerini tam olarak karşılayabilmesi imkansızdır. Bütüncül bakım ve tedavi, sağlık gereksinimi olan bireyin bir "bütün" olarak algılanmasını ve anlaşılmasını gerektirir. Farklı çalışma alanlarında, farklı kişilik ve mesleklerden olan, ancak amaç ve yöntemde bir arada hareket edebilen bireylerin açık bir iletişim ağı içinde bulunmaları, değişik kanallardan gelen bilgilerin mozaik halinde birleştirilmesine olanak sağlar. Bireyin bir bütün olarak algılanması, ekip bütünlüğüne bağlıdır. Bunu sağlayacak faktör ise hızlı, doğrudan ve açık iletişimdir. Tüm üyelerin katıldığı, sık yapılan ekip toplantıları ekip çalış-

masının can damarını oluşturur (Özdemir ve ark. 2002; Saydam 1994). Literatürde bütüncül ekip çalışması; aynı üste rapor veren tüm üyelerin, verilen bir konu ile ilgili ve bu konu üzerinde odaklanmak üzere bir araya gelmeleri olarak ifade edilmektedir. Başka bir deyiş ile bütüncül ekip çalışması türünde, ekibin tüm üyelerinin çalışmaya katılması söz konusu olmaktadır. Bu tür bir takım çalışması daha çok;

- Bir kişinin bilgi, deneyim, kapasite ve yeteneğinin sorunu tek başına çözmesi için yeterli olmadığı ve doğal olarak çözüm için herkesin bir arada bulunmasının, ayrıca her ekip üyesinin faaliyetin bir bölümü ile ilgili olduğu ve faaliyetin bir bütün olarak başarılması için koordinasyonun gerekli olduğu durumlarda,

- Ekibin her bir üyesinin çabalarını diğer üyelerin faaliyetleriyle uyumlu hale getirmeleri gerektiğini anlaması durumunda ortaya çıkacaktır (Özdemir ve ark 2002).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin önemli bir oranı sağlık hizmetlerindeki rollerini uygularken diğer sağlık ekibi üyeleri ve meslektaşları yanı sıra sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 3, 4 ve 5). Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyeleri ile yaşadıkları sorunlar arasında birinci sırayı hekimler ile yaşadıkları sorunlar oluşturmuştur. Öte yandan hemşirelerin önemli bir çoğunluğu ekip lideri olarak hekimi tanımlamıştır. Ekip liderinin davranışları özellikle ekip ortamını ve öğrenmeye oryantasyonu üzere ekibin iç dinamiklerini etkiler. Ekip üyeleri, liderin davranışlarına ayak uydurma çabasıdadır ve ekip etkileşiminde neyin beklediği ve kabul edilebilir olduğu konusunda bilgi edinmek için liderin eylemlerini inceler. Bir lider otoriter, destekleyici olmayan bir tutumu takındığında, ekip üyeleri muhtemelen kendini güvende hissetmeyecektir. Tersine, bir lider demokratik, destekleyici, sorulara ve değişime açık olduğunda, ekip üyeleri ekip içinde kendini büyük bir güvende hissedecektir. Ekip lideri, liderlik konu-

munu amaca yönelik işlevsel alana aktarmalı, elinde tuttuğu idari güç ve yetkiyi, olabildiğince, ekip bütününe yaymalıdır. Bu rolün tanımlanmasındaki netlik, sınırlarının belirliliği ve gerek ekip lideri, gerekse diğer üyeler tarafından benimsenme derecesi, ekip işlevselliğini doğrudan etkiler. Ekip lideri, sistemi uygulamaya yardımcı olanakları seferber edecek, ekip çalışmasını başlatacak kişidir, gereksinim duyulduğunda aktif rol üstlenmeye hazır ve sorumluluklarını yerine getirmeye yeterli birikime sahip bulunmalı, ancak kendini, kişisel değerlerini ve ideolojisini ön planda tutmaktan olabildiğince kaçınmalıdır. Grup dinamikleri konusundaki bilgi ve deneyimlerini, gerek ekip-içi, gerekse ekip ve sağlık gereksinimi olan birey ve yakınları arasındaki ilişkileri sağlıklı bir akıcılığa kavuşturmak için kullanılmalıdır (Nembhard ve Edmondson 2006; Saydam 1994). Bu çalışma kapsamında olan hemşireler sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu, dolayısı ile ekip lideri olarak tanımladıkları hekimler ile yaşadıkları sorunların; iletişim eksikliği, zamanında hekime ulaşamama, eğitim kaynaklı sorunlar, hekimlerin etik davranmaması, istemlerin kayıt edilmemesi, değişime kapalı olma gibi etmenlerden kaynaklandığı göz önüne alındığında hekimlerin literatürde belirtilen sağlık ekibi lideri özelliklerini taşımadığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık ekibi üyeleri arasındaki eş seslilik ve benzerlikler etkili iletişimin gereklerinden biridir. Öte yandan farklı yaklaşım ve düşünceler bireyin bakım ve tedavisine dinamizm ve çoklu bakış açısı kazandırmaktadır. Ayrıca bireye hizmet verilirken, her bir disiplin kendi bakım planına odaklanmakta ve bu nedenle sağlık ekibi üyelerinin profesyonel özellikleri kadar norm, değer ve kültürleri verdikleri hizmeti etkilemektedir. Sağlık ekibi hizmetini etkileyen önemli etmenlerden biri de hiyerarşidir. Literatür, hekimi sağlık bakımının sunumunda dominant ve en başarılı katılımcı olarak tanımlamaktadır. Hekimin eğitiminde, ekip çalışması yer almasına rağmen otonomi ve otoritenin kendisinde olduğu vurgulanmaktadır. Geçmişte hemşireler kararları hekimlere bırakmış-

lar, iletişimde pasif bir yolu seçmişlerdi. Bununla birlikte sağlık bakımının sosyo-politik ortamı değişmekte ve değerler bakımın kalitesini en uygun giderle yükseltmeye yönelmektedir. Tıpta kadın meslek üyelerindeki artışın, bu gruplar arasındaki iletişimin değişmesine katkıda bulunduğu söylenebilir. Bu çerçevede sağlık ekibi üyeleri arasında iletişim ve işbirliğini zenginleştirmek için disiplinler arası etkileşim ve her bir disiplini oluşturan üyelerin arasında karşılıklı saygı ve uyum geliştirilmelidir (Ehnfors ve Grobe 2004; Kyrkjebø ve ark 2006; Nembhard ve Edmondson 2006; Rodehorst ve ark 2005; Rogers 2004; Saydam 1994). Rogers (2004) sağlık ekibi çalışmasında, ekip gerilimine ve etkisizliğine katkıda bulunan en önemli etmenlerden biri olarak, farklı meslek gruplarının sorumluluk ve değer çatışmalarını tanımlamıştır. Ayrıca Çam ve ark'nın (2005) bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; hekim ve hemşirelerin kliniklerde katılımı, otonomi, pratik yönelimi, çalışanların kontrolünü yetersiz; desteği, spontanlığı, kişisel sorun yönelimini, öfke ve saldırganlığı, düzen ve organizasyonu ve programın açıklığını ise yeterli olarak değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Bu literatür bilgileri çalışma kapsamındaki hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyeleri ile yaşadıkları sorunların (görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması, sağlık ekibi üyeleri arasındaki bilgi çatışması, yeterince söz sahibi olamamak, hasta sirkülasyonunun fazla olması, hemşirelerin yardımcı sağlık personeli olarak görülmesi) nedenlerini açıklamaktadır.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin yarıdan biraz fazlası sağlık hizmetlerindeki rollerini uygularken hemşire meslektaşları ile, öte yandan önemli bir çoğunluğu sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin meslektaşları ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile yaşadığı sorunların önemli bir kısmının sağlık bakımı sistemi sorunlarına dayalı olduğu düşünülmüştür. Nitekim Çarkçı ve Oksay (2006);

araştırmaların, hemşirelerin iş yüklerinden, çalışma saatlerindeki düzensizlikten, düşük ücretten, terfi ve kariyer olanaklarının az oluşundan, iş arkadaşları ile iletişim eksikliğinden, hastalar ile ilişkilerdeki olumsuzluklardan, görev ve sorumlulukların tanımlanmaması ve performans değerlendirmelerinin ya hiç yapılmaması ya da adil olmamasından, yoğun iş temposundan, dinlenme sürelerinin yetersiz ve az olmasından ötürü kendilerini sürekli yorgun, bitkin, stresli ve yıpranmış hissettiklerini ve moral bozukluğu yaşadıklarını gösterdiğini ifade etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda artan hasta sayısı, teknolojik gelişmeler, karmaşık prosedürler, yeni ilaçlar, öte yandan eleman yetersizliği ve bakımın vardiyalı olarak sağlanması sağlık bakımı sistemini aşırı karmaşık hale getirmiş ve ekip çalışmasını zorunlu kılmıştır (Ehnfors ve Grobe 2004; Özdemir 1999). Bu çalışmada hemşirelerin tümü sağlık bakımı hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde ekip çalışmasının gerekli olduğunu belirtmiştir. Fakat hemşireler sağlık bakımı sisteminde rollerini yerine getirirken diğer sağlık ekibi üyeleri, meslektaşları ile ve sağlık bakımı sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Elde edilen bulgular; çağımızın temel anlayışı olarak görülen ekip çalışması konusunda hem sağlık meslek elemanlarının yetişmesi aşamasında bu konuya yönelik bir dersin müfredata konulması hem de uygulamada ve mezuniyet sonrası sürekli eğitim çerçevesinde gerek yöneticilerin gerekse de meslek elemanlarının konuyu yeni baştan ele almalarını gerektirir niteliktedir.

Sonuç olarak elde edilen bulgular ışığında;

- Sağlık ekibi üyelerinin rol ve sorumluluklarının belirlenmesi ve yazılı hale getirilmesi,
- Simulasyon programlarını da içeren klinik uygulama ve liderlik eğitimlerinin yapılması,
- Klinik, iletişim, problem çözme ve karar verme becerilerinin periyodik olarak güncellenmesi,
- Bireysel ve ekip davranışı stratejilerinin belir-

lenmesi,

- Ekip ve ekip üyelerinin izlenmesi, olumlu sonuçların ödüllendirilmesi, olumsuz sonuçların nedenlerinin belirlenerek engellenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2): 23-27.
- Çam, O., Akgün, E., Gümüş, A.B., Bilge, A., Keskin, G.Ü. (2005). Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 213-220.
- Çarkçı, İ. H., Oksay, A. (2006). Doktorlar ve hemşireler ayını ekte farklı tutumlar. Hastane Yönetimi, 10(1): 28-39.
- Dellasega, C., Milone-Nuzzo, P., Curci, K.M., Ballard, J.O., Kirch, D.G. (2007) The humanities interface of nursing and medicine. Journal of Professional Nursing, 23: 174-9.
- Ehnfors, M., Grobe, S.J. (2004). Nursing curriculum and continuing education: Future directions. International Journal of Medical Informatics, 73: 591-598.
- Garman, A. N., Leach, D. C., Spector, N. (2006). Worldviews in collision: Conflict and collaboration across professional lines. Journal of Organizational Behaviour, 27: 829-849.
- Harris, K. T., Treanor, K. T., Salisbury, M. L. (2006). Improving Patient Safety with team coordination: Challenges and strategies of implementation. AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 35(4): 557-566.
- Howe, A. (2006). Can the patient be on our team? An operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. Journal of Interprofessional Care, 20(5): 527 - 534.
- Hynes, P., Kisson, N., Hamielec, C. M., Grene, A. M., Simone, C. (2006). Leadership in critical care, dealing with aggressive behavior within the health care team: A leadership challenge. Journal of Critical Care, 21: 224- 228.
- Kaya, N. (2002). Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1-10.
- Kyrkjebo, J. M., Brattebo, G., Smith-Strom, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. Journal of Interprofessional Care, 20(5): 507 - 516.
- Nembhard, I. M., Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. Journal of Organizational Behaviour, 27: 941-966.
- Oflaz, F. (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7: 55-61

- Özdemir, U. (1999). Psikiyatri tedavi ekibinin "ekip çalışması" kavramına ilişkin kendi bilgilerini ve çalıştıkları psikiyatri tedavi kurumlarını değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*, 7(2): 17-24.
- Özdemir, U., Soykan, A., Doğan, S., Arıkan, R.N., Ayaz, H., Aygör, B., İnce, E., Küçüktepeinar, F., Kumbasar, H. (2002). Bir üniversite hastanesine sevk edilen depremzedelere yönelik multidisipliner ekip çalışması uygulamaları. *Kriz Dergisi*, 10(2): 9-16.
- Potter, P., Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of Nursing*. Mosby Year Book, St Louis, 19-51.
- Rodehorst, T. K., Wilhelm, S. L., Jensen, L. (2005). Use of interdisciplinary simulation to understand perceptions of team members' roles. *Journal of Professional Nursing*, 21(3): 159-166.
- Rogers, T. (2004). Managing in the interprofessional environment: A theory of action perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 18(3): 239-249.
- Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G., Atabek, T. (1991). *Hemşirelik Esasları*. A.Ü. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Etam AŞ., Eskişehir, 26-29.
- Saydam, M. B. (1994). Sosyal psikiyatride ekip çalışması ve terapötik demokrasi. *Kriz Dergisi*, 2(1): 197-202.
- Sicotte, C., D'Amour, D., Moreault, M. P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55: 991-1003.
- Yıldırım, A., Aktaş, T., Akdağ, A. (2006). Tıp fakültesi ve hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde hekim - hemşire işbirliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(3): 166-175.