SAĞLIK YÖNETİMİNDE İLETİŞİM

EDİTÖR
İLETİŞİM UZMANI
DR. ATİKULLAH GHİASEE



Scanned with CamScanner

Sağlık Yönetiminde İletişim
Editör: İletişim Uzmanı Dr. Atikullah Ghiasee

Yayın No.: 4096
Sağlık Bilimleri: 140
ISBN : 978-625-417-774-3
E-ISBN: 978-625-417-775-0
Basım Sayısı: 1. Basım, Mart 2022

© Copyright 2022, NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ. SERTİFİKA NO.: 40340
Bu baskının bütün hakları Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.ne aittir. Yayınevinin yazılı izni olmaksızın, kitabın tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla basımı, yayımı, çoğaltımı ve dağıtımı yapılamaz.

Nobel Yayın Grubu, 1984 yılından itibaren ulusal ve 2011 yılından itibaren ise uluslararası düzeyde düzenli olarak faaliyet yürütmekte ve yayınladığı kitaplar, ulusal ve uluslararası düzeydeki yükseköğretim kurumları kataloglarında yer almaktadır.

Genel Yayın Yönetmeni: Nevzat Argun -nargun@nobelyayin.com-
Genel Yayın Koordinatörü: Gülfem Dursun -gulfem@nobelyayin.com-
Alan Editörü: Onur Uysal -onur@nobelyayin.com

Sayfa Tasarım: Dicle Korkmaz -dicle@nobelyayin.com-
Redaksiyon: Mine Metin -mine@nobelyayin.com-
Kapak Tasarım: Mehtap Yürümez -mehtap@nobelyayin.com-
Baskı Sorumlusu: Yavuz Şahin -yavuz@nobelyayin.com-

Kütüphane Bilgi Kartı

Ghiasee, Atikullah.
Sağlık Yönetiminde İletişim / Editör: Atikullah Ghiasee
1. Basım, XIV + 170 s., 16,5x24 cm. Kaynakça var, dizin yok.
ISBN: 978-625-417-774-3
E-ISBN: 978-625-417-775-0
1. Sağlık 2. Sağlık yönetimi 3. İletişim

Genel Dağıtım

ATLAS AKADEMİK BASIM YAYIN DAĞITIM TİC. LTD. ŞTİ.
Adres: Bahçekapı Mh. 2465 Sk. Oto Sanayi Sitesi No:7 Bodrum Kat, Şaşmaz/ANKARA
Telefon: +90 312 278 50 77 - **Faks:** 0 312 278 21 65 - **Sipariş:** siparis@nobelyayin.com-
E-Satış: www.nobelkitap.com - esatis@nobelkitap.com / www.atlaskitap.com - info@atlaskitap.com

Dağıtım ve Satış Noktaları: Alfa Basım Dağıtım, Arasta, Arkadaş Kitabevi, D&R Mağazaları, Dost Dağıtım, Ekip Dağıtım, Kida Dağıtım, Kitapsan, Nezih Kitabevleri, Pandora, Prefix, Remzi Kitabevleri

Baskı ve Cilt

Repro Bir Mat. Kağ. Rek. Tas. Tic. Ltd. Şti. Sertifika No: 47381
İvogsan 1518. Sokak 2730 Mat-Sit İş Merkezi Ostim, Yenimahalle/Ankara

Scanned with CamScanner

BÖLÜM YAZARLARI

1. Bölüm

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE MÜLKİ İDARE AMİRLERİ ARASINDAKİ İLETİŞİM

Dr. Ayhan Özkan

2. Bölüm

KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER VE EMPATİ: İDARECİLERİN EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Seda Kurtaran

İletişim Uzmanı Dr. Atikullah Ghiasee

3. Bölüm

HASTANELERDE YÖNETİCİLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA İLETİŞİM: SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Prof. Dr. Dilek Dilli

4. Bölüm

HASTANE KLİNİK SORUMLU HEKİMLERİ İLE HASTANE YÖNETİCİLERİ ARASINDA İLETİŞİM

Doç. Dr. Mehmet Taşar

5. Bölüm

HEKİMLER ARASI İLETİŞİMDE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Op. Dr. Burcu Arıcı

Doç. Dr. Özge Korkmaz

6. Bölüm

HEKİM VE HEMŞİRELER ARASINDAKİ ETKİLİ İLETİŞİMİN ANALİZİ

Op. Dr. Nur Dikmen

Hem. Zeynep Uysal

Scanned with CamScanner

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ iii
TAKDİM v
BÖLÜM YAZARLARI vii

1. BÖLÜM
SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE MÜLKİ İDARE AMİRLERİ ARASINDAKİ İLETİŞİM 1
Ayhan Özkan
GİRİŞ 1
DEĞİŞEN DÜNYA DÜZENİ 2
YENİ YÖNETİM ANLAYIŞI VE LİDERLİK 5
İLETİŞİM 7
SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİMİN ÖNEMİ 9
MÜLKİ İDARE AMİRLİĞİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ 11
SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE MÜLKİ İDARE AMİRLERİ ARASINDAKİ İLETİŞİM 13
SONUÇ 18
ÖNERİLER 18
KAYNAKLAR 20

2. BÖLÜM
KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER VE EMPATİ: İDARECİLERİN EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ 23
Seda Kurtaran
Atikullah Ghiasee
GİRİŞ 23
KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER 24
EMPATİ 26
Kişiler Arası İlişkiler ve Empati 27
İdareciler ve Empati 27
YÖNTEM 28
LİTERATÜR ANALİZİ 28
SONUÇ 30
KAYNAKLAR 31

3. BÖLÜM
HASTANELERDE YÖNETİCİLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA İLETİŞİM: SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ 35
Dilek Dilli
GİRİŞ 35
YÖNETİCİLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDAKİ İLETİŞİM KANALLARI 36
Yukarıdan Aşağıya İletişim: 36
Aşağıdan Yukarıya İletişim: 37
İnformal (Resmî Olmayan) İletişim: 37

Scanned with CamScanner

YÖNETİCİLİKTE İLETİŞİMİN ROLÜ 38
YÖNETİCİLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDAKİ İLETİŞİMİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER 39
YÖNETİCİLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDAKİ İLETİŞİM NASIL İYİLEŞTİRİLEBİLİR? 41
ÇÖZÜM ÖNERİLERİ 43
SONUÇ 45
KAYNAKÇA 45

4. BÖLÜM
HASTANE KLİNİK SORUMLU HEKİMLERİ İLE HASTANE YÖNETİCİLERİ ARASINDA İLETİŞİM 49
Mehmet Taşar
GİRİŞ 49
YÖNETMELİK VE TANIMLAMALAR 49
HASTANE YÖNETİCİLERİ 50
KLİNİK SORUMLULARI 51
AMELİYATHANE SORUMLUSU 51
YOĞUN BAKIM SORUMLUSU 52
POLİKLİNİK SORUMLUSU 53
YATAKLI SERVİS SORUMLULARI 53
ACİL SERVİS SORUMLUSU 54
ÖZELLİKLİ BİRİM SORUMLULARI: 54
KLİNİK SORUMLUSUNUN EKİP ÇALIŞANLARIYLA İLETİŞİMİ 55
KLİNİK İDARİ SORUMLUSUNUN ÖZELLİKLERİ 56
KLİNİK EĞİTİM SORUMLULARI 57
KLİNİK SORUMLULARI ARASI İLETİŞİM 57
SONUÇ 58
KAYNAKÇA 58

5. BÖLÜM
HEKİMLER ARASI İLETİŞİMDE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ 59
Burcu Arıcı
Özge Korkmaz
GİRİŞ 59
HEKİMLER ARASI ETİK İLKELER 60
A. Hekimler Arasında Saygı 61
B. Mesleki Dayanışma 61
C. Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı 63
D. Odaya Bildirme Yükümlülüğü 64
E. Konsültasyon 64
F. Hekim ve Hastalanan Hekim İlişkileri: 68
SONUÇ 69
KAYNAKÇA 69

Scanned with CamScanner

6. BÖLÜM
HEKİM VE HEMŞİRELER ARASINDAKİ ETKİLİ İLETİŞİMİN ANALİZİ 71
Nur Dikmen
Zeynep Uysal
GİRİŞ 71
BAKIM PLANI İLETİŞİMİ 75
ETKİLİ İLETİŞİMİN ENGELLERİ 77
SONUÇ 80
KAYNAKÇA 81

7. BÖLÜM
HEMŞİRELER ARASI İLETİŞİMDE SORUNLAR VE ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM 85
Ceren Işık
İpek Altınbaş
GİRİŞ 85
HEMŞİRELER ARASI İLİŞKİLERDE İŞ BİRLİĞİ VE İLETİŞİM KAVRAMI 87
HEMŞİRELER ARASI İLETİŞİMDE ATILGANLIK VE EMPATİ 89
HASTA TESLİMİNİN SÜRESİ 93
SONUÇ 94
KAYNAKÇA 94

8. BÖLÜM
YOĞUN BAKIMLARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELER İLE SAĞLIK PERSONELLERİ ARASI İLETİŞİM 97
Bahar Atıcı
GİRİŞ 97
HEMŞİRE- YARDIMCI PERSONEL ARASI İLETİŞİM: 98
SONUÇ 104
KAYNAKÇA 104

9. BÖLÜM
ÇOCUK HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASI İLETİŞİM 107
Serçin Taşar
GİRİŞ 107
ÇATIŞMA 108
İŞ BİRLİĞİ 109
ETİK 109
ÖRGÜT İÇİ İLETİŞİM 110
SAĞLIK KURUMU İÇİ İLETİŞİM TEKNİKLERİ 111
İLETİŞİM SORUNLARININ KAYNAKLARI 113
PEDİATRİ YOĞUN BAKIM SERVİSLERİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASI İLETİŞİM 114
PEDİATRİ SERVİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASI İLETİŞİM 116

Scanned with CamScanner

PEDİATRİ POLİKLİNİKLERİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDAKİ İLETİŞİM 117
PEDİATRİ ACİL SERVİSLERİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASI İLETİŞİM 119
SONUÇ 120
KAYNAKÇA 122

10. BÖLÜM

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARI ARASINDAKİ İLETİŞİM SORUNLARINA GENEL BAKIŞ 123
Aslı Ayaz
Mehmet Taşar
GİRİŞ 123
AMELİYATHANE BİRİMİ 124
AMELİYATHANE PERSONELLERİ KİMLERDİR? 125
AMELİYATHANE ÇALIŞANLARINDA OLMASI GEREKEN NİTELİKLER 127
Ekip Çalışmasına Yatkınlık Göstermek 127
Sterilizasyon Teknikleri, Cerrahi Prosedürler Hakkında İdeal Bilgiye Sahip Olmak ve Bu Bilgileri Güncellemek 128
Fiziksel ve Psikolojik Dayanıklılık 128
Sözlü İletişim Becerisi 129
Sorumluluk Sahibi Olmak 129
Temiz ve Düzenli Olmak 129
Ameliyathane Ekipmanlarını İyi Tanımak ve Korumak 130
Acil Durumları Hızla Fark Etmek ve Bu Durumlara Uygun Davranmak 130
Görev Tanımına Uygun Çalışmak 130
SONUÇ 131
ÖNERİLER 132
KAYNAKÇA 133

11. BÖLÜM

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM 135
İshak Şan
Burhan Albay
GİRİŞ 135
İLETİŞİM KAVRAMI 135
HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK SİSTEMİ 137
HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİMDE TEMEL NOKTALAR 139
HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLİKLİ HASTALAR İLE İLETİŞİM 141
HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK PERSONELİNİN İLETİŞİMDE DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR 142
SONUÇ 143
KAYNAKÇA 144

Scanned with CamScanner

12. BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİNDE HASTA İLETİŞİMİ 147
Ekrem Baş
GİRİŞ 147
AİLE HEKİMLİĞİNE ÖZGÜ KAVRAMLAR VE İLETİŞİM ÖZELLİKLERİ 148
Bağlam 148
HASTA HEKİM ARASINDAKİ İLİŞKİ MODELİ 149
HASTA HEKİM ARASINDAKİ İLETİŞİM 149
BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM 150
HASTA HEKİM ARASINDAKİ GÜVEN 151
HEKİMİN VE ÇAĞIN HASTALIK ALGISI 152
İLETİŞİMDE HEKİMDEN VE HASTADAN KAYNAKLANAN PROBLEMLER 153
TEKNOLOJİK GELİŞİMİN HASTA VE HEKİM İLİŞKİSİNE ETKİLERİ 154
SONUÇ 155
KAYNAKÇA 156

13. BÖLÜM

AİLE HEKİMLERİ ARASINDA İLETİŞİM 159
Ceren Gökçe
Murat Çevik
İLETİŞİM NEDİR 159
İLETİŞİM TÜRLERİ 160
Sözlü İletişim 160
Sözsüz İletişim 160
Yazılı İletişim 161
SAĞLIK İLETİŞİMİNİN AMACI VE AİLE HEKİMLERİ ARASINDA İLETİŞİME ENGEL OLAN SORUNLAR 161
SONUÇ 163
KAYNAKÇA 164

Scanned with CamScanner

6.BÖLÜM

HEKİM VE HEMŞİRELER ARASINDAKİ ETKİLİ İLETİŞİMİN ANALİZİ

Nur Dikmen
Zeynep Uysal

GİRİŞ

Sağlık çalışanları arasında etkili iletişim, yüksek kaliteli bakım için kritik bir ön koşul olan disiplinlerarası doğru ve verimli etkileşimi sağlayan bir zorunluluktur. İletişimin birçok yönetim organı tarafından hastaların güvenliği ve esenliği için önemli olduğu belirlenmiştir. Bu bölümde, literatürden elde edilen kanıtlar kullanılarak hemşireler ve doktorlar arasındaki iletişimin bir analizi yapılmaktadır. Hemşirelerin ve hekimlerin iletişim kurma yolları, hemşirelerin ve hekimlerin iletişimi çevreleyen algıları ve katılımı, etkili iletişimin önündeki engeller ve iletişimi geliştirmeye yönelik müdahaleler sunulmakta ve analiz edilmektedir. İyi iletişim sayesinde maliyetler düşmekte ve daha fazla hasta güvenliği sağlanabilmektedir.

Sağlık alanında iletişim denilince ilk akla gelen ilkelerden biri kuşkusuz doktor-hemşire arasındaki iletişimdir. Her yönüyle ele alındığında özellikle bireyin sağlığını korumak, mevcut hastalığının iyileşmesini sağlamak, potansiyel hastalıklar için önlemler almak ve hasta güvenliğini sağlamak iyi bir ekip işi gerektirirken bahsi geçen konuların gerçekleştirilmesinde verimli ve sağlıklı iletişim, sürecin aksaksız ve doğru sonuçlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle gerek kliniklerde gerekse yoğun bakımlar ve diğer birimlerde doktor-hemşire iletişimine sözlü, sözsüz ve yazılı olarak bilhassa özen gösterilmelidir.

Doktorlar ve hemşirelerin etkileşim alanları;

- Hasta kabulü,
- Tanı ve tedaviye yardımcı girişimleri,

Scanned with CamScanner

- Hasta vizitleri,
- Hasta eğitimi ve rehabilitasyonu olarak sayılabilmektedir (Ergün, 1999).

Hemşireler ve hekimler, sağlık sistemi iş gücünün son derece önemli parçalarıdır. Bu nedenle bu iki grup arasındaki etkileşimi geliştirecek stratejilerin belirlenmesi, pratikte de hastaların tedavi sonrası sonuçlarını iyileştirecek bir etki sağlayabilmektedir.

Kalite ve güvenliği geliştirmek, son yıllarda dünya çapındaki hastaneler için bir öncelik hâline gelmiştir. Sağlık ekibi üyeleri arasında etkili iletişim, güvenli ve güvenilir hasta bakımını sağlayan ayırt edici özelliklerden biridir (Weller, 2014).

Hızla değişen sosyal ve tıbbi koşullar altında sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi geliştirmek giderek daha önemli hâle gelmektedir. Hemşireler ve doktorlar, hastane ortamlarında en önemli sağlık meslek grupları arasında yer almaktadır. Klinik uygulamalarda, farklı görevler üstlenerek, hastalara faydalı ve efektif hizmetler sağlamak için etkili bir şekilde iletişim kurmaları beklenmektedir (O'Leary, 2012).

Etkili hekim-hemşire iletişimi, diğer kişi tarafından doğru alınıp anlaşılırken doğru mesajı gönderebilmeyi içeren iki yönlü bir süreçtir. Etkili hekim-hemşire iletişimi, hasta memnuniyetinin artması, hastane kalış süresinin kısalması ve olumsuz olayların azalması gibi hasta sonuçlarının kalitesi üzerinde olumlu etkilere sahiptir (Larrabee, 2004; Tschannen, 2009; Riga, 2015). Aksine etkisiz hekim-hemşire iletişimi, hasta güvenliğini tehlikeye atabilmekte ve sağlık bakım maliyetlerini artırabilmektedir (Fassier, 2010; Williams, 2010; Arriaga, 2011; Vardaman, 2012).

Yetersiz hekim-hemşire iletişimi, hemşireler arasında iş tatminsizliğine ve özerklik eksikliğine de yol açabilmektedir. Bu tür iş ilişkileri, hemşirelerin mesleği bırakmasına neden olmuş, hemşirelerin elde tutulmasını ve işe alınmasını giderek zorlaştırmıştır (Saber, 2014; Zhang, 2016; Nelson, 2008; Rosenstein, 2002; Thomson, 2007). Önerilen tedaviler zamanında ve doğru yapılmadığında, doktorların kolayca ve hızla memnuniyetsizliğe uğradıkları ve belirsiz iletişim sonucunda bu durumun doktorlar arasında genel bir iş memnuniyetsizliğine dönüşmesine katkıda bulunduğu bilinmektedir (Rosenstein, 2005). Hemşireler ve doktorlar üzerindeki bu etkiler, sırasıyla hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini etkilemektedir. Modern sağlık sisteminde, özellikle kritik hastalara yüksek kaliteli bakım sağlayan yoğun bakım üniteleri, çoğu büyük hastanenin temel bileşeni olup yoğun bakım hastalarının klinik durumları sıklıkla değişmektedir ve multidisipliner yaklaşım gerektiren bir tedavi sürecini içermektedir (Despins, 2017; Hartog, 2015). Yoğun bakım ünitesi gibi bölümlerin kompleks ortamında, advers olay potansiyeli yüksektir. Bu sebeple doğru iletişim daha da önem kazanmaktadır (Rothschild, 2005). Çalışmalarda, tüm

Scanned with CamScanner

hataların %37'sinin yoğun bakım ünitesindeki hemşireler ve doktorlar arasındaki, çoğu önlenebilir olan bir tür zayıf iletişimden kaynaklandığı gösterilmiştir (Donchin, 1995; Hu, 2011). Bu iki grup arasındaki iletişimi geliştirecek stratejilerin belirlenmesi, bu alandaki pratik iyileşmeleri sağlayabilmek açısından büyük önem taşımaktadır (Wang, 2018).

İletişim, bir mesajın göndericisi ve alıcısı arasında ortak bir anlayışı mümkün kılan sözlü ve sözsüz fikir, duygu, inanç ve tutum alışverişi olarak tanımlanır. Bu iletişim araçları (günlük hedef sayfası, başucu yazı tahtası, kapı iletişim kartı) iş birliğini sağlamak için bilgi paylaşmak üzere tasarlanmıştır. Hasta takibinde hedefler ve planlar hakkında ortak referans noktaları olan bu araçlar, hemşire ve hekimlerin aynı hastalar hakkında etkin bir şekilde bilgi sahibi olmalarını ve bu bilgilere etkin bir şekilde erişmelerini ve profesyonel gruplar arasındaki iletişimi geliştirmelerini sağlamaktadır (Lin, 2013).

Günlük hedef sayfası oluşturmak, fikir ve bilgi alışverişine yardımcı olabilmektedir; ancak ekip eğitiminin sağlanması iletişimi geliştirip iş birlikçi bir çalışma ortamını teşvik etmede daha etkilidir. Başarılı tedavi sonuçları, bireysel personelin toplu olarak işlev görme yeteneğine bağlıdır, çünkü hasta bakımının kalitesi ve güvenliği, yüksek düzeyde işleyen multidisipliner ekipler gerektirmektedir. Ekip çalışması becerilerine sahip üyelerin olduğu bir ekipte, ortak payda verimli bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Fakat sağlık hizmeti ortamlarındaki personel, mevcut eğitim sistemlerinde ekipler hâlinde çalışmak üzere nadiren eğitilmektedir. Sağlık profesyonelleri için geleneksel eğitim, hasta bakımında teknik beceri ve bireysel yeterliliğe odaklanmıştır. Bireylerin ekip çalışmasında yeterli yetkinlik kazandıkları varsayılmaktadır. Ekip eğitimi, profesyonellerin birbirine bağlı bir ekibin parçası olarak etkin bir şekilde çalışması için gereken davranışları içermektedir ve güveni geliştirebilmektedir, böylece çatışma durumlarını çözmeyi ve iletişim becerilerini geliştirmeyi sağlamaktadır (Lin, 2009; Miller, 2009).

Multidisipliner yapılandırılmış iş vardiyası değerlendirmesi, sağlık ekibi için açık iletişim fırsatları sağlayabilmektedir. Aynı anda personelin duygusal olaylar, ekip çalışması, iş rolleri ve önceden tanımlanmış modellerin organizasyonel bakış açıları hakkında özgürce konuşabilmesi için bir atmosfer yaratarak iş birlikçi bir çalışma ortamını teşvik edebilmektedir (Sluiter, 2005).

Bu yöntem, ekip üyelerinin her bir üyenin rollerini ve sorumluluklarını daha iyi anlamalarına ve birbirlerine saygı duymalarına yardımcı olabilmektedir. Ayrıca, bu yöntem disiplinlerarası ekipler arasında iş birlikçi problem çözme ve öğrenme için yollar sağlayabilmektedir (Robinson, 2010). Sonuçta, ekip üyeleri arasındaki iletişim gelişecektir. İletişimin etkili olması için tam (ilgili tüm bilgiler dâhil), açık

Scanned with CamScanner

(kolay anlaşılır şekilde), kısa (öz şekilde) ve zamanında (etkili klinik eylemler için uygun bir zaman çerçevesi içinde) olmalıdır (Deering, 2011; Gittell, 2013).

Müdahalelerin değerlendirilmesi genellikle hem etkinliği hem de uygulanabilirliği içermektedir. Günlük hasta hedeflerini anlamak, hekim-hemşire iletişiminin etkinliğini yansıtmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, günlük hasta hedeflerinin anlaşılmasını değerlendirmek için standart bir yöntem yoktur. Hemşire ve hekimler arasındaki iletişimi ölçen özel bir araç veya puanlama sistemi olmadığı için çalışmalarda müdahale etkinliğini değerlendirmek zor olmuştur. Müdahale fizibilitesi için sonuç ölçütlerine odaklanılmalıdır (Boyle, 2004; Narasimhan, 2006; Alves, 2013).

Bir çalışmanın sonucunda hekim-hemşire iletişiminin 10 emri diye de adlandırabileceğimiz maddeler aşağıda özetlenmiştir. İletişim, güvenli ve etkili bakım için hayati öneme sahiptir, ancak uygulanması da zor olabilmektedir. Bu nedenle, bahsedilen 10 emir dikkate alındığında etkili sonuçlar alınması beklenmektedir.

1. Teşhis değerlendirmesini, bakım planını ve düzenleme planını diğer ekip üyelerine mümkün olduğunca erken iletmek. Plandaki herhangi bir değişiklik ile ilgili ekibi bilgilendirmek.
2. Hastanın bakımında bekleyen görevlerin yanı sıra görev veya planlardaki değişiklikler veya gecikmeler ile ilgili bilgileri iletmek.
3. Proaktif tanı testleri ve terapötik müdahalelerle ilgili ayrıntıları iletmek (örneğin karın ağrısı ile başvuran bir hastada doktor değerlendirmesinden önce damar yolu açmak, kan testleri yapmak, doğurganlık çağında ise idrar beta HCG testini tamamlamak gibi).
4. Herkesin ortak bir anlayışa sahip olduğunu varsaymamak; bilgiye erişen tek kişi olduğunuzu düşünerek, ekiple tam zamanında paylaştığınızdan emin olmak.
5. Hasta durumundaki ve hayati fonksiyonlarındaki kritik ve beklenmeyen değişiklikleri ekibe bildirmek.
6. Elektronik ortamdaki verilerin ve ilaç istemlerinin sözlü iletişimin yerine geçtiğini varsaymamak.
7. Öncelik belirlemeye yardımcı olması için daha düşük öncelikli ögeler için eşzamansız bir iletişim yöntemi kullanmak (örneğin daha sonra imzalanması mümkün olan istemler için doktora sadece yazılı not bırakmak).
8. Ekip üyelerinin deneyin düzeyine ve mevcut ilişkilere dayalı iletişim stratejileri uyarlamak (Örneğin yeni bir hemşire oryantasyon için ekstra zamana ve rehberliğe ihtiyaç duyabilmektedir).

Scanned with CamScanner

9. İletişim stratejilerini; özellikle hemşire ve hekimlerin iş istasyonlarının birbirinden uzakta olduğu veya hangi personelin hangi bakım ekiplerinde olduğunun açıkca belirtilmediği tesislerde, fiziksel düzene uygun olarak uyarlamak.
10. Rol hiyeraşisinden bağımsız olarak deneyim düzeyinden yararlanan stratejiler kullanmak (Tüm doktorlar, yeni bir asistan iken deneyimli hemşirelere kıyasla pratikte çok az şey bildiği günleri hatırlamaktadır) (Lei, 2019).

İletişim sağlık alanında sürekli olarak gereklidir. Tıbbi hataların yaklaşık %60'ı doğrudan iletişim sorunlarının sonucuna bağlı olduğu, nöbet şartlarında ise oluşan hataların en sık nedeninin yine iletişim problemlerine bağlı olduğu bilinmektedir. İyileştirlmiş iletişim, daha iyi hasta sonuçları, daha güvenli çalışma ortamı, olumsuz olayların azalması ve kalış sürelerinin kısalmasını sağlamaktadır. İletişim problemleri en sık hekim ve hemşire arasında meydana gelmektedir (Flicek, 2012; Disch, 2012; Curtis, 2011; Tschannen, 2011).

BAKIM PLANI İLETİŞİMİ

Bir bölümdeki iletişimi değerlendirirken araştırmacı öncelikle hemşire ve hekimlerin mevcut iletişim yollarına bakmaktadır. Hekim-hemşire arası gerçekleşen en önemli iletişim konusu bakım planıdır. Bir bakım planı tartışılırken, hastaya nasıl bir yönlendime yapılacağı konusunda anlaşmaya varılacağı umulmaktadır. Cerrahi bir bölümdeki iletişim eksikliğini konu edinen bir çalışma sonucunda, hekim-hemşire arası iletişimin hasta yatış zamanının %40-50'si süresince hiç olmadığı sonucuna varılmıştır. Elektronik ortamdaki ilaç ve laboratuvar istemleri dışında bir iletişimin olmadığı, hekimin hemşireyi sözlü olarak bilgilendirmediği sonucuna varılmıştır. Bu çalışma iletişim türlerini üçe ayırmaktadır: yüz yüze sözlü iletişim, elektronik ortamda yapılan sanal iletişim ve telefon aracılığıyla iletişim. Doktorlar ve hemşireler arasında iletişimin nasıl gerçekleştiğini açıklayan aynı çalışmada, araştırmacılar sağlık profesyonelleri arasında iletişimin ne kadar iyi gerçekleştiğini açıklamaya çalışmışlardır. Araştırmacılar, doktorların ve hemşirelerin sıklıkla (yani zamanın yaklaşık %50'sinde) birincil tanı, planlı testler, planlamış prosedürler, ilaç değişiklikleri, doktor konsültasyonları ve beklenen kalış süreleri de dâhil olmak üzere bakım planının önemli yönleri üzerinde hemfikir olmadıklarını bulmuşlardır. Hastaların düşünceleri de bu durumla çelişmektedir, çünkü bu çalışmadaki hastaların %89'u hemşire ve doktorlarının günlük bakım planını tartışmasını beklediklerini bildirmiştir. Çalışmaya dâhil edilen 286 vakada, hastaların %52,8'inde birincil tanı, %58,7'sinde planlı testler, %88,7'sinde planlanmış prosedürler, %50,7'sinde ilaç değişiklikleri, %53,7'sinde doktor konsültasyonları, %33,3'ünde ise beklenen kalış süreleri konu-

Scanned with CamScanner

sunda hekim-hemşire arasında tam uyum sağlandığı bulunmuştur. Bu istatistiklerden en ilgi çekici olanı, planlanmış yüksek riskli prosedürler ve yüksek riskli ilaç değişimleri hakkındaki ortak seçimlerle ilgilidir (O'Leary, 2010). Subjektif olarak hemşireler ve hekimler iletişimlerinin tatmin edici olduğunu düşenseler de, çalışmalardan elde edilen rakamlar endişe yaratmaktadır. Hemşirelerin ve hekimlerin yüz yüze, telefon ve bilgisayar aracılığıyla iletişim kurmasının birçok yolu bulunmasına rağmen bakım planı ve bakım planındaki revizyonlar tutarlı ve doğru bir şekilde iletilmeyebilmektedir. Bu durum, tıbbi hatalara yol açmaktadır.

Hemşire ve hekimlerin aralarındaki etkileşimi nasıl algıladıkları, nasıl iletişim kurdukları ve iş birliği yaptıklarını etkilemektedir. İlk olarak iletişim ve iş birliği arasında ayrım yapmak önemlidir, çünkü bu terimler hemşire-hekim arası ilişkiye yönelik araştırmalarda sıklıkla görülmektedir ve birbirinin yerine kullanılamamaktadır.

İletişim ve iş birliği, birbiriyle ilişkili, ancak farklı iki terimdir. Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitmi (QSEN) projesi, hasta güvenliğini artırmak için hemşirelerin ihtiyaç duyduğu beş yeterlilikten biri olarak ekip çalışması ve iş birliğini belirlemiştir. Bu yetkinlik, "hemşirelik ve meslekler arası ekipler içinde etkin bir şekilde çalışabilme, açık iletişimi teşvik etme, karşılıklı saygı ve kaliteli hasta bakımıelde etmek için ortak karar verme" olarak tanımlanmaktadır (Sherwood, 2012). Daha basit bir ifadeyle, iş birliği, bir takım olarak iletişim ve problem çözme süreçlerini içerir (Disch, 2012; Tschannen, 2011). Bir sorunu çözmek için ve birlikte çalışmak için fikirleri, endişeleri ve soruları uygun şekilde iletmek gerektiğinden, iletişim iş birliğinin ilk adımıdır. İş birliği, artan hasta memnuniyeti ve boşa harcanan kaynaklarda azalma ile bağlantılıdır. Etkisiz bir iş birliği olduğunda, hasta güvenliği ve bakım kalitesinden taviz verilebilmektedir, bu da ölüm oranlarının artmasına neden olabilmektedir. İş birliği ve iletişimi tanımladıktan sonra, iş birliğinin bileşenleri ve hemşirelerin ve hekimlerin tutumları araştırılmalıdır.

Hekimler ve hemşireler arasında iş birliği ve iyi çalışma ilişkileri olması için iletişim açık, kesin ve zamanında olmalıdır. Çalışmaların sonuçlarına göre, iletişim genellikle böyle olmadığından, hasta bakımının gecikmesi, daha fazla tıbbi hata ve hasta güvenliğinin azalması gibi sorunlar oluşmaktadır (Tang, 2013).

İletişim, etkili iş birliğinin ilk bileşeni olduğundan, iletişimin azalması, iş birliğinin azalması anlamına gelmektedir. Bu durum hemşirelerin ve hekimlerin algılarını etkilemektedir. Araştırmalar, azalan iş birliğinin hemşireler ve doktorlar arasında memnuniyetsizliğe yol açtığını göstermektedir; hemşireler özerkliklerinin eksikliğini hissederken, hekimler ise yapılması gereken tedavilerin zamanında yapılmaması veya iletişimin net olmaması nedeniyle sıkıntı yaşamaktadır. İş birliğine ilişkin tutumlarla ilgili birçok araştırma, hekimlerin ve hemşirelerin hem iş birliğine

Scanned with CamScanner

değer verdiğini hem de disiplinlerarası iletişimin bahsedilen faydalarını kabul ettiklerini bulmuştur. Bununla birlikte, hemşirelerin iş birliğine karşı daha olumlu bir tutuma sahip oldukları ancak hekimlerden daha az hemşire-hekim iş birliği olduğunu bildirdikleri gösterilmiştir (Clark, 2013; Tang 2013). Ek olarak, hekimler genellikle, hemşirelerle, hemşirelerin hekimlerle olan iletişiminden daha iyi iletişim kurduklarını bildirmektedir (Manojlovich, 2013). Algıdaki bu farklılık, hemşirelerin hekimlerle daha fazla eşit veya ortak olarak çalışmaya çaba gösterdiklerini ancak hekimlerden aynı çabayı görmediklerini göstermektedir. Bu ilişki iyileşirken hemşirelerin ve hekimlerin hasta bakımında hem önemli hem de eşit derecede gerekli rollere sahip olduğunu göstermek için hâlâ yapılması gereken işler vardır. İş birliği ve iletişim hem hemşireler hem de hekimler için bir öncelik olarak belirlenmiştir. İki mesleğin bunların meydana geldiğini nasıl algıladıkları konusunda bir eşitsizlik vardır.

Bakım planı hakkında iletişim için yüz yüze iletişimin en iyi olabileceğine dair kanıtlar olduğundan, bu yüz yüze etkileşimi sağlamanın bir yolunun günlük vizitler olduğu kanısına varılmıştır. Disiplinlerarası hasta viziti, birden fazla disiplinden (hemşirelik, tıp, beslenme, eczacılık vb.) çeşitli profesyonellerin bir hastanın bakım yönetimi stratejilerini tartışmak için bir araya gelmesi anlamına gelmektedir. Bazı birimlerde bu yaklaşım rahatlıkla uygulansa da cerrahi bölümler gibi hızlı işlem yapılması gereken bölümlerde pek mümkün olamamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 957 yataklı bir hastanede yapılan çalışmada, disiplinlerarası vizitlerin cerrahi servislerinde %33 oranında uygulandığı, yoğun bakım ünitelerinde ise bu oranın %75'lere çıkabildiği gösterilmiştir. Araştırmaların yoğun bakım ünitelerindeki iletişimin daha iyi olduğunu göstermesinin sebebi olarak, disiplinlerarası vizitlerin bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma, disiplinlerarası vizit sıklığının istatistiklerini araştıran tek çalışma olarak bilinmektedir. Bu nedenle çalışma, disiplinlerarası vizitlerin yaygınlığını ve başarısını araştırmaya devam etmelidir. Disiplinlerarası görüşmeler ve iletişim üzerindeki olumlu etkiyi kanıtlayan çok sayıda veri vardır. Araştırmacılar, disiplinlerarası vizitlerin uygulanmasıyla ilgili hem başarıları hem de zorlukları bildirmiştir (Johnson, 2012; Beague, 2012; Burns, 2011).

ETKİLİ İLETİŞİMİN ENGELLERİ

Çok sayıda çalışma, iletişimin önündeki engellerin neler olduğunun araştırmıştır. Literatürde bulunan en belirgin iletişim engelleri:

- Hemşireler ve hekimler arasındaki tarihsel ilişki
- Hemşireler ve hekimlerin bireysel özellikleri

Scanned with CamScanner

- İş yeri farklılıkları
- İletişim biçimlerindeki değişiklikler

Hemşireler ve hekimler arasındaki tarihsel ilişki: Hemşireler ve hekimler arasındaki ilişkinin, hekimlerin hizmet veren hemşireler üzerinde baskın olduğu bir dönemden iki meslek arasında daha fazla iş birliğinin olduğu günümüze kadar uzun bir geçmişi vardır. Bu tarihsel ilişki, günümüzde hemşire ve hekimlerin ilişkilerinin durumunu etkilemeye devam etmektedir. Şu anda, hemşireler ve hekimler arasında daha fazla meslektaşlık ve iş birlikçi ilişkiler olması norm hâline gelmektedir. İş birliğine dayalı ilişkiler, hasta bakımı üzerinde eşit güven, saygı ve özerklik ile karakterize edilmektedir. Hemşirelerin profesyonel rolünün anlaşılmaması, araştırmaların iş birlikçi ilişkileri geliştirmek için dikkat edilmesi gerektiğini belirlediği alandır (Schmalenberg, 2009; Tang, 2013).

Hemşire ve hekimlerin bireysel özellikleri: Hemşireler ve hekimler, iletişim kurma yeteneklerini etkileyen bireysel özelliklere sahiptir. Cinsiyet ve eğitimdeki farklılıklar nedeniyle, iki meslek etkili iletişimin önünde bazı engellerle karşılaşmaktadır. Geçmiş ilişkilerin doğasına kıyasla hemşirelik ve tıp meslekleri arasındaki iş birliğine dayalı ilişkilerin geliştiğine dair bir görüş vardır. Ancak bir araştırmada geleneksel cinsiyet farklılıklarının hâlen var olduğu bulunmuştur (Flicek, 2012).

Tıp alanında daha çok yer alan erkekler açık, hızlı, gerçeğe dayalı iletişim tercih etmektedir. Hemşirelik alanında daha fazla yer alan kadınlar, belirli durumların ardındaki mantığı anlamak için derinlemesine tartışma stilini tercih etmektedir. Bu eşitsizlik, cinsiyet farklılıkları azaldıkça düzelse de, iletişimdeki başarısızlıklara katkıda bulunmaktadır. Başka bir yazar, meslekler arasındaki farklılıkların iki mesleğin geçmişinden kaynaklanabileceğini öne sürmektedir. Hekimler, hastalıkları iyileştirmenin teknik becerilerine odaklanmak üzere eğitilirken hemşirelere hastalara bütünsel bakım sağlamak ve hekimlerle karşılıklı ve bağımlı kararlar vermek için kişiler arası beceriler geliştirmeleri öğretilmektedir. İki meslek grubu, ayrı ve farklı şekilde eğitildiğinden, iş gücüne birlikte yerleştirildiklerinde birdenbire iş birliği içinde olmaları zor olabilmektedir (Tang, 2013).

İş yeri farklılıkları: Hastane kültürlerine ek olarak, bireysel birimler ve birim türlerinin kendine özgü kültürleri vardır. Kanıtlar bize tıbbi/cerrahi katlarda yoğun bakım ünitelerine göre daha fazla iletişim sorununun olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bu iş yeri farklılıkları iletişim için başka bir potansiyel engeli temsil etmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık durumları daha kritik olan hastalar bulunduğu için hemşireler ve hekimler daha dikkatli ve duyarlı davranmaktadır. Sağlık ekibi üyeleri, hastaları için daha hayati olduğu için açık bir şekilde iletişim kurmak için daha fazla zaman harcamaktadır. Yoğun bakımdaki hemşireler, hasta

Scanned with CamScanner

popülasyonunun daha fazla ihtiyaçları olması sebebiyle daha az hastayı yönetmektedir ve doktorların yoğun bakım ortamında sürekli olarak bulunmaları daha olasıdır. Böylece daha fazla yüz yüze iletişim sağlanmaktadır. Cerrahi bölümlerde, artan iş yükü daha az iletişime yol açabilmektedir. Çünkü zaman, net ve tutarlı iletişimin önünde bir engel olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle, hekimler ve hemşireler birbirleriyle ne hakkında iletişim kuracağına öncelik sırasıyla karar verirler ve bu öncelikler her zaman bireyler veya meslekler arasında tutarlı olmamaktadır. Cerrahi bölümlerde mobil bir iş gücünün olması daha olasıdır, bu da yüz yüze iletişim olasılığını azaltmaktadır (Tang, 2013; Curtis, 2010; O'Leary, 2010).

İletişim biçimlerindeki değişiklikler: İnsanların hem kişisel hem de profesyonel olarak iletişim kurma şekli 21. yüzyılda değişmiştir. Hastanelerde, hemşire ve hekimler artık yüz yüze, telefon ile ve bilgisayarda sanal ortamdaki tedavi planları aracılığıyla iletişim modlarına sahiptir. Bu yüzyılda elektronik iletişim biçimlerine güvenmek, daha büyük iletişim hatalarına yol açmaktadır. Literatür taramalarında, elektronik mesajlaşma sistemlerine bağımlılığın hemşireler ve hekimler arasındaki iletişimde daha fazla soruna yol açtığı birçok çalışma ile desteklenmektedir. Bir araştırmaya göre, hemşireler hekimin planını bizzat duyduklarında yanlış anlama potansiyeli azalmaktadır ve bu da hata riskini azaltmaktadır. Ancak teknolojinin gelişmesiyle birlikte, tedavi planlarının şahsen yerine yazılı hasta bakım kayıtları ile iletilmesi daha olasıdır. Bu kayıtlar her zaman net değildir veya zamanında okunmamaktadır (Tang, 2013; Flicek, 2012; Curtis, 2010; O'Leary, 2010).

Hekim ve hemşirelerin iletişimini olumsuz yönde etkileyen faktörler:

- Doktorların aynı dönemde birden fazla birimde görev yapması
- Bireyin kişiler arası iletişiminin zayıf olması
- Hiyerarşi ve egoist kişilik bozukluğunun olması
- Profesyonel iş ortamının sağlanamaması
- Tedavi planlarının okunaksız olması/net açıklama olmadan yazılan istemler
- Yoğun ve stresli çalışma ortamları
- Hastanın durumu ve tedavi planlarındaki günlük-anlık değişikliklerin bildirimi için standart yöntem belirlenmemesi

Bir kliniğin hemşireler ve hekimler arasındaki iletişimi geliştirmek için uygulayabileceği birçok kanıta dayalı müdahale vardır. Bu stratejiler arasında disiplinlerarası vizitler, vizitlerde alınan notlar, çalışma sayfaları ve iletişim çalıştayları yer almaktadır. Ayrıca iletişim ve iş birliğini geliştirmenin ilk adımının, hemşireler ve hekimler resmî olarak birlikte çalışmaya başlamadan önce akademik düzeyde başlamak olduğuna işaret eden bir dizi kanıt vardır. Daha fazla disiplinlerarası eğitim

Scanned with CamScanner

yoluyla, hemşire-hekim iletişimi büyük ölçüde gelişebilmektedir, bu da hastalar için daha iyi iş birliği ve daha iyi sonuçlar sağlamaktadır.

SONUÇ

Kanıtlara göre iletişim en iyi yüz yüze olduğundan ve iş birliği bir takım olarak problem çözmeyi içerdiğinden, disiplinlerarası vizitler hem hemşireler hem de hekimler için iletişimi ve iş birliğini geliştirmeleri için bir fırsattır. Fakat pek çok hastanede bu bir uygulama standardı değildir. Araştırmacılar, cerrahi servislerde disiplinlerarası vizitlerin kullanımının azalmasının, azalmış iletişim ve iş birliğine yol açtığını göstermişlerdir. Bu durum, iş yeri farklılıklarının iletişim için nasıl bir engel oluşturabileceğini göstermektedir.

Bu bölümde hemşireler ve hekimler arasındaki iletişimin analizi yoluyla, iletişimin mevcut durumu tanımlanmıştır. İletişim önündeki engeller ve müdahale stratejilerinden bahsedilmiştir. Bir klinikteki iletişimi analiz etmek ve iletişimi geliştirmek için olası müdahaleleri belirlemek için bir temel olarak hizmet etmek amaçlanmıştır. Bu çalışma sayesinde, hemşireler ve hekimler arasındaki iletişimin gelişmesi, hastanelerin maliyetlerinin düşmesine, verimliliğin artmasına ve en önemlisi hasta sonuçlarının iyileşmesine yol açması umulmaktadır.

Doktor hemşire ilişkisini doğru anlamak, meslekler arası anlaşmazlığın kaynağını araştırmak, daha etkin ve daha güvenli hasta bakımını sürdürmek ve anlaşmazlıkları çözmek için etkin yöntemler geliştirmek hastalar, hastaneler ve diğer sağlık meslekleri için büyük önem taşır (Tel,1993).

Sağlık hizmeti sunulan her kurumda iletişim vazgeçilemez ve askıya alınamaz bir unsurdur. Kişilerin iletişime açık olması, çözüm odaklı olması, hızlı yanıt sağlaması sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini olumlu yönde etkilemektedir. Etkin sağlık hizmeti için kişilerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kullanılması gereklidir. Bu nedenle büyük küçük fark etmeksizin sağlık hizmeti veren her kuruluşta belirli aralıklar ile doğru ve etkin iletişime yönelik uzman kişilerce eğitimler düzenlenebilir.

Hemşire ve doktor arasındaki iletişimin iyileştirilmesi her iki meslek grubunun iş memnuniyetini ve verimliliğini, buna bağlı olarak da hasta güvenliğini ve refahını arttıracaktır.

Scanned with CamScanner

KAYNAKÇA

1- Ergün, Akbal, Y., (1999) Hastanelerde Hekim-Hemşire İlişkilerinde Yaşanan Çatışma Kaynaklarının Belirlenmesi ve Çözüm Önerileri. (Doktora Tezi), İSTANBUL

2-Weller J, Boyd M, Cumin D. (2014) Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. Postgrad Med J; 90: 1061: 149-154.

3- O'Leary K. J., Sehgal N., Terrell G., Williams M. V.(2012) Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. J Hosp Med;7(1), 48-54.

4- Larrabee J. H., Ostrow C. L., Withrow M. L., Janney M. A., Hobbs G. R., Burant C. (2004) Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. Res Nurs Health 27(4): 254-268.

5- Tschannen D., Kalisch B. J. (2009)The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. J Nurs Manag 17(7): 796-803.

6- Riga M., Vozikis A., Pollalis Y., Souliotis K. (2015) MERIS (Medical Error Reporting Information System) as an innovative patient safety intervention: a health policy perspective. Health policy; 119(4): 539-548.

7- Fassier T., Azoulay E. (2010) Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. Curr Opin Crit Care; 16(6): 654-665.

8- Williams M., Hevelone N., Alban R. F., Hardy J. P., Oxman D. A., Garcia E. (2010) Measuring communication in the surgical ICU: better communication equals better care. J Am Coll Surg; 210(1): 17-22.

9- Arriaga A. F., Elbardissi A. W., Regenbogen S. E., Greenberg C. C., Berry W. R., Lipsitz S. (2011) A policy-based intervention for the reduction of communication breakdowns in inpatient surgical care: results from a Harvard surgical safety collaborative. Ann Surg, 253(253): 849-854.

11-Vardaman J. M., Cornell P., Gondo M. B., Amis J. M., Townsend-Gervis M., Thetford C. (2012) Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. Health Care Manage Rev; 37(1): 88-97.

12- Saber D. A. (2014) Frontline registered nurse job satisfaction and predictors over three decades: a meta-analysis from 1980 to 2009. Nurs Outlook; 62(6): 402-414.

13- Zhang L., Huang L., Liu M., Yan H., Li X. (2016) Nurse-physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: a hospital-based cross-sectional study in Beijing. Int J Nurs Pract ; 22(3): 284-290.

14- Nelson G. A., King M. L., Brodine S. (2008) Nurse-physician collaboration on medical surgical units. Medsurg Nurs; 17(1): 35-40.

15- Rosenstein A. H. (2002) Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. Am J Nurs; 102(6): 26-34.

16- Thomson S. (2007) Nurse-physician collaboration: a comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. Medsurg Nurs; 16(2): 87-91.

Scanned with CamScanner

17- Rosenstein A. H., O'Daniel M. (2005) Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. Am J Nurs; 105(1): 54-64.

18- Despins L. A. (2017) Factors influencing when intensive care unit nurses go to the bedside to investigate patient related alarms: a descriptive qualitative study. Intensive Crit Care Nurs; 4: 3.

19- Hartog C. S., Benbenishty J. (2015) Understanding nurse-physician conflicts in the ICU. Intens Ccare Med; 41(2): 331-333.

20- Rothschild J. M., Landrigan C. P., Cronin J. W., Kaushal R., Lockley S. W., Burdick E. (2005) The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med; 33(8): 1694-1700.

21- Donchin Y., Gopher D., Olin M., Badihi Y., Biesky M., Sprung C. (1995) A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit Care Med; 23(2): 294-300.

22- Hu Y. Y., Arriaga A., Roth E. M., Peyre S. E., Swanson R. S., Osteen R. T. (2011) Protecting patients from an unsafe system. J Am Coll Surg; 213(3):111.

23- Wang Y., Wan Q., Lin F., Zhou W., Shang S. (2018) Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit. An integrative literature review. International Journal of Nursing Sciences 581-588.

24- Lin F., Chaboyer W., Wallis M., Miller A. (2013) Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: an ethnographic study informed by activity theory. Int J Nurs Stud; 50(8): 1054-1066.

25- Lin F., Chaboyer W., Wallis M. (2009) A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. Aust Crit Care; 22(1): 29-43.

26- Miller K., Riley W., Davis S. (2009) Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. J Nurs Manag; 17(2): 247-255.

27- Sluiter J. K., Bos A. P., Tol D., Calff M., Krijnen M., Frings-Dresen M. H. (2005) Is staff wellbeing and communication enhanced by multidisciplinary work shift evaluations? Intensive Care Med; 31(10): 1409-1414.

28- Robinson F. P., Gorman G., Slimmer L. W., Yudkowsky R. (2010) Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. Nurs Forum; 45(3): 206-216.

29- Deering S., Johnston L. C., Colacchio K. (2011) Multidisciplinary teamwork and communication training. Semin Perinatol; 35(2): 89-96.

30- Gittell J. H., Godfrey M., Thistlethwaite J. (2013) Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. J Interprof Care; 27(3): 210-213.

31- Boyle D. K., Kochinda C. (2004) Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. J Nurs Adm; 34(2): 60-70.

32- Narasimhan M., Eisen L. A., Mahoney C. D., Acerra F. L., Rosen M. J. (2006) Improving nursephysician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet. Am J Crit Care; 15(2): 217-222.

Scanned with CamScanner

33- Alves J., Magalhaes R., Thomas R. E., Goncalves O. F., Petrosyan A., Sampaio A. (2013) Is there evidence for cognitive intervention in Alzheimer disease? A systematic review of efficacy, feasibility, and cost-effectiveness. Alzheimer Dis Assoc Disord; 27(3): 195-203.

34- Vivian Lei.(2020) Ten Best Practices for Improving Emergency Medicine Provider-Nurse Communication. Vivian Lei. J Emerg Med; 4: 739-769.

35- Flicek, C. L. (2012). Communication: A Dynamic Between Nurses and Physicians. *MEDSURG* Nursing; 21(6), 385-386.

36- Disch, J. (2012). Teamwork and Collaboration. In G. Sherwood, & J. Barnsteiner (Eds.), Quality and safety in nursing: a competency approach to improving outcomes (1st ed.). Ames, Iowa: John Wiley & Sons, Inc.

37- Curtis, K., Tzannes, A. & Rudge, T. (2011). How to talk to doctors - a guide for effective communication. International Nursing Review; 58(1): 13-20.

38- Tschannen, D., Keenan, G., Aebersold, M., Kocan, M., Lundy, F. & Averhart, V. (2011). Implications of Nurse-Physician Relations: Report of a Successful Intervention. Nursing Economics; 29(3): 127-135.

39- O'Leary, K. J., Thompson, J. A., Landler, M. P., Kulkarni, N., Haviley, C., Hahn, K.,Williams, M. V. (2010). Patterns of nurse--physician communication and agreement on the plan of care. Quality & Safety in Health Care; 19(3): 195-199.

40- Sherwood, G. & Barnsteiner, J. (Eds.). (2012). Quality and safety in nursing: a competency approach to improving outcomes (1st ed.). Ames, Iowa: John Wiley & Sons, Inc.

41- Tang, C., Chan, S., Zhou, W. & Liaw, S. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. International Nursing Review; 60(3): 291-302.

42- Clark, R. & Greenawald, M. (2013). Nurse-Physician Leadership. Journal of Nursing Administration; 43(12): 653-659.

43- Manojlovich, M. (2013). Reframing Communication With Physicians as Sensemaking: Moving the Conversation Along. Journal of Nursing Care Quality; 28(4): 295-303.

44- Johnson, S. & King, D. (2012). Nurses' Perceptions of Nurse-Physician Relationships: Medical-Surgical vs. Intensive Care. MEDSURG Nursing; 21(6): 343-347.

45- Beague, A., Overcash, J., Lewis, R., Blanchard, S., Askew, T. M., Borden, C. P., Ross, P. (2012).Retrospective Study of Multidisciplinary Rounding on a Thoracic Surgical Oncology Unit; 16(6): 198-202.

46- Burns, K. (2011). Nurse-Physician Rounds: A Collaborative Approach To Improving Communication, Efficiencies, and Perception of Care. MEDSURG Nursing; 20(4): 194-199.

47- Schmalenberg, C. & Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20 000 nurses tell their story. Critical Care Nurse; 29(1): 74-83.

48-Tel H. (1993) "Hekim, Hemşire ve öğrenci Hemşire Arasındaki İletişim Olgusunun İrdelenmesi" İsimli Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şubat, Sivas.

Scanned with CamScanner