T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE DİSİPLİNLERARASI TAKIM ÇALIŞMASININ ETKİLİLİĞİNİN BELİRLENMESİ

DERYA GÜNDÜZ HOŞGÖR

DANIŞMAN
DOÇ. DR. BETÜL SÖNMEZ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 27.04.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı , Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Betül SÖNMEZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM
İstanbul Atlas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nighingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ülkü BAYKAL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nighingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Semanur Kumral ÖZÇELİK
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR

İTHAF

Tüm sağlık profesyonellerine ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, ilgisini, desteğini ve samimiyetini benden esirgemeyen, her zaman yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle akademik ve mesleki anlamda bana rol model olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM ve Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Tez izleme komitemde yer alan, görüş ve önerilerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU'na,

Anketlerin kapsam geçerliğinin gerçekleştirilmesinde, değerli zamanlarını ayıran, kıymetli katkılarını sunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Osman HAYRAN, Doç. Dr. Zeki Atıl BULUT, Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN, Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE, Dr. Öğr. Üyesi Şevkinaz KONAK, Dr. Öğr. Üyesi Öznur İSPİR DEMİR, Dr. Hemşire Özlem KERSU, Öğr. Gör. Zeynep AKÖZLÜ ve Öğr. Gör. Özen İNAM'a,

Hayatımın her aşamasında beni yalnız bırakmayan, her zaman destek veren fedakâr, değerli ve sevgili annem Sera GÜNDÜZ'e, babam Güven GÜNDÜZ'e ve canım kardeşim, dostum Uz. Dr. Özge Deniz ÜNYELİ'ye,

Her zaman büyük destekçim olan, azmini örnek aldığım, sevgisi ve sabrıyla her anımda yanımda olan sevgili ve kıymetli eşim Doç. Dr. Haydar HOŞGÖR'e,

Yaşama umudum olan, kendi minik, kalbi ve aklı kocaman olan, bir tanem canım KIZIMA

Sevgi ve saygıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... XİV
ÖZET XV
ABSTRACT ..... XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Takım Çalışması 3
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Takım Çalışması 4
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Disiplinlerarası Takım Çalışması 12
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Multidisipliner Takım Çalışması 14
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Transdisipliner Takım Çalışması 15
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Takım Çalışmasıyla İlgili Araştırma Sonuçları 16
3. GEREÇ VE YÖNTEM 19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 19
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 19
3.3. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları 20
3.3.1. Hasta/Hasta Yakınları Veri Toplama Araçları 21
3.3.2. Sağlık Çalışanları Veri Toplama Araçları 21
3.4. Verilerin Analizi 22
3.5. Araştırmanın Etik Yönü 25
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 25
4. BULGULAR 26
4.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Dil ve Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulgular 26
4.1.1. Dil Geçerliği 26
4.1.2. Kapsam Geçerliği 26

4.1.3. Yapı Geçerliği 29
4.1.3.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular.....29
4.1.3.2. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular.....53
4.2. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketine İlişkin Güvenirlik Analizleri.....67
4.2.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne Ait Güvenirlik Analizleri.....67
4.2.2. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne Ait Güvenirlik Analizleri.....68
4.3. Hastalar/Aileleri ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısının Belirlenmesine İlişkin Bulgular 68
4.3.1. Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısına İlişkin Bulgular 68
4.3.1.1. Hastaların/Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri 68
4.3.1.2. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki İlişki.....73
4.3.1.3. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Üzerine Etkili Olan Etmenler
4.3.2. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısına İlişkin Bulgular 74
4.3.2.1. Sağlık Hizmeti Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri 74
4.3.2.2. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki İlişki.....77
4.3.2.3. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Üzerine Etkili Olan Etmenler
5. TARTIŞMA 81
5.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Geçerlik ve Güvenirliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 81
5.1.1. Anketlerin Dil ve Kapsam Geçerliği Bulgularının Tartışılması 81
5.1.2. Anketlerin Yapı Geçerliği Bulgularının Tartışılması.....81
5.1.3. Anketlerin Güvenirlik Analizleri Bulgularının Tartışılması 83
5.2. Hastalar/Aileleri ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı ve Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....84
5.2.1. Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısının Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması 84
5.2.2. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.3. Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Üzerine Etkili Olan Etmenlere İlişkin Bulguların Tartışılması 87
5.2.4. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısının Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması 88
5.2.2. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması
5.2.6. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Üzerine Etkili Olan Etmenlere İlişkin Bulguların Tartışılması 91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....92
6.1. Sonuçlar 92
6.2. Öneriler 95
KAYNAKLAR 97
FORMLAR 114
ETİK KURUL KARARI 119
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....126
ÖZGEÇMİŞ 127

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Etkili Takım Çalışmasının Özellikleri 6
Tablo 2-2: Etkili Takımlar İçin Anahtarlar 6
Tablo 3-1: Kullanılan İstatistiksel Yöntemler 23
Tablo 3-2: Anketlere İlişkin Normallik Testi Sonuçları 24
Tablo 3-3: Cronbach Alpha Katsayısı Değerleri 24
Tablo 3-4: Korelasyon Katsayısı Değerleri……24
Tablo 4-1: Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne İlişkin Uzman Değerlendirmeleri ve Kapsam Geçerlik İndeksi 27
Tablo 4-2: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne İlişkin Uzman Değerlendirmeleri ve Kapsam Geçerlik İndeksi 28
Tablo 4-3: Hastaların/Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N: 230) 29
Tablo 4-4: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Yakınlık Derecesine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 31
Tablo 4-5: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 31
Tablo 4-6: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 32
Tablo 4-7: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 32
Tablo 4-8: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 33
Tablo 4-9: Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Çoklu Karşılaştırma Bulguları 34
Tablo 4-10: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Yatış Tanısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 36
Tablo 4-11: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 37
Tablo 4-12: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 37
Tablo 4-13: Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 39

Tablo 4-14: Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 39
Tablo 4-15: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular……...42
Tablo 4-16: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçları Puanlarının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 42
Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular 43
Tablo 4-18: Düşük ve Yüksek İşlevli Takımlarda Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Takım Etkililiği Algısı İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular... 53
Tablo 4-19: Sağlık Hizmeti Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (N: 260) 53
Tablo 4-20: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 54
Tablo 4-21: Takım Toplantısı, Takım Süreçleri ve TEA-Genel Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 55
Tablo 4-22: Rol Belirginliği, Güven ve Sonuçlar Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 55
Tablo 4-23: Sonuçlar Alt Faktörüne İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçlarına Ait Bulgular 56
Tablo 4-24: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 56
Tablo 4-25: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 57
Tablo 4-26: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 57
Tablo 4-27: Rol Belirginliği, Takım Süreçleri, TEA-Genel ve Sonuçlar Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 58
Tablo 4-28: Güven ve Takım Toplantısı Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 58

Tablo 4-29: Sonuçlar Alt Faktörünün Eğitim Durumuna Göre Çoklu Karşılaştırma Sonuçlarına İlişkin Bulgular 59
Tablo 4-30: Güven ve Takım Toplantısı Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Çoklu Karşılaştırma Bulguları 60
Tablo 4-31: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Meslek Türüne Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ... 61
Tablo 4-32: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 61
Tablo 4-33: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 62
Tablo 4-34: Takım Toplantısı Alt Boyutunun Çalışılan Birime Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 62
Tablo 4-35: Sonuçlar Puanının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 63
Tablo 4-36: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 63
Tablo 4-37: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanlarının Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 63
Tablo 4-38: Sonuçlar Puanının Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 64
Tablo 4-39: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Kurumda Çalışılan Yıla Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 64
Tablo 4-40: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanlarının Kurumda Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 65
Tablo 4-41: Sonuçlar Puanının Kurumda Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 65
Tablo 4-42: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Çalışma Şekline göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 66
Tablo 4-43: Düşük ve Yüksek İşlevli Takımlarda Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Takım Etkililiği Algısı İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ... 66
Tablo 4-44: Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne Ait Cronbach Alpha Katsayısı Sonuçları (N: 230) 67

Tablo 4-45: Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne Ait Test Tekrar Test Sonuçları (N: 58)..... 67
Tablo 4-46: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne Ait Cronbach Alpha Katsayısı Sonuçları 68
Tablo 4-47: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne Ait Test Tekrar Test Sonuçları (N: 65)..... 68
Tablo 4-48: Hastaların/Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N: 205)..... 69
Tablo 4-49: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Alt Faktörlerinin Tanımlayıcı Özellikleri 70
Tablo 4-50: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki Korelasyon Bulguları……..72
Tablo 4-51: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları 73
Tablo 4-52: Hastaların/Ailelerinin Sonuçlar Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi 73
Tablo 4-53: Sağlık Hizmeti Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (N: 209) 75
Tablo 4-54: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Alt Faktörlerinin Tanımlayıcı Özellikleri 76
Tablo 4-55: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki Korelasyon Bulguları……..……..78
Tablo 4-56: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları..... 79
Tablo 4-57: Sağlık Hizmeti Verenlerin Sonuçlar Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları……..79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Takım Çalışmasının Yararları 9
Şekil 2-2: Meslekleraras İşbirliği ve İletişimi Kesintiye Uğratan Farklılıklar 12

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

H: Hastalıklar

ICC: Intraclass Correlation Coefficient (Sınıflar İçi Korelasyon Katsayısı)

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KHD: Kadın Hastalıkları ve Doğum

Provider-PTE: Provider of Team Effectives

PTE: Patient-Family Questionnarie: Patient-Perceptions of Team Effectives

Sd: Serbestlik Derecesi

SH: Standart Hata

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

t: t değeri

TEA: Takım Etkililiği Algısı

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

Hoşgör Gündüz, D. (2022). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Disiplinlerarası Takım Çalışmasının Etkililiğinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma; Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Türkçeye uyarlanması ve hasta/ailesinin ve sağlık çalışanlarının disiplinlerarası takım çalışması etkililiğine ilişkin görüşlerinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. İki aşamadan oluşan araştırmanın, birinci aşamasının örneklemini 230 hasta/ailesi ile 260 sağlık çalışanı, ikinci aşamasının örneklemini 205 hasta/ailesi ile 209 sağlık çalışanı oluşturdu. Veri toplamada; Hasta-Ailesi Tanıtıcı Bilgi Formu, Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi, Sağlık Çalışanı Tanıtıcı Bilgi Formu ve Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi kullanıldı. Veri analizinde, birinci aşama için dil ve kapsam geçerliği, bilinen grup ile karşılaştırma yöntemi ve güvenirlik analizleri; ikinci aşama için tanımlayıcı analizler, korelasyon ve lojistik regresyon analizi kullanıldı. Yapı geçerliğinde, her iki ankette katılımcıların özelliklerine göre anlamlı farklılıklar belirlendi. Anketin duyarlılığı için düşük ve yüksek işlevli takımların puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Hastalar/aileleri ile sağlık çalışanlarının takım etkililiği algısı yüksek düzeyde saptandı. Hastaların/ailelerinin takım etkililiği algısına ilişkin en yüksek puanın uyum, en düşük puanın ise hasta-aile odaklılık alt boyutunda; sağlık çalışanlarının takım etkililiği algısına ilişkin, en yüksek puanın takım etkililiği algısı, en düşük puanın ise rol belirginliği alt boyutunda olduğu saptandı. Hem hastaların/ailelerinin hem de sağlık çalışanlarının Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanı arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki belirlendi. Hastaların/ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde, hastanede yatılan servis puanının, Sonuçlar puanı üzerinde ise medeni durum ve yüksek Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının anlamlı etkisi saptandı. Sağlık çalışanlarının Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde, meslekte toplam çalışma yılı puanının, sonuçlar puanı üzerinde ise meslekte toplam çalışma yılının ve yüksek Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının anlamlı etkisi belirlendi. Sonuç olarak Türkçe uyarlaması yapılan her iki anketin de geçerli ve güvenilir ölçüm araçları olduğu belirlendi. Bulgular, takım etkililiğinin arttırılması için hasta-aile odaklılığı ve sağlık çalışanlarının rol belirginliğinin geliştirilmesinin gerekli olduğunu, takım süreçlerini iyileştirmenin bakım sonuçları üzerinde etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takım etkililiği algısı, disiplinlerarası takım çalışması, sağlık ekibi, geçerlik, güvenirlik

ABSTRACT

Hoşgör Gündüz, D. (2022). Determination of the Effectiveness of Interdisciplinary Teamwork in Health Care Services. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Deparment of Nursing Management. Thesis of Doctorate. İstanbul.

This study was conducted to adapt the Patient-Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire and Provider-Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire into Turkish and to determine the patient/family and healthcare professionals' views on the effectiveness of interdisciplinary teamwork and factors affecting its effectiveness. The study was conducted in two stages. The sample of the first stage included 230 patients/families and 260 healthcare professionals, whereas the sample of the second stage included 205 patients/families and 209 healthcare professionals. The data were collected using the Patient-Family Descriptive Information Form, Patient-Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire, Health Professional Descriptive Information Form and Provider-Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire. In the data analysis, while language and content validity, known group comparisons and reliability analysis were performed for the first stage, descriptive analysis, correlation and logistic regression analysis were performed for the second stage. The construct validity study revealed significant differences between the participants' scores for both questionnaires in terms of their characteristics. The comparison of the mean scores obtained by the low- and high-functioning teams for the sensitivity of the questionnaire demonstrated a statistically significant difference. The team effectiveness perception of the patients/their families and health workers was high. While the patients/families obtained the highest score from the cohesion subscale and the lowest score from the patient/family focus subscale, healthcare professionals obtained the highest score from the belief about team effectiveness subscale and the lowest score from the role clarity subscale. A highly significant correlation was determined between the mean scores obtained from the overall Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire and Outcomes subscale both by the patients/families and by the healthcare professionals. While the score for the service where the patients were hospitalized variable had a significant effect on the patients/families' scores for the Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire, the marital status variable and high Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire score had a significant effect on the Outcomes subscale score. While the score for the length of service in the profession variable had a significant effect on the healthcare professionals' scores for the Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire, the length of service in the profession variable and high Perceptions of Team Effectiveness Questionnaire score had a significant effect on the Outcomes subscale score. In conclusion, it was determined that both questionnaires, which were adapted into Turkish, were valid and reliable measurement tools. The findings revealed that patient-family focus and role clarity of healthcare professionals should be developed in order to increase team effectiveness, and that improving team processes had an effect on care outcomes.

Keywords: Perception of team effectiveness, interdisciplinary teamwork, healthcare team, validity, reliability

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Takım çalışması belirli koşullarda; daha uygun bakım, daha iyi hasta sonuçları ve takım dışı yaklaşımlara kıyasla daha düşük maliyetlerle sağlık hizmeti sunumuyla ilişkilidir. Buna ek olarak, hasta bakımındaki özellikli görevler profesyoneller tarafından tek başına iyi bir şekilde getirilemeyecek kadar karmaşıktır. Bu nedenle, takım çalışmasına gereksinim duyulmakta, takım çalışması ile profesyonel uzmanlığın neden olduğu parçalanmış bakımın üstesinden gelinebilmektedir. Takım çalışmasından yararlanan hastalar, daha fazla çalışan tarafından gözlemlenmekte, farklı bakış açılarından değerlendirilebilmekte ve çalışanların çok çeşitli becerilerinden yararlanabilmektedir (Bosch ve ark. 2009).

Günümüzün karmaşık ve uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinde etkili bir takım çalışması ve nitelikli bir iletişim, hasta güvenliği açısından gerekli bileşenlerdendir (Ballangrud ve ark. 2017; Walton 2020). Hasta güvenliği, modern tıbbın önde gelen sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir. Her yıl 400.000 hastanın önlenebilir hatalardan dolayı öldüğü belirtilmektedir. Oluşan hasta güvenliği kriziyle mücadele etmek amacıyla Amerikan Tıp Enstitüsü'nden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne kadar çeşitli kurum ve kuruluşlar profesyoneller arası takım çalışmasının geliştirilmesi çağrısında bulunmaktadır (D'Angelo ve ark. 2019). Hasta güvenliğini sağlamanın yolu yalnızca gelişmiş teknoloji ve tedavilere bağlı değildir, sağlık profesyonellerinin takım olarak etkin bir performans göstermesine de bağlıdır (Baker ve ark. 2010). İngiltere Ulusal Sağlık Servisi'nde sağlık hizmetlerinde takımların kullanılması olağan hale gelmiştir. İngiltere Ulusal Sağlık Servisi Ulusal Personel Anketi'nin 2010 tarihli verilerine göre personelin %90'ından fazlası bir takım içinde yer aldığını belirtmiştir (Care Quality Commission 2010).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinde takımlarının işleyişinin ve performansının nasıl daha iyi geliştirilebileceğine yönelik artan bir ilgi bulunmaktadır. Hasta güvenliğinde meydana gelen olumsuz olayların kilit faktörü olarak zayıf takım çalışması görülmektedir (Kilpatrick ve ark. 2020). ABD'de yapılan bir çalışmada, etkililik düzeyi düşük olan takımların dört yılda 23.000'den fazla malpraktis vakasına neden olduğu ve bunun da yaklaşık 1,7 milyar $'lık bir maddi kayba ve 2000 kişinin ölümüne yol açtığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Kanada Sağlık Enstitüsü ise sağlık ekiplerinin iletişim ve

takım çalışmasını iyileştirdikleri takdirde istenmeyen olayları %37 oranında engelledikleri ortaya koymuştur (Kilpatrick ve ark. 2019a).

Takım performansı; muayene oranları, bekleme süreleri ve bakıma erişim içerikli sistem temelli indikatörler kullanılarak incelenmektedir. Fakat hasta çıktılarını daha iyi anlamak için takım temelli süreçler gerekmektedir. Buradaki süreçler hasta ve hizmet sunucuları düzeyinde meydana gelen etkileşimler olarak tanımlanmaktadır. Takım çalışması, iletişim ve hasta katılımını içeren süreçler etkili bakımın sunulmasında köşe taşları olarak değerlendirilmektedir (Kilpatrick ve ark. 2019a). Sağlık hizmetlerindeki takımlar ve takım çalışması süreçleri üzerine yapılan araştırmalar iki nedenden dolayı önemlidir. İlk olarak; takım çalışmasının kalitesi, bakım sunum sistemlerinin kalitesine ve güvenliğine (Petit dit Dariel ve Cristofalo 2018) bağlıdır, ikincisi ise; sağlık hizmetlerinde geniş boyutta teori geliştirme ve analiz etme olanağı sağlamaktadır (Rosen ve ark. 2018).

Van Dijk-de Vries ve ark. (2016) meslekler arası takım etkililiğini ölçmek için bir öz değerlendirme aracı geliştirmişlerdir. Yaptıkları çalışmanın, yalnızca sağlık profesyonellerinin bakış açılarını ele aldığını, takım etkililiğini değerlendirmek için hastaların da görüşlerinin alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Tüm sağlık hizmeti sunucularının kaliteli hasta bakımına katkılarını yansıtan takım düzeyindeki çıktılarını belirlemek ve hastaların ve ailelerinin takım etkililiği algılarını incelemek için daha fazla araştırmaya gereksinim olduğu belirtilmektedir (Kilpatrick ve ark. 2012; Kilpatrick 2013). Kilpatrick ve ark. (2019a; 2019b), sağlık bakım hizmetlerinde takım çalışmasının etkililiğini değerlendirmek üzere alan yazında az sayıda kaynak olduğunu belirterek hastalar ve aileleri ile sağlık hizmeti verenler tarafından değerlendirilecek iki anket geliştirmişlerdir. Bu doğrultuda, bu tez çalışmasının ilk aşamasında, Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ve Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmak amaçlanmaktadır. İkinci aşamada ise hasta-hasta ailesinin ve sağlık hizmeti verenlerin disiplinlerarası takım çalışması etkililiğine ilişkin görüşlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Takım Çalışması

Takım; ortak bir hedef doğrultusunda hareket eden, birbirine bağlı, birbiriyle uyumlu, belirli rol ve işlevleri olan, sınırlı süre için bir araya gelen, iki veya daha fazla kişiden oluşan bir grup olarak tanımlanmaktadır (Salas ve ark. 1992; Katzenbach ve Smith 2013; Barton ve ark. 2018). Takımlar ortak bir amacı paylaşan, görev bağlılığı yüksek sosyal varlıklardır (Dyer 1984). Bağlılık, takım üyelerini birbirine kenetleyen bir tür sosyal yapıştırıcı olmaktadır (Feistritzer ve Jones 2014). Takımlar birlikte karar verir (Orasanu ve Salas 1993), özel bilgi ve becerilere sahiptir (Cannon ve ark. 1995), yüksek iş gücüyle çalışır (Bowers ve ark. 1997), görevleri arasındaki karşılıklı bağlılıktan ve ortak bir iş yaptıklarından dolayı küçük gruplardan farklıdır (Brannick ve ark. 1997). Takımların; yaratıcılık, bilgiyi anlamlandırma, paylaşma ve dağıtma, yeniliklere kolay uyum sağlama ve uygulamaya geçirme ile işbirliği gibi çok çeşitli işlevlere katkıları bulunmaktadır (Johnson 2017).

Takım çalışması; birlikte karar verme, iletişim, karşılıklı güven, takım koordinasyonu ve çatışma ortamının olmaması olarak tanımlanabilmektedir (Alexanian ve ark. 2015). Takım çalışmasının en büyük savunucularından biri olarak kabul edilen Deming'e göre takım çalışması; tüm çalışanların ortak bir amacı gerçekleştirmek için çaba sarf ettiği endemik bir sistemi ifade etmektedir (O'Daniel ve Rosenstein 2008). Baker ve ark. (2003) takım çalışmasını; takım girdileri, takım süreçleri ve takım çıktılarının zamanla sıralandığını varsayan Klasik Sistem Teorisi içinde tanımlamıştır. Buna göre, takım girdileri, görevin özelliklerine, işin unsurlarına ve üyelerin tutumlarına; takım süreçleri, üyeler arasındaki etkileşim ve eşgüdüme; takım çıktıları ise takım performansı sonucunda ortaya çıkan sonuca odaklanmaktadır (Baker ve ark. 2003).

Reeves ve ark. (2018), yirmiden fazla takım çalışması tanımını incelemiş ve altı ortak unsur bulmuştur. Bu unsurlar; paylaşılan kimlik, açık roller, görevler ve hedefler, üyeler arasında karşılıklı bağlılık, iş entegrasyonu, sorumlulukların paylaşılması ve hasta bakımını etkileyen takım görevlerinin öngörülebilirliği, aciliyeti ve karmaşıklığı olarak belirtilmiştir. Feistritzer ve Jones (2014) da, etkili bir takım çalışması için takım üyesinin kendisinin ve takım arkadaşlarının sorumluluklarını bilme, birbirlerinin performansını gözlemleme ve bir takım üyesi olmaya istekli olma gibi belirli bilgi, beceri ve tutumlara sahip olmaları gerektiğini ifade etmektedir. Canon-Bowers ve Salas (1997) ise etkili

takım çalışması için; bilgi, beceri ve tutum olmak üzere üç yetkinlik türünün varlığına dikkat çekmektedir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Takım Çalışması

Bireyleri aynı ortama koymanın kendiliğinden bir sonucu olarak görülmeyen takım çalışması, ortak hedefler çerçevesinde birlikte çalışma isteğine bağlılığı işaret etmektedir (Baker ve ark. 2005). Takım becerileri arasında yalnızca bireysel sorumlulukların yerine getirilmesi değil, takım arkadaşlarının faaliyetlerinin izlenmesi ve olası çatışmaların çözülmesi de yer almaktadır (Baker ve ark. 2003). Özellikle sağlık hizmetleri gibi kendine has özelliklere sahip olan bir alanda, takım çalışması daha da önemli bir hale gelmekte ve hatta işlerin uyum içerisinde eksiksiz ve sorunsuz işlemesinde kilit bir rol oynamaktadır.

Bir sağlık sunum ekibi; hekim, hemşire, ebe, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, sağlık teknikeri gibi farklı uzmanlık alanlarındaki çeşitli klinisyenlerden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti, bu klinisyenlerin birlikte çalıştığı, düzenli olarak iletişim kurduğu ve kaynakları ortak kullandığı multidisipliner bir hizmet olarak tanımlanmaktadır (Manser 2009). Sağlık hizmetlerinde takım çalışması; bakım planındaki ortak hedeflere ulaşmak amacıyla en az iki sağlık profesyonelinin hastalarla ve aileleriyle işbirliği ve koordinasyon içinde yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmasıdır (Babiker ve ark. 2014). Sağlık hizmeti sunumunda sağlık profesyonelleri, hastaların gereken bakımları almaları için birlikte çalışmak durumundadırlar (Eddy ve ark. 2016; Agha ve ark. 2021). Aynı zamanda, hastaya sunulacak olan bakımı belirleme, planlama ve değerlendirme aşamalarında uyumlu fiziksel ve zihinsel çabayı gösterebilmelidirler (Xyrichis ve Ream 2008).

Sağlık hizmetlerinde hastalar ve aileleri takımın önemli üyeleri arasında yer almaktadırlar (Amundson 2005). Hasta bakımının optimizasyonunun sağlanması için, hastalar ve aileleri de dahil olmak üzere tüm takım üyeleri birbirleriyle iyi iletişim kurmalı, gözlemlerini, uzmanlıklarını ve karar verme sorumluluklarını birleştirmelidir (Babiker ve ark. 2014). Takım üyelerinin birbirine bağlılığı, işbirliği, açık iletişimi ve ortak karar alması hasta, organizasyon ve çalışan süreçleri için değer katan uygulamaların gerçekleşmesini sağlar (Xyrichis ve Ream 2008).

Sağlık hizmetlerinde takım çalışmasının önemine rağmen, çoğu klinik ayrı ayrı profesyoneller topluluğu olarak görevlerine devam etmektedir. Bunun nedeni, takım

üyelerinin ayrı disiplinlerden ve çeşitli eğitim programlarından gelmeleri, nadir olarak birlikte eğitim almaları olabilmektedir (Baker ve ark. 2006). Hekimler hastaların geliş nedenleri ile ilgili bilgileri alıp, farklı görüşlere başvurmadan da karar verebilmeleri üzerine eğitim almaktadırlar. Hemşireler ve teknikerler ise sadece hastanın yaşam bulgularını değil, hastanın bütününü ilgilendiren bilgileri de iletmek üzere eğitim almaktadırlar. Aynı zamanda hasta bakımında karar verme süreçlerine dahil olmak istemektedirler (Alonso ve ark. 2006).

Profesyonel bakımdan hasta odaklı bakıma geçiş, sağlık profesyonellerinin geleneksel rollerini ve sınırlarını zorlamaktadır (Walton ve ark. 2020). Fakat gelişen ve değişen dünyada, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, bakımı etkileyen tüm faktörlerin ele alındığı bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve çok çeşitli sağlık profesyonellerinin işbirliğine duyulan ihtiyaç sağlık hizmetlerinde takım çalışması yaklaşımını önemli hale getirmektedir (Başoğul 2020). Özellikle kritik hastaların bakımının karmaşık olması nedeniyle kaliteli ve güvenli bakım verebilmek için takım çalışması gereksinimi artmaktadır (Aghamohammadi ve ark. 2019).

Sağlık takımları teşhis ve tedavinin yanı sıra sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi için de birlikte çalışmak durumundadır (Pinto ve ark. 2012). Tüm bunları yaparken takımların başarılı olabilmek için ortak bir amaca sahip olmaları gerektiği gibi hedefe başarıyla ulaşmak için neler yapılması gerektiğini bilmeli, teknik yeterliliğe sahip olmalı, etkin bir iletişim kurmalı, koordinasyon ve işbirliği içinde bir takım kültürü oluşturmalıdırlar (Banarjee ve ark. 2016). Takım üyeleri arasındaki etkileşimlerin artması üyeler arasındaki bilgiyi ve güven duygusunu artırarak başarılı ve üretken takımlar oluşmasını sağlamaktadır (Agha ve ark. 2021).

Başarılı ve üretken takımların birtakım özellikleri vardır. Etkili sağlık takımlarının temelini oluşturan bu özelliklerden bazıları ortak amaç, ölçülebilen hedefler, etkin liderlik, etkin iletişim, iyi bir uyum, karşılıklı saygı olarak sayılmaktadır (Mickan ve Rodger 2005). O'daniel ve Rosenstein (2008) de bu özellikleri açık iletişim, düzenli ve rutin bilgi paylaşımı, bilinen roller ve görevler, sorumlulukların paylaşılması, takım üyesi sayısının yeterli olması, cezalandırıcı olmayan saygılı bir çevre, belirli bir hedef, yetki ve hesap verilebilirlik, olası çatışmaları önceden öngörerek yönetebilme, karar verme prosedürlerinin olması, kaynaklara eşit erişim, çıktıları ölçebilme ve değerlendirme

mekanizmasının olması olarak sıralamaktadır. Michan ve Rodger (2000)'ın tanımladığı etkili bir takım çalışmasının özellikleri Tablo 2-1'de sunulmuştur.

Tablo 2-1: Etkili Takım Çalışmasının Özellikleri

Etkili Takım Çalışmasının Özellikleri					
Örgütsel Yapı	Açık bir amaç	**Bireysel Katkı**	Kendini tanıma	**Takım Süreçleri**	Koordinasyon
	Uygun kültür		Güven		İletişim
	Görev tanımı		Bağlılık		Uyum
	Belirlenmiş roller		Esneklik		Karar verme
	Uygun liderler				Çatışma yönetimi
	Uygun takım üyeleri				Sosyal ilişkiler
	Yeterli kaynaklar				Geri bildirim

Kaynak: Michan, S. ve Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review*, 23 (3), 201-208.

Etkili bir takım çalışması açık ilkelerden ve aynı hedeflerden etkilenmektedir. Aynı misyona ve ortak bir amaca sahip takım üyeleri, bilinçli olarak birbirine bağlanır ve birleşirler. Takım üyeleri arasındaki açıklık, güven ve etkili iletişim önemlidir. Özgürce paylaşılan fikirler ve öneriler, mantıklı ve yararlı ise diğer takım üyeleri tarafından desteklenmelidir (Windysusanti ve ark. 2017). Maksimum performans için takım başarısı odak nokta olmalıdır. Bireysel rollerinin farkında olan, egolarını bir kenara bırakarak bireysel değerlere katkı sağlayan ve takdir edildiğini bilen üyelerin olduğu bir takımın, başarısı ve iş doyumu artacaktır (Bosch ve Mansell 2015). Bannister ve ark. (2014) tarafından, etkili takımlar için amaç, açıklık, roller ve beceriler olarak tanımlanan anahtarlara Tablo 2-2'de yer verilmiştir.

Tablo 2-2: Etkili Takımlar İçin Anahtarlar

Amaç	Açıklık	Roller ve Beceriler
Açık	Sürekli iletişim	Doğru insan
Paylaşılan	Karşılıklı saygı	Doğru beceriler
Düzenli kontrol	Güvenli çevre	Birbirlerinin rollerini bilme
Şu ana odaklanma	Liderlik	Gereken araç ve kaynağı sağlama
Başarıları kutlama	Bağlılık	

Kaynak: Bannister, S. L., Wickenheiser, H. M. ve Keegan, D. A. (2014). Key elements of highly effective teams. *American Academy of Pediatrics*, 133(2), 184-186.

Takım etkililiğini incelemek amacıyla McGrath tarafından tanımlanan Girdi, Süreç ve Sonuç Çerçevesi'ne göre, *girdiler;* kişilikler, yetkinlikler, görev yapısı, liderin dış özellikleri, örgütsel tasarım özellikleri ve çevresel güçlükler gibi üyelerin etkileşimlerini kolaylaştıran ve sınırlayan etkenlerdir. *Süreçler;* takım girdilerinin takım

çıktılarına nasıl dönüştüğünü tanımlamaktadır. *Çıktılar* ise; bir ya da daha fazla destek grupları tarafından değerlendirilen performans, memnuniyet ve bağlılık gibi duygusal tepkileri içeren takım faaliyetlerinin sonuçlarını içermektedir (Berber ve ark. 2020).

Kilpatrick ve ark. (2020) takım işleyişinin birtakım süreçlerden etkilendiğini ifade etmektedir. Bu süreçleri; açık iletişim, uyum, eşgüdüm, karar verme, problem çözme, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarına odaklanma olarak sıralamıştır (Kilpatrick ve ark. 2021). İletişim; sağlık hizmetlerinde etkililik, verimlilik, hasta memnuniyeti ve hasta güvenliğini sağlayan önemli bir etkendir (Bagnasco ve ark. 2019). Hastaların taburculuk planını yaparken takım arasında kurulan iyi bir iletişim hastaneye yeniden yatışları azaltmaktadır (Bahr ve ark. 2017). Bu durum hastane maliyetlerine de etki etmektedir. Sağlık profesyonelleri için etkin iletişim ve takım çalışması becerilerini öğrenmek hasta güvenliğini artırmak için çok önemli bir unsurdur. Ön saflarda çalışan hemşireler gibi sağlık profesyonelleri bakım sunumunda güvenli olmayan durumların erken belirtilerini farkederek kuruma bildirmeleri açısından önemli pozisyondadır (Okuyama ve ark. 2014). Hemşireler; bakım süreci boyunca diğer sağlık çalışanları ve hastalar ve ailelerini bütünleştirmede önemli bir takım üyesidir (Baik ve ark. 2018).

Sağlık çalışanları arasında zayıf bir iletişim tıbbi hatalara, çatışmalara ve verimsizliğe neden olabilmektedir (Blakeney ve ark. 2021). İletişim sürecinde yaşanan hataların önlenebilir morbidite ve mortaliteye neden olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon (Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations-JCHO) bildirilen 2455 raporun %70'inin sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim hatalarından kaynaklandığını ve %75'inin hasta ölümüyle sonuçlandığını öne sürmektedir (Amsalu ve ark. 2014).

İletişim hataları; hastaya verilen önlenebilir zararların tek başına bir nedeni olabileceği gibi, diğer zararların da altta yatan bir etkeni olabilmektedir. Hastanelerde vardiya değişimi iletişim hatalarına zemin oluşturan bir durum sayılabilmektedir. Hastanın durumu veya bakım planı hakkında yanlış ya da eksik bilgi aktarılması tedavilerin gecikmesine veya yanlış tedaviye neden olabilmektedir. Bu durum cerrahi advers olayların %28'i ile ilişkili bulunmuştur (Gawande ve ark. 2003).

Sağlık hizmetleri sunumu yapısı gereği hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personellerinin eşgüdümünü gerektirmektedir (Baker ve ark. 2010). Ayrıca hastanın sağlık durumunu değerlendirmek ve eşgüdümlü bir bakım planı oluşturmak için düzenli

takım toplantıları yapılması gerekmektedir (Anaker ve ark. 2020). Takım toplantıları takım üyelerinin hasta güvenliği konusunda endişelerini rahat bir şekilde dile getirdikleri bir ortam oluşmasına yardımcı olmaktadır. Düzenli yapılan takım toplantıları sayesinde üyeler birbirlerini daha yakından tanımakta, üyeler arasındaki ilişkiler gelişmekte ve takım dinamiği yükselmektedir (Aldawood ve ark. 2020).

Bununla birlikte, hastaların almış oldukları sağlık hizmetlerinin sonuçlarını iyileştirmek amacıyla hekim ve hemşirenin karar sürecine birlikte katılması gerekmektedir (Aghamohammadi ve ark. 2019). Yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'nde çalışan takımların kilit faaliyetleri; hekim ve hemşirelerin birlikte çalışması, sorunları birlikte çözerek karar alması ve alınan kararları birlikte yürütmek olarak tanımlanan işbirliğidir. İşbirliği için birbirlerine saygı duymaları, güvenmeleri ve hasta bakımını değerlendirmede istekli olmaları gerekmektedir. Yapılan işbirliği sonucunda; sağlık çalışanlarının iş doyumu artmakta, hasta bakımında iyileşmeler olmakta ve bakım maliyetleri üzerinde kontrol sağlanmaktadır (Baggs ve ark. 2004).

Günümüzde hastaların sağlık hizmetlerine katılımı yüksek kalitede bir sağlık sistemi için kritik bir önem arz etmektedir. Hastaların sağlık hizmetine katılımı sayesinde hemşireler ve aileler işbirliği yaparak semptomlar, ilaç yönetimi ve taburculuk hedefleri gibi durumları ele alan bir tedavi ve bakım planı oluşturabilmektedirler. Böylelikle hastaların güveni ve memnuniyeti artmaktadır (Barello ve ark. 2012). Hastaların bakım veren sağlık çalışanlarına karşı artan güven ve memnuniyeti hasta sadakatini de beraberinde getirmektedir.

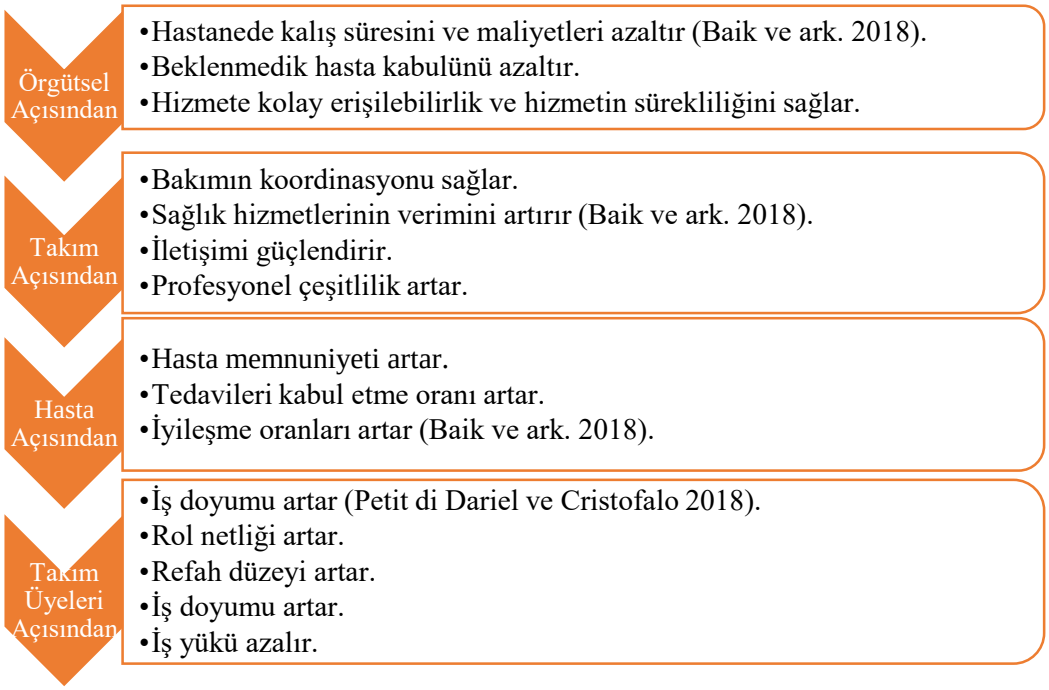
Belirgin bir rol netliği olan, üyelerin birbirine karşılıklı güven duyduğu ve üyeler arasındaki iletişimin kaliteli olduğu takımlarda, cerrahi operasyonlardan sonra işlevselliğin yüksek, ağrı duyusunun düşük ve yatış süresinin daha kısa olduğu görülmüştür (Gittel ve ark. 2000). Bir takım içindeki güven düzeyi rol netliği ile yakından ilişkilidir (Jünger ve ark. 2007). Rol netliği ne kadar önemli olsa da takım çalışmasının başarısı için takım üyelerinin birtakım becerilerinin örtüşmesi gerekmektedir. Hastanın yararına olan bir şeyi en verimli şekilde yapabilmek için bazen takım üyeleri geleneksel mesleki rollerinin dışına çıkmak durumunda kalabilmektedir (Bosch ve Mansell 2015).

Günümüzde hastalara nadiren tek bir sağlık profesyoneli hizmet sunmaktadır. Sağlık sisteminin karmaşık olan yapısında etkili takım çalışması, takım üyelerinin birbirleri ile yanlış iletişim kurmasını, rol ve sorumlulukların yanlış anlaşılmasını en aza

indirmektedir. Ayrıca bakım sürecinin en başından en sonuna kadar hastaların katılımları, hataları ve yaşanacak olumsuzlukları azaltmaktadır (Babiker ve ark. 2014). Yüksek işlevli ekipler daha yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaktadırlar (Walton ve ark. 2020). İyi bir takım çalışması örgütsel bağlılığı ve iş doyumunu artırarak, çalışan devamsızlığını ve devir hızını azaltmaktadır (Bayley ve ark. 2007).

Etkili bir takım çalışması; bakım kalitesini, hasta memnuniyetini, hasta ve çalışan güvenliğini, iş taahhüdünü artırmakta ve bakım sonuçlarını iyileştirmektedir. Çalışanların işten ayrılma niyeti ile tükenmişliğini de azaltmaktadır (Rosen ve ark. 2018). Uyumlu bir takım çalışması, üyelerinin merhamet yorgunluğunun olumsuz etkilerini hafifletmektedir (Wu ve ark. 2016). Bir sağlık bakım takımının etkililiği; beklenmeyen enfeksiyon, tedavi edilemeyen ağrı veya hastanede kalış süresini uzatan klinik sonuçların insidansını düşürerek klinik ve finansal sonuçları iyileştirmekte, hasta güvenliğini artırmakta, hastaların bakım ortamını, çalışanların çalışma ortamını ve çalışma kültürlerini iyileştirmektedir (Andreatta 2010).

Mickan (2005) yapmış olduğu bir literatür çalışmasında; takım çalışmasının örgüt, takım, hasta ve takım üyeleri açısından yararlarını şu şekilde özetlemiştir (Şekil 2-1).



Şekil 2-1: Takım Çalışmasının Yararları (Kaynak: Mickan (2005)'den uyarlanmıştır.)

Takım çalışmasının kalitesi ile yatan hasta memnuniyetleri oranları arasında olumlu bir ilişki söz konusudur (Lyu ve ark. 2013). Hemşirelik bakım kalitesi ve güvenliğinin önemli bileşenlerinden biri de etkili takım çalışması olmaktadır (Castner ve ark. 2013). Sağlık takımı yüksek düzeyde işliyor ise hemşirelerin iş doyumu da yüksek düzeyde olmakta ve bu durum hemşirelerin işte tutulmasını sağlamaktadır (Baik ve Zierler 2019). Hemşireler; diğer sağlık profesyonelleri, hastalar ve aileleri bütünleştirmede etkili bir takım üyesi olarak görülmektedir (Baik ve ark. 2018).

Sağlık hizmetlerinde takım çalışmasının; bakım maliyetlerini düşürdüğü, optimal hasta sonuçlarına ulaşılmasını sağladığı ve takım üyeleri arasında entellektüel ve meslekler arası destek oluşturduğu belirtilmektedir (Amundson 2005). Takımdaki diğer üyelerin rollerini anlayan, eğitimli takım üyeleri kendisinin ve diğer üyelerin zayıf performansını ve potansiyel hatalarını belirleyebilmektedir (Alonso ve ark. 2006). Daha iyi planlama, daha etkili klinik hizmetler, daha duyarlı ve hasta merkezli hizmet, verilen bakımın tekrarlanmasından ve parçalanmasından kaçınma ve sağlık çalışanları için daha fazla doyum sağlayan roller, takımların yararları arasında yer almaktadır (Atwal ve Caldwell 2005).

Takımların karşılaştığı zorluklardan biri amaç değişikliğidir. Etkili takımlar amacın değişebileceğini bilerek ve düzenli olarak amaçlarının ya da hedeflerinin değişmesi gerekip gerekmediğini kontrol etmektedir. Örneğin, klinikteki bir hastanın bakım amacı; teşhisten tedaviye, tedaviden hastanın yaşamını optimize etmeye değişebilmektedir. Takım üyeleri yeni yaklaşımları ve değişen koşulları takip ederek "Şu anda önemli olan nedir?" sorusunu sorabilmeli ve ona odaklanabilmelidir. Ayrıca hedefe doğru ilerledikçe küçük de olsa başarıları kutlanmalıdır (Bannister ve ark. 2014).

Takım üyelerinin çeşitli eğitim, tutum ve beklentilerden gelmesi, farklı alanlarda çalışması ve çalışma saatleri arasındaki farklılıklar, sağlık alanında takım çalışmasının zor olduğunu düşündürmektedir. Sağlık çalışanlarının devir hızları yüksek olabilmekte ve vardiyalı olarak çalıştıklarından dolayı birbirlerinin yetkilerini bilmeyebilmektedir (Anderson ve ark. 2021). Sağlık kurumlarında vardiyalı olarak çalışma (Petit dir Dariel ve Cristofalo 2018), hastaların başka bir servise ya da başka bir kuruma transferi veya insan kaynakları prosedürleri nedeniyle bakım veren sağlık personelinin sık değişimi takım işlevlerini olumsuz etkileyebilmektedir.

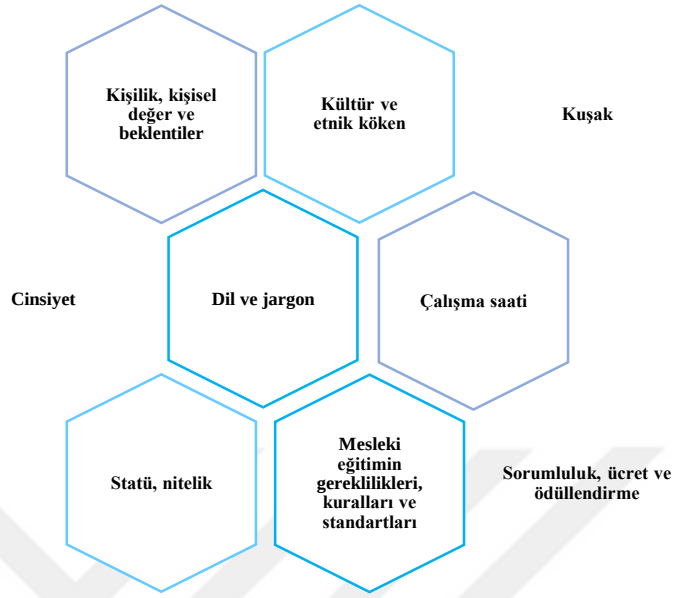
Takım çalışmasının önündeki engeller; sağlık profesyonelleri arasındaki hiyerarşik yapı (Petit dit Dariel ve Cristofalo 2018), hasta güvenliği kültürü algılarında farklılıklar, rol ve işbirliğine ilişkin farklı algı ve beklentiler olarak sıralanabilmektedir (Ballangrud ve ark. 2017). Takım çalışmasının ne olduğuna ilişkin algı farklılıkları, üyeler arasındaki beceri farklılıkları, eksik rol tanımı, bir takım liderinin olmaması ve hata oluşmasını önlemek için diğer ekip üyelerinin eylemlerine karşı çıkacak kadar kendini güvende hissetmemesi zayıf takım çalışmasına yol açmaktadır (Leggat 2007). Takım çalışmasının zayıf olması, hastaya zarar veren ve önlenebilir olarak görülen sistemsel hataların bir nedeni olarak görülmektedir (Ballangrud ve ark. 2017). Kuzey Amerika'da her yıl en az 400.000 Amerikalının ve 16.000 Kanadalının sağlık kurumlarında önlenebilir hata sonucu öldürüldüğü iddia edilerek hasta güvenliği pandemisi ilan edilmiştir. Bu önlenebilir hataların altında yatan neden olarak işlevsiz takım performansı gösterilmektedir (Barton ve ark. 2018).

Sağlık hizmetlerinde takım çalışmasının ve özellikle de takım içi iletişimin başarısız olması ya da gerçekleşememesi, sağlık profesyonelleri arasındaki farklılıklardan ve hiyerarşiden kaynaklanmaktadır. Takım üyeleri, takımın diğer üyelerini sorgulamaktan veya yüksek statülü algılanan hekimlere karşı gelmekten korkabileceği için takımın işleyişi etkilenebilmektedir (Eddy ve ark. 2016). Diğer bir zorluk da takım üyelerinin bireysel rollerini anlayamamasıdır (Walton ve ark. 2020). Takım çalışması; sağlık profesyonellerinin birbirleriyle sık iletişim kurmasını, olası çatışmalarla uğraşmalarını ve stresli iş ortamlarıyla başa çıkabilmelerini gerektirmektedir. Sağlık profesyonelleri arasında saygı eksikliği, takım çalışmasının etkililiği ve olumlu bir çalışma ortamının sağlanmasında önemli bir bariyer olarak görülmektedir (Leggat 2007).

Etkili olmayan bir takım çalışması; sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını artırırken, hasta sonuçlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu etki, karşılanamayan hemşirelik bakımının önemli bir göstergesi sayılmaktadır. Hemşirelerin yaratıcılığının, üretkenliğinin, verimliliğinin ve performansının etkili bir takım çalışması sonucunda artacağı düşünülmektedir (Zakaria ve AbouShaheen 2021).

Meslekleraası işbirliği ve iletişim; hiyerarşi, yıkıcı davranışlar, geçmişte olan meslekler içi ve meslekler arası rekabet, etkisi azalmış profesyonel kimlik korkuları, klinik sorumluluğa ilişkin endişeler, bakımın karışıklığı, hızlı karar vermenin önemi ve

birtakım farklılıklardan dolayı kesintiye uğrayabilmektedir. Bu farklılıklar, Şekil 2-2'deki gibi sıralanmaktadır (O'daniel ve Resenstein 2008).



Şekil 2-2: Meslekler arası İşbirliği ve İletişimi Kesintiye Uğratan Farklılıklar

Kaynak: O'daniel ve Resenstein 2008'den uyarlanmıştır.

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Disiplinlerarası Takım Çalışması

Disiplinlerarası takımlar; ortak hedefleri paylaşan, çeşitli derecelerde uzmanlık bilgi ve becerisine sahip olan, birbirine bağlı görevleri yerine getiren, farklı işlevsel ve klinik geçmişi olan üyeleri içermektedir (West ve Lyubovnikova 2013; Benoliel ve Somech 2015). Velioğlu (1988) disiplinlerarası takımı; "*değişik düşünce araçların kullanımında deneyimli, aralarında ortak sorunlar çerçevesinde işbölümü yapmış, her öğesi kendi bilgi ve becerisini bağımsızca kullanabilen, birbirleri ile sürekli iletişim içinde, konularını diğer ekip üyelerinin işlevlerinden doğan kısıtlamaları göz önüne alarak inceleyen ve çoğunlukla ortaya çıkan sonuca göre küme sorumluluğu ile yaklaşan insan topluluğu*" olarak tanımlamaktadır. Disiplinlerarası takım yaklaşımları zorunlu olarak bireysel performanstan ziyade ortak başarıya odaklanan işbirlikçi bir liderlik süreci tarafından yönlendirilmektedir (Mccollin 2003). Yapılan çalışmalar, takım çalışmasının liderlik, karşılıklı performans izleme, karşılıklı destek, uyum sağlama ve oryantasyon olmak üzere birbiriyle ilişkili beş unsur tarafından başarıldığını göstermektedir (Walton ve ark. 2020).

Disiplinlerarası yaklaşım; her takım üyesinin hasta için ayrı hedefler belirleyerek kendi disipliniyle ilgili faaliyetlerden sorumlu olduğu multidisipliner yaklaşımdan

farklıdır. Disiplinlerarası yaklaşım, birlikte hazırlanan bakım planı çerçevesinde her takım üyesinin ortak bir hedef için çabaladığı yaklaşımdır (O'Daniel ve Rosenstein 2008). Sağlık hizmetlerinin çok yönlü ve karmaşık yapısı, sağlık çalışanlarının uzmanlaşma seviyelerinin artması disiplinlerarası işbirliğini ve takım çalışmasının gelişmesini teşvik etmektedir (Al Sayah ve ark. 2014; Johnson 2017). Sağlık hizmetlerinde disiplinlerarası takım çalışması, hasta güvenliğini artırmanın, işbirliği ile etkili takım çalışmasını teşvik etmenin bir yolu olarak dünya çapında giderek artan bir kabul görmektedir (Aasea ve ark. 2014). Kanada, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avustralya ve Yeni Zelanda'da disiplinlerarası takım çalışması sağlık sisteminin tamamlayıcı bir parçası haline gelmiştir (Al Sayah ve ark. 2014).

Sağlık hizmetlerinde disiplinlerarası takım çalışması takım üyelerinin ortak hedef belirlemesini, sorumlulukları paylaşmasını, birbirlerinin yeterliliklerine güvenmeyi, birbirlerine saygı duymayı ve bakım sonuçlarını birlikte değerlendirmeyi içermektedir (Yaffe ve ark. 2001). Disiplinlerarası takım yaklaşımı ile çalışan takımlarda takım çalışması etkililiği daha yüksektir (Körner 2010). Disiplinlerarası takım çalışması; sağlık hizmeti sunumunu, işbirliğini, çalışan motivasyonunu, örgütsel bağılılığı ve farklılıklara toleransı iyileştirmektedir (Al Sayah ve ark. 2014).

Disiplinlerarası çalışma; kaynakların daha verimli kullanılmasını, bakım standartlarının iyileştirilmesini, hizmet sunumundaki boşlukların ve tekrarların azalmasını, bakımın sürekliliğini ve bütüncül bir hizmet sunumunu sağlamaktadır (Xyrichis ve Lowton 2008). Etkili bir disiplinlerarası takım çalışması; karşılıklı saygı ve güven, etkili iletişim ve ekip üyelerinin her birinin rol ve sorumluluklarını anlamasını gerektirmektedir (Baik ve ark. 2018). Disiplinlararası yapılan hasta viziteleri hasta ve ailesinin de katılımıyla, bilgileri paylaşarak ve işbirliği içinde günlük bakım planları oluşturmak önemli katkılar sunmaktadır. Yapılan hasta viziteleri; iletişimi, hasta ve çalışan memnuniyetini, klinik deneyim ve sonuçaları iyileştirmektedir (Blakeney ve ark. 2021).

Disiplinlerarası takım çalışmasının birtakım zorlukları vardır. Bu zorluklar; takım üyeleri arasında karşıt amaç ve hedefler, üst yönetim ile yaşanan iletişim sorunları, profesyonel rol ve sorumlulukları karıştırma, müdahaleler ve sonuçları ile ilgili farklı görüşler ile moral ve motivasyon kaynaklı yaşanan sorunlar olarak sayılabilmektedir (Hintenach ve Howe 2020). Disiplinlerarası iletişimde yaşanan aksaklıklar sonucu hasta

güvenliği riske girebilmekte ve hastanın kendi bakımına katılımında anlaşmazlıklar ve eksiklikler ortaya çıkabilmektedir (Bahr ve ark. 2017). Disiplinlerarası iletişimin başarısız olması sağlık hizmetlerinde ciddi hatalara neden olmaktadır. Bristol Royal Kliniği'nde kalp ameliyatı geçiren bebeklerin ölümüyle ilgili yayınlanan Kennedy Soruşturması takım çalışmasının önemini ve sınırlı performans ile etkililiğin maliyetini çarpıcı bir şekilde göstermektedir (Rafferty ve ark. 2001).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Multidisipliner Takım Çalışması

Disiplinlerarası takım çalışması, takım üyeleri arasındaki etkileşimi ifade ederken, multidisipliner takım çalışması farklı sağlık sosyal bakım meslek gruplarından gelen fakat etkileşimde bulunması zorunlu olmayan bir grup insanı ifade etmektedir (Atwall ve Catwald 2006). Multidisipliner takımlarda, üyelerin profesyonel kimliği takım üyeliğinin üzerinde yer almakta olup hiyerarşik bir yapı vardır (Crawford ve Price 2003; Kilgore ve Langford 2009).

Multidisipliner takım çalışması; sağlık çalışanlarının birlikte fakat birbirine paralel olarak her bir üyenin kendi hedefini belirlemesini içermektedir (Yaffe ve ark. 2001). Multidisipliner takımlar arası çalışma "mesleki bilginin geleneksel biçimlerinin ve ayrımlarının korunduğu ortak bir girişim" olarak tanımlanmıştır (Barr 1997). Multidisipliner takımlar; hemşireler, hekimler, asistan hekimler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları ve yardımcı personel olmak üzere tedavi piramidinde yer alan tüm çalışanları ifade etmektedir (Epstein 2014). Her takım üyesi kendi disiplinine ait görevleri yerine getirdikten sonra bir değerlendirme görüşmesi yapılmaktadır. Değerlendirme görüşmeleri dışında üyeler arasında iletişim çok azdır. Aynı zamanda iletişim üstten asta doğru dikey yönlüdür (Ruddy ve Rhee 2005).

Multidisipliner takımlar, Birinci Dünya Savaşı sırasında tıbbi ve cerrahi alanlarda cerrahi bakım, yanık bakımı, rehabilitasyon, yarık damak, kronik hasta bakımı ve ruh sağlığı olarak kurulmuştur (Baldwin 1996). Multidisipliner takımlarda üyeler, yalnızca kendi disiplinlerine ait görevleri yerine getirmektedir. Hastaya bakım verirken her takım üyesinin belirlenmiş farklı rolleri vardır (Sönmez, 2020). Bu çalışma şekli iletişim eksikliği yaratarak koordinasyonda düzensizliklere neden olabilmektedir (Hintenach ve Howe 2020).

Britanya Ulusal Sağlık Sistemi multidisipliner takım çalışmasını hasta bakımının yönetildiği kilit süreçlerden biri olarak görmektedir (Atwall ve Catweld 2006). Harris ve

Zwar (2007) da multidisipliner takım yaklaşımının kronik hastalıklara sahip olan hastaların bakımını optimize etmede kilit bir öneme sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Kronik hastalıklarda multidisipliner takım temelli bakımın, hem mesleki hem de hasta sonuçları açısından olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir (Yates ve ark. 2007). Birleşik Krallık'ta felç geçirmiş hastaların bakımında multidisipliner takım çalışması ön plana çıkmaktadır ve haftalık takım toplantıları düzenlenmektedir. Felçli hastaların bakımıyla ilgili yapılan bazı araştırmalar, takım çalışmasının ölüm oranını, engelliliği ve hastalığın tekrarlanmasını azalttığı, daha hızlı iyileşme ve daha az acı çekme gibi faydaları olduğunu göstermiştir (Baxter ve Brumfitt 2008).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Transdisipliner Takım Çalışması

Transdisipliner takım çalışmasında üyelerin rolleri daha az tanımlanmıştır. Takım üyeleri farklı alanlardan gelmektedir (Tress ve ark. 2005). Üyeler arasında yapılan bilgi paylaşımı sonucunda diğer uygulama alanlarında beceri kazanmaktadırlar. Daha sonra değerlendirmeler yapılmakta ve ardından hedefler ile müdahale planları oluşturmak için takım toplantıları yapılmaktadır (Batorowicz ve Shepherd 2008).

Sağlık hizmetlerinde yeni profesyonelizm şeklinde adlandırılan transdisipliner takım çalışması, sağlık hizmetlerini ortak dil ve toplumsal sözleşmeyle çalışmaya yöneltmektedir (Sönmez 2020). Transdisipliner takım yaklaşımında, bakımın tüm aşamalarında hasta ve ailesi açık bir şekilde takımın bir üyesi sayılmaktadır. Bu yaklaşım hizmetin tekraralanmasını önleyerek disiplin çizgisi boyunca parçalanmadan bakım verilmesini sağlamaktadır. Üyeler arasında iletişim hem yatay hem de dikey şekildedir. Çalışanların rolleri esnektir (Ruddy ve Rhee 2005). Üyeler disiplin sınırlarını aşan bir çalışma gerçekleştirmektedir.

Transdisipliner bakım modeli fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarını iyileştirmede giderek önem kazanmaktadır. Diyabet gibi bazı kronik hastalıklar, akıl ve ruh sağlığı hastalıklarında ve diğer toplumun sakatlanmasına eşlik eden durumlarla mücadele eden temel bir yaklaşımdır (Little 2010). Hekimler, hemşireler, fizyoterapistler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, eğitimciler ve konuşma terapistleri gibi meslekler transdisipliner takım üyelerini oluşturmaktadır (Mueller 2016).

2.6. Sağlık Hizmetlerinde Takım Çalışmasıyla İlgili Araştırma Sonuçları

Algılanan takım çalışması ve algılanan bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 65 katılımcı ile yapılan bir araştırmada, algılanan takım çalışması ile bakım kalitesi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (Anderson ve ark. 2019). Takım çalışması algısı üzerine yapılan başka bir çalışmada ise; hemşirelerin sadece %33'ü hekimlerle işbirliği ve iletişimin kalitesini yüksek veya çok yüksek değerlendirmiştir. Hekimlerin ise %73'ü hemşirelerle işbirliği ve iletişimin kalitesini yüksek veya çok yüksek değerlendirmiştir. Hekimlerin aksine hemşireler; özgürce konuşmanın zor olduğunu, çıkan anlaşmazlıkların uygun olarak çözülmediğini, karar verebilmek için daha fazla girdiye ihtiyaç olduğunu ve hemşire girdilerinin iyi karşılanmadığını vurgulamıştır (Thomas ve ark. 2003).

Takım çalışması algılarını belirlemek üzere felçli hastalara sağlık hizmeti sunan 37 sağlık çalışanı ile yapılan nitel bir çalışmada, beş algı belirlenmiştir. Karşılıklı personel desteği, bilgi ve beceri paylaşımı, zamanında müdahale etme ve taburculuk işlemleri ile azaltılmış bireysel karar verme ve sorumluluk olmak üzere dört temel alanda fayda belirlenirken; hasta ile temas süresinin olumsuzluğu vurgulanmıştır (Baxter ve Brumfit 2008).

Bayley ve ark. (2007), sağlık çalışanlarına kısa süreli takım oluşturma kursu verildikten hemen sonra, üçüncü ayda ve altıncı ayda, algılanan takım çalışmasını anket ile değerledirmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, ilk üç ayda takım çalışmasında iyileşmeler hissedilmiş fakat bu iyileşmeler altıncı ayda kaybolmuştur (Bayley ve ark. 2007).

Takım çalışmasına ilişkin tutumları ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 230 hemşire ile yapılan çalışmada, hemşirelerin takım çalışması tutumlarının iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Türe Yılmaz ve Yıldırım 2018). Başoğul'nun (2020) 228 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin orta düzeyde takım çalışması tutumuna sahip olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin takım çalışması algılarını ölçmek amacıyla 271 hemşire ile yapılan nitel çalışmada, hemşireler için takım çalışması değerli bir kavram olarak algılanmaktadır. Katılımcılar, takım çalışmasını hasta bakım ihtiyaçlarını karşılamayı sağlayan tek kaynak olarak görmektedir. Takım çalışması iş doyumunu artırmakta, tükenmişliği ve işten ayrılma niyetini azaltmaktadır (Yanchus ve ark. 2017).

Hemşirelerde takım çalışmasının memnuniyet düzeyi ile karşılanamayan hemşirelik bakımına etkisini incelemek için üç ayrı akut bakım hastanesinde 242 hemşire ile yarı deneysel bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucuna göre araştırmaya katılan hemşirelerin takım çalışması hakkında bilgi düzeyleri ve memnuniyetleri artmış, karşılanamayan hemşirelik bakımı azalmıştır (Kalisch ve ark. 2013).

Abualrub ve ark. (2012), 381 hemşire ile yaptığı bir çalışmada; hemşirelerin işte kalma niyeti üzerine takım çalışması ve güvenlik ikliminin olumlu etkisi olduğunu belirlemiştir. Rafferty ve ark. (2001), İngiltere'de 32 hastaneden 10.032 hemşire ile yaptıkları araştırmada; takım çalışması puanları yüksek olan hemşirelerin daha yüksek düzeyde iş doyumu, işte kalma niyeti, özerklik, bakım kalitesi ve kalite iyileştirme algısı ve daha düşük düzeyde tükenmişlik hissettiklerini belirlemiştir. Astuti ve ark. (2021), 293 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, takım çalışmasının çalışan motivasyonunu artırdığını bulmuşlardır.

Alexanian ve ark. (2015), bir yoğun bakım ünitesinde yapmış oldukları çalışmada, kriz durumları dışında yoğun bakım ünitelerinde takım çalışmasından çok mesleklerarası etkileşim olduğunu saptamışlardır. Yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşire (273), hekim (119) ve diğer sağlık personelleri (62) ile yapılan çalışmada, çalışanların takım işleyişi algısı ve iş doyumu ölçülmüştür. Çalışanların takım etkililiği algısı yüksek düzeyde bulunmuştur. Takım üyeleri arasında disiplinlerarası rollere saygı daha fazla bulunmuştur (La Sala ve ark. 2015).

Al Sayah ve ark. (2014) tarafından disiplinlerarası takım çalışmasını etkileyen faktörlere ilişkin hemşirelerin rollerini ve bakış açılarını inceleyen çalışma kapsamında Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 20 hemşire ile görüşülmüştür. Çalışma sonucuna göre; etkili ve güçlü liderlik, ortak bir hedef ve paylaşılan vizyonun olması, rol netliği, karşılıklı güven ve saygı, takım üyeleri arasında ulaşılabilirlik, sürekli iletişim, işbirliği, eşgüdüm, takım üyelerinin birbirine destek olması, açık tartışma ortamı, düzenli takım toplantıları, sürekli mesleki eğitim gibi unsurlar takım çalışmasını geliştiren faktörler olarak belirlenmiştir (Al Sayah ve ark. 2014).

Walton ve ark. (2020), hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin disiplinlerarası takım çalışmasını kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörlere ilişkin algılarını araştırmıştır. Etkili iletişim, hasta odaklı bakım, takım üyelerinin rollerini anlama, kendilerini değerli hissetme, takımın yapısı gibi etmenleri kolaylaştırıcı; sağlıksız

iletişim, organizasyon yapısı, başarısız liderlik, hastanın bakım planını anlayamama, takım üyelerinin birbirlerinin rol ve sorumluluklarını anlayamamaları, hasta bireyin sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinde artış gibi etmenleri ise zorlaştıran faktörler olarak bulmuşlardır (Walton ve ark. 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Metadolojik, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı araştırma kapsamında olan ve iki aşamadan oluşan bu tez çalışmasının amacı; Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ve Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmak ve hasta/hasta ailesinin ve sağlık hizmeti verenlerin disiplinlerarası takım çalışması etkililiği algılarını ve etkileyen etmenleri belirlemektir.

Araştırmanın birinci aşaması için oluşturulan araştırma soruları şunlardır:

1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi Türkçe Versiyonu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
2. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi Türkçe Versiyonu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

Araştırmanın ikinci aşaması için oluşturulan araştırma soruları şunlardır:

1. Hastaların/ailelerinin ve sağlık hizmeti verenlerin disiplinlerarası takım çalışmasının etkililiğine ilişkin algıları nelerdir?
2. Hastaların/ailelerinin ve sağlık hizmeti verenlerin disiplinlerarası takım çalışmasının etkililiğine ilişkin algılarını etkileyen etmenler nelerdir?

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın birinci aşamasının çalışma evrenini, Uşak'ta hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler ile bu hastanede yatarak tedavi gören hastalar/aileleri oluşturmaktadır. Bu aşamada, anketlerin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacağı için literatürde belirtildiği gibi (Costello ve Osborne 2005) her bir anket için örneklem büyüklüğünün anket madde sayısının 10 katı kişiye ulaşılması planlandı. Bu doğrultuda; ilk aşamanın örneklemini, 23 maddeden oluşan Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması için hastanede yatarak tedavi gören ve gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen 230 hasta/ailesi (n_1: 230), 26 maddeden oluşan Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması için aynı

hastanede çalışan ve gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen 260 hekim ve hemşire (n_2: 260) oluşturdu.

Anketlerin değişmezliğini değerlendirmek amacıyla yapılan test-tekrar test uygulaması için hastaların/ailelerinin %25'ine (58 hasta/ailesi) taburculuk sonrası bir hafta sonra, hekim ve hemşirelerin %25'ine (65 hekim ve hemşire) 15 gün arayla anket tekrar uygulandı.

Araştırmanın ikinci aşamasının çalışma evrenini ise Uşak'ta hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesi ile Samsun'da hizmet veren bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde görev yapan toplam 294 hekim ve hemşire oluşturdu (N_2toplam=294). Gelişigüzel örnekleme yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden 209 hekim ve hemşire ikinci aşamanın sağlık çalışanları örneklemini oluşturdu (yanıtlanma oranı %71).

İkinci aşamanın hasta/ailesi örneklemini ise veri toplama süresinde bu hastanelerde yatarak tedavi gören ve araştırmayı kabul eden hastalar veya aileleri oluşturdu. Hastalar ve aileleri için araştırmaya dahil olma kriterleri şu şekilde belirlendi: Hastanede en az iki gece yatmış olmak, araştırmaya gönüllü katılmayı kabul etmek, Türkçe okur-yazar olmak ve/veya Türkçe konuşmak, demans, alzheimer vb. psikiyatrik hastalığı olmamak. Gelişigüzel örnekleme yöntemi ile veri toplama süresinde araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 205 hasta veya aile üyesi ikinci aşamanın hasta/ailesi örneklemini oluşturdu (yanıtlanma oranı %84).

3.3. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ilk aşamasının verileri Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında; ikinci aşamasının verileri ise Ekim-Kasım 2021 tarihleri arasında toplandı.

Bu araştırmanın verileri, hastalar ve yakınlarının demografik bilgilerini sorgulayan "Hasta/Ailesi Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi" ile sağlık çalışanlarının (hekim ve hemşire) bireysel ve çalışma özelliklerini sorgulayan "Sağlık Çalışanı Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi" ile toplandı.

3.3.1. Hasta/Hasta Yakınları Veri Toplama Araçları

Hasta/Ailesi Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda, araştırma değişkenleri ile ilişkili olduğu düşünülen hastalar/ailelerinin bireysel ve sağlıklarıyla ilgili özelliklerini sorgulayan 11 soru yer almaktadır. Bu sorular; hastalar/ailelerin yakınlık derecesi (kendisi, annesi, babası, çocuğu vb.), yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi algısı, sağlık sorunu, hastanede yattığı servis/klinik, hastanede yattığı gün sayısı ve genel sağlık algısını içermektedir.

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi

Özgün adı "Patient-Family Questionnarie: Patient-Perceptions of Team Effectives (PTE)" olan anket, hastaların ve ailelerinin görüşüyle sağlık takımlarında takım süreçlerini ve algılanan sonuçları değerlendirmek amacıyla Kilpatrick ve ark. (2019a) tarafından geliştirilmiştir. "Takım Etkililiği Algısı Ölçeği" (1-17) ve "Sonuçlar" (18-23) alt faktöründen oluşan anket 23 maddeden oluşmakta, 6'lı Likert (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Biraz Katılmıyorum, 3=Katılmıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Biraz Katılıyorum, 6=Kesinlikle Katılıyorum) tipte yanıtlanmaktadır. "Takım Etkililiği Algısı Ölçeği"; "Güven" (5. madde), "Rol Belirginliği" (1. ve 2. madde) ve "Takım Süreçleri" (3., 4., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 16. ve 17. madde) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. "Takım Süreçleri" alt boyutu ise kendi içinde; "Takım Etkililiği Algısı" (6. madde), "Karar Verme" (7. ve 14. madde), "İletişim" (8., 9. ve 10. madde), "Koordinasyon" (12., 13. ve 17. madde), "Uyum" (11. madde), "Problem Çözme" (15. madde) ve "Hasta/Aile Odaklılık" (3., 4. ve 16. madde) olmak üzere yedi alt boyuta ayrılmaktadır. Anketin 10., 16. ve 20. maddeleri olumsuz ifadeler olup ters kodlanmaktadır (Kilpatrick ve ark. 2019a). Anketin alt boyut Cronbach Alpha değerleri; "Takım Etkililiği Algısı-Genel" için 0,94, "Takım Süreçleri" için 0,92 ve "Sonuçlar" için 0,76 olarak hesaplanmıştır (Kilpatrick ve ark. 2019a).

3.3.2. Sağlık Çalışanları Veri Toplama Araçları

Sağlık Çalışanı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda, araştırmanın değişkenleri ile ilişkili olduğu düşünülen sağlık çalışanlarının bireysel ve çalışma özelliklerini sorgulayan 10 soru yer almaktadır. Bu sorular; sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu,

eğitim durumu, çalıştığı birim, görevi, meslekte toplam çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi, çalışma şekli ve haftalık çalışma saatini içermektedir.

Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi

Özgün adı "Provider Perceptions of Team Effectiveness (Provider-PTE) olan anket, Kilpatrick ve ark. (2019b) tarafından sağlık takımlarındaki süreçleri disiplinlerarası takım üyeleri perspektifinden incelemek amacıyla geliştirilmiştir. "Takım Etkililiği Algısı Ölçeği" (1-19) ve "Sonuçlar" (20-26) alt faktöründen oluşan anket 26 maddeden oluşmakta ve 6'lı Likert (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Biraz Katılmıyorum, 3=Katılmıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Biraz Katılıyorum, 6=Kesinlikle Katılıyorum) tipte yanıtlanmaktadır. "Takım Etkililiği Algısı Ölçeği"; "Güven" (4. madde), "Rol Belirginliği" (1. ve 2. madde), "Takım Toplantısı" (7. ve 12. madde) ve "Takım Süreçleri" (3., 5., 6., 8., 9., 10., 11., 13., 14., 15., 16., 17., 18. ve 19. madde) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. "Takım Süreçleri" alt boyutu ise kendi içinde; "Takım Etkililiği Algısı" (5. madde), "Karar Verme" (6. ve 14. madde), "İletişim" (8., 9. ve 10. madde), "Eşgüdüm" (18. ve 19. madde), "Uyum" (11. madde), "Problem Çözme" (15. ve 16. madde) ve "Hasta/Aile Odaklılık" (3., 13. ve 17.) olmak üzere yedi alt boyuta ayrılmaktadır. Anketin 10., 17. ve 23. maddeleri olumsuz ifadeler olup ters kodlanmaktadır (Kilpatrick ve ark. 2019b). Anketin Cronbach Alpha değerleri; "Takım Etkililiği Algısı-Genel" için 0,91, "Takım Süreçleri" için 0,88 ve "Sonuçlar" için 0,72 olarak hesaplanmıştır (Kilpatrick ve ark. 2019b).

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın veri analizinde IBM SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. Veriler %95 güven aralığında anlamlı olarak kabul edildi ($p<0,05$). Analizde kullanılan istatistiksel yöntemlere Tablo 3-1'de yer verildi.

Tablo 3-1: Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırmanın Birinci Aşaması İçin İncelenen Özellik	**İstatistiksel Yöntemler**
Kapsam Geçerliği	Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)
Yapı Geçerliği	Bilinen Grup Karşılaştırması
Tanımlayıcı Verilerin Analizi	Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Minimum-Maksimum
İç Tutarlılık	Cronbach Alfa Katsayısı
Test-Tekrar Test Analizi	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)
Araştırmanın İkinci Aşaması İçin İncelenen Özellik	**İstatistiksel Yöntemler**
Tanımlayıcı Verilerin Analizi	Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Minimum-Maksimum
Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	Pearson Korelasyon Analizi
Değişkenler Arasındaki Etki	Binary Lojistik Regresyon Analizi (Backward Yöntemi)

Anketlerin yapı geçerliği için yapılan bilinen grup ile karşılaştırılmasında bulguların değerlendirilmesi için özgün ölçekteki gibi hipotezler oluşturuldu.

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi için aşağıdaki hipotezler oluşturuldu:

H1: Hastaların/ailelerinin (H1a) yakınlık derecesine, (H1b) cinsiyetine ve (H1c) medeni durumuna göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

H2: Hastaların/ailelerinin (H2a) eğitim durumuna, (H2b) yatış tanısına ve (H2c) yattığı servis türüne göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H3: Hastalara/ailelerine göre düşük ve yüksek işlevli takımların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi için aşağıdaki hipotezler oluşturuldu:

H4: Sağlık hizmeti verenlerin (H4a) yaşına, (H4b) cinsiyetine ve (H4c) medeni durumuna göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

H5: Sağlık hizmeti verenlerin (H5a) eğitim durumuna, (H5b) meslek türüne, (H5c) çalıştığı birime, (H5d) mesleki çalışma yılına ve (H5e) kurumda çalışma yılına göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H6: Sağlık hizmeti verenlere göre düşük ve yüksek işlevli takımların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Verilerin analizi öncesinde öncelikle verilerin normal dağılıp dağılmadığı değerlendirildi. Analiz sonucuna göre; çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında yer aldığı belirlendi. Bu değerler verilerin normal dağıldığını gösterdiği (George ve Mallery, 2010) için veri analizinde parametrik yöntemler kullanıldı (Tablo 3-2).

Tablo 3-2: Anketlere İlişkin Normallik Testi Sonuçları

Anketler		Birinci Aşama	İkinci Aşama
Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi	n	230	205
	Anket Madde Sayısı	23	23
	Ortalama±Standart Sapma	4,55±0,640	4,43±0,779
	Cronbach Alpha	0,89	0,91
	Çarpıklık	-1,071	-1,363
	Basıklık	1,697	1,757
Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi	n	260	209
	Anket Madde Sayısı	26	26
	Ortalama±Standart Sapma	4,48±0,673	4,40±0,784
	Cronbach Alpha	0,89	0,89
	Çarpıklık	-1,190	-0,983
	Basıklık	1,970	1,191

Cronbach Alpha katsayısının değerlendirilmesinde Tablo 3-3. dikkate alındı (Kalaycı 2016).

Tablo 3-3: Cronbach Alpha Katsayısı Değerleri

Cronbach Alpha	Güvenirlik Düzeyi
$0,00 \leq \alpha < 0,40$	Güvenilir değil
$0,40 \leq \alpha < 0,60$	Düşük güvenirlikte
$0,60 \leq \alpha < 0,80$	Oldukça güvenilir
$0,80 \leq \alpha < 1,00$	Yüksek derecede güvenilir

Korelasyon katsayısının değerlendirilmesinde Tablo 3-4. dikkate alındı (Erdoğan ve ark. 2015).

Tablo 3-4: Korelasyon Katsayısı Değerleri

r	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Araştırmanın birinci aşamasında anketlerin duyarlılık analizi ve ikinci aşamasında alt boyutların tanımlayıcı özelliklerinin analizi ile Lojistik Regresyon Analizi için alt boyutlar; 1-4 arası puanlar (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Biraz Katılmıyorum, Biraz Katılıyorum) "düşük işlevli takımlar", 5-6 puanları (Katılıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum) "yüksek işlevli takımlar" olarak kodlanarak değerlendirildi. Lojistik Regresyon analizinde Backward (geriye doğru adımsal çıkarma) yöntemi kullanıldı. Bu yöntemde tüm bağımsız değişkenler analize dahil edilmekte, istatiksel olarak anlamlı bulunmayan değişkenler her adımda birer birer çıkartılmaktadır (Karagöz ve ark. 2010).

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (13.10.2020 tarih ve134 sayılı) etik kurul onayı alındı. Araştırmaların yürütüldüğü hastanelerden gerekli kurum izinleri alındı. Ayrıca Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ni geliştiren yazarlardan biri olan K. Kilpatrick'ten anketlerin Türkçeye uyarlanabilmesi ve geçerlik güvenirlik çalışmalarının yapılabilmesi için e-posta ile izin alındı (Ek 2). Araştırmanın örneklem kapsamına alınan sağlık çalışanlarına ve hastalara/ailelerine araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirilme yapıldı, gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcıların Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onayı alındı.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri katılımcıların öz bildirimlerine dayanmaktadır ve bu doğrultuda değerlendirilmelidir. Araştırma verileri COVID-19 pandemisi sürecinde toplandı. Bu nedenle, sağlık hizmeti verenler olarak yalnızca hekim ve hemşireler örneklemi oluşturdu ve izolasyon tedbirleri nedeniyle daha geniş örneklem sayısına ulaşılamadı. Araştırmada elde edilen veriler bu araştırmanın örneklemi ile sınırlı olup genelleme yapılmamalıdır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Dil ve Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulgular

4.1.1. Dil Geçerliği

Uluslararası Farmakoekonomi ve Sonuç Araştırmaları Derneği (International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research- ISPOR) Klavuzu (Wild ve ark. 2005) doğrultusunda, İngilizce olarak geliştirilen anketin Türkçe dil geçerliği yapıldı. Anketin dil eşdeğerliğinin sağlanması amacıyla, öncelikle anketler İngilizce ve Türkçeyi ana dil düzeyinde yazabilen ve konuşabilen üç uzman tarafından Türkçeye çevrildi. Yapılan üç çevirinin tüm yönleri dikkate alınarak, araştırmacılar tarafından anketin ilk Türkçe versiyonu hazırlandı. Anketin ilk Türkçe versiyonu bir mütercim tercüman tarafından İngilizceye geri çevrildi. Anketlerin özgün versiyonu ile geri çevirisi yapılan versiyonu araştırmacılar tarafından karşılaştırılarak birbiriyle uyumu değerlendirildi. Daha sonra, her iki anketi geliştiren yazarlardan birisi olan K. Kilpatrick'e e-posta ile gönderilerek geri çevirisi yapılan anket maddelerinde herhangi bir anlam değişikliği olup olmadığı hakkında görüş alındı. Anketi geliştiren yazarın önerisi doğrultusunda düzenlemeler yapılarak son durumda dil eşdeğerliği konusunda uzlaşıldı.

4.1.2. Kapsam Geçerliği

Anketlerin kapsam geçerliği, hemşirelik ve tıp alanında 10 uzmanın görüşü ile değerlendirildi. Uzmanlardan anketlerin her bir maddesinin ölçmek isteneni ölçüp ölçmediğine ilişkin değerlendirmeleri alındı (Tablo 4-1 ve Tablo 4-2). Her bir anket maddesi uzmanlar tarafından 1=uygun değil, 2=maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3=uygun ancak küçük değişiklik gerekir, 4=çok uygun olarak değerlendirildi. Her bir uzmanın maddelere verdiği puanlar hesaplanarak anketlerin kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplandı. KGİ değeri, Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi için 0,98, Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi için 0,98 olarak bulundu. Elde edilen KGİ değerlerinin referans değer 0,80 üzerinde olması (Erdoğan ve ark. 2015) anketlerin Türkçe versiyonlarının kapsam geçerliğini sağladığını gösterdi. Uzmanların anket maddelerinin anlaşılabilirliğine ilişkin önerileri de alınarak araştırmacı ve danışman ile birlikte anketlerin Türkçe versiyonuna son hali verildi.

Tablo 4-1: Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne İlişkin Uzman Değerlendirmeleri ve Kapsam Geçerlik İndeksi

	Hasta/Ailesinin Takım Etkililiği Algısı Anketi											
	U1.	**U2.**	**U3.**	**U4.**	**U5.**	**U6.**	**U7.**	**U8.**	**U9.**	**U10.**	**UTP***	**KGİ**
M1.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	9	0,9
M2.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M3.	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	10	1
M4.	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	10	1
M5.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M6.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M7.	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	10	1
M8.	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	10	1
M9.	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M10.	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	9	0,9
M11.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M12.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M13.	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M14.	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M15.	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	10	1
M16.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M17.	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	10	1
M18.	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	10	1
M19.	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	10	1
M20.	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	10	1
M21.	4	3	1	2	4	3	4	4	3	3	8	0,8
M22.	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	10	1
M23.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	10	1
Anket Toplamı												**0,98**

*UTP: Uzman Toplam Puanı (yalnızca üç ve dört puanların toplamı); KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

Tablo 4-2: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne İlişkin Uzman Değerlendirmeleri ve Kapsam Geçerlik İndeksi

	Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi											
	U1.	**U2.**	**U3.**	**U4.**	**U5.**	**U6.**	**U7.**	**U8.**	**U9.**	**U10.**	**UTP***	**KGİ**
M1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	10	1
M2.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	10	1
M3.	4	4	1	3	4	4	4	4	4	4	9	0,9
M4.	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	10	1
M5.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M6.	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M7.	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	9	0,9
M8.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	10	1
M9.	2	4	3	4	4	4	3	3	4	4	9	0,9
M10.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M11.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M12.	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M13.	4	4	3	3	4	3	4	4	3	4	10	1
M14.	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M15.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1
M16.	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	10	1
M17.	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	10	1
M18.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	1
M19.	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	10	1
M20.	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	10	1
M21.	1	4	4	2	4	4	4	4	3	3	8	0,8
M22.	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	10	1
M23.	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	10	1
M24.	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	10	1
M25.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	10	1
M26.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	10	1
Anket Toplamı												**0,98**

*UTP: Uzman Toplam Puanı (yalnızca üç ve dört puanların toplamı); KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

4.1.3. Yapı Geçerliği

Bu çalışmada anketlerin yapı geçerliğinde, faktör analizinin yapılabilmesi için boyutların en az üç ifadeden oluşması kriteri karşılanmadığı için faktör analizi yapılmadı. Bunun yerine özgün anketlerin yapı geçerliğinde yapıldığı gibi bilinen grup karşılaştırması yöntemi kullanıldı.

4.1.3.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin yapı geçerliği, 230 hasta/ailesinden elde edilen veriler ile değerlendirildi.

Tablo 4-3: Hastaların/Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N: 230)

Özellik		n	%
Yaş (33,04±14,98; min: 18, maks: 71)	18-30 yaş	131	57,0
	31-43 yaş	32	13,9
	44-56 yaş	46	20,0
	57-71 yaş	21	09,1
Yakınlık Derecesi	Kendisi	112	48,7
	Eşi	8	03,5
	Annesi	13	05,7
	Babası	5	02,1
	Çocuğu	45	19,6
	Kardeşi	18	07,8
	Diğer	29	12,6
Cinsiyet	Kadın	165	71,7
	Erkek	65	28,3
Medeni Durum	Evli	120	52,2
	Bekâr	110	47,8
Eğitim Durumu	İlkokul	46	20,0
	Ortaokul	25	10,9
	Lise	47	20,4
	Ön lisans	54	23,5
	Lisans	49	21,3
	Lisansüstü	9	03,9
Gelir Düzeyi Algısı	Mali olarak kendimi iyi görüyorum	9	03,9
	Gelirimi yeterli buluyorum	106	46,1
	Gelirimi yeterli bulmuyorum	54	24,8
	Herhangi bir gelirim yok	18	07,8
	Cevaplamak istemiyorum	40	17,4
Hastanede Yatılan Gün Sayısı (6,98±7,58; min: 2, maks: 49)			

Tablo 4-3: Hastaların/Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N: 230) (Devamı)

Özellik		n	%
Hastaneye Yatış Tanısı	Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	05,2
	Gastrointestinal Hastalıklar	60	26,1
	Ortopedik Hastalıklar	27	11,7
	Nörolojik Hastalıklar	17	07,4
	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	20	08,7
	Ürolojik Hastalıklar	7	03,0
	COVID-19	22	09,6
	Kanser	22	09,6
	Kalp ve Damar Hastalıkları	23	10,0
	İç Hastalıkları	20	08,7
Hastaneye Yatış Tanısı (Grup)	Cerrahi Hastalıklar	134	58,3
	Dâhili Hastalıklar	96	41,7
Hastanede Yatılan Servis/Klinik	Kadın Hastalıkları ve Doğum	13	05,7
	Kulak Burun Boğaz	24	10,4
	Ortopedi	28	12,2
	Genel Cerrahi	57	24,7
	İç Hastalıkları	23	10,0
	COVID-19	22	09,6
	Kardiyoloji	22	09,6
	Üroloji	11	04,8
	Nöroloji	18	07,8
	Yoğun Bakım Ünitesi	3	01,3
	Çocuk	9	03,9
Hastanede Yatılan Servis/Klinik (Grup)	Cerrahi	152	66,1
	Dâhili	78	33,9
Genel Sağlık Algısı	Mükemmel	13	05,7
	Çok İyi	25	10,9
	İyi	109	47,4
	Ne İyi Ne de Kötü	78	33,9
	Kötü	4	01,7
	Çok Kötü	1	00,4

x̄ = Ortalama; SS= Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde; Min.=Mininum; Maks.=Maksimum

Araştırmaya katılan hastaların/ailelerinin %71,7'sinin kadın olduğu, %57'sinin 18-30 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının 33,04±14,98 olduğu belirlendi. Hastaların/ailelerinin yakınlık dereceleri incelendiğinde %48,7 ile hastanın kendisi olduğu saptandı. Hastaların/ailelerinin %52,2'sinin evli, %23,5'inin ön lisans mezunu olduğu ve %46,1'inin kişisel gelirini yeterli bulduğu belirlendi. Hastaların %26,1'inin gastrointestinal hastalıklar tanısı ile hastaneye yattığı, yatış tanısı cerrahi ve dâhili hastalıklar olarak ele alındığında ise %58,3'ünün yatış tanısının cerrahi hastalıklar olduğu belirlendi. Hastanede yatılan servis türünde ise %66,1'inin cerrahi servislerde ve %24,7'sinin genel cerrahi servisinde yatarak tedavi gördüğü ortaya çıktı. Hastaların

hastanede yattıkları gün sayısı ortalama 6,98±7,58 olarak bulundu. Hastaların %47,4'ünün sağlığını iyi olarak algıladığı saptandı (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Yakınlık Derecesine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yakınlık Derecesi	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Kendisi	112	4,71	1,196	-1,973	**0,050***
		Ailesi	118	5,03	1,194		
	Takım Süreçleri	Kendisi	112	4,38	0,569	-0,352	0,725
		Ailesi	118	4,41	0,628		
	Rol Belirginliği	Kendisi	112	4,80	0,889	-0,292	0,770
		Ailesi	118	4,84	1,145		
	TEA-Genel	Kendisi	112	4,45	0,573	-0,565	0,572
		Ailesi	118	4,50	0,654		
Sonuçlar	Sonuçlar	Kendisi	112	4,71	0,867	-0,796	0,427
		Ailesi	118	4,80	0,839		

*p<0,05; x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları yakınlık derecelerine göre karşılaştırıldığında (Tablo 4-4), yalnızca güven alt boyutunda (t=-1,973; p=0,05) anlamlı farklılık görüldü. (p<0,05). Diğer alt boyutlar ve yakınlık derecesi arasında ise anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05).

Tablo 4-5: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Kadın	165	4,82	1,201	-1,120	0,264
		Erkek	65	5,02	1,205		
	Takım Süreçleri	Kadın	165	4,38	0,623	-0,438	0,662
		Erkek	65	4,42	0,534		
	Rol Belirginliği	Kadın	165	4,84	1,001	0,435	0,664
		Erkek	65	4,78	1,093		
	TEA-Genel	Kadın	165	4,46	0,637	-0,394	0,694
		Erkek	65	4,50	0,560		
Sonuçlar	Sonuçlar	Kadın	165	4,71	0,869	-1,282	0,201
		Erkek	65	4,87	0,801		

*p<0,05; x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi

Katılımcıların cinsiyeti ile Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları karşılaştırıldığında (Tablo 4-5); güven, takım süreçleri, rol belirginliği, TEA-Genel ve sonuçlar alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-6: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Kadın	120	5,18	1,077	4,125	**0,000***
		Erkek	110	4,54	1,246		
	Takım Süreçleri	Kadın	120	4,44	0,586	1,125	0,262
		Erkek	110	4,35	0,611		
	Rol Belirginliği	Kadın	120	4,79	1,146	-0,568	0,571
		Erkek	110	4,86	0,880		
	TEA-Genel	Kadın	120	4,52	0,624	1,261	0,208
		Erkek	110	4,42	0,603		
Sonuçlar	Sonuçlar	Kadın	120	4,90	0,828	2,610	**0,010***
		Erkek	110	4,61	0,855		

*p<0,05; x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları katılımcıların medeni durumu ile karşılaştırıldığında (Tablo 4-6); güven ve sonuçlar alt boyutları ile medeni durum arasında anlamlı fark olduğu görüldü (p<0,05). Takım etkililiği algısı ölçeğinin diğer alt boyutları ile medeni durum arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-7: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	5,873	3	226	**0,001***
	Takım Süreçleri	4,429	3	226	**0,005***
	Rol Belirginliği	5,163	3	226	**0,002***
	TEA-Genel	6,009	3	226	**0,001***
Sonuçlar	Sonuçlar	3,200	3	226	**0,024***

Levene testi; *p<0,05; Sd: Serbestlik Derecesi

Katılımcıların eğitim durumuna göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA testi uygulanabilmesi için grupların varyansının homojenliği Levene testi ile analiz edildi. Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, varyansların homojen dağılmadığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-7). Bu nedenle, varyansların homojenliği varsayımı sağlanamadığı durumlarda başvurulan Welch ve Brown Forsythe testleri uygulandı.

Tablo 4-8: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		F	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Welch	13,294	3	112,803	**0,000***
		Brown-Forsythe	9,504	3	185,356	**0,000***
	Takım Süreçleri	Welch	7,161	3	118,100	**0,000***
		Brown-Forsythe	6,219	3	198,881	**0,000***
	Rol Belirginliği	Welch	5,821	3	115,398	**0,001***
		Brown-Forsythe	5,371	3	184,201	**0,001***
	TEA-Genel	Welch	9,339	3	116,052	**0,000***
		Brown-Forsythe	7,859	3	192,521	**0,000***
Sonuçlar	Sonuçlar	Welch	7,731	3	116,800	**0,000***
		Brown-Forsythe	7,037	3	197,426	**0,000***

F: ANOVA; *p<0,05; Sd: Serbestlik Derecesi

Welch ve Brown-Forsythe testleri sonuçları incelendiğinde (Tablo 4-8); eğitim durumuna göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla varyanslar homojen dağılmadığı için post-hoc testlerinden Tamhane testi yapıldı (Tablo 4-9). Analizde α değeri grup sayısına bölünerek p değeri 0,0125 olarak belirlendi (p<0,05/4=0,0125).

Tablo 4-9: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Çoklu Karşılaştırma Bulguları

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Eğitim Durumu (I)	Eğitim Durumu (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	%98,75 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	İlköğretim	Lise	0,600	0,214	0,038	-0,08	1,28	1>3; 1>4
			Ön lisans	0,821	0,200	**0,001***	0,19	1,45	
			Lisans ve Lisansüstü	1,037	0,184	**0,000***	0,46	1,62	
		Lise	İlköğretim	-0,600	0,214	0,038	-1,28	0,08	
			Ön lisans	0,221	0,258	0,949	-0,59	1,04	
			Lisans ve Lisansüstü	0,437	0,246	0,386	-0,34	1,21	
		Ön lisans	İlköğretim	-0,821	0,200	**0,001***	-1,45	-0,19	1>3
			Lise	-0,221	0,258	0,949	-1,04	0,59	
			Lisans ve Lisansüstü	0,216	0,233	0,929	-0,52	0,95	
		Lisans ve Lisansüstü	İlköğretim	-1,037	0,184	**0,000***	-1,62	-0,46	1>4
			Lise	-0,437	0,246	0,386	-1,21	0,34	
			Ön lisans	-0,216	0,233	0,929	-0,95	0,52	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Süreçleri	İlköğretim	Lise	0,321	0,092	**0,005***	0,03	0,61	1>2; 1>4
			Ön lisans	0,261	0,102	0,072	-0,06	0,59	
			Lisans ve Lisansüstü	0,422	0,107	**0,001***	0,08	0,76	
		Lise	İlköğretim	-0,321	0,092	**0,005***	-0,61	-0,03	1>2
			Ön lisans	-0,059	0,113	0,996	-0,42	0,30	
			Lisans ve Lisansüstü	0,101	0,117	0,947	-0,27	0,47	
		Ön lisans	İlköğretim	-0,261	0,102	0,072	-0,59	0,06	
			Lise	0,059	0,113	0,996	-0,30	0,42	
			Lisans ve Lisansüstü	0,161	0,125	0,740	-0,23	0,55	
		Lisans ve Lisansüstü	İlköğretim	-0,422	0,107	**0,001***	-0,76	-0,08	1>4
			Lise	-0,101	0,117	0,947	-0,47	0,28	
			Ön lisans	-0,161	0,125	0,740	-0,55	0,23	

Tablo 4-9: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Çoklu Karşılaştırma Bulguları (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Eğitim Durumu (I)	Eğitim Durumu(J)	Ortalama Fark(I-J)	SH	p	%98,75 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	İlköğretim	Lise	0,325	0,194	0,462	-0,29	0,94	1>4
			Ön lisans	0,349	0,152	0,133	-0,13	0,83	
			Lisans ve Lisansüstü	0,724	0,179	**0,001***	0,16	1,29	
		Lise	İlköğretim	-0,325	0,194	0,462	-0,94	0,29	
			Ön lisans	0,024	0,208	1,000	-0,64	0,69	
			Lisans ve Lisansüstü	0,399	0,229	0,411	-0,32	1,12	
		Ön lisans	İlköğretim	-0,349	0,152	0,133	-0,83	0,13	
			Lise	-0,024	0,208	1,000	-0,69	0,64	
			Lisans ve Lisansüstü	0,375	0,194	0,295	-0,24	0,99	
		Lisans ve Lisansüstü	İlköğretim	-0,724	0,179	**0,001***	-1,29	-0,16	1>4
			Lise	-0,399	0,229	0,411	-1,12	0,32	
			Ön lisans	-0,375	0,194	0,295	-0,99	0,24	
	TEA-Genel	İlköğretim	Lise	0,338	0,093	**0,003***	0,04	0,63	1>2; 1>4
			Ön lisans	0,305	0,102	0,021	-0,02	0,63	
			Lisans ve Lisansüstü	0,494	0,109	**0,000***	0,15	0,84	
		Lise	İlköğretim	-0,338	0,093	**0,003***	-0,63	-0,04	1>2
			Ön lisans	-0,033	0,116	1,000	-0,40	0,33	
			Lisans ve Lisansüstü	0,156	0,122	0,748	-0,23	0,54	
		Ön lisans	İlköğretim	-0,305	0,102	0,021	-0,63	0,02	
			Lise	0,033	0,116	1,000	-0,33	0,40	
			Lisans ve Lisansüstü	0,189	0,129	0,609	-0,22	0,60	
		Lisans ve Lisansüstü	İlköğretim	-0,494	0,109	**0,000***	-0,84	-0,15	1>4
			Lise	-0,156	0,122	0,748	-0,54	0,23	
			Ön lisans	-0,189	0,129	0,609	-0,60	0,22	
Sonuçlar	Sonuçlar	İlköğretim	Lise	0,368	0,145	0,077	-0,09	0,83	1>3; 1>4
			Ön lisans	0,426	0,133	**0,011***	0,00	0,85	
			Lisans ve Lisansüstü	0,659	0,152	**0,000***	0,18	1,14	
		Lise	İlköğretim	-0,368	0,145	0,077	-0,83	0,09	
			Ön lisans	0,058	0,163	1,000	-0,46	0,57	
			Lisans ve üstü	0,291	0,178	0,486	-0,27	0,85	
		Ön lisans	İlköğretim	-0,426*	0,133	0,011	-0,85	0,00	1>3
			Lise	-0,058	0,163	1,000	-0,57	0,46	
			Lisans ve Lisansüstü	0,233	0,168	0,669	-0,30	0,76	
		Lisans ve Lisansüstü	İlköğretim	-0,659	0,152	**0,000***	-1,14	-0,18	1>4
			Lise	-0,291	0,178	0,486	-0,85	0,27	
			Ön lisans	-0,233	0,168	0,669	-0,76	0,30	

Tamhane testi; *p<0,0125; SH: Standart Hata; 1: İlköğretim, 2: Lise, 3: Ön lisans, 4: Lisans ve Lisansüstü

Tamhane testi sonuçlarına göre (Tablo 4-9);

- Güven alt boyutunda, ilköğretim mezunu olanların puan ortalamalarının ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu olanlara göre,
- Takım süreçleri alt boyutunda, ilköğretim mezunu olanların puan ortalamalarının lise, lisans ve lisansüstü mezunu olanlara göre,
- Rol belirginliği alt boyutunda, ilköğretim mezunu olanların puan ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu olanlara göre,
- TEA-Genel puanında, ilköğretim mezunu olanların puan ortalamalarının lise, lisans ve lisansüstü mezunu olanlara göre,
- Sonuçlar alt boyutunda, ilköğretim mezunu olanların puan ortalamalarının ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4-10: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Yatış Tanısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	1,700	9	220	0,090
	Takım Süreçleri	1,696	9	220	0,091
	Rol Belirginliği	1,790	9	220	0,071
	TEA-Genel	1,426	9	220	0,178
Sonuçlar	Sonuçlar	3,200	9	220	**0,001***

*p<0,05; Sd: Serbestlik Derecesi

Katılımcıların hastaneye yatış tanısına göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının karşılaştırılmasında grupların varyansının homojenliği Levene testi ile analiz edildi. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt faktörüne ait Levene test sonucu $p>0,05$ bulunarak varyansların homojen dağıldığını gösterdi (Tablo 4-10). Varyansın homojen dağılması sağlandığından tek yönlü ANOVA testi uygulandı. Sonuçlar alt faktörüne ait Levene testi sonucuna göre varyansın homojen dağılmadığı görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4-10). Bu nedenle, varyansların homojenliği varsayımı sağlanamadığı durumlarda başvurulan Welch ve Brown Forsythe testleri uygulandı.

Tablo 4-11: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Gruplar Arası	45,675	9	5,075	3,908	**0,000***
		Gruplar İçi	285,699	220	1,298		
		Toplam	331,343	229			
	Takım Süreçleri	Gruplar Arası	13,304	9	1,478	4,729	**0,000***
		Gruplar İçi	68,774	220	0,313		
		Toplam	82,079	229			
	Rol Belirginliği	Gruplar Arası	22,142	9	2,46	2,472	**0,011***
		Gruplar İçi	218,976	220	0,995		
		Toplam	241,118	229			
	TEA-Genel	Gruplar Arası	14,551	9	1,617	4,934	**0,000***
		Gruplar İçi	72,085	220	0,328		
		Toplam	86,635	229			

*p<0,05; Sd: Serbestlik Derecesi; F: ANOVA

Katılımcıların hastaneye yatış tanısına göre Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (Tablo 4-11). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc testlerinden Bonferroni testi uygulandı. Analizde p değeri için grupların ikili kombinasyonu alındı ve α değeri grup sayısına bölünerek 0,005 olarak belirlendi (p<0,05/10=0,005).

Tablo 4-12: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatış Tanısı (I)	Yatış Tanısı (J)	Ortalama Fark(I-J)	SH	p	%99,5 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	KHD	Gastrointestinal H.	-1,850	0,360	**0,000***	-3,27	-0,43	1<2; 1<3; 1<8; 1<10
			Ortopedik H.	-1,704	0,395	**0,001***	-3,26	-0,15	
			Nörolojik H.	-1,608	0,430	0,010	-3,30	0,08	
			KBB H.	-1,467	0,416	0,023	-3,10	0,17	
			Ürolojik H.	-1,952	0,542	0,018	-4,09	0,18	
			COVID-19	-0,939	0,409	1,000	-2,55	0,67	
			Kanser	-1,758	0,409	**0,001***	-3,37	-0,15	
			Kalp ve Damar H.	-1,493	0,406	0,013	-3,09	0,10	
			İç H.	-1,667	0,416	**0,004***	-3,30	-0,03	

Tablo 4-12: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatış Tanısı (I)	Yatış Tanısı (J)	Ortalama Fark(I-J)	SH	p	%99,5 Güven Aralığı Alt Sınır	%99,5 Güven Aralığı Üst Sınır	Post-Hoc
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Süreçleri	KHD	Gastrointestinal H.	-0,907	0,177	**0,000***	-1,60	-0,21	1<2; 1<6; 1<8; 1<10
			Ortopedik H.	-0,745	0,194	0,007	-1,51	0,02	
			Nörolojik H.	-0,516	0,211	0,678	-1,35	0,31	
			KBB H.	-0,663	0,204	0,060	-1,47	0,14	
			Ürolojik H.	-1,072	0,266	**0,003***	-2,12	-0,03	
			COVID-19	-0,396	0,201	1,000	-1,19	0,39	
			Kanser	-0,850	0,201	**0,002***	-1,64	-0,06	
			Kalp ve Damar H.	-0,719	0,199	0,017	-1,50	0,07	
			İç H.	-0,899	0,204	**0,001***	-1,70	-0,10	
	Rol Belirginliği	KHD	Gastrointestinal H.	-1,108	0,315	0,024	-2,35	0,13	1<10
			Ortopedik H.	-1,153	0,346	0,046	-2,52	0,21	
			Nörolojik H.	-0,532	0,376	1,000	-2,01	0,95	
			KBB H.	-1,033	0,364	0,224	-2,47	0,40	
			Ürolojik H.	-1,280	0,474	0,339	-3,15	0,59	
			COVID-19	-1,140	0,358	0,075	-2,55	0,27	
			Kanser	-1,072	0,358	0,138	-2,48	0,34	
			Kalp ve Damar H.	-1,013	0,355	0,215	-2,41	0,39	
			İç H.	-1,458	0,364	**0,004***	-2,89	0,02	
	TEA-Genel	KHD	Gastrointestinal H.	-0,986	0,181	**0,000***	-1,70	-0,27	1<2; 1<3; 1<6; 1<8; 1<10
			Ortopedik H.	-0,850	0,199	**0,001***	-1,63	-0,07	
			Nörolojik H.	-0,582	0,216	0,337	-1,43	0,27	
			KBB H.	-0,754	0,209	0,017	-1,58	0,07	
			Ürolojik H.	-1,148	0,272	**0,002***	-2,22	-0,08	
			COVID-19	-0,515	0,205	0,579	-1,32	0,29	
			Kanser	-0,930	0,205	**0,000***	-1,74	-0,12	
			Kalp ve Damar H.	-0,799	0,204	0,005	-1,61	0,02	
			İç H.	-1,010	0,209	**0,000***	-1,83	-0,19	

Bonferroni testi; *p< 0,005; SH: Standart Hata; H: Hastalık; 1: Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2: Gastrointestinal Hastalıklar, 3: Ortopedik Hastalıklar, 4: Nörolojik Hastalıklar, 5: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 6: Ürolojik Hastalıklar, 7: COVID-19, 8: Kanser, 9: Kalp ve Damar Hastalıkları, 10: İç Hastalıkları

Yatış tanısına göre yapılan Bonferroni post-hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 4-12); kadın hastalıkları ve doğum tanısı ile yatan katılımcıların puan ortalamalarının;

- Güven alt boyutunda, gastrointestinal, ortopedik, kanser ve iç hastalıkları tanısı ile yatan katılımcılara göre,
- Takım süreçleri alt boyutunda, gastrointestinal, ürolojik, kanser ve iç hastalıkları tanısı ile yatan katılımcılara göre,
- Rol belirginliği alt boyutunda, iç hastalıkları tanısı ile yatan katılımcılara göre,
- TEA-Genel puanında, gastrointestinal, ortopedik, ürolojik, kanser ve iç hastalıkları tanısı ile yatan katılımcılara göre daha düşük olduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,005).

Tablo 4-13: Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktör	Alt Boyutlar		F	Sd1	Sd2	p
Sonuçlar	Sonuçlar	Welch	4,353	9	61,741	**0,000***
		Brown-Forsythe	7,217	9	111,814	**0,000***

Tamhane testi; *p<0,05; F: ANOVA; Sd: Serbestlik Derecesi

Katılımcıların yatış tanısına göre Sonuçlar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (Tablo 4-13). Bu farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tamhane post-hoc testi uygulandı. Tamhane post-hoc sonuçlarına göre; gastrointestinal hastalıklar tanısı ile yatan katılımcıların puan ortalamalarının COVID-19 tanısı ile yatan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,005) (Tablo 4-14).

Tablo 4-14: Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatış Tanısı (I)	Yatış Tanısı (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	%99,5 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Sonuçlar	Sonuçlar	KHD	Gastrointestinal H.	-1,525	0,342	0,030	-3,41	0,36	
			Ortopedik H.	-1,377	0,379	0,080	-3,23	0,48	
			Nörolojik H.	-1,294	0,354	0,107	-3,16	0,57	
			KBB H.	-1,200	0,370	0,198	-3,06	0,66	
			Ürolojik H.	-1,548	0,416	0,075	-3,63	0,53	
			COVID-19	-0,492	0,387	1,000	-2,36	1,38	
			Kanser	-1,348	0,362	0,083	-3,2	0,51	
			Kalp ve Damar H.	-1,413	0,351	0,055	-3,28	0,45	
			İç H.	-1,533	0,354	0,029	-3,39	0,33	
		Gastrointestinal H.	KHD	1,525	0,342	0,030	-0,36	3,41	
			Ortopedik H.	0,148	0,206	1,000	-0,74	1,04	
			Nörolojik H.	0,231	0,156	0,999	-0,45	0,91	
			KBB H.	0,325	0,190	0,990	-0,52	1,17	
			Ürolojik H.	-0,023	0,269	1,000	-1,99	1,95	2>7
			COVID-19	1,033	0,221	**0,003***	0,05	2,02	
			Kanser	0,177	0,174	1,000	-0,58	0,93	
			Kalp ve Damar H.	0,112	0,147	1,000	-0,51	0,73	
			İç H.	-0,008	0,156	1,000	-0,68	0,66	

Tablo 4-14: Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatış Tanısı (I)	Yatış (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	%99,5 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Sonuçlar	Sonuçlar	Ortopedik H.	KHD	1,377	0,379	0,080	-0,48	3,23	
			Gastrointestinal H.	-0,148	0,206	1,000	-1,04	0,74	
			Nörolojik H.	0,082	0,226	1,000	-0,88	1,05	
			KBB H.	0,177	0,251	1,000	-0,88	1,24	
			Ürolojik H.	-0,171	0,315	1,000	-1,87	1,53	
			COVID-19	0,884	0,275	0,102	-0,28	2,05	
			Kanser	0,028	0,239	1,000	-0,98	1,04	
			Kalp ve Damar H.	-0,037	0,220	1,000	-0,97	0,90	
			İç H.	-0,157	0,226	1,000	-1,12	0,80	
		Nörolojik H.	KHD	1,294	0,354	0,107	-0,57	3,16	
			Gastrointestinal H.	-0,231	0,156	0,999	-0,91	0,45	
			Ortopedik H.	-0,082	0,226	1,000	-1,05	0,88	
			KBB H.	0,094	0,211	1,000	-0,83	1,02	
			Ürolojik H.	-0,254	0,284	1,000	-2,08	1,57	
			COVID-19	0,802	0,240	0,086	-0,24	1,85	
			Kanser	-0,054	0,197	1,000	-0,91	0,80	
			Kalp ve Damar H.	-0,119	0,174	1,000	-0,88	0,64	
			İç H.	-0,239	0,181	1,000	-1,03	0,55	
		KBB H.	KHD	1,200	0,370	0,198	-0,66	3,06	
			Gastrointestinal H.	-0,325	0,190	0,990	-1,17	0,52	
			Ortopedik H.	-0,177	0,251	1,000	-1,24	0,89	
			Nörolojik H.	-0,094	0,211	1,000	-1,02	0,83	
			Ürolojik H.	-0,348	0,304	1,000	-2,08	1,38	
			COVID-19	0,708	0,263	0,375	-0,42	1,84	
			Kanser	-0,148	0,225	1,000	-1,11	0,82	
			Kalp ve Damar H.	-0,213	0,205	1,000	-1,11	0,68	
			İç H.	-0,333	0,211	0,997	-1,25	0,58	
		Ürolojik H.	KHD	1,548	0,416	0,075	-0,53	3,63	
			Gastrointestinal H.	0,023	0,269	1,000	-1,95	1,99	
			Ortopedik H.	0,171	0,315	1,000	-1,53	1,87	
			Nörolojik H.	0,254	0,284	1,000	-1,57	2,08	
			KBB H.	0,348	0,304	1,000	-1,38	2,08	
			COVID-19	1,055	0,325	0,224	-0,65	2,76	
			Kanser	0,199	0,295	1,000	-1,56	1,96	
			Kalp ve Damar H.	0,135	0,280	1,000	-1,71	1,98	
			İç H.	0,014	0,284	1,000	-1,80	1,83	
		COVID-19	KHD	0,492	0,387	1,000	-1,38	2,36	
			Gastrointestinal H.	-1,033	0,221	**0,003***	-2,02	-0,05	
			Ortopedik H.	-0,884	0,275	0,102	-2,05	0,28	
			Nörolojik H.	-0,802	0,240	0,086	-1,85	0,24	
			KBB H.	-0,708	0,263	0,375	-1,84	0,42	2>7
			Ürolojik H.	-1,055	0,325	0,224	-2,76	0,65	
			Kanser	-0,856	0,252	0,068	-1,94	0,23	
			Kalp ve Damar H.	-0,921	0,234	0,018	-1,94	0,10	
			İç H.	-1,041	0,240	0,005	-2,08	0,00	

Tablo 4-14: Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastaneye Yatış Tanısına Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatış Tanısı (I)	Yatış Tanısı (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	%99,5 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Sonuçlar	Sonuçlar	Kanser	KHD	1,348	0,362	0,083	-0,51	3,20	
			Gastrointestinal H.	-0,177	0,174	1,000	-0,93	0,58	
			Ortopedik H.	-0,028	0,239	1,000	-1,04	0,98	
			Nörolojik H.	0,054	0,197	1,000	-0,80	0,91	
			KBB H.	0,148	0,225	1,000	-0,82	1,11	
			Ürolojik H.	-0,199	0,295	1,000	-1,96	1,56	
			COVID-19	0,856	0,252	0,068	-0,23	1,94	
			Kalp ve Damar H.	-0,065	0,190	1,000	-0,88	0,75	
			İç H.	-0,185	0,197	1,000	-1,03	0,66	
		Kalp ve Damar H.	KHD	1,413	0,351	0,055	-0,45	3,28	
			Gastrointestinal H.	-0,112	0,147	1,000	-0,73	0,51	
			Ortopedik H.	0,037	0,220	1,000	-0,90	0,97	
			Nörolojik H.	0,119	0,174	1,000	-0,64	0,88	
			KBB H.	0,213	0,205	1,000	-0,68	1,11	
			Ürolojik H.	-0,135	0,280	1,000	-1,98	1,71	
			COVID-19	0,921	0,234	0,018	-0,10	1,94	
			Kanser	0,065	0,190	1,000	-0,75	0,88	
			İç H.	-0,120	0,174	1,000	-0,87	0,63	
		İç H.	KHD	1,533	0,354	0,029	-0,33	3,39	
			Gastrointestinal H.	0,008	0,156	1,000	-0,66	0,68	
			Ortopedik H.	0,157	0,226	1,000	-0,80	1,12	
			Nörolojik H.	0,239	0,181	1,000	-0,55	1,03	
			KBB H.	0,333	0,211	0,997	-0,58	1,25	
			Ürolojik H.	-0,014	0,284	1,000	-1,83	1,80	
			COVID-19	1,041	0,240	0,005	0,00	2,08	
			Kanser	0,185	0,197	1,000	-0,66	1,03	
			Kalp ve Damar H.	0,120	0,174	1,000	-0,63	0,87	

Tamhane Testi; *p<0,005; SH: Standart Hata; H: Hastalık; 1: Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2: Gastrointestinal Hastalıklar, 3: Ortopedik Hastalıklar, 4: Nörolojik Hastalıklar, 5: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 6: Ürolojik Hastalıklar, 7: COVID-19, 8: Kanser, 9: Kalp ve Damar Hastalıkları, 10: İç Hastalıkları

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının hastanede yatılan servis türüne göre karşılaştırmak amacıyla yapılan Levene test sonucuna göre, varyansların homojen dağılmadığı görüldü (p<0,05) (Tablo 4-15). Bu nedenle, varyansların homojenliği varsayımı sağlanamadığı durumlarda başvurulan Welch ve Brown-Forsythe testleri uygulandı.

Tablo 4-15: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	2,545	10	219	**0,006***
	Takım Süreçleri	2,519	10	219	**0,007***
	Rol Belirginliği	3,854	10	219	**0,000***
	TEA-Genel	2,527	10	219	**0,007***
Sonuçlar	Sonuçlar	4,760	10	219	**0,000***

Levene testi; *p<0,05; Sd: Serbestlik Derecesi

Tablo 4-16'de yer alan Welch ve Brown-Forsythe testleri sonuçları incelendiğinde; katılımcıların yattığı servis ile rol belirginliği dışındaki Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı (p<0,05). Farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla varyanslar homojen dağılmadığı için (p>0,05) Tamhane post-hoc testi yapıldı. Analizde grupların ikili kombinasyonu alındı ve α değeri grup sayısına bölünerek p değeri 0,004 olarak belirlendi (p<0,05/11=0,004).

Tablo 4-16: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçları Puanlarının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		F	sd1	sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Welch	2,382	10	41,348	**0,025***
		Brown-Forsythe	3,549	10	144,179	**0,000***
	Takım Süreçleri	Welch	2,619	10	44,428	**0,013***
		Brown-Forsythe	3,281	10	100,454	**0,001***
	Rol Belirginliği[a]	Welch				
		Brown-Forsythe				
	TEA-Genel	Welch	2,797	10	46,459	**0,009***
		Brown-Forsythe	3,539	10	100,318	**0,000***
Sonuçlar	Sonuçlar	Welch	3,771	10	40,316	**0,001***
		Brown-Forsythe	6,840	10	95,370	**0,000***

*p<0,05; F: ANOVA; Sd: Serbestlik Derecesi; [a]En az bir grup 0 varyansa sahip olduğundan, rol belirginliği için sağlam ortalamaların eşitliği testleri yapılamaz.

Gruplar arasındaki anlamlı farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tamhane post-hoc testi sonucuna göre (Tablo 4-17); sadece sonuçlar alt boyutunda,

- Genel cerrahi servisinde yatan katılımcıların puan ortalamasının COVID-19'a göre,
- İç hastalıkları servisinde yatan katılımcıların puan ortalamalarının COVID-19'a göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p<0,004).

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	KHD	KBB	-1,212	0,427	0,460	-3,41	0,99	
			Ortopedi	-1,462	0,452	0,195	-3,68	0,75	
			Genel Cerrahi	-1,637	0,413	0,062	-3,84	0,56	
			İç H.	-1,548	0,447	0,124	-3,76	0,67	
			COVID-19	-0,734	0,473	1,000	-3,00	1,53	
			Kardiyoloji	-1,280	0,518	0,667	-3,68	1,12	
			Üroloji	-1,825	0,476	0,052	-4,17	0,52	
			Nöroloji	-1,462	0,426	0,159	-3,67	0,74	
			YBÜ	-1,128	0,510	0,958	-4,79	2,53	
			Çocuk	-1,573	0,435	0,107	-3,82	0,67	
		KBB	KHD	1,212	0,427	0,460	-0,99	3,41	
			Ortopedi	-0,250	0,298	1,000	-1,54	1,04	
			Genel Cerrahi	-0,425	0,234	0,986	-1,43	0,58	
			İç H.	-0,337	0,291	1,000	-1,61	0,94	
			COVID-19	0,477	0,328	1,000	-0,99	1,94	
			Kardiyoloji	-0,068	0,391	1,000	-1,85	1,71	
			Üroloji	-0,614	0,333	0,991	-2,30	1,07	
			Nöroloji	-0,250	0,257	1,000	-1,39	0,89	
			YBÜ	0,083	0,380	1,000	-8,96	9,12	
			Çocuk	-0,361	0,271	1,000	-1,69	0,96	
		Ortopedi	KHD	1,462	0,452	0,195	-0,75	3,68	
			KBB	0,250	0,298	1,000	-1,04	1,54	
			Genel Cerrahi	-0,175	0,277	1,000	-1,38	1,03	
			İç H.	-0,087	0,326	1,000	-1,50	1,33	
			COVID-19	0,727	0,360	0,939	-0,85	2,30	
			Kardiyoloji	0,182	0,419	1,000	-1,68	2,04	
			Üroloji	-0,364	0,365	1,000	-2,10	1,37	
			Nöroloji	0,000	0,297	1,000	-1,30	1,30	
			YBÜ	0,333	0,408	1,000	-5,49	6,16	
			Çocuk	-0,111	0,309	1,000	-1,54	1,32	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Genel Cerrahi	KHD	1,637	0,413	0,062	-0,56	3,84	
			KBB	0,425	0,234	0,986	-0,58	1,43	
			Ortopedi	0,175	0,277	1,000	-1,03	1,38	
			İç H.	0,088	0,269	1,000	-1,10	1,27	
			COVID-19	0,903	0,309	0,291	-0,50	2,30	
			Kardiyoloji	0,357	0,376	1,000	-1,38	2,09	
			Üroloji	-0,188	0,315	1,000	-1,85	1,48	
			Nöroloji	0,175	0,233	1,000	-0,85	1,20	
			YBÜ	0,509	0,364	1,000	-12,57	13,59	
			Çocuk	0,064	0,248	1,000	-1,20	1,33	
		İç H.	KHD	1,548	0,447	0,124	-0,67	3,76	
			KBB	0,337	0,291	1,000	-0,94	1,61	
			Ortopedi	0,087	0,326	1,000	-1,33	1,50	
			Genel Cerrahi	-0,088	0,269	1,000	-1,27	1,10	
			COVID-19	0,814	0,354	0,774	-0,75	2,38	
			Kardiyoloji	0,269	0,413	1,000	-1,58	2,12	
			Üroloji	-0,277	0,359	1,000	-2,01	1,45	
			Nöroloji	0,087	0,289	1,000	-1,20	1,37	
			YBÜ	0,420	0,403	1,000	-5,87	6,71	
			Çocuk	-0,024	0,302	1,000	-1,45	1,40	
		COVID-19	KHD	0,734	0,473	1,000	-1,53	3,00	
			KBB	-0,477	0,328	1,000	-1,94	0,99	
			Ortopedi	-0,727	0,360	0,939	-2,30	0,85	
			Genel Cerrahi	-0,903	0,309	0,291	-2,30	0,50	
			İç H.	-0,814	0,354	0,774	-2,38	0,75	
			Kardiyoloji	-0,545	0,440	1,000	-2,49	1,40	
			Üroloji	-1,091	0,390	0,406	-2,92	0,74	
			Nöroloji	-0,727	0,327	0,840	-2,20	0,74	
			YBÜ	-0,394	0,431	1,000	-5,11	4,32	
			Çocuk	-0,838	0,338	0,661	-2,41	0,73	
		Kardiyoloji	KHD	1,280	0,518	0,667	-1,12	3,68	
			KBB	0,068	0,391	1,000	-1,71	1,85	
			Ortopedi	-0,182	0,419	1,000	-2,04	1,68	
			Genel Cerrahi	-0,357	0,376	1,000	-2,09	1,38	
			İç H.	-0,269	0,413	1,000	-2,12	1,58	
			COVID-19	0,545	0,440	1,000	-1,40	2,49	
			Üroloji	-0,545	0,444	1,000	-2,58	1,49	
			Nöroloji	-0,182	0,390	1,000	-1,96	1,60	
			YBÜ	0,152	0,480	1,000	-3,51	3,81	
			Çocuk	-0,293	0,400	1,000	-2,14	1,55	
		Üroloji	KHD	1,825	0,476	0,052	-0,52	4,17	
			KBB	0,614	0,333	0,991	-1,07	2,30	
			Ortopedi	0,364	0,365	1,000	-1,37	2,10	
			Genel Cerrahi	0,188	0,315	1,000	-1,48	1,85	
			İç H.	0,277	0,359	1,000	-1,45	2,01	
			COVID-19	1,091	0,390	0,406	-0,74	2,92	
			Kardiyoloji	0,545	0,444	1,000	-1,49	2,58	
			Nöroloji	0,364	0,332	1,000	-1,33	2,05	
			YBÜ	0,697	0,435	1,000	-4,16	5,55	
			Çocuk	0,253	0,343	1,000	-1,52	2,03	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Nöroloji	KHD	1,462	0,426	0,159	-0,74	3,67	
			KBB	0,250	0,257	1,000	-0,89	1,39	
			Ortopedi	0,000	0,297	1,000	-1,30	1,30	
			Genel Cerrahi	-0,175	0,233	1,000	-1,20	0,85	
			İç H.	-0,087	0,289	1,000	-1,37	1,20	
			COVID-19	0,727	0,327	0,840	-0,74	2,20	
			Kardiyoloji	0,182	0,390	1,000	-1,60	1,96	
			Üroloji	-0,364	0,332	1,000	-2,05	1,33	
			YBÜ	0,333	0,379	1,000	-8,96	9,63	
			Çocuk	-0,111	0,270	1,000	-1,45	1,23	
		YBÜ	KHD	1,128	0,510	0,958	-2,53	4,79	
			KBB	-0,083	0,380	1,000	-9,12	8,96	
			Ortopedi	-0,333	0,408	1,000	-6,16	5,49	
			Genel Cerrahi	-0,509	0,364	1,000	-13,59	12,57	
			İç H.	-0,420	0,403	1,000	-6,71	5,87	
			COVID-19	0,394	0,431	1,000	-4,32	5,11	
			Kardiyoloji	-0,152	0,480	1,000	-3,81	3,51	
			Üroloji	-0,697	0,435	1,000	-5,55	4,16	
			Nöroloji	-0,333	0,379	1,000	-9,63	8,96	
			Çocuk	-0,444	0,389	1,000	-8,50	7,61	
		Çocuk	KHD	1,573	0,435	0,107	-0,67	3,82	
			KBB	0,361	0,271	1,000	-0,96	1,69	
			Ortopedi	0,111	0,309	1,000	-1,32	1,54	
			Genel Cerrahi	-0,064	0,248	1,000	-1,33	1,20	
			İç H.	0,024	0,302	1,000	-1,40	1,45	
			COVID-19	0,838	0,338	0,661	-0,73	2,41	
			Kardiyoloji	0,293	0,400	1,000	-1,55	2,14	
			Üroloji	-0,253	0,343	1,000	-2,03	1,52	
			Nöroloji	0,111	0,270	1,000	-1,23	1,45	
			YBÜ	0,444	0,389	1,000	-7,61	8,50	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Süreçleri	KHD	KBB	-0,389	0,283	1,000	-1,89	1,11	
			Ortopedi	-0,511	0,287	0,995	-2,01	0,99	
			Genel Cerrahi	-0,688	0,271	0,740	-2,21	0,83	
			İç H.	-0,693	0,273	0,731	-2,21	0,82	
			COVID-19	-0,184	0,299	1,000	-1,69	1,32	
			Kardiyoloji	-0,515	0,276	0,991	-2,02	0,99	
			Üroloji	-0,758	0,331	0,835	-2,38	0,86	
			Nöroloji	-0,326	0,310	1,000	-1,85	1,20	
			YBÜ	-0,473	0,275	0,998	-2,01	1,07	
			Çocuk	-0,830	0,295	0,478	-2,35	0,69	
		KBB	KHD	0,389	0,283	1,000	-1,11	1,89	
			Ortopedi	-0,122	0,156	1,000	-0,80	0,55	
			Genel Cerrahi	-0,299	0,125	0,693	-0,85	0,25	
			İç H.	-0,304	0,127	0,704	-0,87	0,26	
			COVID-19	0,206	0,177	1,000	-0,58	0,99	
			Kardiyoloji	-0,126	0,134	1,000	-0,71	0,46	
			Üroloji	-0,369	0,227	0,999	-1,58	0,84	
			Nöroloji	0,063	0,195	1,000	-0,83	0,96	
			YBÜ	-0,083	0,133	1,000	-0,90	0,73	
			Çocuk	-0,440	0,169	0,628	-1,30	0,42	
		Ortopedi	KHD	0,511	0,287	0,995	-0,99	2,01	
			KBB	0,122	0,156	1,000	-0,55	0,80	
			Genel Cerrahi	-0,177	0,134	1,000	-0,76	0,41	
			İç H.	-0,182	0,137	1,000	-0,78	0,42	
			COVID-19	0,327	0,184	0,991	-0,48	1,13	
			Kardiyoloji	-0,004	0,143	1,000	-0,63	0,62	
			Üroloji	-0,247	0,232	1,000	-1,45	0,96	
			Nöroloji	0,185	0,201	1,000	-0,73	1,10	
			YBÜ	0,038	0,142	1,000	-0,76	0,83	
			Çocuk	-0,319	0,176	0,992	-1,19	0,55	
		Genel Cerrahi	KHD	0,688	0,271	0,740	-0,83	2,21	
			KBB	0,299	0,125	0,693	-0,25	0,85	
			Ortopedi	0,177	0,134	1,000	-0,41	0,76	
			İç H.	-0,005	0,100	1,000	-0,43	0,42	
			COVID-19	0,504	0,158	0,165	-0,22	1,23	
			Kardiyoloji	0,173	0,108	0,999	-0,29	0,64	
			Üroloji	-0,070	0,212	1,000	-1,30	1,16	
			Nöroloji	0,362	0,178	0,952	-0,50	1,22	
			YBÜ	0,216	0,107	0,996	-0,90	1,33	
			Çocuk	-0,142	0,150	1,000	-1,00	0,72	
		İç H.	KHD	0,693	0,273	0,731	-0,82	2,21	
			KBB	0,304	0,127	0,704	-0,26	0,87	
			Ortopedi	0,182	0,137	1,000	-0,42	0,78	
			Genel Cerrahi	0,005	0,100	1,000	-0,42	0,43	
			COVID-19	0,509	0,160	0,167	-0,22	1,24	
			Kardiyoloji	0,178	0,110	0,999	-0,31	0,66	
			Üroloji	-0,065	0,214	1,000	-1,30	1,17	
			Nöroloji	0,367	0,180	0,949	-0,50	1,23	
			YBÜ	0,220	0,110	0,995	-0,84	1,28	
			Çocuk	-0,137	0,152	1,000	-1,00	0,73	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Süreçleri	COVID-19	KHD	0,184	0,299	1,000	-1,32	1,69	
			KBB	-0,206	0,177	1,000	-0,99	0,58	
			Ortopedi	-0,327	0,184	0,991	-1,13	0,48	
			Genel Cerrahi	-0,504	0,158	0,165	-1,23	0,22	
			İç H.	-0,509	0,160	0,167	-1,24	0,22	
			Kardiyoloji	-0,331	0,165	0,951	-1,08	0,42	
			Üroloji	-0,575	0,247	0,816	-1,80	0,65	
			Nöroloji	-0,142	0,218	1,000	-1,12	0,84	
			YBÜ	-0,289	0,165	0,996	-1,14	0,56	
			Çocuk	-0,646	0,195	0,147	-1,57	0,28	
		Kardiyoloji	KHD	0,515	0,276	0,991	-0,99	2,02	
			KBB	0,126	0,134	1,000	-0,46	0,71	
			Ortopedi	0,004	0,143	1,000	-0,62	0,63	
			Genel Cerrahi	-0,173	0,108	0,999	-0,64	0,29	
			İç H.	-0,178	0,110	0,999	-0,66	0,31	
			COVID-19	0,331	0,165	0,951	-0,42	1,08	
			Üroloji	-0,244	0,218	1,000	-1,46	0,98	
			Nöroloji	0,189	0,185	1,000	-0,68	1,06	
			YBÜ	0,042	0,117	1,000	-0,88	0,97	
			Çocuk	-0,315	0,157	0,973	-1,17	0,54	
		Üroloji	KHD	0,758	0,331	0,835	-0,86	2,38	
			KBB	0,369	0,227	0,999	-0,84	1,58	
			Ortopedi	0,247	0,232	1,000	-0,96	1,45	
			Genel Cerrahi	0,070	0,212	1,000	-1,16	1,30	
			İç H.	0,065	0,214	1,000	-1,17	1,30	
			COVID-19	0,575	0,247	0,816	-0,65	1,80	
			Kardiyoloji	0,244	0,218	1,000	-0,98	1,46	
			Nöroloji	0,433	0,260	0,998	-0,83	1,70	
			YBÜ	0,286	0,217	1,000	-1,00	1,57	
			Çocuk	-0,071	0,241	1,000	-1,33	1,19	
		Nöroloji	KHD	0,326	0,310	1,000	-1,20	1,85	
			KBB	-0,063	0,195	1,000	-0,96	0,83	
			Ortopedi	-0,185	0,201	1,000	-1,10	0,73	
			Genel Cerrahi	-0,362	0,178	0,952	-1,22	0,50	
			İç H.	-0,367	0,180	0,949	-1,23	0,50	
			COVID-19	0,142	0,218	1,000	-0,84	1,12	
			Kardiyoloji	-0,189	0,185	1,000	-1,06	0,68	
			Üroloji	-0,433	0,260	0,998	-1,70	0,83	
			YBÜ	-0,147	0,184	1,000	-1,10	0,80	
			Çocuk	-0,504	0,212	0,758	-1,51	0,50	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Süreçleri	YBÜ	KHD	0,473	0,275	0,998	-1,07	2,01	
			KBB	0,083	0,133	1,000	-0,73	0,90	
			Ortopedi	-0,038	0,142	1,000	-0,83	0,76	
			Genel Cerrahi	-0,216	0,107	0,996	-1,33	0,90	
			İç H.	-0,220	0,110	0,995	-1,28	0,84	
			COVID-19	0,289	0,165	0,996	-0,56	1,14	
			Kardiyoloji	-0,042	0,117	1,000	-0,97	0,88	
			Üroloji	-0,286	0,217	1,000	-1,57	1,00	
			Nöroloji	0,147	0,184	1,000	-0,80	1,10	
			Çocuk	-0,357	0,157	0,928	-1,39	0,68	
		Çocuk	KHD	0,830	0,295	0,478	-0,69	2,35	
			KBB	0,440	0,169	0,628	-0,42	1,30	
			Ortopedi	0,319	0,176	0,992	-0,55	1,19	
			Genel Cerrahi	0,142	0,150	1,000	-0,72	1,00	
			İç H.	0,137	0,152	1,000	-0,73	1,00	
			COVID-19	0,646	0,195	0,147	-0,28	1,57	
			Kardiyoloji	0,315	0,157	0,973	-0,54	1,17	
			Üroloji	0,071	0,241	1,000	-1,19	1,33	
			Nöroloji	0,504	0,212	0,758	-0,50	1,51	
			YBÜ	0,357	0,157	0,928	-0,68	1,39	
	TEA-Genel	KHD	KBB	-0,484	0,287	0,999	-2,01	1,04	
			Ortopedi	-0,621	0,290	0,931	-2,15	0,90	
			Genel Cerrahi	-0,782	0,276	0,530	-2,33	0,76	
			İç H.	-0,822	0,278	0,439	-2,36	0,72	
			COVID-19	-0,313	0,305	1,000	-1,84	1,22	
			Kardiyoloji	-0,602	0,285	0,945	-2,13	0,93	
			Üroloji	-0,853	0,337	0,655	-2,50	0,80	
			Nöroloji	-0,389	0,321	1,000	-1,95	1,18	
			YBÜ	-0,582	0,277	0,955	-2,14	0,98	
			Çocuk	-0,916	0,294	0,301	-2,46	0,63	
		KBB	KHD	0,484	0,287	0,999	-1,04	2,01	
			Ortopedi	-0,137	0,153	1,000	-0,80	0,52	
			Genel Cerrahi	-0,298	0,126	0,706	-0,85	0,25	
			İç H.	-0,338	0,129	0,497	-0,91	0,23	
			COVID-19	0,171	0,180	1,000	-0,63	0,97	
			Kardiyoloji	-0,118	0,143	1,000	-0,74	0,51	
			Üroloji	-0,369	0,230	0,999	-1,60	0,86	
			Nöroloji	0,095	0,207	1,000	-0,86	1,05	
			YBÜ	-0,098	0,126	1,000	-0,79	0,60	
			Çocuk	-0,431	0,160	0,532	-1,22	0,36	
		Ortopedi	KHD	0,621	0,290	0,931	-0,90	2,15	
			KBB	0,137	0,153	1,000	-0,52	0,80	
			Genel Cerrahi	-0,162	0,131	1,000	-0,73	0,40	
			İç H.	-0,201	0,134	1,000	-0,79	0,38	
			COVID-19	0,308	0,184	0,997	-0,50	1,12	
			Kardiyoloji	0,019	0,148	1,000	-0,62	0,66	
			Üroloji	-0,232	0,232	1,000	-1,46	0,99	
			Nöroloji	0,231	0,210	1,000	-0,73	1,20	
			YBÜ	0,039	0,131	1,000	-0,65	0,73	
			Çocuk	-0,295	0,164	0,993	-1,09	0,50	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	TEA-Genel	Genel Cerrahi	KHD	0,782	0,276	0,530	-0,76	2,33	
			KBB	0,298	0,126	0,706	-0,25	0,85	
			Ortopedi	0,162	0,131	1,000	-0,40	0,73	
			İç H.	-0,039	0,102	1,000	-0,48	0,40	
			COVID-19	0,469	0,162	0,319	-0,27	1,21	
			Kardiyoloji	0,181	0,120	1,000	-0,34	0,70	
			Üroloji	-0,071	0,216	1,000	-1,33	1,18	
			Nöroloji	0,393	0,191	0,945	-0,53	1,32	
			YBÜ	0,200	0,099	0,990	-0,58	0,98	
			Çocuk	-0,133	0,139	1,000	-0,91	0,64	
		İç H.	KHD	0,822	0,278	0,439	-0,72	2,36	
			KBB	0,338	0,129	0,497	-0,23	0,91	
			Ortopedi	0,201	0,134	1,000	-0,38	0,79	
			Genel Cerrahi	0,039	0,102	1,000	-0,40	0,48	
			COVID-19	0,509	0,165	0,208	-0,24	1,26	
			Kardiyoloji	0,220	0,123	0,991	-0,32	0,76	
			Üroloji	-0,031	0,218	1,000	-1,28	1,22	
			Nöroloji	0,432	0,193	0,861	-0,50	1,36	
			YBÜ	0,240	0,103	0,935	-0,52	1,00	
			Çocuk	-0,094	0,142	1,000	-0,87	0,68	
		COVID-19	KHD	0,313	0,305	1,000	-1,22	1,84	
			KBB	-0,171	0,180	1,000	-0,97	0,63	
			Ortopedi	-0,308	0,184	0,997	-1,12	0,50	
			Genel Cerrahi	-0,469	0,162	0,319	-1,21	0,27	
			İç H.	-0,509	0,165	0,208	-1,26	0,24	
			Kardiyoloji	-0,289	0,176	0,998	-1,08	0,50	
			Üroloji	-0,540	0,252	0,916	-1,79	0,71	
			Nöroloji	-0,076	0,231	1,000	-1,11	0,96	
			YBÜ	-0,269	0,163	0,999	-1,08	0,54	
			Çocuk	-0,602	0,190	0,189	-1,49	0,29	
		Kardiyoloji	KHD	0,602	0,285	0,945	-0,93	2,13	
			KBB	0,118	0,143	1,000	-0,51	0,74	
			Ortopedi	-0,019	0,148	1,000	-0,66	0,62	
			Genel Cerrahi	-0,181	0,120	1,000	-0,70	0,34	
			İç H.	-0,220	0,123	0,991	-0,76	0,32	
			COVID-19	0,289	0,176	0,998	-0,50	1,08	
			Üroloji	-0,251	0,226	1,000	-1,48	0,98	
			Nöroloji	0,212	0,203	1,000	-0,74	1,16	
			YBÜ	0,020	0,120	1,000	-0,68	0,72	
			Çocuk	-0,314	0,155	0,962	-1,10	0,47	
		Üroloji	KHD	0,853	0,337	0,655	-0,80	2,50	
			KBB	0,369	0,230	0,999	-0,86	1,60	
			Ortopedi	0,232	0,232	1,000	-0,99	1,46	
			Genel Cerrahi	0,071	0,216	1,000	-1,18	1,33	
			İç H.	0,031	0,218	1,000	-1,22	1,28	
			COVID-19	0,540	0,252	0,916	-0,71	1,79	
			Kardiyoloji	0,251	0,226	1,000	-0,98	1,48	
			Nöroloji	0,464	0,271	0,997	-0,84	1,77	
			YBÜ	0,271	0,216	1,000	-1,02	1,56	
			Çocuk	-0,062	0,237	1,000	-1,32	1,20	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	TEA-Genel	Nöroloji	KHD	0,389	0,321	1,000	-1,18	1,95	
			KBB	-0,095	0,207	1,000	-1,05	0,86	
			Ortopedi	-0,231	0,210	1,000	-1,20	0,73	
			Genel Cerrahi	-0,393	0,191	0,945	-1,32	0,53	
			İç H.	-0,432	0,193	0,861	-1,36	0,50	
			COVID-19	0,076	0,231	1,000	-0,96	1,11	
			Kardiyoloji	-0,212	0,203	1,000	-1,16	0,74	
			Üroloji	-0,464	0,271	0,997	-1,77	0,84	
			YBÜ	-0,193	0,192	1,000	-1,16	0,77	
			Çocuk	-0,526	0,215	0,703	-1,55	0,49	
		YBÜ	KHD	0,582	0,277	0,955	-0,98	2,14	
			KBB	0,098	0,126	1,000	-0,60	0,79	
			Ortopedi	-0,039	0,131	1,000	-0,73	0,65	
			Genel Cerrahi	-0,200	0,099	0,990	-0,98	0,58	
			İç H.	-0,240	0,103	0,935	-1,00	0,52	
			COVID-19	0,269	0,163	0,999	-0,54	1,08	
			Kardiyoloji	-0,020	0,120	1,000	-0,72	0,68	
			Üroloji	-0,271	0,216	1,000	-1,56	1,02	
			Nöroloji	0,193	0,192	1,000	-0,77	1,16	
			Çocuk	-0,333	0,140	0,888	-1,25	0,58	
		Çocuk	KHD	0,916	0,294	0,301	-0,63	2,46	
			KBB	0,431	0,160	0,532	-0,36	1,22	
			Ortopedi	0,295	0,164	0,993	-0,50	1,09	
			Genel Cerrahi	0,133	0,139	1,000	-0,64	0,91	
			İç H.	0,094	0,142	1,000	-0,68	0,87	
			COVID-19	0,602	0,190	0,189	-0,29	1,49	
			Kardiyoloji	0,314	0,155	0,962	-0,47	1,10	
			Üroloji	0,062	0,237	1,000	-1,20	1,32	
			Nöroloji	0,526	0,215	0,703	-0,49	1,55	
			YBÜ	0,333	0,140	0,888	-0,58	1,25	
Sonuçlar	Sonuçlar	KHD	KBB	-0,804	0,371	0,921	-2,75	1,14	
			Ortopedi	-1,031	0,381	0,548	-2,98	0,91	
			Genel Cerrahi	-1,339	0,358	0,108	-3,30	0,62	
			İç H.	-1,327	0,361	0,118	-3,28	0,63	
			COVID-19	-0,262	0,397	1,000	-2,23	1,70	
			Kardiyoloji	-1,201	0,363	0,228	-3,16	0,75	
			Üroloji	-1,269	0,381	0,191	-3,24	0,70	
			Nöroloji	-1,103	0,355	0,348	-3,07	0,87	
			YBÜ	-1,380	0,480	0,738	-5,38	2,62	
			Çocuk	-1,214	0,381	0,258	-3,19	0,76	
		KBB	KHD	0,804	0,371	0,921	-1,14	2,75	
			Ortopedi	-0,227	0,221	1,000	-1,18	0,73	
			Genel Cerrahi	-0,535	0,179	0,216	-1,31	0,24	
			İç H.	-0,523	0,186	0,337	-1,34	0,29	
			COVID-19	0,542	0,249	0,861	-0,56	1,65	
			Kardiyoloji	-0,397	0,189	0,902	-1,23	0,43	
			Üroloji	-0,465	0,222	0,926	-1,52	0,59	
			Nöroloji	-0,299	0,173	0,995	-1,07	0,47	
			YBÜ	-0,576	0,367	1,000	-14,47	13,32	
			Çocuk	-0,410	0,222	0,990	-1,51	0,69	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Sonuçlar	Sonuçlar	Ortopedi	KHD	1,031	0,381	0,548	-0,91	2,98	
			KBB	0,227	0,221	1,000	-0,73	1,18	
			Genel Cerrahi	-0,308	0,199	0,999	-1,17	0,55	
			İç H.	-0,296	0,205	1,000	-1,19	0,60	
			COVID-19	0,769	0,263	0,258	-0,38	1,92	
			Kardiyoloji	-0,170	0,207	1,000	-1,07	0,73	
			Üroloji	-0,238	0,238	1,000	-1,33	0,86	
			Nöroloji	-0,071	0,193	1,000	-0,92	0,78	
			YBÜ	-0,349	0,377	1,000	-11,22	10,52	
			Çocuk	-0,183	0,238	1,000	-1,32	0,95	
		Genel Cerrahi	KHD	1,339	0,358	0,108	-0,62	3,30	
			KBB	0,535	0,179	0,216	-0,24	1,31	
			Ortopedi	0,308	0,199	0,999	-0,55	1,17	
			İç H.	0,012	0,159	1,000	-0,67	0,69	
			COVID-19	1,078*	0,229	0,002	0,04	2,11	4>6
			Kardiyoloji	0,138	0,162	1,000	-0,56	0,83	
			Üroloji	0,070	0,199	1,000	-0,93	1,07	
			Nöroloji	0,237	0,143	0,997	-0,37	0,85	
			YBÜ	-0,041	0,354	1,000	-20,72	20,64	
			Çocuk	0,126	0,200	1,000	-0,95	1,20	
		İç H.	KHD	1,327	0,361	0,118	-0,63	3,28	
			KBB	0,523	0,186	0,337	-0,29	1,34	
			Ortopedi	0,296	0,205	1,000	-0,60	1,19	
			Genel Cerrahi	-0,012	0,159	1,000	-0,69	0,67	
			COVID-19	1,066*	0,234	0,004	0,01	2,12	5>6
			Kardiyoloji	0,126	0,170	1,000	-0,62	0,87	
			Üroloji	0,058	0,205	1,000	-0,96	1,08	
			Nöroloji	0,225	0,152	1,000	-0,45	0,90	
			YBÜ	-0,053	0,358	1,000	-18,44	18,34	
			Çocuk	0,114	0,206	1,000	-0,97	1,20	
		COVID-19	KHD	0,262	0,397	1,000	-1,70	2,23	
			KBB	-0,542	0,249	0,861	-1,65	0,56	
			Ortopedi	-0,769	0,263	0,258	-1,92	0,38	
			Genel Cerrahi	-1,078*	0,229	0,002	-2,11	-0,04	
			İç H.	-1,066*	0,234	0,004	-2,12	-0,01	4>6; 5>6
			Kardiyoloji	-0,939	0,236	0,019	-2,00	0,12	
			Üroloji	-1,008	0,263	0,033	-2,22	0,20	
			Nöroloji	-0,841	0,224	0,040	-1,87	0,19	
			YBÜ	-1,119	0,394	0,948	-9,01	6,78	
			Çocuk	-0,952	0,264	0,066	-2,19	0,28	
		Kardiyoloji	KHD	1,201	0,363	0,228	-0,75	3,16	
			KBB	0,397	0,189	0,902	-0,43	1,23	
			Ortopedi	0,170	0,207	1,000	-0,73	1,07	
			Genel Cerrahi	-0,138	0,162	1,000	-0,83	0,56	
			İç H.	-0,126	0,170	1,000	-0,87	0,62	
			COVID-19	0,939	0,236	0,019	-0,12	2,00	
			Üroloji	-0,068	0,208	1,000	-1,09	0,96	
			Nöroloji	0,098	0,155	1,000	-0,59	0,79	
			YBÜ	-0,179	0,359	1,000	-17,81	17,45	
			Çocuk	-0,013	0,208	1,000	-1,10	1,07	

Tablo 4-17: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanının Katılımcıların Hastanede Yattığı Servis Türüne Göre Çoklu Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular (Devamı)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yatılan Servis(I)	Yatılan Servis (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 99,6 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Sonuçlar	Sonuçlar	Üroloji	KHD	1,269	0,381	0,191	-0,70	3,24	
			KBB	0,465	0,222	0,926	-0,59	1,52	
			Ortopedi	0,238	0,238	1,000	-0,86	1,33	
			Genel Cerrahi	-0,070	0,199	1,000	-1,07	0,93	
			İç H.	-0,058	0,205	1,000	-1,08	0,96	
			COVID-19	1,008	0,263	0,033	-0,20	2,22	
			Kardiyoloji	0,068	0,208	1,000	-0,96	1,09	
			Nöroloji	0,167	0,193	1,000	-0,85	1,18	
			YBÜ	-0,111	0,377	1,000	-11,15	10,93	
			Çocuk	0,056	0,238	1,000	-1,17	1,28	
		Nöroloji	KHD	1,103	0,355	0,348	-0,87	3,07	
			KBB	0,299	0,173	0,995	-0,47	1,07	
			Ortopedi	0,071	0,193	1,000	-0,78	0,92	
			Genel Cerrahi	-0,237	0,143	0,997	-0,85	0,37	
			İç H.	-0,225	0,152	1,000	-0,90	0,45	
			COVID-19	0,841	0,224	0,040	-0,19	1,87	
			Kardiyoloji	-0,098	0,155	1,000	-0,79	0,59	
			Üroloji	-0,167	0,193	1,000	-1,18	0,85	
			YBÜ	-0,278	0,351	1,000	-23,46	22,90	
			Çocuk	-0,111	0,194	1,000	-1,21	0,99	
		YBÜ	KHD	1,380	0,480	0,738	-2,62	5,38	
			KBB	0,576	0,367	1,000	-13,32	14,47	
			Ortopedi	0,349	0,377	1,000	-10,52	11,22	
			Genel Cerrahi	0,041	0,354	1,000	-20,64	20,72	
			İç H.	0,053	0,358	1,000	-18,34	18,44	
			COVID-19	1,119	0,394	0,948	-6,78	9,01	
			Kardiyoloji	0,179	0,359	1,000	-17,45	17,81	
			Üroloji	0,111	0,377	1,000	-10,93	11,15	
			Nöroloji	0,278	0,351	1,000	-22,90	23,46	
			Çocuk	0,167	0,378	1,000	-10,87	11,21	
		Çocuk	KHD	1,214	0,381	0,258	-0,76	3,19	
			KBB	0,410	0,222	0,990	-0,69	1,51	
			Ortopedi	0,183	0,238	1,000	-0,95	1,32	
			Genel Cerrahi	-0,126	0,200	1,000	-1,20	0,95	
			İç H.	-0,114	0,206	1,000	-1,20	0,97	
			COVID-19	0,952	0,264	0,066	-0,28	2,19	
			Kardiyoloji	0,013	0,208	1,000	-1,07	1,10	
			Üroloji	-0,056	0,238	1,000	-1,28	1,17	
			Nöroloji	0,111	0,194	1,000	-0,99	1,21	
			YBÜ	-0,167	0,378	1,000	-11,21	10,87	

Tamhane testi; *p<0,004; SH: Standart Hata; 1: Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2: Kulak Burun Boğaz, 3: Ortopedi, 4: Genel Cerrahi, 5: İç H. (Hastalıkları), 6: COVID-19, 7: Kardiyoloji, 8: Üroloji, 9: Nöroloji, 10: YBÜ (Yoğun Bakım Ünitesi); 11: Çocuk

Anketin duyarlılığı, yüksek ve düşük işlevli takımların takım etkililiği algısına ait puanlar ile değerlendirildi (Tablo 4-18). Analiz sonucuna göre, düşük ve yüksek işlevli

takımlar arasında tüm alt boyutlar puan ortalamaları için anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p<0,05).

Tablo 4-18: Düşük ve Yüksek İşlevli Takımlarda Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Takım Etkililiği Algısı İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	TEA	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Düşük (1-4)	51	3,78	1,189	-8,364	**0,000***
		Yüksek (5-6)	179	5,18	1,014		
	Rol Belirginliği	Düşük (1-4)	51	4,10	1,166	-5,296	**0,000***
		Yüksek (5-6)	179	5,03	0,882		
	Takım Süreçleri	Düşük (1-4)	51	3,64	0,596	-10,898	**0,000***
		Yüksek (5-6)	179	4,61	0,393		
Sonuçlar	Sonuçlar	Düşük (1-4)	51	3,78	0,873	-9,657	**0,000***
		Yüksek (5-6)	179	5,04	0,605		

*p<0,05; x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi; TEA: Takım Etkililiği Algısı

4.1.3.2. Sağlık Hizmeti verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin yapı geçerliği 260 sağlık çalışanından elde edilen veriler ile gerçekleştirildi.

Tablo 4-19: Sağlık Hizmeti Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (N: 260)

Özellik		n	%
Yaş (37,15±7,49; min: 21, maks: 65)	21-35	105	40,4
	36-45	122	46,9
	46-65	33	12,7
Cinsiyet	Kadın	192	73,8
	Erkek	68	26,2
Medeni Durumu	Bekâr	78	30,0
	Evli	182	70,0
Eğitim Durumu	SML	12	04,6
	Ön lisans	24	09,2
	Lisans	129	49,6
	Lisansüstü	95	36,6
Meslek	Hekim	59	22,7
	Hemşire	201	77,3
Çalışılan Birim	Dâhili birimler	90	34,6
	Cerrahi birimler	136	52,3
	Acil	16	06,2
	YBÜ	18	06,9
Meslekte Toplam Çalışma Yılı	1-10	89	34,2
	11-25	136	52,3
	26-40	35	13,5
Kurumda Toplam Çalışma Yılı	1-10	191	73,5
	11-20	45	17,3
	21-32	24	09,2
Çalışma Şekli	Gündüz	122	46,9
	Gündüz-Gece Dönüşümlü (Vardiya)	138	53,1
Haftalık Çalışma Saati (44,09±6,91; min: 10, maks: 64)			

n=Sayı; %=Yüzde; Min.=Mininum; Maks.=Maksimum, SML: Sağlık Meslek Lisesi; YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %46,9'unun 36-45 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının 37,15±7,49 olduğu, %73,8'inin kadın olduğu ve %70'inin evli olduğu saptandı. Katılımcıların %49,6'sının lisans mezunu ve %77,3'ünün hemşire olduğu belirlendi. Sağlık çalışanlarının %52,3'ünün cerrahi birimlerde çalıştığı, %52,3'ünün meslekte toplam çalışma yılının 11-25 yıl arasında olduğu ve %73,5'inin 1-10 yıl arasında kurumda çalıştığı belirlendi. Katılımcıların %53,1'inin vardiyalı olarak çalıştığı ve haftalık çalışma saati ortalamasının ise 44,09±6,91 olduğu saptandı (Tablo 4-19).

Tablo 4-20: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	3,447	2	257	**0,033***
	Güven	3,789	2	257	**0,024***
	Takım Toplantısı	1,334	2	257	0,265
	Takım Süreçleri	2,525	2	257	0,082
	TEA-Genel	2,504	2	257	0,084
Sonuçlar	Sonuçlar	6,179	2	257	**0,002***

Levene Testi; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının yaşa göre karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA testi uygulanabilmesi için öncelikle grupların varyansının homojenliği Levene testi ile analiz edildi. Levene testi sonucuna göre; takım toplantısı, takım süreçleri ve TEA-Genel alt boyutları için p>0,05 bulunarak varyansların homojen dağıldığı, rol belirginliği, güven ve sonuçlar alt boyutları için ise p<0,05 bulunarak varyansların homojen dağılmadığı belirlendi (Tablo 4-20). Bu nedenle; rol belirginliği, güven ve sonuçlar alt boyutlarının analizinde Welch ve Brown-Forsythe testleri uygulandı.

Tablo 4-21: Takım Toplantısı, Takım Süreçleri ve TEA-Genel Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Toplantısı	Gruplar Arası	3,192	2	1,596	1,123	0,327
		Gruplar İçi	365,134	257	1,421		
		Toplam	368,326	259			
	Takım Süreçleri	Gruplar Arası	1,435	2	0,718	1,587	0,207
		Gruplar İçi	116,220	257	0,452		
		Toplam	117,656	259			
	TEA-Genel	Gruplar Arası	1,664	2	0,832	1,642	0,196
		Gruplar İçi	130,210	257	0,507		
		Toplam	131,874	259			

F: ANOVA; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği'ne ilişkin takım toplantısı, takım süreçleri ve TEA-Genel alt boyutları puan ortalamaları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-21).

Tablo 4-22: Rol Belirginliği, Güven ve Sonuçlar Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		F	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Welch	2,627	2	96,538	0,077
		Brown-Forsythe	2,458	2	172,929	0,089
	Güven	Welch	0,127	2	103,996	0,881
		Brown-Forsythe	0,093	2	207,733	0,911
Sonuçlar	Sonuçlar	Welch	4,971	2	133,994	**0,008***
		Brown-Forsythe	3,853	2	256,199	**0,022***

*p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeğine ilişkin rol belirginliği ve güven alt boyutları ile Sonuçlar alt faktörü puan ortalamaları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, yalnızca sonuçlar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,05) (Tablo 4-22). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tamhane post-hoc testi uygulandı. Analizde p değeri için grupların ikili kombinasyonu alındı ve α değeri grup sayısına bölünerek 0,016 olarak bulundu (p<0,05/3=0,016). Tamhane post-hoc testi sonucuna göre, 36-45 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının sonuçlar alt boyutu puan ortalamalarının 46-65 yaş grubundakilere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4-23).

Tablo 4-23: Sonuçlar Alt Faktörüne İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçlarına Ait Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Yaş (I)	Yaş (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	%98,4 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Sonuçlar	Sonuçlar	21-35	36-45	0,151	0,096	0,311	-0,12	0,42	46-65>36-45
			46-65	-0,135	0,088	0,337	-0,38	0,11	
		36-45	21-35	-0,151	0,096	0,311	-0,42	0,12	
			46-65	-0,285	0,090	**0,006***	-0,54	-0,03	
		46-65	21-35	0,135	0,088	0,337	-0,11	0,38	
			36-45	0,285	0,090	**0,006***	0,03	0,54	

Tamhane testi; *p<0,016; SH: Standart Hata

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-24).

Tablo 4-24: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Kadın	192	3,52	1,390	-2,005	0,470
		Erkek	68	3,89	1,272		
	Güven	Kadın	192	4,61	1,038	-1,204	0,230
		Erkek	68	4,79	1,216		
	Takım Toplantısı	Kadın	192	4,22	1,163	0,266	0,790
		Erkek	68	4,18	1,281		
	Takım Süreçleri	Kadın	192	4,55	0,651	1,109	0,269
		Erkek	68	4,45	0,735		
	TEA-Genel	Kadın	192	4,41	0,694	0,336	0,737
		Erkek	68	4,38	0,771		
Sonuçlar	Sonuçlar	Kadın	192	4,73	0,665	1,362	0,174
		Erkek	68	4,59	0,762		

*p<0,05; x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında; rol belirginliği, takım toplantısı, takım süreçleri ve TEA-Genel alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4-25).

Tablo 4-25: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Medeni duruma Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Bekâr	78	3,34	1,335	-2,158	**0,032***
		Evli	182	3,74	1,367		
	Güven	Bekâr	78	4,45	1,224	-1,894	0,061
		Evli	182	4,75	1,015		
	Takım Toplantısı	Bekâr	78	3,93	1,253	-2,505	**0,008***
		Evli	182	4,33	1,148		
	Takım Süreçleri	Bekâr	78	4,34	0,808	-2,692	**0,005***
		Evli	182	4,61	0,591		
	TEA-Genel	Bekâr	78	4,19	0,833	-2,283	**0,002***
		Evli	182	4,49	0,637		
Sonuçlar	Sonuçlar	Bekâr	78	4,66	0,810	-0,433	0,665
		Evli	182	4,70	0,638		

*p<0,05; x̄= Ortalama; ss= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması amacıyla yapılan Levene testi sonucuna göre rol belirginliği, takım süreçleri, TEA-Genel ve sonuçlar alt boyutlarına ait grupların homojen dağıldığı (p>0,05); güven ve takım toplantısı alt boyutlarına ait grupların ise homojen dağılmadığı (p<0,05) belirlendi (Tablo 4-26). Bu nedenle, varyansların homojenliği varsayımı sağlanamadığı durumlarda başvurulan Welch ve Brown-Forsythe testleri uygulandı.

Tablo 4-26: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	0,807	3	256	0,461
	Güven	2,887	3	256	**0,036***
	Takım Toplantısı	2,613	3	256	**0,052***
	Takım Süreçleri	0,502	3	256	0,682
	TEA-Genel	0,497	3	256	0,685
Sonuçlar	Sonuçlar	1,020	3	256	0,384

Levene testi; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında; homojen dağılım gösteren gruplardan sonuçlar alt boyutunda (Tablo

4-27), homojen dağılım göstermeyen gruplardan güven ve takım toplantısı alt boyutlarında (Tablo 4-28) istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05).

Tablo 4-27: Rol Belirginliği, Takım Süreçleri, TEA-Genel ve Sonuçlar Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Gruplar Arası	6,512	3	2,171	1,163	0,324
		Gruplar İçi	477,660	256	1,866		
		Toplam	484,172	259			
	Takım Süreçleri	Gruplar Arası	2,014	3		1,486	0,219
		Gruplar İçi	115,642	256	0,671		
		Toplam	117,656	259	0,452		
	TEA-Genel	Gruplar Arası	2,986	3	0,995	1,977	0,118
		Gruplar İçi	128,888	256	0,503		
		Toplam	131,874	259			
Sonuçlar	Sonuçlar	Gruplar Arası	4,065	3	1,355	2,884	**0,036***
		Gruplar İçi	120,300	256	0,470		
		Toplam	124,365	259			

F: ANOVA; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Tablo 4-28: Güven ve Takım Toplantısı Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		F	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	Welch	4,704	3	41,151	**0,006***
		Brown-Forsythe	2,745	3	42,235	**0,055***
	Takım Toplantısı	Welch	4,649	3	40,864	**0,007***
		Brown-Forsythe	4,550	3	69,381	**0,006***

F: ANOVA; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Sonuçlar alt boyutu puan ortalaması katılımcıların eğitim durumuna göre Bonferroni post-hoc testi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p<0,05/4=0,0125) (Tablo 4-29).

Tablo 4-29: Sonuçlar Alt Faktörünün Eğitim Durumuna Göre Çoklu Karşılaştırma Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Birim (I)	Birim(J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	%98,75 Güven Aralığı	
							Alt Sınır	Üst Sınır
Sonuçlar	Sonuçlar	SML	Ön lisans	-0,089	0,242	1,000	-0,84	0,66
			Lisans	0,303	0,207	0,869	-0,34	0,95
			Lisansüstü	0,295	0,210	0,965	-0,36	0,95
		Ön lisans	SML	0,089	0,242	1,000	-0,66	0,84
			Lisans	0,392	0,152	0,064	-0,08	0,87
			Lisansüstü	0,385	0,157	0,088	-0,10	0,87
		Lisans	SML	-0,303	0,207	0,869	-0,95	0,34
			Ön lisans	-0,392	0,152	0,064	-0,87	0,08
			Lisansüstü	-0,007	0,093	1,000	-0,30	0,28
		Lisansüstü	SML	-0,295	0,210	0,965	-0,95	0,36
			Ön lisans	-0,385	0,157	0,088	-0,87	0,10
			Lisans	0,007	0,093	1,000	-0,28	0,30

Bonferoni testi; *p<0,0125; SH: Standart Hata

Güven ve takım toplantısı puan ortalamaları katılımcıların eğitim durumuna göre Tamhane post-hoc testi ile karşılaştırıldığında, ön lisans mezunu olanların puan ortalamalarının lisansüstü mezunu olanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05/4=0,0125$) (Tablo 4-30).

Tablo 4-30: Güven ve Takım Toplantısı Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Çoklu Karşılaştırma Bulguları

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	%98,75 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	SML	Ön lisans	-0,958	0,418	0,206	-2,53	0,85	
			Lisans	-0,393	0,404	0,924	-1,96	1,27	
			Lisansüstü	-0,339	0,406	0,961	-1,90	1,27	
		Ön lisans	SML	0,958	0,418	0,206	-0,61	2,53	
			Lisans	0,565	0,178	0,016	-0,01	1,14	2>4
			Lisansüstü	0,619	0,181	**0,008***	-0,03	1,21	
		Lisans	SML	0,393	0,404	0,924	-1,17	1,96	
			Ön lisans	-0,565	0,178	0,016	-1,14	0,01	
			Lisansüstü	0,054	0,145	0,999	-0,40	0,51	
		Lisansüstü	SML	0,339	0,406	0,961	-1,22	1,90	
			Ön lisans	-0,619	0,181	**0,008***	-1,21	0,03	2>4
			Lisans	-0,054	0,145	0,999	-0,51	0,40	
	Takım Toplantısı	SML	Ön lisans	-0,708	0,393	0,427	-2,12	0,71	
			Lisans	-0,296	0,359	0,964	-1,67	1,08	
			Lisansüstü	0,121	0,370	1,000	-1,26	1,50	
		Ön lisans	SML	0,708	0,393	0,427	-0,71	2,12	
			Lisans	0,413	0,212	0,307	-0,29	1,12	2>4
			Lisansüstü	0,829	0,230	**0,004***	-0,08	1,58	
		Lisans	SML	0,296	0,359	0,964	-1,08	1,67	
			Ön lisans	-0,413	0,212	0,307	-1,12	0,29	
			Lisansüstü	0,416	0,165	0,072	-0,10	0,93	
		Lisansüstü	SML	-0,121	0,370	1,000	-1,50	1,26	
			Ön lisans	-0,829	0,230	**0,004***	-1,58	0,08	2>4
			Lisans	-0,416	0,165	0,072	-0,93	0,10	

Tamhane testi; *p<0,0125; SH: Standart Hata; 1: SML (Sağlık Meslek Lisesi); 2: Ön lisans; 3: Lisans; 4: Lisansüstü

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörleri puan ortalamaları katılımcıların meslek türleri ile karşılaştırıldığında, yalnızca rol belirginliği alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulundu (p<0,05) (Tablo 4-31). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan analizde, rol belirginliği puan ortalamasının hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05).

Tablo 4-31: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Katılımcıların Meslek Türüne Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Meslek	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Hekim	59	3,92	1,130	2,165	**0,032***
		Hemşire	201	3,53	1,420		
	Güven	Hekim	59	4,68	0,860	0,190	0,850
		Hemşire	201	4,65	1,148		
	Takım Toplantısı	Hekim	59	4,10	1,206	-0,790	0,430
		Hemşire	201	4,24	1,190		
	Takım Süreçleri	Hekim	59	4,55	0,532	0,370	0,712
		Hemşire	201	4,52	0,711		
	TEA-Genel	Hekim	59	4,44	0,573	0,553	0,581
		Hemşire	201	4,39	0,751		
Sonuçlar	Sonuçlar	Hekim	59	4,66	0,622	-0,402	0,688
		Hemşire	201	4,70	0,714		

*p<0,05; x̄= Ortalama; ss= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının çalışılan birime göre karşılaştırılabilmesi için öncelikle grupların varyansının homojenliği Levene testi ile analiz edildi. Levene testi sonucuna göre rol belirginliği, güven, takım toplantısı, takım süreçleri ve TEA-Genel alt boyutlarına ait grupların homojen dağıldığı (p>0,05); sonuçlar alt boyutuna ait grupların ise homojen dağılmadığı (p<0,05) belirlendi (Tablo 4-32). Bu nedenle, varyansların homojen varsayımı sağlanamadığı durumlarda kullanılan Welch ve Brown-Forsythe testleri uygulandı.

Tablo 4-32: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	1,189	3	256	0,314
	Güven	1,954	3	256	0,121
	Takım Toplantısı	2,333	3	256	0,075
	Takım Süreçleri	0,561	3	256	0,641
	TEA-Genel	0,544	3	256	0,652
Sonuçlar	Sonuçlar	5,602	3	256	**0,001***

Levene testi; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt faktör puanları çalışılan birime göre karşılaştırıldığında, yalnızca takım toplantısı alt boyutunda anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-33).

Tablo 4-33: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Gruplar Arası	3,768	3	1,256		
		Gruplar İçi	480,404	256	1,877	0,669	0,572
		Toplam	484,172	259			
	Güven	Gruplar Arası	4,831	3	1,610		
		Gruplar İçi	301,704	256	1,179	1,366	0,254
		Toplam	306,535	259			
	Takım Toplantısı	Gruplar Arası	23,006	3	7,669		
		Gruplar İçi	345,320	256	1,349	5,685	**0,001***
		Toplam	368,326	259			
	Takım Süreçleri	Gruplar Arası	3,212	3	1,071		
		Gruplar İçi	114,444	256	0,447	2,395	0,069
		Toplam	117,656	259			
	TEA-Genel	Gruplar Arası	3,378	3	1,126		
		Gruplar İçi	128,496	256	0,502	2,243	0,084
		Toplam	131,874	259			

F: ANOVA; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni post-hoc testi yapıldı. Takım toplantısı alt boyutu puan ortalamalarının çalışılan birime göre çoklu karşılaştırmasında; anlamlı farklılığın dâhili birimler ile YBÜ ve acil servis ile YBÜ'den kaynaklandığı saptandı. YBÜ'de çalışan sağlık çalışanlarının puan ortalamalarının dâhili birimlerde ve acil serviste çalışanlardan daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05/4=0,0125) (Tablo 4-34).

Tablo 4-34: Takım Toplantısı Alt Boyutunun Çalışılan Birime Göre Çoklu Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Birim (I)	Birim (J)	Ortalama Fark (I-J)	SH	p	% 98,75 Güven Aralığı		Post-Hoc
							Alt Sınır	Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Toplantısı	Dâhili	Cerrahi	-0,255	0,158	0,642	-0,75	0,24	
			Acil	0,508	0,315	0,650	-0,47	1,49	1<4
			YBÜ	-0,989	0,300	**0,007***	-1,92	0,06	
		Cerrahi	Dâhili	0,255	0,158	0,642	-0,24	0,75	
			Acil	0,763	0,307	0,082	-0,19	1,72	
			YBÜ	-0,734	0,291	0,074	-1,64	0,17	
		Acil	Dâhili	-0,508	0,315	0,650	-1,49	0,47	
			Cerrahi	-0,763	0,307	0,082	-1,72	0,19	3<4
			YBÜ	-1,497	0,399	**0,001***	-2,87	-0,12	
		YBÜ	Dâhili	0,989	0,300	**0,007***	0,06	1,92	
			Cerrahi	0,734	0,291	0,074	-0,17	1,64	1<4; 3<4
			Acil	1,497	0,399	**0,001***	0,26	2,74	

Bonferroni testi; *p<0,0125; SH: Standart hata, 1: Dahili, 2: Cerrahi, 3: Acil, 4:YBÜ (Yoğun Bakım Ünitesi)

Tablo 4-35: Sonuçlar Puanının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		F	Sd1	Sd2	p
Sonuçlar	Sonuçlar	Welch	2,304	3	46,735	0,089
		Brown-Forsythe	1,018	3	47,114	0,393

F: ANOVA; *p<0,05; Sd: Serbestlik derecesi

Sonuçlar puan ortalamasının çalışılan birime göre çoklu karşılaştırılmasında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4-35).

Tablo 4-36: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	0,012	2	257	0,988
	Güven	1,459	2	257	0,234
	Takım Toplantısı	2,107	2	257	0,124
	Takım Süreçleri	0,488	2	257	0,615
	TEA-Genel	0,086	2	257	0,918
Sonuçlar	Sonuçlar	3,019	2	257	**0,051***

Levene testi; *p<0,05, sd: Serbestlik derecesi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının meslekte çalışma yılına göre karşılaştırılabilmesi için yapılan Levene testi sonucuna göre rol belirginliği, güven, takım toplantısı, takım süreçleri ve TEA-Genel alt boyutlarına ait grupların homojen dağıldığı (p>0,05); sonuçlar alt boyutuna ait grupların ise homojen dağılmadığı (p<0,05) belirlendi (Tablo 4-36).

Tablo 4-37: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanlarının Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Gruplar Arası	0,208	2	0,104	0,055	0,946
		Gruplar İçi	483,965	257	1,883		
		Toplam	484,172	259			
	Güven	Gruplar Arası	0,140	2	0,070	0,059	0,943
		Gruplar İçi	306,395	257	1,192		
		Toplam	306,535	259			
	Takım Toplantısı	Gruplar Arası	3,827	2	1,913	1,349	0,261
		Gruplar İçi	364,499	257	1,418		
		Toplam	368,326	259			
	Takım Süreçleri	Gruplar Arası	1,984	2	0,992	2,204	0,112
		Gruplar İçi	115,672	257	0,450		
		Toplam	117,656	259			
	TEA-Genel	Gruplar Arası	1,599	2	0,800	1,578	0,208
		Gruplar İçi	130,275	257	0,507		
		Toplam	131,874	259			

F: ANOVA; *p<0,05, sd: Serbestlik derecesi

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puan ortalamaları meslekte çalışma yılına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-37).

Tablo 4-38: Sonuçlar Puanının Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler		Alt Boyutlar	F	Sd1	Sd2	p
Sonuçlar	Sonuçlar	Welch	1,457	2	109,072	0,237
		Brown-Forsythe	1,303	2	208,078	0,274

F: ANOVA; *p<0,05, sd: Serbestlik derecesi

Sonuçlar puan ortalaması meslekte çalışma yılına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-38).

Tablo 4-39: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Kurumda Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Levene İstatistik	Sd1	Sd2	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	0,176	2	257	0,838
	Güven	0,056	2	257	0,945
	Takım Toplantısı	1,784	2	257	0,170
	Takım Süreçleri	1,169	2	257	0,312
	TEA-Genel	1,497	2	257	0,226
Sonuçlar	Sonuçlar	5,180	2	257	**0,006***

Levene testi; *p<0,05, sd: Serbestlik derecesi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının araştırmanın yapıldığı kurumda çalışma yılına göre karşılaştırılabilmesi için grupların varyansının homojenliği Levene testi ile analiz edildi. Test sonucuna göre; rol belirginliği, güven, takım toplantısı, takım süreçleri ve TEA-Genel alt boyutlarına ait grupların homojen dağıldığı (p>0,05), sonuçlar alt boyutuna ait grupların ise homojen dağılmadığı (p<0,05) belirlendi (Tablo 4-39).

Tablo 4-40: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanlarının Kurumda Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Gruplar Arası	6,609	2	3,305	1,778	0,171
		Gruplar İçi	477,563	257	1,858		
		Toplam	484,172	259			
	Güven	Gruplar Arası	1,876	2	0,938	0,791	0,454
		Gruplar İçi	304,659	257	1,185		
		Toplam	306,535	259			
	Takım Toplantısı	Gruplar Arası	2,416	2	1,208	0,848	0,429
		Gruplar İçi	365,910	257	1,424		
		Toplam	368,326	259			
	Takım Süreçleri	Gruplar Arası	1,334	2	0,667	1,474	0,231
		Gruplar İçi	116,322	257	0,453		
		Toplam	117,656	259			
	TEA-Genel	Gruplar Arası	0,654	2	0,327	0,641	0,538
		Gruplar İçi	131,220	257	0,511		
		Toplam	131,874	259			

*p<0,05, sd: Serbestlik derecesi

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puan ortalamaları kurumda çalışma yılına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-40).

Tablo 4-41: Sonuçlar Puanının Kurumda Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar		F	Sd1	Sd2	p
Sonuçlar	Sonuçlar	Welch	0,252	2	57,139	0,778
		Brown-Forsythe	0,237	2	94,125	0,789

F: ANOVA; *p<0,05, sd: Serbestlik derecesi

Sonuçlar puan ortalaması kurumda çalışma yılına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-41).

Tablo 4-42: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Çalışma Şekline Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Çalışma Şekli	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Sürekli Gündüz	122	3,91	1,162	3,354	**0,001***
		Gece/Gündüz Dönüşümlü	138	3,36	1,482		
	Güven	Sürekli Gündüz	122	4,77	1,059	1,576	0,116
		Gece/Gündüz Dönüşümlü	138	4,56	1,107		
	Takım Toplantısı	Sürekli Gündüz	122	4,52	0,947	4,092	**0,000***
		Gece/Gündüz Dönüşümlü	138	3,94	1,319		
	Takım Süreçleri	Sürekli Gündüz	122	4,69	0,566	3,839	**0,000***
		Gece/Gündüz Dönüşümlü	138	4,38	0,729		
	TEA-Genel	Sürekli Gündüz	122	4,59	0,606	4,215	**0,000***
		Gece/Gündüz Dönüşümlü	138	4,24	0,760		
Sonuçlar	Sonuçlar	Sürekli Gündüz	122	4,80	0,565	2,537	**0,012***
		Gece/Gündüz Dönüşümlü	138	4,59	0,778		

*p<0,05; x̄= Ortalama; ss= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi

Katılımcıların Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının çalışma şekline göre karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar incelendiğinde; rol belirginliği, takım toplantısı, takım süreçleri, TEA-Genel ve sonuçlar alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4-42).

Tablo 4-43: Düşük ve Yüksek İşlevli Takımlarda Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanlarının Takım Etkililiği Algısı İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	TEA	N	x̄	SS	t	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği	Düşük (1-4)	58	2,81	1,154	-10,033	**0,000***
		Yüksek (5-6)	202	3,85	1,338		
	Güven	Düşük (1-4)	58	3,52	1,013	-5,366	**0,000***
		Yüksek (5-6)	202	4,99	0,867		
	Takım Toplantısı	Düşük (1-4)	58	3,28	0,983	-7,359	**0,000***
		Yüksek (5-6)	202	4,48	1,114		
	Takım Süreçleri	Düşük (1-4)	58	3,77	0,782	-9,067	**0,000***
		Yüksek (5-6)	202	4,74	0,446		
Sonuçlar	Sonuçlar	Düşük (1-4)	58	4,03	0,796	-7,703	**0,000***
		Yüksek (5-6)	202	4,88	0,525		

*p<0,05; x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; t= Bağımsız iki grup t testi; TEA: Takım Etkililiği Algısı

Anketin duyarlılığı, yüksek ve düşük işlevli takımların takım etkililiği algısına ait puanlar kullanılarak değerlendirildi. Analiz sonucuna göre, düşük ve yüksek işlevli takımlar arasında tüm alt boyutlar puan ortalamaları için anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-43).

4.2. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketine İlişkin Güvenirlik Analizleri

Anketlerin güvenirlik analizlerinde Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ve test-tekrar test yöntemi kullanıldı.

4.2.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne Ait Güvenirlik Analizleri

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere Cronbach Alpha katsayısı hesaplandı. Anket alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarının 0,77 ile 0,83 arasında olduğu saptandı (Tablo 4-44).

Tablo 4-44: Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne Ait Cronbach Alpha Katsayısı Sonuçları (N: 230)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Cronbach Alpha
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Süreçleri	0,77
	Takım Etkililiği Algısı-Genel	0,83
Sonuçlar	Sonuçlar	0,81

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin değişmezliğini belirlemek için test-tekrar test analizi yapıldı. Anket, ilk uygulamadan bir hafta sonra anketi doldurmayı kabul eden hastaların/ailelerinin %25'ine (58 hasta/ailesi) tekrar uygulandı. İki ölçüm arasında elde edilen puanlar, ICC analizi kullanılarak incelendi. Yapılan analizler incelendiğinde, alt boyutların ICC değerlerinin 0,75 ile 0,95 arasında olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-45).

Tablo 4-45: Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Aile Anketi'ne Ait Test Tekrar Test Sonuçları (N: 58)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Test $\bar{x} \pm SS$	Tekrar Test $\bar{x} \pm SS$	ICC	%95 Güven Aralığı Alt Sınır-Üst Sınır	p
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	5,12 ±1,18	5,08 ±1,01	0,91	0,855-0,949	**0,000***
	Takım Süreçleri	4,39 ±0,66	4,46 ±0,56	0,96	0,932-0,976	**0,000***
	Rol Belirginliği	4,84±1,14	5,06±0,66	0,75	0,580-0,853	**0,000***
	TEA-Genel	4,48±0,67	4,57±0,55	0,95	0,930-0,976	**0,000***
Sonuçlar	Sonuçlar	4,83±0,95	4,81±0,71	0,91	0,862-0,952	**0,000***

*$p<0,05$; $\bar{x}$= Ortalama; SS= Standart sapma; ICC: Sınıf içi korelasyon

4.2.2. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne Ait Güvenirlik Analizleri

Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere Cronbach Alpha katsayısı hesaplandı. Anket alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarının 0,79 ile 0,92 arasında olduğu saptandı (Tablo 4-46).

Tablo 4-46: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne Ait Cronbach Alpha Katsayısı Sonuçları

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Cronbach Alpha
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Takım Süreçleri	0,86
	Takım Etkililiği Algısı-Genel	0,92
Sonuçlar	Sonuçlar	0,79

Sağlık Hizmeti verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin değişmezliğini belirlemek için anket, ilk uygulamadan 15 gün sonra anketi doldurmayı kabul eden sağlık çalışanlarına %25'ine (65 hekim ve hemşire) tekrar uygulandı. Elde edilen puanlar, ICC analizi kullanılarak incelendi. Yapılan analizler incelendiğinde alt boyutların ICC değerlerinin 0,86 ile 0,95 arasında olduğu belirlendi (Tablo 4-47).

Tablo 4-47: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne Ait Test Tekrar Test Sonuçları (N: 65)

Alt Faktörler	Alt Boyutlar	Test	Tekrar Test	ICC	%95 Güven Aralığı	p
		x̄ ± SS	x̄ ± SS		Alt Sınır-Üst Sınır	
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Güven	4,92±0,853	4,87±0,718	0,91	0,856-0,946	**0,000***
	Takım Süreçleri	4,68±0,510	4,70±0,362	0,93	0,890-0,959	**0,000***
	Rol Belirginliği	3,71±1,457	3,78±1,325	0,95	0,924-0,972	**0,000***
	Takım Toplantısı	4,29±1,030	4,20±0,804	0,95	0,919-0,970	**0,000***
	TEA-Genel	4,55±0,573	4,56±0,418	0,95	0,917-0,969	**0,000***
Sonuçlar	Sonuçlar	4,85±0,488	4,90±0,311	0,86	0,781-0,918	**0,000***

*p<0,05; x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; ICC: Sınıf içi korelasyon

4.3. Hasta ve Aileleri İle Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısının Belirlenmesine İlişkin Bulgular

4.3.1. Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısına İlişkin Bulgular

4.3.1.1. Hastaların/Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Hastaların/ailelerinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; ankete katılanların %50,7'sinin hastanın kendisi olduğu saptandı. Katılımcıların yaş ortalamalarının 34,54±12,83 ve çoğunlukla (%61,0) 18-35 yaş aralığında olduğu belirlendi. Katılımcıların %74,1'inin kadın, %73,2'sinin evli, %33,2'sinin lise mezunu olduğu ve

%40,0'ının gelirini yeterli düzeyde bulduğu belirlendi. Katılımcıların %45,9'unun KHD servisinde tedavi gördüğü, hastanede yattıkları gün sayısı ortalamalarının 3,43±2,24 olduğu ve çoğunluğunun (%56,6) iyi düzeyde genel sağlık algısına sahip oldukları saptandı (Tablo 4-48).

Tablo 4-48: Hastaların/Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N: 205)

Özellik		n	%
Yaş (34,54±12,83; min: 18, maks: 70)	18-35 yaş	125	61,0
	36-55 yaş	63	30,7
	56-75 yaş	17	08,3
Yakınlık Derecesi	Kendisi	104	50,7
	Eşi	16	07,8
	Annesi	30	14,6
	Babası	15	07,3
	Çocuğu	25	12,2
	Kardeşi	15	07,4
Cinsiyet	Kadın	152	74,1
	Erkek	53	25,9
Medeni Durum	Evli	150	73,2
	Bekâr	55	26,8
Eğitim Durumu	İlkokul	37	18,0
	Ortaokul	18	08,8
	Lise	68	33,2
	Ön lisans	35	17,1
	Lisans	38	19,0
	Lisansüstü	8	03,9
Gelir Düzeyi Algısı	Mali olarak kendimi iyi görüyorum	7	03,4
	Gelirimi yeterli buluyorum	82	40,0
	Gelirimi yeterli bulmuyorum	52	25,4
	Herhangi bir gelirim yok	37	18,0
	Cevaplamak istemiyorum	27	13,2
Hastanede Yatılan Gün Sayısı (3,43±2,245; min: 2, maks: 15)			
Hastanede Yatılan Servis/Klinik	KHD	94	45,9
	Çocuk	57	27,8
	Dâhiliye	18	08,8
	Genel Cerrahi	22	10,7
	Kardiyoloji	14	06,8
Sağlık Algısı Düzeyi	Mükemmel	11	05,4
	Çok iyi	20	09,8
	İyi	116	56,6
	Ne iyi ne de kötü	58	28,2

x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde; Min.=Mininum; Maks.=Maksimum; KDH: Kadın Hastalıkları ve Doğum

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörlerine ait ortalamalar incelendiğinde; uyum alt boyutu ortalaması 4,80 ile en yüksek, hasta-aile odaklılık alt boyutu ortalaması 3,58 ile en düşük ortalamaya sahip alt boyut olarak belirlendi (Tablo 4-49).

Tablo 4-49: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Alt Faktörlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Alt Faktörler	Alt Boyutlar			n	%	x̄	SS
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği		Düşük (1-4)	50	24,4	4,60	1,21
			Yüksek (5-6)	155	75,6		
	Güven		Düşük (1-4)	66	32,2	4,70	1,31
			Yüksek (5-6)	139	67,8		
	Takım Süreçleri		Düşük (1-4)	42	20,4	4,30	0,73
			Yüksek (5-6)	163	79,6		
		TEA	Düşük (1-4)	50	24,4	4,71	1,18
			Yüksek (5-6)	155	75,6		
		Karar Verme	Düşük (1-4)	47	22,9	4,57	1,10
			Yüksek (5-6)	158	77,1		
		İletişim	Düşük (1-4)	40	19,5	4,16	0,71
			Yüksek (5-6)	165	80,5		
		Eşgüdüm	Düşük (1-4)	56	27,3	4,64	0,99
			Yüksek (5-6)	149	72,7		
		Uyum	Düşük (1-4)	44	21,5	4,80	1,20
			Yüksek (5-6)	161	78,5		
		Problem Çözme	Düşük (1-4)	88	42,9	4,36	1,19
			Yüksek (5-6)	117	57,1		
		Hasta Odaklılık	Düşük (1-4)	117	57,1	3,58	0,95
			Yüksek (5-6)	88	42,9		
	TEA-Genel		Düşük (1-4)	50	24,4	4,36	0,76
			Yüksek (5-6)	155	75,6		
Sonuçlar	Sonuçlar		Düşük (1-4)	38	18,5	4,65	0,97
			Yüksek (5-6)	167	81,5		

x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; Düşük (1-4): Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Biraz Katılmıyorum, Biraz Katılıyorum; Yüksek (5-6): Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum; TEA: Takım Etkililiği Algısı

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörlerine ait sayı ve yüzde değerleri incelendiğinde; rol belirginliği alt boyutuna katılımcıların %75,6'sı, güven alt boyutuna %67,8'i, takım süreçleri alt boyutuna %79,6'sı, TEA-Genel alt boyutuna %75,6'sı ve sonuçlar alt boyutuna ise %81,5'i yüksek (5-6: Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) yanıt vermiştir. Takım süreçleri alt boyutunun kendi içindeki alt boyutlara verilen yanıtlar incelendiğinde; katılımcıların TEA alt boyutuna %75,6'sı, karar verme alt boyutuna %77,1'i, iletişim alt boyutuna %80,5'i, eşgüdüm alt boyutuna %72,7'si, uyum alt boyutuna %78,5'i, problem çözme alt boyutuna %57,1'i ve hasta odaklılık alt boyutuna ise %42,9'u yüksek (5-6: Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4-49).

4.3.1.2. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki İlişki

Hastaların/ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt faktörü ve alt boyutları ile Sonuçlar arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelendi (Tablo 4-50). Takım Etkililiği Algısı Ölçeği (TEA-Genel) ile Sonuçlar arasında yüksek düzeyde (r=0,780) ve pozitif anlamlı ilişki saptandı (p<0,05).

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği genel puanı (TEA-Genel) ile alt boyutlar rol belirginliği (r=0,762) ve güven (r=0,730) arasında yüksek, takım süreçleri (r=0,985) arasında çok yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi. Sonuçlar ile Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt boyutları olan rol belirginliği (r=0,519) ve güven (r=0,673) arasında orta, takım süreçleri (r=0,773) arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt boyutlarının birbirleriyle orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu bulundu (p<0,05).

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği genel puanı (TEA-Genel) ile takım süreçleri alt boyutları olan TEA (r=0,844), karar verme (r=0,863), iletişim (r=0,731), eşgüdüm (r=0,857) ve uyum (r=0,823) arasında yüksek, problem çözme (0,539) ve hasta-aile odaklılık (r=0,530) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Sonuçlar ile takım süreçleri alt boyutları olan TEA (r=0,717), karar verme (r=0,722), eşgüdüm (r=0,757) ve uyum (r=0,780) arasında yüksek, iletişim (r=0,536) ve problem çözme (0,582) arasında orta, hasta-aile odaklılık (r=0,176) arasında ise çok zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi. Takım süreçleri alt boyutlarının birbirleriyle pozitif yönde yüksek, orta, zayıf ve çok zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu belirlendi (p<0,05).

Tablo 4-50: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Puanları Arasındaki Korelasyon Bulguları

Alt Faktörler	Alt Boyutlar			RB	Güven	Takım Süreçleri	TEA	KV	İletişim	Eşgüdüm	Uyum	PÇ	HO	TEA-Genel
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	**Güven**		r	0,525										
			p	**0,000****										
	Takım Süreçleri		r	0,656	0,667									
			p	**0,000****	**0,000****									
		TEA	r	0,535	0,686	0,848								
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****								
		KV	r	0,605	0,627	0,863	0,782							
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****							
		İletişim	r	0,512	0,428	0,744	0,555	0,555						
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****						
		Eşgüdüm	r	0,548	0,654	0,865	0,792	0,770	0,529					
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****					
		Uyum	r	0,573	0,591	0,824	0,742	0,721	0,496	0,816				
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****				
		PÇ	r	0,354	0,353	0,550	0,437	0,462	0,367	0,460	0,495			
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****			
		HO	r	0,335	0,241	0,557	0,308	0,305	0,363	0,229	0,263	0,069		
			p	**0,000****	**0,001****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,001****	**0,000****	0,327		
	TEA-Genel		r	0,762	0,730	0,985	0,844	0,863	0,731	0,857	0,823	0,539	0,530	
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	
Sonuçlar	**Sonuçlar**		r	0,519	0,673	0,773	0,717	0,722	0,536	0,757	0,780	0,582	0,176	0,780
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,012***	**0,000****

*p<0,05; **p<0,01; r: Pearson Korelayon Analizi; RB: Rol Belirginliği; TEA: Takım Etkililiği Algısı; KV: Karar Verme; PÇ: Problem Çözme; HAO: Hasta Aile Odaklılık

4.3.1.3. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Üzerine Etkili Olan Etmenler

Hasta/ailesi tarafından bildirilen deneyim ölçümünü kapsayan Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı ile hasta/ailesi tarafından bildirilen sonuç ölçümünü kapsayan Sonuçlar puanı bağımlı değişken olarak ele alınarak, bu değişkenleri etkileyen bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla İki Sıralı (Binary) Lojistik Regresyon Analizi yapıldı.

Tablo 4-51: Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanı (Bağımlı Değişken)		**B**	**S.H.**	**p**	**O.R. (%95)**	**(%95 Güven Aralığı)**	
Değişkenler						**Alt**	**Üst**
Hastanede Yatılan Servis	KHD	Referans					
	Çocuk	0,613	0,392	0,118	1,845	0,856	3,979
	İç H.	0,900	0,669	0,179	2,46	0,662	9,137
	Genel Cerrahi	1,593	0,773	**0,039***	4,921	1,081	22,404
	Kardiyoloji	1,083	0,795	0,173	2,952	0,622	14,014
Sabit		0,709	0,219	**0,001***	2,032		
Cox & Snell R^2=0,072**; Nagelkerke R^2**=0,107							

B: Regresyon Katsayısı; O.R.: Odds Ratio (Olasılık Oranı); S.H..: Standart Hata; *p<0,05

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerine etkili olan etmenlerin belirlenmesi amacıyla Backward (geriye doğru adımsal çıkarma) yöntemi kullanılarak oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=0,000; p<0,05), modelin bağımlı değişkenin %10,7'sini açıkladığı saptandı (Nagelkerke R^2=0,107). Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde, hastanın yattığı servisin anlamlı etkisi olduğu saptandı (p<0,05). Modelde, KHD servisi referans alındığında genel cerrahi servisinde yatan hastaların puanı bir birim arttığında Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının 4,921 kat artacağı belirlendi (Tablo 4-51).

Tablo 4-52: Hastaların/Ailelerinin Sonuçlar Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Sonuçlar Puanı (Bağımlı Değişken)		**B**	**S.H.**	**p**	**O.R. (%95)**	**(%95 Güven Aralığı)**	
Değişkenler						**Alt**	**Üst**
Medeni Durum	Evli	Referans					
	Bekâr	-1,149	0,584	**0,049***	0,317	0,101	0,997
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Düşük	Referans					
	Yüksek	4,007	0,557	**0,000***	55,007	18,464	163,877
Sabit		-1,489	0,574	**0,009***	0,225		
Cox & Snell R^2=0,358**; Nagelkerke R^2**=0,581							

B: Regresyon Katsayısı; O.R.: Odds Ratio (Olasılık Oranı); S.H.: Standart Hata; *p<0,05

Sonuçlar puanı üzerine etkili olan etmenlerin saptanması amacıyla oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=0,000, p<0,05) ve modelin bağımlı değişkenin %58,1'ini açıkladığı saptandı (Nagelkerke R^2=0,581). Sonuçlar puanı üzerinde, medeni durum ve Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının istatistiksel olarak anlamlı etkisi belirlendi (p<0,05). Modelde yüksek Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı bir birim artırıldığında Sonuçlar puanının 55,007 kat artacağı belirlendi. Modelde, bekâr katılımcıların sayısı bir birim artırıldığında Sonuçlar puanının 0,317 kat azalacağı bulundu (Tablo 4-52).

4.3.2. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısına İlişkin Bulgular

4.3.2.1. Sağlık Hizmeti Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Sağlık hizmeti verenlerin (hekim ve hemşire) tanıtıcı özelliklerini içeren Tablo 4-53 incelendiğinde; ankete katılanların yaş ortalamalarının 37,66±07,72 ve çoğunlukla (%44,5) 36-45 yaş aralığında olduğu belirlendi. Katılımcıların %67,9'unun kadın, %68,9'unun evli, %45'inin lisans mezunu olduğu ve %71,3'ünün hemşire olarak görev yaptığı belirlendi. Katılımcıların %44,5'inin KHD servisinde çalıştığı, %57,4'ünün 11-25 yıl arasında mesleğini yaptığı ve kurumda çalışma yıllarının 1-10 yıl (%73,7) olduğu saptandı. Katılımcıların %64,6'sının vardiya usulü çalıştığı ve haftalık çalışma saati ortalamalarının 43,98±05,30 olduğu belirlendi.

Tablo 4-53: Sağlık Hizmeti Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (N: 209)

Özellik		n	%
Yaş (37,66±7,72; min: 21, maks: 65)	21-35	83	39,7
	36-45	93	44,5
	46-65	33	15,8
Cinsiyet	Kadın	142	67,9
	Erkek	67	32,1
Medeni Durumu	Bekâr	65	31,1
	Evli	144	68,9
Eğitim Durumu	SML	7	03,3
	Ön lisans	14	06,7
	Lisans	94	45,0
	Lisansüstü	34	16,3
	Tıpta Uzmanlık	60	28,7
Meslek	Hekim	60	28,7
	Hemşire	149	71,3
Çalışılan Birim	KDH	93	44,5
	Çocuk	61	29,2
	Dâhiliye	21	10,1
	Genel Cerrahi	22	10,5
	Kardiyoloji	12	05,7
Meslekte Toplam Çalışma Yılı	1-10	66	31,6
	11-25	120	57,4
	26-47	23	11,0
Kurumda Toplam Çalışma Yılı	1-10	154	73,7
	11-20	38	18,2
	21-33	17	08,1
Çalışma Şekli	Gündüz	74	35,4
	Gündüz-Gece Dönüşümlü (Vardiya)	135	64,6
Haftalık Çalışma Saati (43,98±5,30; min: 30, maks: 60)			

x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde; Min.=Mininum; Maks.=Maksimum; KDH: Kadın Hastalıkları ve Doğum

Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörlerine ait ortalamalar incelendiğinde; takım etkililiği algısı alt boyutu ortalaması 4,80 ile en yüksek, rol belirginliği alt boyutu ortalaması 3,48 ile en düşük ortalamaya sahip alt boyut olarak belirlendi (Tablo 4-54).

Tablo 4-54: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Alt Faktörlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Alt Faktörler	Alt Boyutlar			n	%	x̄	SS
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Rol Belirginliği		Düşük (1-4)	129	61,7	3,48	1,40
			Yüksek (5-6)	80	38,3		
	Güven		Düşük (1-4)	82	39,2	4,48	1,16
			Yüksek (5-6)	127	60,8		
	Takım Toplantısı		Düşük (1-4)	71	34,0	4,06	1,22
			Yüksek (5-6)	138	66,0		
	Takım Süreçleri		Düşük (1-4)	56	26,8	4,46	0,76
			Yüksek (5-6)	153	73,2		
		TEA	Düşük (1-4)	52	24,9	4,80	0,97
			Yüksek (5-6)	157	75,1		
		Karar Verme	Düşük (1-4)	32	15,3	4,58	1,00
			Yüksek (5-6)	177	84,7		
		İletişim	Düşük (1-4)	75	35,9	4,10	0,73
			Yüksek (5-6)	134	64,2		
		Eşgüdüm	Düşük (1-4)	33	15,8	4,78	1,06
			Yüksek (5-6)	176	84,2		
		Uyum	Düşük (1-4)	54	25,8	4,64	1,19
			Yüksek (5-6)	155	74,2		
		Problem Çözme	Düşük (1-4)	99	47,4	4,06	1,24
			Yüksek (5-6)	110	52,7		
		Hasta-Aile Odaklılık	Düşük (1-4)	78	37,3	4,59	0,85
			Yüksek (5-6)	131	62,7		
	TEA-Genel		Düşük (1-4)	104	49,8	4,31	0,80
			Yüksek (5-6)	105	50,2		
Sonuçlar	Sonuçlar		Düşük (1-4)	49	23,4	4,62	0,87
			Yüksek (5-6)	160	76,6		

x̄= Ortalama; SS= Standart sapma; Düşük (1-4): Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Biraz Katılmıyorum, Biraz Katılıyorum; Yüksek (5-6): Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum; TEA: Takım Etkililiği Algısı

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörlerine ait sayı ve yüzde değerleri incelendiğinde; rol belirginliği alt boyutuna katılımcıların %38,3'ü, güven alt boyutuna %60,8'i, takım toplantısı alt boyutuna %66'sı, takım süreçleri alt boyutuna %73,2'si, TEA-Genel alt boyutuna %50,2'si ve sonuçlar alt boyutuna ise %76,6'sı yüksek (5-6: Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) yanıt vermiştir. Takım süreçleri alt boyutunun kendi içindeki alt boyutlara verilen yanıtlar incelendiğinde; katılımcıların TEA alt boyutuna %75,1'inin, karar verme alt boyutuna %84,7'sinin, iletişim alt boyutuna %64,2'sinin, eşgüdüm alt boyutuna %84,2'sinin, uyum alt boyutuna %74,2'sinin, problem çözme alt boyutuna %5,7'sinin ve hasta odaklılık alt boyutuna ise %62,7'sinin yüksek (5-6: Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde yanıt verdiği saptandı (Tablo 4-54).

4.3.2.2. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki İlişki

Sağlık hizmeti verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt faktör ve alt boyutları ile Sonuçlar arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelendi (Tablo 4-55). Takım Etkililiği Algısı Ölçeği (TEA-Genel) ile Sonuçlar arasında yüksek düzeyde (r=0,783) ve pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (p<0,05). Takım Etkililiği Algısı Ölçeği (TEA-Genel) ile alt boyutları olan takım süreçleri (r=0,977) arasında çok yüksek; güven (r=0,730) ve takım toplantısı (r=0,750) arasında yüksek; rol belirginliği (r=0,697) arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Sonuçlar ile Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt boyutları olan rol belirginliği (r=0,479) arasında zayıf; güven (r=0,638) ve takım toplantısı (r=0,508) arasında orta; takım süreçleri (r=0,801) arasında ise yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği alt boyutlarının birbirleriyle pozitif yönde yüksek, orta ve zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu belirlendi (p<0,05).

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği (TEA-Genel) ile takım süreçleri alt boyutları olan TEA (r=0,777), karar verme (r=0,858), iletişim (r=0,719), eşgüdüm (r=0,797), uyum (r=0,827), problem çözme (0,765) ve hasta-aile odaklılık (r=0,715) arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Sonuçlar ile takım süreçleri alt boyutları olan karar verme (r=0,707) ve eşgüdüm (r=0,796) arasında yüksek; TEA (r=0,642), iletişim (r=0,595), uyum (r=0,635), problem çözme (0,558) ve hasta-aile odaklılık (r=0,546) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Takım süreçleri alt boyutlarının birbirleriyle pozitif yönde yüksek, orta ve zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-55).

Tablo 4-55: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki Korelasyon Bulguları

Alt Faktörler	Alt Boyutlar			RB	Güven	Takım Toplantısı	Takım Süreçleri	TEA	KV	İletişim	Eşgüdüm	Uyum	PÇ	HAO	TEA-Genel
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	**Güven**		r	0,561											
			p	**0,000****											
	Takım Toplantısı		r	0,402	0,585										
			p	**0,000****	**0,000****										
	Takım Süreçleri		r	0,576	0,771	0,668									
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****									
		TEA	r	0,443	0,712	0,578	0,777								
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****								
		KV	r	0,516	0,677	0,613	0,869	0,711							
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****							
		İletişim	r	0,381	0,449	0,560	0,745	0,563	0,595						
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****						
		Eşgüdüm	r	0,524	0,649	0,489	0,813	0,674	0,708	0,543					
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****					
		Uyum	r	0,428	0,704	0,730	0,818	0,687	0,741	0,572	0,669				
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****				
		PÇ	r	0,511	0,636	0,499	0,770	0,446	0,586	0,441	0,530	0,529			
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****			
		HAO	r	0,380	0,556	0,384	0,767	0,520	0,574	0,434	0,468	0,558	0,556		
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****		
	TEA-Genel		r	0,697	0,817	0,750	0,977	0,777	0,858	0,719	0,797	0,827	0,765	0,715	
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	
Sonuçlar	**Sonuçlar**		r	0,479	0,638	0,508	0,801	0,642	0,707	0,595	0,796	0,635	0,558	0,546	0,783
			p	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****	**0,000****

*p<0,05; **p<0,01; r: Pearson Korelayon Analizi; RB: Rol Belirginliği; TEA: Takım Etkililiği Algısı; KV: Karar Verme; PÇ: Problem Çözme; HAO: Hasta Aile Odaklılık

4.3.2.3. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Üzerine Etkili Olan Etmenler

Tablo 4-56: Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği Puanı (Bağımlı Değişken)		B	S.H.	p	O.R. (%95)	(%95 Güven Aralığı)	
Değişkenler						**Alt**	**Üst**
Meslekte Toplam Çalışma Yılı	1-10	Referans					
	11-20	0,919	0,359	**0,010***	2,507	1,241	5,063
	21-47	0,152	0,529	0,774	1,164	0,413	3,282
Sabit		0,801	0,378	**0,034***	2,227		
Cox & Snell R^2=0,117; Nagelkerke R^2=0,165							

B: Regresyon Katsayısı; O.R.: Odds Ratio (Olasılık Oranı); S.H.: Standart Hata; *p<0,05

Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerine etkili olan etmenlerin bulunması amacıyla Backward (geriye doğru adımsal çıkarma) yöntemi kullanılarak oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=0,000; p<0,05), modelin bağımlı değişkenin %16,5'ini açıkladığı saptandı (Nagelkerke R^2=0,165). Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde, meslekte toplam çalışma yılı değişkeninin anlamlı etkisi olduğu saptandı (p<0,05). Modelde, meslekte toplam çalışma yılı olarak 1-10 yıl referans alındığında, 11-20 yıl meslekte toplam çalışma yılı puanı bir birim artırıldığında Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının 2,507 kat artacağı belirlendi (Tablo 4-56).

Tablo 4-57: Sağlık Hizmeti Verenlerin Sonuçlar Puanı Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Sonuçlar Puanı (Bağımlı Değişken)		B	S.H.	p	O.R. (%95)	(%95 Güven Aralığı)	
Değişkenler						**Alt**	**Üst**
Meslekte Toplam Çalışma Yılı	1-10	Referans					
	11-20	-1,107	0,778	0,160	0,331	0,710	1,549
	21-47	-3,210	1,419	**0,024***	0,040	0,003	0,652
Takım Etkililiği Algısı Ölçeği	Düşük	Referans					
	Yüksek	4,198	0,558	**0,000***	66,552	22,289	198,714
Sabit		0,801	0,378	**0,034***	2,227		
Cox & Snell R^2=0,404; Nagelkerke R^2=0,610							

B: Regresyon Katsayısı; O.R.: Odds Ratio (Olasılık Oranı); S.H.: Standart Hata; *p<0,05

Sonuçlar puanı üzerine etkili olan etmenlerin bulunması amacıyla oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=0,000; p <0,05), modelin bağımlı değişkenin %61'ini açıkladığı saptandı (Nagelkerke R^2=0,610). Sonuçlar puanı üzerinde meslekte toplam çalışma yılının ve Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının anlamlı etkisi belirlendi (p<0,05). Modelde, Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı bir birim

artırıldığında Sonuçlar puanının 66,552 kat artacağı; meslekte toplam çalışma yılı olarak 1-10 yıl referans alındığında, 11-20 yıl meslekte toplam çalışma yılı puanı bir birim artırıldığında ise Sonuçlar puanının 0,331 kat azalacağı belirlendi (Tablo 4-57).

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Geçerlik ve Güvenirliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1. Anketlerin Dil ve Kapsam Geçerliği Bulgularının Tartışılması

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ve Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Türkçeye uyarlanması için ISPOR (Wild ve ark. 2005) klavuzunda belirtilen adımlar izlendi. Bu doğrultuda, anketler ilk olarak Türkçeye çevrildi, daha sonra tekrar İngilizceye çevrildi. Türkçeye çevrilen versiyonu ile İngilizce versiyonu karşılaştırılarak K. Kilpatrick'e e-posta yolu ile gönderildi ve önerileri doğrultusunda anketlere son şekli verildi. Ölçme aracının kapsam geçerliği analizi Davis Tekniği kullanılarak yapıldı (Davis 1992). Anketlerin kapsam geçerlikleri için hemşirelik ve tıp alanından 10 uzmanın görüşü alındı. Her bir uzmanın anket maddelerine verdiği puanlar hesaplanarak Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi KGİ değerinin 0,98 olduğu, Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin KGİ değerinin 0,98 olduğu saptandı. Anketlerin KGİ değerlerinin 0,80'in (Erdoğan ve ark. 2015) üzerinde olması Türkçe versiyonlarının kapsam geçerliği sağladığını gösterdi. Uzmanların anket maddelerine ilişkin görüş ve önerileri de dikkate alınarak anketlerin Türkçe versiyonlarının dil geçerliği sağlandı.

5.1.2. Anketlerin Yapı Geçerliği Bulgularının Tartışılması

Ölçüm araçlarının ölçülmek istenen özellikleri ne derece doğru ölçebildiğini değerlendirmek amacıyla yapı geçerliği yapıldı. Yapı geçerliğini ölçmek için dört farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler; faktör analizi, hipotez sınaması, zıt veya bilinen gruplar tekniği ve çok değişkenli-çok yöntemli matriks yaklaşımı olarak sıralanmaktadır (Erdoğan ve ark. 2015). Bu çalışmadaki anketlerin yapısı, boyutların en az üç ifadeden oluşması gerektiği kriterini karşılamadığından dolayı faktör analizi yerine özgün anketlerde olduğu gibi belirli gruplardaki puanları karşılaştırmak amacıyla bilinen gruplar tekniği kullanıldı (Davidson 2014; Kilpatrick ve ark. 2019a).

İkili grup karşılaştırmaları analizi için bağımsız grup t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmaları analizi için tek yönlü varyans analizi yapıldı. ANOVA testinin yapılabilmesi için Levene testinde $p>0,05$ olması yani varyansların homojen dağılması gerekmektedir. Varyansların homojenlik varsayımı sağlanamadığı durumlarda Welch

(Demir ve Kale 2019) ve Brown-Forsythe (Yıldırım ve Selvi 2017) testleri uygulandı. Analizde p değeri için Kilpatrick ve ark. (2019a) tarafından belirtildiği gibi ikili kombinasyonu alındı ve α değeri grup sayısına bölünerek hesaplandı.

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'ne ilişkin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının karşılaştırılmasında; hastaların/ailelerinin yakınlık derecesi, medeni durumu, eğitim durumu, yatış tanısı ve yatılan servis türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Ancak, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmadı. Anketlerin duyarlılığı, düşük ve yüksek işlevli takımların takım etkililiği algısına ilişkin puanlar ile değerlendirildi. Anketin duyarlılığı için yapılan karşılaştırmada, tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Bu doğrultuda; H1a, H1c ve H2c hipotezleri kısmen, H1b, H2a, H2b ve H3 hipotezleri ise tamamen kabul edildi. Kilpatrick ve ark. (2019a) tarafından geliştirilen Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin yapı geçerliği için yapılan, bilinen grup karşılaştırılmasında; bu çalışma ile benzer şekilde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu çalışma sonucundan farklı olarak hastaların/ailelerinin medeni durumuna göre de anlamlı farklılık görülmemiştir. Ayrıca, klinik uzmanlık, eğitim durumu ve konsültasyon nedenine göre farklılık saptanmıştır. Anketin duyarlılığı düşük ve yüksek işlevli takımların takım etkililiği algısına ilişkin puanlar kullanılarak değerlendirilmiş ve düşük ve yüksek işlevli ekiplerde güven, takım süreçleri, rol belirginliği ve sonuçlar alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (Kilpatrick ve ark. 2019a).

Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'ne ilişkin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının karşılaştırılmasında; sağlık hizmeti verenlerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, meslek türü ve çalıştığı birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi. Katılımcıların cinsiyetine, mesleki çalışma yılına ve kurumdaki çalışma yılına göre herhangi bir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi. Anketlerin duyarlılığı, düşük ve yüksek işlevli takımların takım etkililiği algısına ilişkin puanlar ile değerlendirildi. Anketin duyarlılığı için yapılan karşılaştırmada, tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Bu doğrultuda; H4a, H4c, H5a, H5b ve H5c hipotezleri kısmen, H4b ve H6 hipotezleri tamamen kabul edildi. H5d ve H5e hipotezleri ise reddedildi. Kilpatrick ve ark. (2019b) tarafından geliştirilen özgün anketin yapı geçerliği için yapılan bilinen grup ile

karşılaştırmasında; bu çalışma sonucu ile benzer şekilde cinsiyete göre istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamış, meslek grubuna, takımda geçirilen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yüksek ve düşük işlevli takımlardaki puanlar kullanılarak değerlendirilen duyarlılık analizinde, yine bu çalışma ile benzer şekilde, tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (Kilpatrick ve ark. 2019b).

Her iki anketin de yapı geçerliğinde elde edilen bulgular K. Kilpatrick'e e-posta ile gönderildi. Bulgular, anketlerin Türkçe versiyonunun özgün yapı ile uyumlu olduğunu gösterdi.

5.1.3. Anketlerin Güvenirlik Analizleri Bulgularının Tartışılması

Anketlerin iç tutarlılıkları Cronbach Alpha katsayısı ile değerlendirildi. Cronbach Alpha kat sayısı; ölçüm aracında yer alan k sorunun homojen yapıdaki bütünü oluşturup oluşturmadığını sorgulayan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Ölçüm aracında bulunan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlaması ile bulunan Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır (Kalaycı 2016).

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları özgün anket versiyonunda 0,72 ile 0,84 arasında, bu çalışmada 0,77 ile 0,83 arasında bulundu. Anketi geliştiren Kilpatrick ve ark. (2019a)'nın çalışmasında Takım Süreçleri ve TEA-Genel alt boyutlarının yüksek derecede güvenilir, sonuçlar alt boyutunun ise oldukça güvenilir olduğu saptanırken, bu çalışmada ise Takım Süreçleri alt boyutu oldukça güvenilir olarak belirlenirken, TEA-Genel ve Sonuçlar alt boyutları yüksek derecede güvenilir olarak saptandı.

Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları özgün anket versiyonunda olduğu gibi bu çalışmada da 0,79 ile 0,92 arasında belirlendi. Anketi geliştiren Kilpatrick ve ark. (2019b)'nın çalışmasında Takım Süreçleri ve TEA-Genel alt boyutları yüksek derecede güvenilir, Sonuçlar alt boyutu oldukça güvenilir bulunurken, bu çalışmada da benzer şekilde Takım Süreçleri ve TEA-Genel alt boyutları yüksek derecede güvenilir ve Sonuçlar alt boyutu oldukça güvenilir olarak bulundu.

Anketlerin değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile değerlendirildi. Bu yöntemde ölçüm aracı örneklem grubuna bir kez uygulanmakta, belirli bir zaman aralığından sonra

ölçüm aracı aynı örneklem grubuna ikinci kez tekrar uygulanmaktadır (Erdoğan ve ark. 2015). İki uygulama arasındaki puanlar sınıf içi korelasyon kat sayısı (ICC) kullanılarak analiz edildiğinde; Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi alt boyutlarına ilişkin ICC değerlerinin 0,75 ile 0,95 arasında, Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi alt boyutlarına ilişkin ICC değerlerinin ise 0,86 ile 0,95 arasında olduğu saptandı. Her iki anketin ICC değerlerinin 0,75'in üzerinde bulunması, iki uygulama arasında mükemmel düzeyde korelasyon olduğunu gösterdi (Cicchetti 1994).

5.2. Hasta/Aileleri ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı ve Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. Hastaların/Ailelerinin Takım Etkililiği Algısının Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Karmaşık bir sağlık sorununun tedavisinde hastalar tedavinin klinik doğasını tam olarak anlamaz ve hatırlamazken, sağlık çalışanlarının onlara nasıl davrandığını, nasıl hissettirdiğini, nasıl iletişim kurduğunu ve diğer etkileşimleri hatırlamaktadırlar (Guler 2017). Daha iyi takım işleyişi için gerekli etmenleri hastalar ve ailelerin bakış açısından belirlemek, sunulan bakımın kalitesini iyileştirmek ve sağlık kurumlarında hasta ve ailesine söz hakkı vermek için önemlidir. Hasta ve ailesini takımın bir üyesi olarak görmek ve onların fikirlerine değer vermek, takım süreçlerini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek için önemli bir stratejidir (Kilpatrick ve ark. 2021).

Bu doğrultuda, hemen hemen tüm OECD ülkeleri hasta tarafından bildirilen deneyim ölçümleri ve hasta tarafından bildirilen sonuç ölçümlerini ölçen en az bir ölçüm aracı kullanmaktadır (OECD 2019). Sonuç ölçümleri sağlık hizmetleri müdahalelerinin etkinliğini belirlemeye ve karşılaştırmaya yardımcı olmak amacıyla geliştirilmektedir (Murphy ve ark. 2018). Hastaların bakım sonuçlarıyla ilgili değerlendirmeleri, hastalıktan ya da tıbbi herhangi bir müdahaleden iyileşerek çıkmalarının ötesine geçmektedir. Hastalar "Özerkliğime saygı duyuluyor mu?", "Kararlara katılabiliyor muyum?" gibi bakım deneyimlerine de değer vermektedir (OECD 2019). Hasta tarafından bildirilen sonuç ölçümleri hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimi artırarak, hastaların bakım planı, tedavi ve karar verme süreçlerine katılımını sağlamaktadır (Abahussin 2018). Kanser hastalarında kullanılan sonuç ölçümlerinin, hasta memnuniyetini artırdığı, hastaneye yatışları azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı ve hayatta kalma oranlarını artırdığını göstermiştir (Abahussin 2018).

Araştırmanın ikinci aşamasında, Türkçeye uyarlanan ve psikometrik analizleri gerçekleştirilen anket kullanılarak 205 hasta/ailesinin takım etkililiği algısı belirlendi. Anketin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörlerinde yer alan alt boyut puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu saptandı. Bulgular; güven, iletişim, karar verme, eşgüdüm, problem çözme, hasta-aile odaklılık gibi işlevleri içeren Takım Etkililiği Algısı Ölçeğinin hastalar ve aileleri tarafından olumlu değerlendirildiğini göstermektedir. Bunun yanı sıra, zamanında bakım, gelişen komplikasyonlara anında müdahale etme, takımın bilgi ve becerilerini içeren sonuçların da olumlu olarak değerlendirildiği söylenebilir. Aynı ölçüm aracı kullanılarak yapılan tek çalışma olan Kilpatrick ve ark. (2021)'nın çalışmasında, benzer şekilde Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar hastalar ve aileleri tarafından olumlu değerlendirilmiştir.

Anketin alt boyutları arasında en yüksek ortalamaya uyum alt boyutunun, en düşük ortalamaya ise hasta-aile odaklılık alt boyutunun sahip olduğu belirlendi. Kilpatrick ve ark. (2021)'nın çalışmasında, en yüksek ortalama puan takım etkililiği algısı alt boyutunda saptanırken benzer şekilde en düşük ortalama puan hasta-aile odaklılık alt boyutunda saptanmıştır (Kilpatrick ve ark. 2021). Anketin alt boyutlarına ilişkin yüzde değerleri incelendiğinde; katılımcılar rol belirginliği, güven, takım süreçleri, takım etkililiği algısı, karar verme, iletişim, eşgüdüm, uyum, problem çözme ve sonuçlar boyutlarını yüksek olarak değerlendirirken hasta odaklılık alt boyutunu düşük olarak değerlendirdi. Kilpatrick ve ark. (2021)'nın yapmış oldukları çalışmada ise; hasta odaklılık ile iletişim düşük saptanırken diğerleri yüksek olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada, hastalar/aileleri, takım etkililiğine ilişkin sağlık çalışanları arasındaki uyumu en yüksek olarak algılamıştır. Takım çalışması, hasta güvenliğinin en önemli ilkesi olduğundan, takım üyelerinin uyum içinde çalışması önemlidir (Yazıcı ve Karabulut 2018). Uyum, takım üyelerini yararlı davranışları kabul etmeye, işbirliğine ve problem çözmeye teşvik ederek takım etkililiğini etkilemektedir (Wang 2010). Uyumun yüksek olduğu takımlarda, takım içi ilişkileri sürdürmeye daha az enerji harcanırken, hasta bakımına daha fazla enerji harcanmaktadır. Bu durum bakımın kalitesini olumlu olarak etkilemekte ve hasta memnuniyetini artırmaktadır (Deeter-Schmelz ve Kennedy). Yoğun çalışılan birimlerde sağlık çalışanlarının daha etkin ve uyumlu çalışmasını sağlayan etkili iletişimin, hastaların tedavi ve bakım kalitesini artırdığı belirtilmektedir (Kutlu 2007). Bontrager ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada, hemşirelerin takım

uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Kore'de hastanelerin özellikli birimlerinde çalışan hemşirelerin, genel birimlere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bir takım uyumuna sahip oldukları bulunmuştur (Ko 2011).

Bu çalışmada, hastalar/aileleri, hasta-aile odaklılığı diğer boyutlara göre daha düşük düzeyde algılamıştır. Sidani ve ark. (2016)'nın hastaların ve sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakıma yönelik algılarını inceledikleri çalışmada; hastaların bakımlarını düşük-orta düzeyde işbirlikçi, bütüncül ve duyarlı olarak ifade ettiklerini, sağlık çalışanlarının ise uyguladıkları bakımları orta-yüksek düzeyde işbirlikçi ve duyarlı bütüncül olarak ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Abd El-Moniem ve ark. (2015) geriatrik hastaların, hemşirelerin hasta merkezli iletişim davranışlarını, iletişimlerini (yüz üzerinden 69,28) ve hemşirelik bakımlarını (yüz üzerinden 60,86) orta düzeyde algıladıklarını saptamıştır. Hasta-aile odaklılık, bakımın kalitesi için önemli bir etmendir. Hasta merkezli bakımın önündeki engeller; insan kaynaklarının ve ekipmanların yetersizliği, hemşirelerin idari iş yükleri ve profesyonel olmayan davranışlar (kaba, sert davranışlar gibi) olarak belirtilmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz 2020). Bazı durumlarda hastalar kendilerine bakım veren sağlık çalışanlarının aceleci davrandığını hissedebilmekte ve sağlık çalışanları ile hastalar arasında dil ve kültür problemleri olabilmektedir. Bu durumda hasta hizmet sunucu ile iletişim kurmaktan korkarak sessiz kalabilmektedir (Brady ve ark. 2015). Brennan ve Keohane (2016) öngörülemeyen bir sağlık hizmeti sunumunda etkili iletişimin kolay olmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada, hasta-aile odaklılık puanının ortalamanın üzerinde ancak diğerlerine göre düşük olmasının COVID-19 pandemisinde izolasyon önlemleri nedeniyle hasta ve ailesi ile iletişimin sınırlandırılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hasta/ailesi ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin niteliği sunulan sağlık hizmetinin sonuçlarını etkilemektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hastanın/ailesinin ilk ve en sık iletişim kurduğu meslek grubu olan hekim ve hemşirelerin etkili iletişim becerileri geliştirmeleri hasta memnuniyetini ve tedaviye uyumu artırmakta ve dolayısıyla bakımın kalitesini artırmaktadır (Başol 2018). Bu çalışmada, hastaların memnuniyet düzeylerini gösteren sonuçlar puanı yüksek bulunmuştur. Hastalarla yapılan Acaroğlu ve ark. (2007)'nın çalışmasında, bireyselleştirilmiş bakımın, hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilişkisi saptanırken, Kuipers ve ark. (2019)'nın çalışmasında da hasta merkezli bakımın hasta memnuniyeti

ve fiziksel ve sosyal esenlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Konuyla ilgili alan yazın incelendiğinde; memnuniyet düzeyi yüksek olan hastaların, kurumu başkalarına tavsiye etme, gelecekte de aynı kurumdan hizmet alma ve gerektiğinde daha fazla ekonomik bedel ödeme gibi olumlu sadakat duyguları geliştirdikleri görülmektedir (Hekkert ve ark. 2009; Dölarslan ve Özer 2014; Hoşgör ve Cengiz 2019).

5.2.2. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalar/aileleri tarafından değerlendirilen Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar arasındaki korelasyona ilişkin bulgular incelendiğinde; ölçek genel puan ortalaması ile Sonuçlar arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki belirlendi. Buna karşın, alt boyutlarda rol belirginliği ile orta düzeyde, takım süreçleri alt boyutlarından iletişim ve problem çözme ile orta düzeyde, hasta-aile odaklılık ile ise çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu.

Çalapkulu ve Çelenk (2018)'in yaptıkları çalışmada; hasta ile hekim arasında temel sorunun güven olduğu sorusuna hastaların %25'i kesinlikle katılıyorum derken, % 28'i katılıyorum cevabını vermiştir. Hasta-hekim iletişimin boyutlarına ilişkin yapılan çalışmada; 40 yaş üstü, cerrahi birimlerde hizmet alan, hekimle görüşme süresi daha uzun olan, hekimin hastanın ismini bildiği ve genel sağlık algısını mükemmel olarak tanımlayan hastaların hekimlere duyduğu güven daha olumlu saptanmıştır (Gezergün ve ark. 2006). Birinci basamak hastaları ve aile hekimleriyle yapılan çalışmada, hekimin hastayı ziyaret süresinin ve hastanın hastalık deneyiminin hasta güveniyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Fiscella ve ark. 2004).

Abd El-Moniem ve ark. (2015)'nın yapmış olduğu çalışmada hastaların bakım memnuniyeti ile hemşirelerin iletişimi arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca hastaların %65'i hemşirelerin kendileri ile çok sık iletişim kurduğunu, %59'u hemşirelerin kendilerini dikkatle dinlediğini, %32'si hemşirelerin iletişim esnasında gergin olduğunu ve hemşirelerin %74'ünün kendini hiç tanıtmadığını, %16,4'ünün ise nadiren tanıttığını belirtmiştir (Abd El-Moniem ve ark. 2015).

5.2.3. Hastaların Takım Etkililiği Algısı Üzerine Etkili Olan Etmenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların takım etkililiği algısı üzerine etkili olan etmenleri belirlemek için Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanı iki ayrı bağımlı değişken olarak ele

alınarak lojistik regresyon analizi yapıldı. Oluşturulan her iki modelin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde katılımcıların hastanede yatılan servis (genel cerrahi) puanının, Sonuçlar puanı üzerinde ise medeni durum (bekar) ve yüksek Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının anlamlı olarak etkili olduğu belirlendi. Kilpatrick ve ark. (2021), katılımcıların cinsiyet ve gelir düzeyinin Sonuçlar puanını doğrudan etkilediği, yakınlık derecesi, yaşanılan yer (şehir/şehir dışı), genel sağlık algısı ve rol belirginliği puanının Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı aracılığıyla dolaylı etkilediğini saptamıştır. Kilpatrick ve ark. (2021)'nın 485 hasta ve ailesi ile yapmış oldukları araştırmada; takım süreçlerinin bakım sonuçları üzerinde aracı rolü olduğunu ve takım süreçleri ile bakım sonuçlarını etkileyen tek değişkenin rol netliği olduğunu bulmuşlardır.

Bu çalışmada, yüksek takım etkililiği algısının sonuçlar üzerinde anlamlı etkisi belirlendi. Boer ve ark. (2013)'nın çalışmasında, hastaların hasta odaklı bakımı, takım süreçlerinin önemli bir etkeni olarak gördüklerini belirlemiştir. Hastaların hasta odaklı bakım algılarına yönelik tutumlarının incelendiği başka bir çalışmada (Tsimtsiou ve ark. 2014); yatan ve ayakta tedavi gören hastaların sağlık durumları hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları, karar alma süreçlerine daha çok katılmak istedikleri saptanmıştır.

5.2.3. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısının Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın ikinci aşamasında, Türkçeye uyarlanan ve psikometrik analizleri yapılan anket kullanılarak 209 sağlık çalışanının (hekim ve hemşire) takım etkililiği algısı belirlendi. Anketin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörlerinde yer alan alt boyut puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu saptandı. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği işlevleri (güven, iletişim, eşgüdüm, karar verme, problem çözme, hasta odaklılık vb.) ve zamanında sağlık hizmeti sunma, oluşan komplikasyonlara anında müdahalede bulunma, takım üyelerinin bilgi ve becerilerini içeren sonuçlar, hasta/ailesi tarafından olduğu gibi hemşireler ve hekimler tarafından da olumlu olarak değerlendirildi.

Anketin alt boyut puanları arasında en yüksek ortalamaya takım etkililiği algısı alt boyutunun, en düşük ortalamaya ise rol belirginliği alt boyutunun sahip olduğu belirlendi. Anketin alt boyut puanlarına ilişkin yüzde değerleri incelendiğinde; katılımcıların rol belirginliğini düşük, diğer alt boyutları ise yüksek olarak

değerlendirdiği saptandı. Benzer şekilde, Choi ve ark. (2018) Güney Koreli hemşirelerin yüksek düzeyde bir takım etkililiği algısına sahip olduklarını ortaya koymuştur. Ayrıca hemşirelerin takım etkililiği algıları yükseldikçe, örgütsel iletişime dair doyum düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Lemieux-Charles ve McGuire (2006), algılanan takım etkililiğinin yüksek düzeyde hissedilmesinde; işbirliği, çatışma çözümü, kararlara katılım ve uyum değişkenlerinin etkili olduğunu belirtmektedir.

Hekim ve hemşirelerin takım çalışmasına yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada; takım kavramı toplam puanı ve tüm alt boyutlar puan ortalamaları hemşirelerde daha yüksek olarak belirlenmiştir. Ayrıca hekimlerin büyük çoğunluğu takım çalışmasında liderin kendisi olduğu ve karar alma aşamasında son sözün hekimlerde olması gerektiğini ve hekimlerin yarısı sağlık takımındaki üyelerin temel amacının hekime yardımcı olmak olduğunu belirtmişlerdir (Ulusoy ve Tokgöz 2009; Lafçı ve ark. 2016). COVID-19 pandemisinde YBÜ'de çalışan hemşirelerin takım çalışmasına yönelik tutumları ve hemşirelerin bakış açısından takım çalışması önündeki engeller araştırılmış; takım çalışmasına yönelik tutum puan ortalaması yüksek düzeyde saptanmıştır. Hemşireler, takım çalışması önündeki engellerin çoğunu hemşirelik yöneticileri, kurum yöneticileri, konsültan hekimler ve terapistlerin oluşturduğunu, en azının radyoloji çalışanları ve hemşirelerin oluşturduğunu ifade etmişlerdir (Keykha ve ark. 2021).

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının rol belirginliğini düşük olarak algıladığı saptanmıştır. Profesyonellerarası işbirliğinin en önemli etmeni olan rol belirginliği, sağlık disiplinlerinin kendi rolleri ve diğer takım üyelerinin rolleri hakkında net bir anlayış geliştirmeleri ve bunu hasta bakımı hedeflerine ulaşmak amacıyla kullanmaları olarak tanımlanmaktadır. Rol belirsizliği; hizmet tekrarlarına, hizmet boşluklarına, takım içi çatışmalara ve gerginliklere ve profesyonel insan kaynağının yetersiz kullanımına yol açabilmektedir (Ly ve ark. 2018). Cengiz, Yoder ve Danesh (2021), rol belirsizliğininin, çalışanların stresini, memnuniyetsizliğini, tükenmişliğini, işten ayrılma niyetini ve depresyon belirtilerini artırırken, örgütsel bağlılık, otonomi, performans, motivasyon, rol etkinliği, özgüven ve iyi hissetme hallerini azalttığını belirtmektedir. Nitekim, Tunç ve Kutenis (2009)'in hekim ve hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin hekimlere oranla daha yüksek düzeyde rol belirsizliği ve rol çatışması yaşadığını ve bu durumun hemşirelerde daha yüksek düzeyde tükenmişliğe yol açtığını saptanmıştır.

Brunetto ve ark. (2011), yüksek düzeyde takım çalışmasının yüksek düzeyde rol belirginliği ile ilişkili olduğunu ve bu durumun çalışanların iyi olma düzeyini artırdığını bulmuşlardır. Yeşilyurt (2009)'un çalışmasında, hemşirelerin orta düzeyde rol çatışması yaşadıkları, rol belirsizliği düzeyi ortalamasının yüksek olduğu ve hemşirelerde rol belirsizliğinin az olduğu belirlenmiştir. COVID-19 pandemisinde, çalışanların yaşadığı tükenmişliğin yaygınlığı ve işle ilgili faktörlerin araştırıldığı çalışmada, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının orta düzeyde (yüz üzerinden 50) rol netliği algıladığını ve tükenmişlik ile rol netliği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (İbrahim ve ark. 2022). Pandemide, sağlık çalışanlarının görev yerlerinin ihtiyaca göre değişmesi, birimlerinin aniden COVID-19 servisine dönüşmesi, sorumluluklarının ve uygulanacak prosedürlerin farklılaşması, sağlık çalışanlarında rol belirsizliğine ve dolayısıyla düşük rol belirginliği algısına neden olduğu söylenebilir.

5.2.4. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık hizmeti verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçek genel puan ortalaması ile Sonuçlar arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki belirlendi. Buna karşın, alt boyutlarda rol belirginliği ile zayıf düzeyde, takım süreçleri alt boyutlarından iletişim, problem çözme ve hasta-aile odaklılık ile orta düzeyde anlamlı ilişki bulundu.

Hudson (2017)'a göre rol belirginliği, takım çalışmasının ayrılmaz bir parçasıdır ve karşılıklı güven ve saygıyı geliştirmektedir. Brault ve ark. (2014)'nın birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapmış oldukları çalışmaya göre; rol belirginliği, hem kurumsal hem de profesyonel açıdan disiplinlerarası işbirliğinin kilit bir bileşeni olarak bulunmuştur.

Çavuşoğlu ve ark. (2020)'nın yapmış olduğu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin takım çalışması tutumları ile iletişimleri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde (r=0,61) anlamlı ilişki saptanmıştır. Yılmaz ve Yıldırım (2018)'ın çalışmasında da benzer şekilde hemşirelerin takım çalışması tutumları ile iletişim arasında pozitif yönde ve orta düzeyde (r=0,547) anlamlı ilişki belirlenmiştir. Alıcı (2019)'nın acil sağlık çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada takım çalışması algısı ile rol belirsizliği arasında istatiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

5.2.5. Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Üzerine Etkili Olan Etmenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık hizmeti verenlerin takım etkililiği algısı üzerine etkili olan etmenleri belirlemek için Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanı iki ayrı bağımlı değişken olarak ele alınarak lojistik regresyon analizi yapıldı. Oluşturulan her iki modelin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde meslekte toplam çalışma yılının (11-20 yıl) anlamlı etkisi olduğu, Sonuçlar puanı üzerinde ise meslekte toplam çalışma yılının (11-20 yıl) ve yüksek Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının anlamlı etkisi olduğu belirlendi.

Takım işlevinin yüksek olmasının, daha olumlu hasta deneyimi ve daha olumlu takım çalışması kültürü ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (White ve ark. 2018). Kundak ve ark. (2015)'nın yapmış oldukları çalışmada; meslekte çalışma yılı arttıkça çalışanların motivasyon düzeylerinin de artmakta olduğunu saptamıştır. Demir ve ark. (2003)'nın çalışmasında, hemşirelerin meslekte çalışma yılı artıkça kişisel başarı puanlarının arttığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin yüksek motivasyonla çalışmasının, bakım sonuçlarını da etkilediği düşünülmektedir.

Tetik (2020)'in hemşirelerin takım çalışması algılarını değerlendirdiği çalışmasında; hemşirelerin takım çalışması tutumlarının orta düzeyde (112, 99) olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada (Düzgün ve ark. 2019), yoğun bakım hemşirelerinin takım çalışması tutumları da, orta düzeyde (110,05) saptanmıştır. Tüney (2019) ise hemşirelerin takım çalışması tutumlarını orta-yüksek düzeyde belirlemiştir. Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin takım çalışmasına ilişkin görüşlerinin belirlendiği çalışmada, öğrencilerin yaklaşık %71'i sağlık hizmetlerinde takım çalışmasının olduğunu, hasta bakımının geliştririlmesinde en etkili takım üyesinin de hemşire olduğunu belirtmişlerdir (Ceylan ve Aslan 2017).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı anketlerinin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapıldığı ve hasta/ailesi ile sağlık hizmeti verenlerin takım çalışması etkililiğine ilişkin görüşlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen iki aşamadan oluşan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda verildi.

Tezin birinci aşaması olan, Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi ile Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı anketlerinin Türkçeye uyarlanarak yapılan geçerlik analizleri sonucuna göre;

- ✓ Her iki anketinde KGİ değerleri (0,98) yüksek olarak belirlendi ve anketlerin Türkçe versiyonlarının kapsam geçerliği sağlandı.
- ✓ Bilinen grup ile karşılaştırma yöntemi ile yapılan yapı geçerliğinde;
  - ✓ Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nde yer alan Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının, katılımcıların *yakınlık derecesine göre* karşılaştırılmasında sadece güven alt boyutunda, *medeni duruma göre* karşılaştırılmasında güven ve sonuçlar alt boyutlarında istatiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ancak *cinsiyete göre* karşılaştırılmasında herhangi bir alt boyutta istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Böylece, H1b hipotezi kabul edilirken H1a ve H1c hipotezleri kısmen kabul edildi. Katılımcıların *eğitim durumu ve yatış tanısına göre* Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının tüm alt boyutlarında, *yattığı servis türüne göre* rol belirginliği hariç diğer tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık saptandı. Böylece, H2a ve H2b hipotezleri kabul edilirken H2c hipotezi kısmen kabul edildi.
  - ✓ Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nde yer alan Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının sağlık hizmeti verenlerin *yaşına göre* karşılaştırılmasında sadece sonuçlar alt boyutunda, *medeni duruma göre* karşılaştırılmasında rol belirginliği, takım toplantısı, TEA-genel boyutlarında istatiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ancak c*insiyete göre* karşılaştırılmasında herhangi bir alt boyutta anlamlı bir fark

saptanmadı. Böylece, H4b hipotezi kabul edilirken H4a ve H4c hipotezleri kısmen kabul edildi. Sağlık hizmeti verenlerin Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar puanlarının *eğitim durumuna göre* karşılaştırılmasında güven, takım toplantısı ve sonuçlar alt boyutlarında, *meslek türüne göre* karşılaştırılmasında yalnızca rol belirginliği alt boyutunda, *çalıştığı birime göre* karşılaştırılmasında yalnızca takım toplantısı alt boyutunda istatiksel olarak anlamlı farklılık saptandı fakat, *mesleki çalışma yılı ve kurumda çalışma yılına göre* karşılaştırılmasında herhangi bir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Böylece, H5a, H5b ve H5c hipotezleri kısmen kabul edildi, H5d ve H5e hipotezleri ise reddedildi.

- ✓ Anketlerin *duyarlılığı için yapılan karşılaştırmada*, tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ve H3 ve H6 hipotezleri kabul edildi.
- ✓ Yapılan güvenirlik analizleri sonucuna göre;
  - ✓ Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin alt boyutlarına ait Cronbach Alpha değerleri Takım Süreçleri (0,77) alt boyutunda oldukça güvenilir olarak belirlenirken, TEA-Genel (0,83) ve Sonuçlar (0,81) alt boyutlarında yüksek derecede güvenilir olarak belirlendi.
  - ✓ Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin alt boyutlarına ait Cronbach Alpha değerleri Takım Süreçleri (0,86) ve TEA-Genel (0,92) alt boyutlarında yüksek derecede güvenilir olarak belirlenirken, Sonuçlar (0,79) alt boyutunda oldukça güvenilir olarak belirlendi.
  - ✓ Anketlerin değişmezliklerini değerlendirmek amacıyla yapılan test-tekrar test analizinde, Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi alt boyutlarına ilişkin ICC değerlerinin 0,75 ile 0,95 arasında, Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi alt boyutlarına ilişkin ICC değerlerinin ise 0,86 ile 0,95 arasında olduğu bulundu. Her iki uygulama arasında mükemmel düzeyde korelasyon olduğu saptandı.

Tezin ikinci aşaması olan, hasta/ailesi ile sağlık hizmeti verenlerin takım çalışması etkililiğine ilişkin görüşlerinin ve etkileyen etmenlerin belirlendiği çalışma sonucunda;

- ✓ Araştırmaya katılan hastalar/ailelerinden oluşan katılımcıların yarısının hastanın kendisi (%51) olduğu, çoğunun kadın (%74), evli (%73) ve lise mezunu (%33) olduğu saptandı. Katılımcıların minimum 18 maksimum 70 yaşında, yaş ortalamalarının 33,04 ve yarısından fazlasının (%57) 18-30 yaş aralığında bulunduğu belirlendi. Katılımcıların sağlık durumunu iyi algıladığı (%57) ve gelirini yeterli bulduğu (%40) belirlendi.
- ✓ Araştırmaya katılan hemşire ve hekimlerden oluşan sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının kadın (%68), evli (%69) ve çoğunlukla hemşire (%71) olduğu saptandı. Sağlık çalışanlarının yaş ortalamalarının 37,15 olduğu, minimum 21 maksimum 65 yaşında ve çoğunlukla (%61) 18-35 yaş aralığında (%84) oldukları, büyük çoğunluğunun (%90) lisans ve lisansüstü programlardan mezun olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin mesleki deneyimlerinin 11-25 yıl aralığında olduğu (%57) ve araştırmanın yapıldığı kurumda 10 yıldan daha az süredir çalıştıkları (%74) ve yarısından fazlasının vardiyalı olarak çalıştığı (%65) belirlendi.
- ✓ Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörleri alt boyutlarına ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde; en yüksek ortalamaya uyum alt boyutunun (4,80), en düşük ortalamaya ise hasta-aile odaklılık alt boyutunun (3,58) sahip olduğu belirlendi. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörleri alt boyutlarının yüzde değerleri incelendiğinde; rol belirginliği (%75,6), güven (%67,8), takım süreçleri (%79,6), takım etkililiği algısı (%75,6), karar verme (%77,1), iletişim (%80,5), eşgüdüm (%72,7), uyum (%78,5), problem çözme (%57,1), TEA-genel (%75,6) ve sonuçlar (%81,5) alt boyutlarına yüksek, hasta odaklılık (%57,1) alt boyutuna ise düşük olarak yanıt verdikleri saptandı.
- ✓ Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörleri alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler incelendiğinde; en yüksek ortalamaya takım etkililiği algısı alt boyutunun (4,80), en düşük ortalamaya ise rol belirginliği alt boyutunun (3,84) sahip olduğu

belirlendi. Takım Etkililiği Algısı Ölçeği ve Sonuçlar alt faktörlerinin yüzde değerleri incelendiğinde; güven (%60,8), takım toplantısı (%66), takım süreçleri (%73,2), TEA (%75,1), karar verme (%84,7), iletişim (64,2), eşgüdüm (%84,2), uyum (%74,2), problem çözme (%52,7), hasta odaklılık (%62,7), TEA-genel (%50,2) ve sonuçlar (%76,6) alt boyutlarına yüksek, rol belirginliği (%61,5) alt boyutuna ise düşük olarak yanıt verdikleri belirlendi.

- ✓ Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nde Takım Etkililiği Algısı Ölçeği genel ve alt boyutları ile Sonuçlar arasında pozitif yönde, anlamlı ilişki saptandı.
- ✓ Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nde Takım Etkililiği Algısı Ölçeği genel ve alt boyutları ile Sonuçlar arasında pozitif yönde, anlamlı ilişki saptandı.
- ✓ Hastaların takım etkililiği algısını etkileyen etmenler incelendiğinde; Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde hastanede yatılan servisin (genel cerrahi), Sonuçlar puanı üzerinde ise medeni durum (bekar) ve yüksek Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının anlamlı etkisi olduğu saptandı.
- ✓ Sağlık çalışanlarının (hekim ve hemşire) takım etkililiğini etkileyen etmenler incelendiğinde; Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanı üzerinde meslekte toplam çalışma yılının (11-20 yıl), Sonuçlar puanı üzerinde ise meslekte toplam çalışma yılının (11-20 yıl) ve yüksek Takım Etkililiği Algısı Ölçeği puanının anlamlı etkisi olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

- ✓ Türkçe uyarlaması yapılan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenen Hastaların Takım Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi, hastaların ve ailelerinin bakış açısından takım süreçleri ve algılanan bakım sonuçlarını değerlendirmek amacıyla kullanılabilir.
- ✓ Türkçe uyarlaması yapılan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenen Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi, disiplinler arası takım süreçleri ve algılanan bakım sonuçlarını değerlendirmek amacıyla kullanılabilir.
- ✓ Hasta-aile odaklı hizmetin geliştirilmesi amacıyla, hastaların bakım kararlarına katılması sağlanmalı, hasta odaklılığı etkileyen etmenler belirlenerek çözüm

üretilmelidir. Hasta odaklı hizmet ile hasta ve ailelerinin sağlık çalışanlarına güveni, tedavi ve bakımlarına uyumları artırılabilir.

- ✓ Sağlık çalışanlarının rol belirginliğini arttırmak amacıyla, disiplinler arası rol tanımlamalarının açık ve net bir şekilde yapılması ve tutarlı uygulamalarla rol belirginliğinin sürdürülmesi gerekmektedir. Bu konuda her disiplin üyesine eğitim verilerek birbirlerinin görev, rol ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanabilir. Bununla birlikte, hasta ve aileleri de disiplinlerarası takım üyelerinin rolleri hakkında bilgilendirilebilir. Disiplinlerarası takım çalışması sürecinde ortaya çıkan rol çatışmasına neden olan etmenlerin belirlenmesi ve bu nedenlere yönelik çözüm üretilmesi önerilmektedir.
- ✓ Sağlık profesyonellerinin mesleki eğitimi sırasında disiplinlerarası takım çalışmasına ilişkin eğitim ve uygulamalara yer verilmelidir. Bu doğrultuda, disiplinlerarası sağlık profesyonellerin birlikte eğitim alabileceği ortamlar oluşturulabilir, Halihazırda çalışanlara takım çalışmasına yönelik hizmet içi eğitimler verilebilir.
- ✓ Sağlık çalışanları arasında disiplinlerarası Takım Etkililiği Algısı Ölçeğini geliştirmek amacıyla işbirliği, uyum, koordinasyon ve karşılıklı güveni geliştirecek stratejiler belirlenerek uygulamaya konulmalıdır.
- ✓ Hastaların ve sağlık çalışanlarının takım etkililiği algısı değerlendirilerek elde edilen sonuçlarla kurumsal süreçler geliştirilmesi amacıyla kullanılabilir.
- ✓ Hastaların takım etkililiği algısı değerlendirilerek hasta güvenliği, sağlık sonuçları, hasta deneyimi, hasta memnuniyeti, sadakati gibi kalite göstergeleri ile ilişkisi incelenebilir.
- ✓ Sağlık çalışanlarının takım etkililiği algısı değerlendirilerek performans, iş doyumu, işte kalma niyeti ve örgütsel bağlılık gibi değişkenler ile ilişkisi incelenebilir.

KAYNAKLAR

Aase, I., Hansen, B. S. ve Aase, K. (2014). Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: A qualitative study. *BMC Medical Education, **14*** **(170)**.

Abahussin, A. A., West, R. M., Dphil, D. C. W. ve Ziegler, L. E. (2019). PROMs for pain in adult cancer patients: A systematic review of measurement properties. *Pain Practice, **19*****(1)**, 93-117.

Abd El-Moniem, M. M., Mahfouz, M. I. ve Hussein, H. A. (2015). Geriatric inpatients perception of nurses' communication: The relationship between patient-centered communication practices and satisfaction with nursing care. *World Journal of Nursing Sciences, **1*****(3)**, 138-151.

Abdulkadir, W., Suhariadi, F., Wibowo, A. ve Hadi, C. (2017). Three-Party (physician-pharmacist-director) collaboration model on teamwork effectiveness ımprovement in hospital. *The Open Access Journal of Science and Technology, 5*, 1-9.

AbuAlRub, R. F., Gharaibeh, H. F., ve Bashayreh, A. E. I. (2012). The relationships between safety climate, teamwork, and intent to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Nursing forum and independent voice for nursing*, **47(1),** 65-75.

Acaroğlu, R. , Şendir, M. , Kaya, H. ve Sosyal, E. (2014). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, **15(59),** 61-67.

Agha, L., Ericson, K. M., Geissler, K. H. ve Rebitzer, J. B. (2021). Team relationships and performance: Evidence from healthcare referral networks. *Management Science.*

Aghamohammadi, D., Dadkhah, B. ve Aghamohammadi, M. (2019). Nurse–physician collaboration and the professional autonomy of Intensive Care Units Nurses. *Indian journal of critical care medicine*, **23(4),** 178-181.

Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R. ve Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, **23**, 2968-2979.

Aldawood, F., Kazzaz, Y., AlShehri, A., Alali, H. ve Al-Surumi, K. (2020). Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Quality*, 9:e000753.

Alexanian, J. A., Kitto, S., Rak, K. J. ve Reeves, S. (2015). Beyond the team: Understanding interprofessional work in two North American ICUs. *Critical Care Medicine*, **43(9),** 1880-1886.

Alıcı, H. (2019). *Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Algısının Takım Çalışmasına Etkisi: Kahramanmaraş 112 Acil Sağlık Çalışanlarında Bir Çalışma*. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş.

Alonso, A., Baker, D. P., Holtzman, A., Day, R., King, H., Toomey, L. ve Salas, E. (2006). Reducing medical error in the military health system: How can team training help?. *Human Resource Management Review*, **16(3),** 396-415.

Amsalu, E., Boru, B., Getahun, F. ve Tulu, B. (2014). Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: A hospital based cross-sectional study. **BMC nursing**, **13,** 37.

Amundson, S. J. (2005). The impact of relational norms on the effectiveness of health and human service teams. *The Health Care Manager*, **24(3),** 216-224.

Anaker A., Koch L., Eriksson G., Sjöstrand C. ve Elf M. (2020). The physical environment and multi-professional teamwork in three newly built stroke units, *Disability and Rehabilitation*.

Anderson, J. E., Ross, A. J., Lim, R., Kodate, N., Thompson, K., Jensen, H. ve Cooney, K. (2019) Nursing teamwork in the care of older people: a mixed methods study. *Applied Ergonomics*, **80,** 119-129.

Anderson, J. E., Lavelle, M. ve Reedy, G. (2021). Understanding adaptive teamwork in health care: Progress and future directions. *Journal of Health Services Research & Policy*, **26(3)**, 208-214.

Andreatta, P. B. (2010). A typology for health care teams. *Health Care Management Review*, **35(4),** 345-354.

Astuti, A. S. (2021). The role of teamwork, work environment, compensation system in an effort to increase employee extrinsic motivation at the Dompet Dhuafa Integrated Health Hospital. *European Journal of Business and Management Research,* **6(1),** 182-188.

Atwall A. ve Caldwell, K. (2005). Do all health and social care professionals interact equally: A study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* **19(3),** 268-273.

Atwal, A. ve Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal Of Nursing Practice*, **12**, 359-365.

Babiker, A., El Husseini, M.E., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M.O., Assiri, A., Al Saadi, M. ve Al Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paedi atr*. **14(2),**9-16.

Baggs, J. G., Norton, S. A., Schmitt, M. H. ve Sellers, C. R. (2004). The dying patient in the ICU: Role of the interdisciplinary team. *Critical care clinics,* **20(3),** 525-540.

Bagnasco, A., Costa, A., Gatania, G., Zanini, M., Ghirotto, L., Timmins, F. ve Sasso, L. (2019). Improving the quality of communication during handover in apaediatric emergency department: A qualitative pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene,* **60(3),** E219-E225.

Bahr, S. J., Siclovan, D. M., Opper, K., Beiler, J., Bobay, K. L. ve Weiss, M. E. (2017). Interprofessional health team communication about hospital discharge: An implementation science evaluation study. *Journal of Nursing Care Quality,* **32(4),** 285-292.

Baik, D., Abu-Rish Blakeney, E., Willgerodt, M., Woodard, N., Vogel, M. ve Zierler, B. (2018). Examining interprofessional team interventions designed to improve nursing and team outcomes in practice: A descriptive and methodological review. *Journal of interprofessional care,* **32(6),** 719-727.

Baik, D., ve Zierler, B. (2019). Clinical nurses' experiences and perceptions after the implementation of an interprofessional team intervention: A qualitative study. *Journal of clinical nursing,* **28(3-4),** 430-443.

Baker, D. P., S. Gustafson, J. M. Beaubien, E. Salas, ve P. Barach. (2003). *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-Based Relation.* Washington, DC: American Institutes for Research.

Baker, D. P., Gustafson, S., Beaubien, J. M., Salas, E., ve Barach, P. (2005). Medical team training programs in health care. *Advances in patient safety: from research to implementation*, **4**, 253-267.

Baker, D. P., Day, R., ve Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services research*, **41(4),** 1576-1598.

Baker, D. P., Amodeo, A. M., Krokos, K. J., Slonim, A. ve Herrera, H. (2010). Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the TeamSTEPPS teamwork attitudes questionnaire. *Quality and Safety in Health Care*, **19(6),** e49.

Baldwin D. W. C. (1996) Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care.*

Ballangrud, R., Husebø, S. E., Aase, K., Aaberg, O. R., Vifladt, A., Berg, G. V. ve Hall-Lord, M. L. (2017). Teamwork in hospitals: A quasi-experimental study protocol applying a human factors approach. *BMC nursing*, **16,**34.

Banerjee, A., Slagle, J. M., Mercaldo, N. D., Booker, R., Miller, A., France, D. J., Rawn, L. ve Weinger, M. B. (2016). A simulation-based curriculum to introduce key teamwork principles to entering medical students. *BMC medical education*, **16,** 295.

Bannister, S. L., Wickenheiser, H. M. ve Keegan, D. A. (2014). Key elements of highly effective teams. *American Academy of Pediatrics*, **133(2),** 184-186.

Barr, O. (1997). Interdisciplinary teamwork: Consideration of the challenges. *British Journal of Nursing*, **6(17),** 1005-1010.

Barello, S., Graffigna, G. ve Vegni, E. (2012). Patient Engagement as an Emerging Challenge for Healthcare Services: Mapping the Literature. *Nursing Research and Practice*.

Barton, G., Bruce, A. ve Schreiber, R. (2018). Teaching nurses teamwork: Integrative review of competency-based team training in nursing education. *Nurse education in practice*, **32**, 129-137.

Başol, E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, ***4*****(1),** 76-93.

Başoğul C. (2020). Conflict management and teamwork in workplace from the perspective of nurses. *Perspect Psychiatr Care*, 1–10.

Batorowicz, B. ve Shepherd, T. A. (2008). Measuring the quality of transdisciplinary teams. *Journal of interprofessional care***, 22(6),** 612-620.

Baxter, S. K. ve Brumfitt, S. M. (2008). Benefits and losses: A qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. *BMJ Quality & Safety*, **17**, 127-130.

Baxter, S. K. ve Brumfitt, S. M. (2008). Once a week is not enough: Evaluating current measures of teamworking in stroke. *Journal of Evaluation in Clinical Practice,* **14(2),** 241-247.

Bayley, J. E., Wallace, L. M., Spurgeon, P., Barwell, F. ve Mazelan, P. (2007). Teamworking in healthcare: Longitudinal evaluation of a teambuilding intervention. *Learning in Health and Social Care*, **6(4),** 187-201.

Benoliel, P. ve Somech, A. (2015). The role of leader boundary activities in enhancing interdisciplinary team effectiveness. *Small Group Research*, **46(1),** 83-124.

Berber, N., Slavic, A. ve Aleksic, M. (2020). Relationship between perceived teamwork effectiveness and team performance in banking sector of Serbia. *Sustainability*, **12(20),** 8753.

Blakeney, E. A. R., Chu, F., White, A. A., Smith Jr, G. R., Woodward, K., Lavallee, D. C., ... ve Weiner, B. J. (2021). A scoping review of new implementations of interprofessional bedside rounding models to improve teamwork, care, and outcomes in hospitals. *Journal of Interprofessional Care*.

Bontrager, S., Hart, P. L. ve Mareno, N. (2016). The role of preceptorship and group cohesion on newly licensed registered nurses' satisfaction and intent to stay. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, **47(3),** 132-139.

Bosch, M., Faber, M. J., Cruijsberg, J., Voerman, G. E., Leatherman, S., Grol, R. P., ... ve Wensing, M. (2009). Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination. *Medical Care Research and Review*, **66(6),** 5S-35S.

Bosch, B. ve Mansell, H. (2015). Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*, **148(4),** 176-179.

Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. Team workload: Its meaning and measurement. İçinde: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. (1997). Team performance assessment and measurement. Mahwah, NJ, Erlbaum, 85–108.

Brady, P. J., Battles, J. B., & Ricciardi, R. (2015). Teamwork: What health care has learned from the military. *Journal of Nursing Care Quality*, *30*(1), 3-6.

Brannick MT, Prince C. (1997). An overview of team performance measurement. İçinde Brannick, MT., Salas, E., Prince, C. (Ed.). *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum; 3–16.

Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C. A., Perroux M. ve Beaulieu, M. D. (2014). Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: A multiple-case study. *Nursing research and practice*.

Brennan, R. A. ve Keohane, C. A. (2016). How communication among members of the health care team affects maternal morbidity and mortality. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, ***45*(6),** 878-884.

Brunetto, Y., Farr-Wharton, R. ve Shacklock, K. (2011). Supervisor-nurse relationships, teamwork, role ambiguity and well-being: Public versus private sector nurses. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, ***49*(2),** 143-164.

Cannon-Bowers, JA. ve Salas, E. (1997). Teamwork competencies: The interaction of team member knowledge, skills, and attitudes. İçinde O'Neil, H.F. Jr. (Ed.), *Workforce Readiness: Competencies and assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 151-174.

Cannon-Bowers, J.A., Tannenbaum, S.I. ve Salas, E. (1995). Defining competencies and establishing team training requirements. İçinde Guzzo, R.A., et al., (Ed.), *Team*

Effectiveness And Decision-Making İn Organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 333–380.

Care Quality Commission (2010). NHS staff survey 2010. Erişim 18.11.2021 http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110718105843/http:/www.cqc.org.uk/aboutcqc/howwedoit/engagingwithproviders/nhsstaffsurveys/staffsurvey2010.cfm.

Castner, J., Ceravolo, D.,Foltz-Ramos, K. ve Wu, Y. (2013). Nursing control over practice and teamwork. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, **18(2).**

Cengiz, A., Yoder, L. H. ve Danesh, V. (2021). A concept analysis of role ambiguity experienced by hospital nurses providing bedside nursing care. *Nursing & Health Sciences*, ***23*(4),** 807-817.

Ceylan, E. ve Aslan, F. (2017). Öğrencilerin bakışı ile sağlık hizmetlerinde ekip anlayışı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **4(29)**, 96-102.

Choi, E. H., Kim, E. K. ve Kim, P. B. (2018). Effects of the educational leadership of nursing unit managers on team effectiveness: Mediating effects of organizational communication. *Asian nursing research*, **12(2),** 99-105.

Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment.* **6(4),** 284–290.

Costello, A. B. ve Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research, and evaluation*, ***10*(7).**

Crawford G. B. ve Price S. D. (2003). Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Med J Australia*, **179**:S32–S34.

Çalapkulu, Ç. ve Çelenk, E. (2018). Hasta-hekim ilişkisi ve iletişimi: Sakarya ağız ve diş sağlığı hastanesi örneği. *International Journal of Social Science*, **1(2),** 87-95.

Çavuşoğlu, F., Ak, M. N. ve Alişan, S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ve ekip çalışmasına yönelik tutumlarının incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***5*(2),** 120-127.

D'Angelo M., Cervero R., Durning S. ve Varpio L. (2019). The teamwork model: Proposing a model for studying interprofessional healthcare teams. **MedEdPublish**, **8(2),** 11.

Davidson M. (2014). Known-groups validity. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research,* 3481–82.

Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research, **5(4),*** 194-197.

de Boer, D., Delnoij, D., Rademakers, J. (2013). The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling*, **90**, 405-410.

Demir, A., Ulusoy, M. ve Ulusoy, MF. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. International Journal of Nursing Studies, 40, 807-827.

Demir, S. ve Kale, M. (2019) İlkokullarda özel eğitim sınıflarında karşılaşılan sorunların incelenmesi. *Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, **20(1);** 354-373.

Department of Health and Ageing Government of South Australia (2013). South Australian patient safety report 2011-2012.

Deeter-Schmelz, D. R. ve Kennedy, K. N. (2003). Patient care teams and customer satisfaction: The role of team cohesion. *Journal of services marketing*, **17(7),** 666-684.

Dölarslan, E.Ş. ve Özer, A. (2014). Hizmet kalitesi, tatmin ve güvenin daha fazla ödeme eğilimi üzerindeki etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **14(1),** 31-58.

Düzgün, F., Yılmaz, D. U., Karaman, D., Çınar, H. Ç., Dikmen, Y. ve Yılmaz, D. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, **9(1),** 32-36.

Dyer JL (1984). Team research and team training: A state of the art review. İçinde Muckler, F.A. (Ed.). *Human Factors Review. Human Factors Society*, Santa Monica, CA, 285–323.

Eddy, K., Jordan, Z. ve Stephenson, M. (2016). Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative

literature. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, **14(4),** 96-137.

Epstein N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg Neurol Int*. 5:S295-303.

Erdoğan, M. ve Kırılmaz, H. (2020). Hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan*, **7(24)**, 97-126.

Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. N. (2015). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. (2nd ed.). Nobel tıp Kitapevleri, İstanbul.

Feistritzer, N. R. ve Jones, P. O. (2014). A proof-of-concept implementation of a unit-based advanced practice registered nurse (APRN) role: Structural empowerment, role clarity and team effectiveness. *The Nursing Clinics of North America*, **49(1),** 1-13.

Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H. ve Epstein, R. M. (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians?. *Medical care*, **42**, 1049-1055.

Gawande, A. A., Zinner, M. J., Studdert, D. M. ve Brennan, T. A. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, **133(6),** 614-621.

George, D. ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update* (10nd ed.) Boston: Pearson.

Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C. ve Bayer, E. (2006). Hastaların bakış açısıyla hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi; bir eğitim hastanesi örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, **1,** 1239-144.

Gittell, J.H., Fairfield, K.M., Bierbaum, B., et al. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: A nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*, **38(8),** 807-819.

Guler, P. H. (2017). Patient experience: A critical indicator of healthcare performance. *Frontiers of health services management*, ***33*(3),** 17-29.

Harris, M. F. ve Zwar, N. A. (2007). Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Medical Journal of Australia*, ***187*(2),** 104-107.

Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M. ve Van den Berg, B. (2009). Patient satisfaction revisited: A multilevel Approach. *Social Science & Medicine*, **69(1),** 68-75.

Hintenach A.M. ve Howe J.L. (2020). *Interprofessional Care: Why Teamwork Matters*. İçinde Chun, A. (Ed.). Geriatric Practice. Springer, Cham.

Hoşgör, H. ve Cengiz, E. (2019). İlişkisel pazarlama perspektifinden hastaların davranışsal niyet öncülleri: Kavramsal bir model önerisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8(4),** 501-509.

Hudson, C. C., Gauvin, S., Tabanfar, R., Poffenroth, A. M., Lee, J. S. ve O'Riordan, A. L. (2017). Promotion of role clarification in the health care team challenge. *Journal of Interprofessional Care*.

Johnson J. D. (2017). Framing communication in health care action teams. *International Journal of Healthcare Management.*

Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. ve Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative medicine*, ***21*(4),** 347-354.

Kalaycı, Ş. (2016). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. (7nd. ed.). Ankara: Asil Yayıncılık

Kalisch, B. J., Xie, B. ve Ronis, D. L. (2013). Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nursing Research*, **62(6),** 405-413.

Karagöz, Y., Kıngır, S. ve Yıldız, M. S. (2010). İş tatminini etkileyen faktörlerin kriz ortamındaki etkisinin lojistik regresyon analizi ile belirlenmesi. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, ***10*(19),** 341-362.

Katzenbach JR, Smith DK. The discipline of teams. (2013). İçinde Harvard Business Review, (Ed.). On teams. Boston (MA): Harvard Business Review Press, 35-53.

Keykha, A., Ramezani, M. ve Heydari, A. (2021). Attitude and barriers of teamwork in intensive care unit from the perspective of nurses in COVID-19 Pandemic. *Journal of Military Medicine*, **23(4),** 329-337.

Kilgore, R. V. ve Langford, R. W. (2009). Reducing the failure risk of ınterdisciplinary healthcare teams. *Critical Care Nursing Quarterly*, **32(2),** 81–88.

Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J. A. ve Doran, D. (2012). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal of Advanced Nursing,* **69,** 205-217.

Kilpatrick, K. (2013). How do nurse practitioners in acute care affect perceptions of team effectiveness? *Journal of Clinical Nursing*, **22,** 2632-2647.

Kilpatrick, K., Tchouaket, É., Paquette, L., Guillemette, C., Jabbour, M., Desmeules, F., Landry, V. ve Fernandez, N. (2019a). Measuring patient and family perceptions of team processes and outcomes in healthcare teams: Questionnaire development and psychometric evaluation. *BMC Health Services Research*, 19:9.

Kilpatrick, K., Paquette, L., Bird, M., Jabbour, M., Carter, N. ve Tchouaket, É. (2019b). Team functioning and beliefs about team effectiveness in interprofessional teams: Questionnaire development and validation. *Journal of multidisciplinary healthcare,* **12,** 827-839.

Kilpatrick, K., Paquette, L., Jabbour, M., Tchouaket, E., Fernandez, N., Al Hakim, G., Landry, V., Gauthier N., Beaulieu, MD. ve Dubois, CA. (2020) Systematic review of the characteristics of brief team interventionsto clarify roles and improve functioningin healthcare teams. *PLOS ONE*, **15(6):** e0234416.m

Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Fernandez, N., Jabbour, M., Dubois, C.A., Paquette, L., Landry, V., Gauthier, N. ve Beaulieu, M.D. (2021). Patient and family views of team functioning in primary healthcare teams with nurse practitioners: A survey of patient-reported experience and outcomes. *BMC Fam Pract* 22, 76.

Ko, Y. K. (2011). Group cohesion and social support of the nurses in a special unit and a general unit in Korea. *Journal of nursing management*, **19(5),** 601-610.

Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation,* **24,** 745-755.

Kuipers, S.J., Cramm, J.M. ve Nieboer, A.P. (2019).The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res* 19, 13.

Kundak, Z., Taş, H. Ü., Keleş, A. ve Eğicioğlu, H. (2015). Bir üniversite hastanesinde hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyon. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **16(1),** 1-10.

Kutlu, L. (2007). Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, ***11*(1),** 35-41.

La Sala, R., Boninsegni, K., Tani, A., Rasi, A., Ricci, B., Sansovini, L., Scarpelli, G., Artioli G. ve Sarli, L. (2015). A cross selectional survey in a critical care: the job satisfaction and functioning team of the health professionals. *Acta Biomed For Health Professions, **86*(3),** 183-188.

Leggat, S. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: Defining teamwork comptencies. *BMC Health Serv Res*, 17.

Lemieux-Charles, L. ve McGuire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review,* **63(3),** 263-300.

Little, V. (2010). Transdisciplinary care: Opportunities and challenges for behavioral health providers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, **21(4),** 1103-1107.

Ly, O., Sibbald, S. L., Verma, J. Y. Rocker, G. M. (2018). Exploring role clarity in interorganizational spread and scale-up initiatives: The 'INSPIRED'COPD collaborative. *BMC Health Services Research, 18,* 680.

Lyu, H., Wick, E.C, Housman, M., Freischlag, J.A. ve Makary, M.A. (2013). Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA Surg*, **148(4),**362-367.

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica,* **53(2),** 143-151.

Mccollin, A.(2003). Interdisiplinary team deador ship: Are visionist approach for an old problem? *Journal of Nursing Management*.

Michan, S. ve Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams: A literature review. *Australian Health Review*, **23(3),** 201-208.

Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, **29(2),** 211–217.

Mickan, S.M. ve Rodger, S.A. (2005). Effective health care teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care,* **19(4),** 358– 370.

Mueller, S. K. (2016). Transdisciplinary coordination and delivery of care. In *Seminars in oncology nursing*, **32(2),** 154-163.

Murphy, M., Hollinghurst, S. ve Salisbury, C. (2018). Identification, description and appraisal of generic PROMs for primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract 19, 41.*

O'Daniel, M. ve Rosenstein, A.H. (2008). *Professional Communication and Team Collaboration.* İçinde R.G. Hughes (Ed.). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 271-284.

OECD (2019). Organisation for Economic Co-operation and Development. Measuring what matters: The patient- reported indicator surveys. Paris.

Okuyama A., Wagner, C. ve Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Services Research,* 14, 61.

Orasanu, J.M. ve Salas, E. (1993). Team decision making in complex environments. İçinde Klein GA et al., (Ed.). Decision making in action: models and methods. Norwood, NJ, Ablex, 327– 345.

Petit dit Dariel, O. ve Cristofalo, P. (2018). A meta-ethnographic review of interprofessional teamwork in hospitals: What it is and why it doesn't happen more often. *Journal of health services research & policy*, **23(4),** 272-279.

Pinto, R. M., Wll, M., Yu, G., Penido, C. ve Schmidt, C. (2012). Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. *American journal of public health*, **102(11):** e69-e76.

Rafferty, A. M., Ball, J. ve Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?. *BMJ Quality & Safety*, 10, ii32-ii37.

Reeves, S., Xyrichis, A. ve Zwarenstein, M. (2018) Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32, 1, 1-3.

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J. ve Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433-450.

Ruddy, G. ve Rhee, K. S. (2005). Transdisciplinary teams in primary care for the underserved: A literature review. *Journal of health care for the poor and underserved*, *16*(2), 248-256.

Salas, E., Dickinson, T.L. ve Converse, S.A. (1992). *Toward an understanding of team performance and training.* İçinde Sweze,y R.W., Salas, E. (Ed.). Teams: their training and performance. Norwood, NJ: Ablex, 3–29.

Sançar, B., Ançel, G. ve İlhan, S. E. (2021). Acil serviste çalışan hemşirelerin öz etkililik-yeterlik inançları ile problem çözme becerilerinin araştırılması. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(2), 54-67.

Sidani, S., van Soeren, M., Hurlock-Chorostecki, C., Reeves, S., Fox, M. ve Collins, L. (2016). Health professionals' and patients' perceptions of patient-centered care: A comparison. *European Journal for Person Centered Healthcare,* **4(4),** 641-649.

Sönmez, B. (2020). *Sağlık İş Gücünün Arka Planı*. İçinde Keziban Avcı (Ed.). Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara: Gazi Kitabevi., 33-55.

Tetik, F. (2020). *Hemşirelerin Ekip Çalışması Algıları ile Örgütsel Sinizm İlişkisi.* İstanbul Arel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tsimtsiou, Z., Kirana, P-S., Hatzichristou, D. (2014). Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: A cross-sectional study in Greece. *Patient Education and Counseling*, **97**, 391–395.

Tress, B., Tress, G. ve Fry, G. (2005). *Defining concepts and process of knowledge production in integrative research*. İçinde Tress, B., Tress, G., Fry, G., Opdam, P. (Ed.). In *From landscape research to landscape planning: Aspects of integration, education and application,* 13-26.

Thomas, E.J., Sexton, J.B. ve Helmreich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*, **31(3),** 956-9.

Tunc, T. ve Kutanis, R. O. (2009). Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing & health sciences*, **11(4),** 410-416.

Tüney, M. (2019). *Hemşirelerin Algıladığı Örgütsel Destek ile Ekip Çalışması Tutumu Arasındaki İlişki: Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım Üniteleri Örneği*. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan.

Türe Yılmaz, A. ve Yıldırım, A. (2018). Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **6(67),** 40-52.

Ulusoy, H. ve Tokgöz, D. M. (2009). Sağlık Profesyonellerinin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, **2,** 55-61.

Velioğlu P. (1988). Sağlığa disiplinlerarası ekip yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, **3(10),** 1-9.

Van Dijk-de Vries, A. N., Duimel-Peeters, I. G., Muris, J. W., Wesseling, G. J., Beusmans, G. H. ve Vrijhoef, H. J. (2016). Effectiveness of teamwork in an integrated care setting for patients with COPD: Development and testing of a self-evaluation instrument for interprofessional teams. *International Journal of Integrated Care*, **16(1),** 9, 1-10.

Walton, V., Hogden, A., Long, J.C., Johnson, J. ve Greenfield, D. (2020). Exploring interdisciplinary teamwork to support effective ward rounds. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **33(4/5),** 373-387.

Wang, M. L., Chen, W. Y., Lin, Y. Y. ve Hsu, B. F. (2010). Structural characteristics, process, and effectiveness of cross-functional teams in hospitals: Testing the I–P–O model. *The Journal of High Technology Management Research*, **21(1),** 14-22.

West, M.A. ve Lyubovnikova, J. (2013). Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management*, **27(1),** 134-142.

White, B. A. A., Eklund, A., McNeal, M., Hochhalter, A. ve Arroliga, A. C. (2018) Facilitators and barriers to ad hoc team performance. *Baylor University Medical Center Proceedings*, **31(3),** 380-384.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. ve ark. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translationand Cultural Adaptation. *Value Health*, **8,** 94-104.

Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G. ve Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum***, 43(4),** E161–E169.

Xyrichis A. & Ream E. (2008) Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **61(2),** 232–241.

Xyrichis, A. ve Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International journal of nursing studies*, **45(1),**140-153.

Yaffe, M. J., Dulka, I. M. ve Kosberg, J. I. (2001). Interdisciplinary health-care teams: what should doctors be aware of?. *The Canadian Journal of CME*, 153-160.

Yanchus, N. J., Ohler, L., Crowe, E., Teclaw, R. ve Osatuke, K. (2017). 'You just can't do it all': A secondary analysis of nurses' perceptions of teamwork, staffing and workload. *Journal of Research in Nursing*, ***22*(4),** 313-325.

Yates, R., Wells, L. ve Carnell, K. (2007). General practice based multidisciplinary care teams in Australia: still some unanswered questions. A discussion paper from the australian general practice network. *Australian Journal of Primary Health*, ***13*(2),** 10-17.

Yazıcı, G. ve Karabulut, A. B. (2018). Kalite yönetiminde hasta güvenliği için anahtar noktalar. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, ***1*(2),** 10-15.

Yeşilyurt, T. (2009). *Hemşirelerde Rol Çatışması ve rol Belirsizliğinin İş Stresi ve İş Doyumuna Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yıldırım, B. ve Selvi, M. (2017). Stem uygulamaları ve tam öğrenmenin etkileri üzerine deneysel bir çalışma. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, **13(2),** 183-210.

Zakaria, Z. ve AbouShaheen, R. (2021). Nursing work team effectiveness and organizational commitment among ıntensive care units staff nurses: The pathway for enhancement. *Tanta Scientific Nursing Journal*, **22(3),** 101-120.

FORMLAR

Ek 1: Veri Toplama Araçları

Ek 2: Anketlerin Kullanım İzni

Ek-1: Veri Toplama Araçları

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI-HASTA/AİLELERİ

Değerli Katılımcı,

Dr. Öğr. Üyesi Betül SÖNMEZ danışmanlığında yürüttüğüm doktora tez çalışmamın birinci aşamasını oluşturan bu çalışmada, Hastaların Takım/Ekip Etkililiği Algısı: Hasta-Ailesi Anketi'nin Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılması amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile; hastalar ve ailelerin takım etkililiği algısını ölçecek olan anket Türkçe literatüre kazandırılacaktır. Çalışma kapsamında toplanacak verilerde gönüllülük usulü esas olup, elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi

1. BOLUM - HASTA-AILELERI TANITICI BILGI FORMU		
Yakınlık Dereceniz:	Kendisi	☐
	Eşi	☐
	Annesi	☐
	Babası	☐
	Çocuğu	☐
	Kardeşi	☐
	Diğer ise lütfen belirtiniz	
Yaşınız (lütfen belirtiniz):		
Cinsiyetiniz:	Kadın	☐
	Erkek	☐
Medeni Durumunuz:	Evli	☐
	Bekâr	☐
Eğitim Durumunuz:	Ilkokul	☐
	Ortaokul	☐
	Lise	☐
	Onlisans	☐
	Lisans	☐
	Lisansüstü	☐
Mesleğiniz (lütfen belirtiniz):		
Gelir Düzeyi Algınız:	Mali olarak kendimi iyi görüyorum	☐
	Gelirimi yeterli buluyorum	☐
	Gelirimi yeterli bulmuyorum	☐
	Herhangi bir gelirim yok	☐
	Cevaplamak istemiyorum	☐
Sağlık Sorununuz (lütfen belirtiniz):		
Hastanede Yattığınız Servis/Klinik (lütfen belirtiniz):		
Hastanede Yattığınız Gün Sayısı (lütfen belirtiniz):		
Genel Sağlık Algınız:	Mükemmel	☐
	Çok iyi	☐
	Iyi	☐
	Ne iyi ne de kötü	☐
	Kötü	☐
	Çok kötü	☐

2. BÖLÜM - SAĞLIK BAKIM EKİBİ SÜREÇLERİ							
Aşağıdaki ifadeler sağlık ekibindeki üyelerin hasta bakımını sağlamak için, bir ekip olarak nasıl çalıştıklarını ve ekibin etkililiği hakkındaki inançlarınızı hangi faktörlerin etkilediğini sormaktadır. Lütfen görüşlerinizi en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	Maddeler	1	2	3	4	5	6
1	Sağlık bakım ekibi üyelerinin rolleri iyi tanımlanmıştır.	O	O	O	O	O	O
2	Sağlık bakım ekibinin üyeleri arasındaki iş bölümünden memnunum.	O	O	O	O	O	O
3	Sağlık bakım ekibinde bir rolüm var.	O	O	O	O	O	O
4	Benim katkılarıma sağlık bakım ekibinin üyeleri tarafından değer verilir.	O	O	O	O	O	O
5	Sağlık bakım ekibinin tüm üyelerine güveniyorum.	O	O	O	O	O	O
6	Sağlık bakım ekibim sağlık hizmeti sağlama konusunda etkilidir.	O	O	O	O	O	O
7	Ekip üyeleri, sağlık bakımım hakkında karar vermeme yardımcı olacak bilgileri paylaşıyor.	O	O	O	O	O	O
8	Sağlık bakım ekibi üyeleri bakım planımın hedeflerini biliyor.	O	O	O	O	O	O
9	Dosyamdaki test sonuçları ve konsültasyonlar güncelleniyor.	O	O	O	O	O	O
10	Ekip üyeleri, hastalar, arkadaşlar ve aileler arasındaki bilgi akışı sınırlıdır.	O	O	O	O	O	O
11	Ekip üyeleri sağlık sorunlarımı çözmek için birlikte çalışır.	O	O	O	O	O	O
12	Bakım planımdaki sonraki adımların neler olduğunu biliyorum.	O	O	O	O	O	O
13	Sağlık bakım ekibim tedavilerimi, durumumdaki değişikliklere göre düzenliyor.	O	O	O	O	O	O
14	Sağlık bakım ekibimin üyeleri fikirlerime, bilgilerime veya gözlemlerime değer veriyor.	O	O	O	O	O	O
15	Ekip üyeleri arasındaki görüş ayrılıklarına saygı gösteriliyor.	O	O	O	O	O	O
16	Hasta bakımı sorunlarını çözmek için arkadaşlar veya ailelerle birlikte çalışmak ekibin görevleri arasında yer almaz.	O	O	O	O	O	O
17	Sağlık bakımım iyi organize edilmiştir.	O	O	O	O	O	O

3. BÖLÜM - BAKIM SONUÇLARI						
Aşağıdaki ifadeler sağlık ekibi tarafından size verilen bakımın sonuçları hakkındaki görüşlerinizi sormaktadır. Lütfen görüşlerinizi en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Maddeler	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
18. Hasta bakımı zamanında sunulur	O	O	O	O	O	O
19. Olası veya mevcut sorunlara, ekip tarafından hızlı müdahale edilir	O	O	O	O	O	O
20. İlaç tedavimle ilgili cevabını alamadığım sorularla eve dönüyorum	O	O	O	O	O	O
21. Başka bir uzmana danışmam veya başka bir birime gitmem gerektiğinde, ilgili tüm bilgiler yeni sağlık ekibim tarafından ulaşılabilirdir	O	O	O	O	O	O
22. Bakımım ile ilgili tüm sorularım cevaplanmış olarak eve dönüyorum	O	O	O	O	O	O
23. Sağlık ekibi üyeleri bakım verebilmek için derinlemesine bilgi ve gerekli olan becerilere sahiptir	O	O	O	O	O	O

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI- SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Değerli Katılımcı;

Dr. Öğr. Üyesi Betül SÖNMEZ danışmanlığında yürüttüğüm doktora tez çalışmamın birinci aşamasını oluşturan bu çalışmada, Sağlık Hizmeti Verenlerin Takım Etkililiği Algısı Anketi'nin Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenirlik çalışılması yapılması amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile; hastalar ve ailelerin takım etkililiği algısını ölçecek olan iki anket Türkçe literatüre kazandırılacaktır. Çalışma kapsamında toplanacak verilerde gönüllülük usulü esas olup, elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi

1. BÖLÜM- SAĞLIK ÇALIŞANLARI TANITICI BİLGİ FORMU	
Yaşınız:	
Cinsiyetiniz:	Kadın ☐ Erkek ☐
Medeni Durumunuz:	Bekâr ☐ Evli ☐
Eğitim Durumunuz:	Sağlık Meslek Lisesi ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐
Mesleğiniz:	
Çalıştığınız Ünite/Birim:	
Meslekte Toplam Çalışma Süreniz:	
Kurumda Toplam Çalışma Süreniz:	
Birimde Toplam Çalışma Süreniz:	
Çalışma Şekliniz:	Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Vardiyalı/Gece Gündüz Dönüşümlü ☐
Vardiya Süreniz:	

2. BÖLÜM: SAĞLIK BAKIM EKİBİ SÜREÇLERİ							
Aşağıdaki ifadeler sağlık ekibindeki üyelerin hasta bakımını sağlamak için, bir ekip olarak nasıl çalıştıklarını ve ekibin etkililiği hakkındaki inançlarınızı hangi faktörlerin etkilediğini sormaktadır. Lütfen görüşlerinizi en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Maddeler		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Sağlık bakım ekibi üyelerinin rolleri iyi tanımlanmıştır.	O	O	O	O	O	O
2	Sağlık bakım ekibinin üyeleri arasındaki iş bölümünden memnunum.	O	O	O	O	O	O
3	Ekipte benim de bir rolüm var.	O	O	O	O	O	O
4	Sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine güveniyorum.	O	O	O	O	O	O
5	Sağlık bakım ekibim hasta bakımı sağlama konusunda etkilidir.	O	O	O	O	O	O
6	Ekip üyeleri bakım kararları ile ilgili bilgileri hasta ve aileleriyle paylaşır.	O	O	O	O	O	O
7	Hasta bakımını planlamak için düzenli olarak meslekler arası ekip toplantıları planlanmaktadır.	O	O	O	O	O	O
8	Sağlık bakım ekibi üyeleri hastaların bakım planlarının hedeflerini bilir.	O	O	O	O	O	O
9	Hastanın sağlık kaydı gerektiği şekilde güncellenir.	O	O	O	O	O	O
10	Ekip üyeleri ile hastalar ve aileleri arasındaki bilgi akışı sınırlıdır.	O	O	O	O	O	O
11	Ekip üyeleri hasta bakımıyla ilgili sorunları çözmek için birlikte çalışır.	O	O	O	O	O	O
12	Sağlık bakım ekibi, gerektiğinde ortaya çıkan karmaşık bakım sorunlarını görüşmek üzere toplanır.	O	O	O	O	O	O
13	Benim katkılarıma sağlık bakım ekibim tarafından değer verilir.	O	O	O	O	O	O
14	Fikirlerim, bilgilerim veya gözlemlerim hasta bakımı sorunlarını çözmek için kullanılır.	O	O	O	O	O	O
15	Ekip üyeleri arasındaki anlaşmazlıklar ekip üyeleri tarafından adil bir şekilde çözülür.	O	O	O	O	O	O
16	Ekip üyeleri arasındaki görüş ayrılıklarına saygı gösterilir.	O	O	O	O	O	O
17	Hastanın bakım sorunlarını çözmek için ailelerle birlikte çalışmak ekibin görevleri arasında değildir.	O	O	O	O	O	O
18	Sağlık bakım ekibi, tedavileri hastanın durumundaki değişikliklere göre düzenler.	O	O	O	O	O	O
19	Sağlık bakım ekibi tarafından sağlanan bakım iyi organize edilmiştir.	O	O	O	O	O	O

3. BÖLÜM - BAKIM SONUÇLARI						
Aşağıdaki ifadeler sağlık ekibiniz tarafından sağlanan bakım sonuçlarını sormaktadır. Lütfen görüşlerinizi en iyi temsil eden yanıtı seçiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Maddeler	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
20. Hasta bakımı zamanında sunulur	O	O	O	O	O	O
21. Sağlık ekibi, tetkik veya ilaç isteğinde bulunabilecek bir ekip üyesine kolayca ulaşabilir	O	O	O	O	O	O
22. Olası veya mevcut hasta sorunlarına, ekip tarafından hızlı müdahale edilir	O	O	O	O	O	O
23. Hastalar, ilaç tedavileri ile ilgili cevaplanmamış birçok soru ile eve döner	O	O	O	O	O	O
24. Hastaların diğer sağlık kuruluşlarına nakillerinde, hasta ile ilgili tüm bilgiler paylaşılır	O	O	O	O	O	O
25. Hastalar, bakımları ile ilgili tüm sorularının cevabını almış olarak evlerine döner	O	O	O	O	O	O
26. Sağlık ekibinin üyeleri, bakım vermek için derinlemesine bilgi ve gerekli olan becerilere sahiptir	O	O	O	O	O	O

Ek-2: Anket Kullanım İzni

ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

DERYA GÜNDÜZ HOŞGÖR

ORİJİNALLİK RAPORU

%6	%6	%1	%2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
3	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	auzefkitap.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<%1
9	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Derya	Soyadı	GÜNDÜZ HOŞGÖR
Doğ.Yeri	-	Doğ.Tar.	-
Uyruğu	TC	TC Kim No	-
Email	-	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2022
Yük.Lis.	Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü	2014
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi Uşak Sağlık Yüksek Okulu	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğretim Görevlisi	Maltepe Üniversitesi	2018-2021
2.	Öğretim Görevlisi	Şişli Meslek Yüksekokulu	2014-2018
3.	Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2013-2014
4.	Hemşire	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2009-2013
5.	Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2007-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excell, Power Point,…)	Çok İyi
IBM SPSS	İyi
IBM AMOS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan SSCI Kapsamındaki Makaleler

Hoşgör H., Coşkun F., Çalışkan F., Gündüz Hoşgör D. (2020). Relationship Between Nomophobia, Fear of Missing Out, and Perceived Work Overload in Nurses in Turkey. Perspectıves in Psychiatric Care, 57(3), 1026-1033.

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Gündüz Hoşgör D., Çatak Tanyel T., Cin S., Bozkurt Demirsoy S. (2021). COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: İstanbul İli Örneği. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 8(2), 372-386.

Hoşgör H., Aközlü Z., Gündüz Hoşgör D. (2021). The Perception Concerning the COVID-19 Pandemic: Case of Turkey. The European Research Journal, 7(2), 116126.

Hoşgör H., Tandoğan Ö., Gündüz Hoşgör D. (2017). Nomofobinin Günlük Akıllı Telefon Kullanım Süresi ve Okul Başarısı Üzerindeki Etkisi: Sağlık Personeli Adayları Örneği. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 5(46), 573-595.

Hoşgör H., Koç Tütüncü S., Gündüz Hoşgör D., Tandoğan Ö. (2017). Üniversite Öğrencileri Arasında Sosyal Medyadaki Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Yaygınlığının Farklı Değişkenler Açısındanincelenmesi. International Journal of Academic Value Studies, 3(17), 213-223.

Hoşgör H., Memiş K., Gündüz Hoşgör D., Koç Tütüncü S. (2017). Kurumsal Hastane İmajı, Algılanan Fiyat Uygunluğu, Hasta Tatmini ve Sadakati Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modeliyle İncelenmesi. International Journal of Academic Value Studies, 3(16), 439-453.

Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D. (2017). The Investigation of Master and Doctoral Theses Written Field of Current Marketing Approaches in Turkey (2007-2016). Akademik Bakış Dergisi, (63), 327-351.

Gündüz Hoşgör D., Hoşgör H. (2017). İlişkisel Pazarlamaya Genel Bir Bakış ve Bu Konuda Yapılmış Tez Profillerinin İncelenmesi. Journal of Social Sciences Studies(56), 521-536.

Hoşgör H., Arslan S., Gündüz Hoşgör D. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Sağlık Bilimleri Fakültesi Örneği. Akademik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4(32), 430-441.

Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D., Memiş K. (2016). Sosyo-Demografik Özellikler ile Cam Tavan Sendromu Arasındaki İlişki ve Farklılıkların İncelenmesi: Sağlık Çalışanları Örneği. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13(35), 345-362.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

Çalışkan F., Gündüz Hoşgör D., Coşkun F. (2020). Sosyal Ortamlardaki Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Yaygınlığının İncelenmesi: Hemşireler Üzerinde Bir Uygulama. II. Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Coşkun F., Çalışkan F., Gündüz Hoşgör D. (2020). Hemşirelerin Nomofobi Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. II. Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Hoşgör H., Aslan Kurtuluş S., Gündüz Hoşgör D., Söyük S. (2015). The Determination of Assertiveness Levels of University Students The Case of The Faculty of Health Sciences. VIII. European Conference on Social and Behavioral Sciences (Sözlü Sunum).

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Gündüz Hoşgör D., Hoşgör H. (2019). Sağlık Hizmeti Tüketicileri Perspektifinden Özel Hastane Şikâyetlerinin İncelenmesi (Sikayetvar.Com Örneği). Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(4), 823-842.

Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D. (2019). The Relationship Among Nomophobia, Fear of Missing Out and Demographic Variables: Example of the Healthcare Manager Candidates. Güncel Bağımlılık Araştırmaları Dergisi, 3(1), 16-24.

Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D. (2019). Hastaların Hastane Seçimini Etkileyen Faktörler: Sistematik Derleme (1996-2017). Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 22(2), 437-456.

Özsarı S. H., Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D. (2016). Hastane Web Site Performanslarının Halkla İlişkiler ve Tanıtım Açısından İncelenmesi: Türkiye, Hindistan ve İrlanda Örnekleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(4), 209-217.

Memiş K., Hoşgör H., Boz C., Gün İ., Gündüz Hoşgör D. (2015). İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi Örneği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(4), 220-230.

Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D., Tosun N. (2015). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Çevreye Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Kıyaslamalı Bir Analiz. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(2), 198-207.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

İnam Ö., Gündüz Hoşgör D., Koç Tütüncü S. (2017). Sağlık İşletmelerinde İmaj, İtibar ve Kalite. III. Ulusal Şişli Sempozyumu (Sözlü Sunum).

Gündüz Hoşgör D., Koç Tütüncü S. (2016). Öğretim Elemanlarının İş Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktör Önceliklerinin Belirlenmesi Bir AHP Uygulaması. II. Ulusal Şişli Sempozyumu (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum).

Memiş K., Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D. (2015). Cam Tavan Sendromunun Kadın Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. Sağlık ve Hastane İdaresi 9. Kongresi (Sözlü Sunum).

Hoşgör H., Gündüz Hoşgör D. (2014). İstanbul Üniversitesinde Sağlıkla İlgili Bir Bölümde Öğrenim Gören Ön lisans ve Lisans Öğrencilerinin Organ Bağışına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. Lefke Avrupa Üniversitesi 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (Poster).

Diğer Yayınlar

Gündüz Hoşgör D., Hoşgör H. (2015). Hemşirelerin İletişim Beceri Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Şişli Akademi Dergisi, (2), 57-64.