T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

TAKIM ÇALIŞMASI ALGILARI ÖLÇEĞİNİN TÜRK DİLİNE UYARLANMASI, HEMŞİRELERDE TAKIM ÇALIŞMASI ALGILARININ MESLEKİ İŞBİRLİĞİ VE İLETİŞİM İLE İLİŞKİSİ

AYSUN YERKÖY ATEŞ

DANIŞMAN
PROF. DR. AYTOLAN YILDIRIM

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

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

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

Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence
Nighingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. öğr. Üyesi Seda DEĞİRMENCİ ÖZ
İstanbul Aydın Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. ÜyesiSemanur 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 olmadığı beyan ederim.

Aysun YERKÖY ATEŞ

İTHAF

Bu çalışmayı, hayatıma anlam katan oğullarım Ali Kaan ATEŞ ve Emir Arslan ATEŞ'e, benim için fedakarlıktan kaçınmayan ve tezimde emeği yadsınamayacak kadar büyük olan canım annem Esme YERKÖY'e, can babam Arslan YERKÖY'e ve sevgili eşim Mehmet Murat ATEŞ'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Hemşirelik ve aynı zamanda Hemşirelikte Yönetim alanındaki bilgi ve tecrübelerini tüm samimiyeti ile paylaşan, mesleğe kattığı değerler ve enerjisine hayranlık duyduğum, çalışmamda bana rehberlik eden değerli danışmanım **Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM**'a,

Doktora sürecinde bana kattığı akademik bilgi ve değerlerler için Sayın **Prof. Dr. Ülkü BAYKAL**'a,

Tez çalışmam boyunca derin bilgi ve desteklerini esirgemeyen Sayın **Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU** ve **Doç. Dr. Betül SÖNMEZ**'e,

Tez sınavımda değerli öneri ve katkılarından dolayı Sayın **Dr. Öğretim Üyesi Seda DEĞİRMENCİ ÖZ** ve **Dr. Öğretim Üyesi Semanur Kumral ÖZÇELİK**'e

Çalışmanın istatistik analizinde ve bundan sonraki çalışmalarımda kullanabileceğim değerli bilgileri bana öğrettiği için Sayın **Öğr. Gör. Mehmet YILDIZ**'a,

Tez çalışmam boyunca değerli önerileri için Sayın **Prof. Dr. Semiha AKIN** ve Sayın **Öğr. Gör. Nurdan PALA DAĞOĞLU**'na

Tez için her türlü dil bilimi konusunda yardımlarını esirgemeyen ve katkı sağlayan Sayın **Dil Bilim Uzmanı Samet YERKÖY** ve **Burcu ŞİMŞEK**'e, değerli görüşleri için **Sosyal Çalışmacı Sıddıka GÜLER SAKALLI**'ya,

Değerli zamanını ayıran, çalışmama destek veren hemşire yöneticilere ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü **Demet YURTSEVER ve Figen OKUR**'a,

Çalışmama katkıları olan ve yardımlarını esirgemeyen Sayın **Uzm. Hemşire Pınar BÜYÜKÜNAL ŞAHİN** ve tüm hemşire meslektaşlarıma

Bu süreçte hep destekçim olan ve zaman kavramını hiçe sayan canım annem **Esme YERKÖY** ve canım babam **Arslan YERKÖY**'e

Benim için yaşama sebebim ve iyikilerim dediğim oğullarım **Ali Kaan ATEŞ**, **Emir Arslan ATEŞ** ve eşim **Mehmet Murat ATEŞ**'e gönülden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... XİV
ABSTRACT XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Algı Kavramı ve Takım Çalışmasındaki Yeri 4
2.2. Hemşirelikte Algının Önemi, Kişisel ve Mesleki Özelliklerin Algı Üzerine Etkisi 5
2.3. Takım, Takım Çalışması ve İşbirliği Kavramları 6
2.4. Yönetici Açısından Takımın Önemi ve Takım Modelleri 7
2.4.1. Salas'ın Takım Çalışması Modeli 9
2.4.2. Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) ve Birleşik Devletler Savunma Bakanlığı (U.S. Department of Defense-DoD) Ortak Çalışması Sonucunda Meydana Gelen Hasta Güvenliği ve Performansı Arttıran Ekip Stratejileri ve Araçları (TeamSTEPS) Modeli 10
2.5. Hemşirelikte Takım Çalışması ve Önemi 14
2.6. Hemşirelikte İşbirliği ve Önemi 15
2.7. Takım Çalışması Algıları ve İşbirliği İlişkisi 16
2.8. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1. Birinci Aşama 22
3.1.1. Araştırmanın Amacı, Tasarımı ve Değişkenleri 22
3.1.2. Araştırma Soruları 22
3.1.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Zaman 22
3.1.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22

3.1.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları....23
3.1.6. Verilerin Toplanması Süreci....28
3.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi....28
3.2. İkinci Aşama....34
3.2.1. Araştırmanın Amacı, Tasarımı ve Değişkenleri....34
3.2.2. Araştırma Soruları....35
3.2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....35
3.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi....35
3.2.5. Veri Toplama Araçları....37
3.2.6. Verilerin Toplanması....38
3.2.7. Verilerin Değerlendirilmesi....39
3.3. Araştırmanın Etik Yönü....42
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları....42
3.5. Araştırmanın Güçlükleri....42
4. BULGULAR....44
4.1. Birinci Aşamaya İlişkin Bulgular....44
4.1.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular....44
4.1.2. TÇAÖ'nin Türk Diline Uyarlama Çalışmasına İlişkin Bulgular....45
4.1.2.1. Geçerliliğe İlişkin Bulgular....45
4.1.2.2. Güvenirliğe İlişkin Bulgular....55
4.2. İkinci Aşamaya İlişkin Bulgular....58
4.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulguların Dağılımı....59
4.2.2. TÇAÖ ve HHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı....60
4.2.3. Hemşirelerin Takım Çalışması Algıları ve İşbirliği Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılıkları....61
4.2.3.1. Hemşirelerin Takım Çalışması Algı Düzeyleri Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması....61
4.2.3.2. Hemşirelerin Hemşire-Hemşire İşbirliği Düzeyleri Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması....66
4.2.4. Hemşirelerde Takım Çalışması Algı Düzeyleri ve Alt Boyutlarının Hemşire-Hemşire İşbirliği, Alt Boyutları ve İletişim İle İlişkilerinin Belirlenmesi....71
4.2.5. Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerine Etkili Olan Etmenler....72
5. TARTIŞMA....75

5.1. Takım Çalışması Algıları Ölçeği'nin (TÇAÖ) Türk Diline Uyarlanması, Geçerlilik-Güvenirlilik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....76
5.2. Hemşirelerde Takım Çalışması Algılarının Mesleki İşbirliği ve İletişim İle İlişkisi 80
5.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması.....80
5.2.2. HHİÖ Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması 82
5.2.3. Hemşirelerin HHİÖ Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması.....85
5.2.4. TÇAÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması 94
5.2.5. Hemşirelerin TÇAÖ Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması.....97
5.2.6. TÇAÖ ile HHİÖ Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Tartışılması .105
5.2.7. Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Tartışılması 107
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....109
KAYNAKLAR 113
FORMLAR 136
ETİK KURUL KARARI 156
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....157
ÖZGEÇMİŞ 158

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1:"TeamSTEPPS anahtar bileşenleri" (Salas ve ark. (2005); King ve ark. (2008); TeamSTEPPS® 2.0 Pocket Guide (2013, p.5)'dan 13
Tablo 3-1: TÇAÖ'nin farklı dillerde ve ülkemizde geçerlilik-güvenirlilik çalışmasına ilişkin Cronbach alfa puanları ile uyum ölçütleri 24
Tablo 3-2: TÇAÖ ve alt boyutlarında yer alan maddeler, alınabilecek min ve max puanlar 25
Tablo 3-3: TÇAÖ ve alt boyutlarının anlam ve işlevselliği (Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS® 2,0, 2013; Rosen ve ark., 2018) 26
Tablo 3-4: Sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) değerlerinin yorumlanması (Ateş, Öztuna, & Genç, 2009) 34
Tablo 4-1: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N=365) 45
Tablo 4-2: Takım çalışması algıları ölçeği için uzmanların verdiği puanlar ve KGO, KGİ değerleri (N=8) 47
Tablo 4-3: KMO ve Bartlett Küresellik testi sonuçları (N=365) 48
Tablo 4-4: Faktör analiz gösterim tablosu (N=365) 49
Tablo 4-5: Faktörlerin boyutlar altında gösterimi ve faktör yükleri analizi gösterim tablosu (N=365) 50
Tablo 4-6:TÇAÖ'ne ilişkin AFA ve DFA faktör yük analiz sonuçları (N=365) 51
Tablo 4-7: Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör analiz sonuçları (N=365) 53
Tablo 4-8: Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin uyum ölçütleri ve referans uygunluk değerleri (N=365) 54
Tablo 4-9: TÇAÖ' nin alt boyutlarına ait; DFA faktörler arası korelasyon katsayıları, AVE, CR ve α değerleri (N=365) 54
Tablo 4-10:Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin madde analizi sonuçları (N=365) 55
Tablo 4-11: Test tekrar test analizi (N=30) 57
Tablo 4-12: Takım çalışması algı ölçeğinin iki yarı test güvenilirlik analizi 58
Tablo 4-13: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N=621) 59

Tablo 4-14: Takım çalışması algıları ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (N=621) 60
Tablo 4-15: Hemşire–hemşire işbirliği ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (N:621) 61
Tablo 4-16: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile TÇAÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıklar (N=621) 64
Tablo 4-17: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile HHİÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıklar (N=621) 69
Tablo 4-18: Hemşirelerin takım çalışması algı düzeyleri ve alt boyutları ile hemşire-hemşire işbirliği ve alt boyutları arasındaki ilişki (N:621) 71
Tablo 4-19: Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerinde Etkili Olan Etmenler (N=621) 73
Tablo 5-1: TÇAÖ'nin Türk diline uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmasına ilişkin verilerin farklı versiyonları ile kıyaslanması 79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Salas'ın takım çalışması modeli - "Büyük beş arasındaki üst düzey ilişkinin grafik gösterimi ve araştırma önerilerini içeren koordinasyon mekanizmaları - Salas ve ark. (2005, p. 571)'dan"..... 9
Şekil 2-2: Hasta Güvenliği ve Performansı Arttıran Ekip Stratejileri ve Araçları (TeamSTEPPS) Modeli – (TeamSTEPPS® 2.0 Pocket Guide, 2013, p.4) ve King ve ark., 2008, p.11)' dan"..... 11
Şekil 2-3: Araştırmanın kavramsal çerçevesi ve modeli..... 20
Şekil 3-1: Araştırmanın ikinci aşamasına ait bağımlı ve bağımsız değişkenler..... 34
Şekil 4-1: Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analiz grafiği.... 52

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (Uyarlanmış uyum iyiliği indeksi)

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı**)**

Ave: Avarage Variance Extracted **(**Ortalama Açıklanan Varyans)

CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

CR: Bileşik Güvenirlik

Df: Degrees of Freedom (Serbestlik Derecesi)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

HHİÖ: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği

ICC/SKK: Intraclass Correlation Coefficient/ Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı

IFI: Incremental Fit İndex (Artan Uyum indeksleri)

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

KGİ/CVI: Kapsam Geçerlik İndeksi /Content Validity Index

KGO: Kapsam Geçerliği Oranı

KGÖ: Kapsam Geçerliği ölçütü

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin (Örneklem Yeterlilik Testi)

Max: Maksimum

Min: Minimum

NNFI-TLI: Non-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İyiliği İndeksi)-Tucker Lewis index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü**)**

PGFI: Parsomany Goondness of Fit Index (Basitlik Uyum İndeksi)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Ana Kütlede Yaklaşık Uyum)

SBAR: Sağlık hizmetlerinde kullanılan SBAR **S-Situation**: Durum, **B-Background**: Tıbbi Öykü, **A-Assesmention**: Değerlendirme, **R-Recommendation**: Öneri

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Kareler Ortalamasının Karekökü)

SS: Standart Sapma

T-TPQ: TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire

TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Performansı ve Hasta Güvenliğini Artırmak için Ekip Stratejileri ve Araçları)

TÇAÖ: Takım Çalışması Algıları Ölçeği

TDK: Türk Dil Kurumu

P: İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon

U.S.-DoD: Birleşik Devletler Savunma Bakanlığı (U.S. Department of Defense)

x^2: Ki-kare

x^2/sd (CMIN/DF): Ki-kare istatistiği

α: Cronbach's Alfa iç tutarlık katsayısı

ÖZET

ATEŞ, A.Y. (2022). Takım Çalışması Algıları Ölçeğinin Türk Diline Uyarlanması, Hemşirelerde Takım Çalışması Algılarının Mesleki İşbirliği ve İletişim İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Abd. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu çalışma AHRQ tarafından (2010) geliştirilmiş olan "Teamstepps Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ)" isimli ölçeğin hemşire örnekleminde Türk diline uyarlamasını yaparak, takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişim ile ilişkisini ölçmek amacıyla tanımlayıcı metodolojik tipte tasarlanmıştır. Bu amaç kapsamında Kişisel ve Mesleki Özellikler Formu, Takım Çalışması Algıları Ölçeği (T-TPQ) ve Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeğinden oluşan veri toplama araçları kullanılmıştır. Çalışmanın birinci aşamasının örneklemini İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir üniversite ve bir özel hastanede çalışan 365 hemşire, ikinci aşamasını ise İstanbul'da kamu, üniversite ve özel hastanelerinde çalışan 621 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri SPSS ve Amos IBM programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın ilk aşamasında dil geçerliliği sağlanan ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek için uygulanan AFA sonuçlarına göre ölçek orijinal yapılanmasına uygun ve beş faktörden oluşmaktadır (KMO değeri 0,96>0,05). Elde edilen yapının DFA ile model uyumu test edilmiş ve beş faktörlü ölçeğin iyi uyuma sahip olduğu verilerle doğrulanmıştır. Ayrıca, güvenilirlik analizi yapılan ölçeğin sonuçları oldukça iyi bulunmuştur. Çalışmanın ikinci aşamasında hemşirelerde TÇAÖ ($\bar{X}$=4,13±0,47) ve HHİÖ ($\bar{X}$=2,87±0,60) puan ortalamaları iyi düzeyde saptanmıştır. Hemşirelikte takım çalışması algılarının işbirliği ve iletişim üzerinde önemli düzeyde pozitif bir etkisi vardır. Küçük gruplar ile çalışılması, mesleki deneyim süresi, eğitim seviyesi, çalışılan birim ve görev yeri gibi bazı değişkenler hemşirelerde takım çalışması algılarını ve işbirliğini etkilemekte, farklılıklar oluşturmaktadır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda TÇAÖ geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak Türkiye'de yapılacak çalışmalarda kullanılmaya uygundur. Hemşirelerde takım çalışması algıları, karşılıklı destek ve iletişim algısı arttıkça işbirliği de olumlu düzeyde artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takım çalışması, Algı, Hemşirelik, İşbirliği, İletişim

ABSTRACT

Ateş Yerköy, A. (2022). Adaptation of Teamwork Perceptions Scale to Turkish Language, Relationship of Teamwork Perceptions of Nurses with Professional Collaboration and Communication. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Nursing Management. PhD Thesis. İstanbul.

In this study, the scale named "TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ)" developed by AHRQ (2010) was translated into Turkish language in the nurse sample and ıt was planned in a descriptive methodological type in order to measure the relationship of teamwork perceptions with professional collaboration and communication. For this purpose, data collection tools consisting of Personal and Professional Characteristics Form, Teamwork Perceptions Scale (T-TPQ) and Nurse-Nurse Collaboration Scale were used. The sample of the first stage of the study consisted of 365 nurses working in a university and a private hospital operating in Istanbul, and 621 nurses working in public, university and private hospitals in Istanbul in the second stage. Research data were analyzed using SPSS and Amos IBM program. According to the EFA results applied to test the construct validity of the scale whose language validity was provided in the first stage of the study, the scale is suitable for its original structure and consists of five factors (KMO value 0,96>0,05). The model fit of the obtained structure was tested with CFA and it was verified with the data that the five-factor scale had good fit. In addition, the results of the scale whose reliability analysis was performed were found to be quite good (Cronbach's alpha 0.96). In the second stage of the study, the mean scores of TR-TPQ ($\bar{X}$=4.13±0.47) and NNCS ($\bar{X}$=2.87±0.60) in nurses were found to be at a good level. Teamwork perceptions in nursing have a significant positive effect on collaboration and communication. Some variables such as working with small groups, professional experience period, education level, unit and place of work affect the perceptions of teamwork and collaboration in nurses and create differences. In line with the results obtained, TR-TPQ is suitable to be used in studies to be conducted in Turkey as a valid and reliable measurement tool. As the perceptions of teamwork, mutual support and communication increase in nurses, collaboration also increases at a positive level.

Keywords: Teamwork, Perception, Nursing, Collaboration, Communication

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz sağlık sistemleri birçok uzmanlığın biraraya gelmesi ile çalışan matrix bir yapıya sahiptir. Birçok uzmanlığın birarada çalışması profesyonelliği, verim gücünü ve kaliteli hizmeti arttırdığı gibi takım çalışmasını da olmazsa olmaz bir ihtiyaç kılmaktadır. Gestalt yaklaşımına göre amaçları ihtiyaçlar karşılamaktadır (Daş, 2006). Bu nedenle takımlar amaçlarına ulaşabilmek için ihtiyaçlarını karşılamak durumundadır. İhtiyaçlar ne kadar geç ve zor karşılanırsa organizma ile çevre arasındaki denge bir o kadar bozulmakta aynı şekilde kişi ihtiyaçlarını ne kadar kısa sürede karşılarsa o kadar rahat ve mutlu bir yaşantıya sahip olmaktadır. Gestalt kuramına göre ihtiyaçlar algı ile ortaya çıkmaktadır (Daş, 2006). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde belirli bir hedefe ulaşmak isteyen yöneticiler takım üyelerinin kişisel özelliklerini ve ihtiyaçlarını bilmeli ve bu ihtiyaçları da karşılayabilmelidir.

Hızla ilerleyen bilim ve teknolojiye rağman hemşireliğin varlık nedeni olan "bakım" ihtiyacı tüm dünyada elzem ve süreklidir. Gestalt kuramını baz aldığımızda hemşireliğe olan ihtiyacın karşılanması mutlu, sağlıklı ve huzurlu toplumların oluşmasına katkı sağlayacaktır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 2020 yılında yayınladığı verilere göre Türkiye'de her 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı 2,4 tür (OECD, 2020). Bugün bu sayı çoğu Avrupa ülkeleri ve Amerika verilerine göre çok çok geride kalmaktadır.

Kaliteli hasta bakımı ve güvenli sağlık hizmetinin kilit noktasını sağlık profesyonelleri arasında ki işbirliği oluşturmaktadır. Takım çalışması hasta güvenliği için temel bileşen olmasına rağmen sağlık hizmetlerinde herzaman etkin değildir. Hasta odaklı bakım ve tedavi sürecindeki takım çalışması eksikliği olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir. Institute of Medicine (IOM) 1999 ve 2000 yılında yayınladığı raporda takım çalışmasının önemini vurgulamış ve 2015 yılı raporunda ise tek başına çalışan mesleklerin hasta ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığını bu nedenle hemşirelerin liderlik ve yenilik konusunda becerilerini geliştirmelerini, sağlık hizmeti sunumunda diğer profesyoneller ile işbirliği yapmalarını tavsiye niteliğinde belirtmiştir (IOM, 1999; IOM, 2010; IOM, 2015).

Günümüz sağlık kuruluşlarında hemşirelik hizmetleri yetenek, kuşak, eğitim ve kültür yönünden farklı takım üyeleri ile birlikte hizmet vermektedir. Farklı kuşakların iş yaşamına, teknolojiye ve hayata uyum sağlamaları değişiklik gösterdiği gibi algıları da değişiklik göstermektedir (Kuşaklı, Ateş ve Çetin, 2019). Ülkemizde 2007 yılında güncellenen Hemşirelik Kanunu'na göre hemşirelik ünvanının lisans mezunları tarafından kullanılmasının hükme bağlanmasına karşın, aynı Kanun'un geçici maddesinde sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarının beş yıl süre ile açılmasına karar verilmiştir. Yine 2014 yılında çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile söz konusu liseler, hemşire yardımcısı unvanı ile mezun vermeyi sürdürmektedir. Ülkemizde mevcut durumda hemşirelik hizmetleri lisanslı hemşirelerle birlikte hemşire unvanını kullanan lise mezunu, önlisans mezunu ve aynı eğitim programından hemşire yardımcısı diploması ile mezunlar olmak üzere farklı statüde hemşireler tarafından verilmektedir. Diğer yandan klinik ortamda lisansüstü mezun hemşirelerin sayısı giderek artmaktadır. Bu çeşitlilik, hemşirelik hizmetlerinin sunumunda meslek içi takım çalışmasını, iletişimi ve işbirliğini gerekli kılmaktadır. Buna bağlı olarak da hemşire yöneticilerinin takım çalışmasına yönelik uygun ortam oluşturması önem arz etmektedir. İyi bir takım çalışması için; etkili iletişim becerileri ve işbirliği gerekmektedir (Resmi Gazete, 2007; Kourkoute ve Papathanasiou,2014; Resmi Gazete,2014).

Frederick Taylor'un bilimsel yönetim süreci hemşirelikte takım çalışması uygulamasının temelini oluşturmaktadır. Görevlerin en temel unsurlara indirgenmesi, açık politika ve prosedürlerin geliştirilmesi çalışma alanında verimliliğin arttırılması için en önemli yapı taşlarıdır (Goosen, 2015a). Sorumlulukların belirlenmesi ve uyumlu takım çalışması, farklı düzeydeki sağlık çalışanları arasındaki iletişimi iyileştirmekte, hasta kalış sürelerini azaltmakta, çalışan ve hasta mumnuniyetini arttırmaktadır (Epstein, 2014). Çoklu disiplin toplantıları, takımlar arasında uyum ikliminin iyileştirilmesi ve takım kültürünün oluşturulması için gerekli uygulamalardan sadece birtanesidir ve sağlık alanına yansıtılması gereken önemli bir konudur (Hartgerink, 2014).

Yeni sağlık sisteminde hemşireler azalmış basınç ülseri, hasta düşmelerinin önlenmesi, ağrının değerlendirilip kontrol altına alınması, katater ile ilgili enfeksiyonların azaltılması, kısa yatış süreleri, yüksek hasta memnuniyeti gibi

alanlardan sorumlu tutulmaktadır. Hemşireler sorumluluklarını yerine getirirken hasta sonuçlarını istenilen düzeye getirme, optimum bakım ve hasta güvenliğini sağlamada takım çalışmasına ihtiyaç duymaktadır. Hemşirelerin takım halinde çalışmasıyla bakım süreci daha kolay olacak ve verimli sonuçlar alınacaktır (Çıraklı, Çelik ve Beyli, 2015; Goosen, 2015a; Goosen, 2015b).

Bireylerin grup düzeyinde takım becerileri ve davranış algılarını ölçmek amacıyla Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) tarafından 2010 yılında Takım Çalışması Algıları Ölçeği (TÇAÖ) geliştirilmiştir. Beşli likert tipi ölçek; takım yapısı, liderlik, karşılıklı destek, iletişim, durum izleme olarak her biri ayrı ayrı da kullanılabilen beş boyut ve toplam otuz beş maddeden oluşmakta ve çeşitli sağlık bakım sistemlerinde sağlık profesyonelleri arasındaki takım yapısı ve dört temel yeterliliği (liderlik, durum izlemei, karşılıklı destek ve iletişim) değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek birim veya bölüme uygulandığında çıkan sonuca göre gerek hemşire yöneticilere gerekse diğer sağlık yöneticilerine; takım çalışmasına ilişkin algıları inceleme, takım çalışmasının seviyesini değerlendirme ve bulgulara göre iyileştirme yapma fırsatı vermektedir (Battles, 2010; Enzinger, 2017).

Bu araştırma AHRQ tarafından (2010) geliştirilmiş olan “TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ)” isimli ölçeğin Türk diline uyarlanarak, hemşirelerde takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişim ile ilişkisini ölçmek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik tipte planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Algı Kavramı ve Takım Çalışmasındaki Yeri

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre algı, bir şeye dikkati yönelterek o şeyin bilincine varmaktır (https://www.tdk.gov.tr/). Algıyı, "*Algı… daima bir tasarımdır*" diyen John Hartley'in sözünden yola çıkarak beş duyumuz vasıtasıyla çevremizdeki dünya hakkında bilgi edinme süreci olarak tanımlayabiliriz (O'brien, 2004). Koçel (2005) algıyı, duyu organlarından gelen verilerin (bilgi, uyarı) organize edilmesi ve onlara anlam verilmesi ile ilgili bir süreç olarak tanımlamıştır.

Gestalt ilkeleri, bilişsel süreçler içerisinde algı ve algısal örgütlenme konularına yoğunlaşan bir psikoloji teorisidir. Takım yaklaşımları temelinde "*grup dinamiği*" kavramını ortaya atan Kurt Lewin, gestalt psikolojisinden yararlanarak kişilerin tek ve takım halinde gösterdiği davranışlar üzerinde yoğunlaşmıştır (Koçel, 2005; Yılmaz, 2015).

Kişilerin sahip olduğu fiziksel ve kişilik özellikleri, ihtiyaçları, değer-yargıları, statü, hisleri, motivasyon düzeyleri, amaç-hedefleri, değişim ve yenilik olayları, içerisinde yetiştikleri kültürel ortam ve geçmişteki tecrübeleri algılamayı etkilemektedir. Dolayısıyla takım verim gücünü arttırmak isteyen bir yönetici, algılamaların davranışlar üzerindeki etkisini ve iletişim sürecini iyi bilmeli, bunu da kullanabilmelidir (Koçel, 2005).

Algı ve algılama, iletişim sürecinin önemli bir parçasıdır. Çünkü iletişimin amacı kişiyi belli bir davranışa sevketmek, belli bir işi yapmasını veya yapmamasını sağlamaktır. Psikolojik araştırmalara göre, bireyin çevresini tanıması ve iletişime geçmesi algı ile başlamakta ve bunun neticesinde davranış kalıpları oluşmaktadır. Algılama hem alıcı hem de gönderici için kişilerin kendilerine ulaşan mesajları değerleme tarzlarıdır. Kişiler duyu organları kanalı ile binlerce uyarı almakta, bu uyarıların bazılarını hiç dikkate almamakta, geri kalanını ise zihinlerinde sınıflayarak, daha önceki tecrübeleri ve bilgileri ile ilişkilendirip önem derecesine göre anlamlandırıp davranış olarak ortaya koymaktadır. Aynı uyarı kişiler arasında farklı şekillerde algılanabilmekte buna bağlı olarak da farklı davranışlar ortaya çıkabilmektedir. Örneğin takım içerisinde farklı algılamalar, algılamaların sapması ve algılama süreçlerinin bozulması ile çatışma sorunları yaşanabilmektedir (Koçel, 2005; Tunç ve Atılgan,

2017). Bu nedenle kurumsal algı yönetimi organizasyonlarda büyük önem arz etmekte olup bu konu üzerine gerekli çalışmalar yapılmalıdır (Bakan ve Kefe, 2012).

2.2. Hemşirelikte Algının Önemi, Kişisel ve Mesleki Özelliklerin Algı Üzerine Etkisi

Kaliteli ve güvenilir bir hemşirelik yaklaşımı; mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra hemşirelerin kişilik özelliklerine ve mesleki algılarına bağlıdır. (Özdemir, Temiz ve Akın, 2020; Tura ve ark., 2021). Wangdi ve Dorji'nin (2019) yaptığı çalışmada hemşire öğrencileri hemşirelik mesleğine ilişkin olumlu bir algıya sahipken, Tura ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada ise her on hemşireden yaklaşık altısı iyi bir algıya sahiptir. Hemşirelerin mesleğe yönelik algılarını geliştirmek için eğitim düzeyleri, aylık maaş skalaları, uygun olmayan iş ortamları, yönetim sorunu, iş yükü ve çalıştırılan hastane türü dikkate alınmalıdır (Tura ve ark., 2012; Mukhlif ve Saber, 2014).

Sağlık sisteminde hasta güvenliği için hemşirelerin takım halinde çalışması ve algılarının bilinmesi son derece önemli bir faktördür (Kakeman ve ark., 2020). Trevino ve ark.'nın (2017) yaptıkları çalışmada hasta güvenliğinin, hemşirelerin klinik karar verme sürecine bağlı olduğunu, bu klinik kararlarda hastalara yönelik risklerin doğru bir şekilde algılanması ve değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Terapötik iletişim becerilerinin etkisi, hemşire-hasta iletişiminin başarısı, hasta/hemşire oranı ve hemşirelerin kültürel değerleri hemşirelerin hemşirelik bakım algısını değiştirmektedir (Kol ve ark., 2017; Akansel ve ark., 2020; Zaheer ve ark., 2021). Köse ve Çelik'in (2020) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hemşirelik tanılarını algılama durumlarının orta düzeyde ve olumsuz olduğunu saptamışlardır.

Mesleki işbirliği için hemşireler birbirlerini doğru bir şekilde algılamalı ve nasıl algılandıklarını da bilmelidir (Ylitörmänen, Kvist & Turunen, 2019). Gad, Safen ve Gaballah (2021) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin takım çalışmasına yönelik algıları ile iş verim güçleri arasında pozitif yüksek düzeyde ilişki olduğunu, bu başarının altında yatan etmenlerin ise birimin hedeflerinin açık ve anlaşılır olması, çalışanların rol ve sorumluluklarını bilmesi, birim içerisinde zamanında karar almayı sağlayan bilgileri paylaşmaları ve kaynakları verimli bir şekilde kullanmaları olduğunu belirtmişlerdir.

Enzinger (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerde takım çalışması algılarının hemşire yardımcılarına göre daha yüksek olduğunu, bu algıların da gerekli eğitimler ile kapatılmasının hasta güvenliği açısından son derece önemli olduğunu vurgulamıştır.

2.3. Takım, Takım Çalışması ve İşbirliği Kavramları

Geniş ölçekte dinamizm ya da esnek işletmecilik gerektiren rekabet koşullarında, iş dünyasının gündemine giren matrix yapılanma ya da başka bir ifadeyle yatay yönetim anlayışı, yatay ilişkileri ve iletişimi gerektirmekte; yatay iletişim ise, farklı bilgi, deneyim, beceri ve bakış açısına sahip kişiler arasında karşılıklı bağlılık duygusu oluşturmakta böylelikle takım çalışmasının benimsenmesini de beraberinde getirmektedir (Baltaş, 2019).

Günlük konuşma dili ve çeşitli eğitim kuruluşlarında ingilizcedeki "team" kelimesine karşılık olarak takım, grup ya da ekip kavramı kullanılmaktadır. TDK sözlüğüne göre; takım kelimesi meslek, davranış, durum vb. yönlerden birbirine uyan kimselerin oluşturduğu topluluktur. Ekip ise fransızca kökenli bir kelime olup türkçe karşılığı takım anlamına gelmektedir (www.tdk.gov.tr, Baltaş, 2009).

Takım, ortak norm ve davranış ilkelerini paylaşan, aralarında çeşitli rol farklılaşması gerçekleştiren, bir amaç ve bu amacın başarısından karşılıklı olarak sorumlu tutulan, birbirlerini tamamlayan becerilere sahip olup karşılıklı olarak etkileşim ve iletişim içerisinde olan iki ya da daha fazla kişinin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan sosyal bir olgudur (Constructing Excellence, 2004; Koçel, 2005).

Algılamaya ağırlık veren tanıma göre; kişilerin kendilerini belirli bir gruba mensup olarak algılamaları ile takım oluşmaktadır (Koçel, 2005).

Takım üyelerinin amaçlarını gerçekleştirebilmek ve diğer yapı özelliklerini koruyabilmek için gösterecekleri rol ilişkileri durumu son derece önemli olup bunlar, algılanan rol, oynanan rol ve gerçekten gösterdiği davranış olarak üçe ayrılmaktadır. Her takım üyesi, kendisinden nasıl bir davranış beklendiği ve kendisinin hangi rolü oynaması gerektiği konusunda bir anlayışa ve bir algıya sahiptir. Bu üç tip rol ilişkisi arasında önemli farklılıklar yoksa takım üyeleri rol çatışmasına düşmemekte ve kendisinden beklenen rolü oynamaktadır. Bunun bir sonucu olarak da takımın verim gücü ve başarısı artmaktadır (Koçel, 2005).

Takım çalışması belirli bir amaç doğrultusunda deneyim, bilgi, beceri ve uzmanlıkları ile bir araya gelmiş insan gruplarının farklı bir kimlik geliştirip amaçlarına ulaşabilmek, kaliteli kararlar alabilmek, yaratıcılığı ve yeniliği geliştirmek için koordineli, karşılıklı olarak destekleyici ve işbirliği içerisinde çalışma sanatıdır (Constructing Excellence, 2004; Salas, Sims, & Burke, 2005). Başarılı takımlar; güven,

karşılıklı saygı, yardımseverlik ve dostluk üzerine kurulu bir takım ruhu ile karakterizedir ve takımların başarılı olabilmesi için etkili iletişim, işbirliği ve koordinasyon yapı taşlarının olması gerekmektedir (Constructing Excellence, 2004; Alghamdi ve Bach, 2018). Alghamdi ve Bach (2018) yaptıkları çalışmada takım çalışmasını benimseyen ve takım halinde çalışan kişilerin görevlerine daha bağlı, motivasyon düzeylerinin ise daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

İşbirliği (sinerji), bir organizasyon ve takımın temel bileşenlerinden biridir. Takımın yapısı, özellikleri ve ortaya koyduğu sonuçları arasında bir uygunluk söz konusu olursa "2+2=5" eşitliğini sağlayan bir etki ortaya çıkar. Bu da işbirliği olarak ifade edilir (Eren, 1997).

Aynı zamanda işbirliği, bir bütünün kendisini oluşturan parçalardan daha büyük olmasını ve parçalar arasındaki ilişkinin bir fazla değer yaratmasını ifade etmektedir. İşbirliği ile elde edilen sonuçlar, parçaların tek halde sunacakları sonuçların toplamından daha büyük olacaktır (Koçel, 2005).

2.4. Yönetici Açısından Takımın Önemi ve Takım Modelleri

Liderlik, ortak bir amaç etrafında toplanmış kişiler (takım) ile onların davranışlarını (motivasyon) belirleyen kişi arasındaki ilişkidir (Tosun, 1990).

Liderler İşbirliği ve takım çalışması açısından kilit noktada yer almaktadır. Bu nedenle insan tanımanın önemi çalışmanın akıcılığı için son derece önem arz etmektedir. Çünkü bir organizasyon iç ve dış çevre olmak üzere insan faktöründen oluşmaktadır. İnsanların davranışlarını tayin eden fikir ve hislerin bilinmesi, tanınması yönetim ve yönetici açısından son derece önemlidir. İnsan ilişkilerine psiko-sosyal yönden bakacak olursak,

- İnsan çeşitli biçimde teşvik ve tahrik olabilir.
- İnsan her daim rasyonel davranmaz.
- İnsanlar birbirlerine bağlıdır.
- Bir yönetici iyi bir insan ilişkileri uygulayıcısı olarak eğitilebilir.
- Çalışma fonksiyonlarında yer alan kişisel ve toplumsal etmenler çalışmayı daha karışık hale getirebilir.

- İş, çalışanları ve yöneticileri etkilediği gibi çalışanlar ve yöneticiler de işi etkiler.
- Bireyler amaçlarına işletme yönünden her zaman hevesli bakmazlar, güdülenmeye ihtiyaç duyarlar.
- İletişimde insan duygularının yeri büyüktür.
- Karar verme sürecine katılmak, moral ve işlevsellik için önemli bir yer teşkil eder.
- İşbirliği ve teknik kararlar için takım halinde çalışmak ve takım ruhu oluşturmak son derece önemlidir.
- Çalışanlar ve organizasyon arasında ayrılık değil çıkarlar söz konusudur, paylaşılmalıdır.
- İnsanlar daima hata yapmaya müsaittir. Bunun için çalışılan insanlar iyi tanınmalı ve gerektiğinde eksiklikler eğitim ile tamamlanmalıdır (Tosun, 1990).

Takımların yönetim olayı içerisinde ne kadar önemli bir rol oynadığı ilk defa Hawthorne Araştırmaları ile ortaya konmuştur. Daha sonra 1930'larda Kurt Lwein tarafından yapılan "Grup dinamiği" ile ilgili çalışmalar takım olayını daha açık hale getirmiş ve yöneticilerin etkinliğine önemli katkıda bulunmuştur (Koçel, 2005).

Verim gücünü arttırmak ve amaçlanan hedeflere ulaşabilmek için takım içerisindeki bireylerin işbirliği yapmaları ne kadar önemli ise lider ile takım üyeleri arasında ki işbirliği de bir o kadar önemlidir (Tosun, 1990).

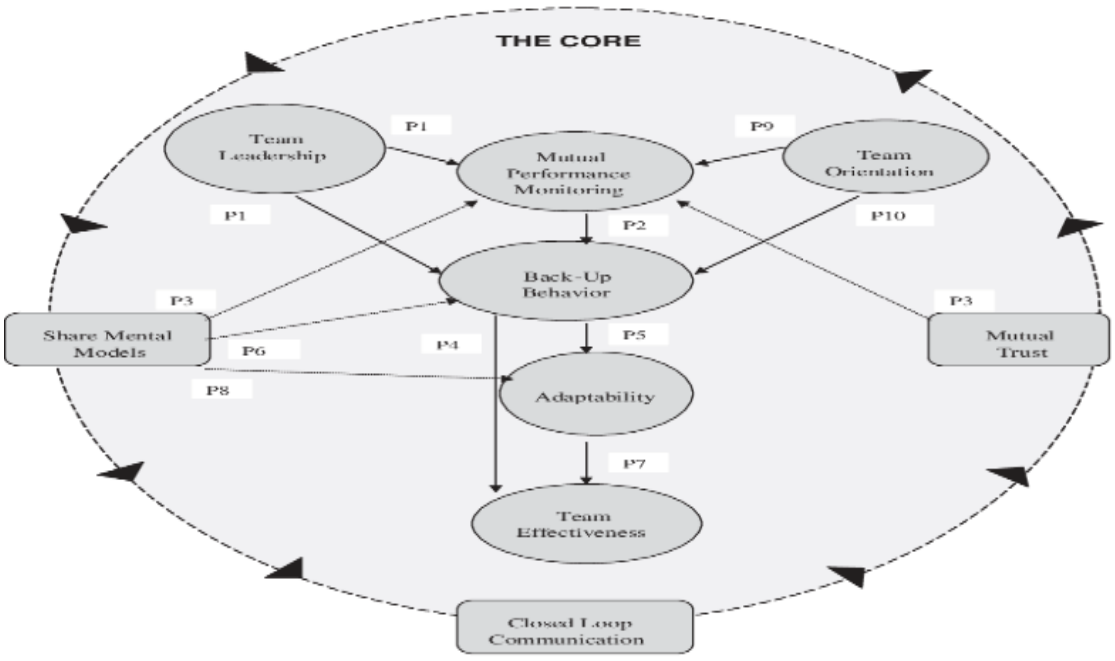
Yönetici için, organizasyonlarda kişisel davranışı anlamak kadar takım algı ve davranışını anlamak da bir o kadar önemlidir. İnsanların birey olarak gösterdikleri davranışları ile takım üyesi olarak ve takım içerisinde gösterdikleri davranışlar birbirlerinden farklı olabileceği için yönetici bu farklılıkların ve nedenlerinin farkında olmalı, davranış bilimleri konusunda kendisini yetiştirmelidir (Koçel, 2005).

Lider ile takım üyeleri arasında ilişkilerin iyi olabilmesi, etkin bir şekilde yönetilebilmesi için liderlerin işi isteyerek, inandırarak, ikna ederek yaptırması gerekir. Bunun için de liderlerde, adalet, güven, sistematik düşünme, yaratıcılık, ileri görüşlülük, insanları tanıma, kültürel farklılıkları anlama, farklı kültürler hakkında bilgi sahibi olma

ve ikna etme niteliklerinin olması gerekmektedir (Tosun, 1990; Alghamdi ve Bach, 2018).

2.4.1. Salas'ın Takım Çalışması Modeli

Salas'ın kavramsal çerçevesi, etkili takım çalışması için beş temel bileşeni tanımlamaktadır (Salas ve ark. 2005). Bunlar; takım liderliği, takım uyumu, karşılıklı verim gücünü izleme, destek davranışı ve değişimlere uyum yeteneğidir. Bu bileşenler, paylaşılan zihinsel model, kapalı iletişim döngüsü ve karşılıklı güven olmak üzere üç eşgüdüm yaklaşımıyla desteklenmektedir (Salas ve ark., 2005). Paylaşılan Zihinsel Modeller, ortak hedef ve anlaşmayı destekleyen bir çerçeve oluşturarak takımın hedefine ulaşmasını kolaylaştırmaktadır (Zaccaro ve ark., 2001). Yedekleme davranışı, sorumluluklar hakkında doğru bilgi ile diğer takım üyelerinin ihtiyaçlarını tahmin etme yeteneğidir (Salas ve ark., 2005). Bu beş bileşen arasındaki etkileşimin nasıl olduğu Şekil 2-1' de verilmektedir.



Şekil 2-1: Salas'ın takım çalışması modeli - "Büyük beş arasındaki üst düzey ilişkinin grafik gösterimi ve araştırma önerilerini içeren koordinasyon mekanizmaları - Salas ve ark. (2005, p. 571)'dan"

Team Leadership: **Takım Lideri;** Mutual Performance Monitoring**: Karşılıklı Verim Gücünü İzleme,** Back-up Behavior**:Destek Davranışı;** Adaptability: **Uyum;** Team Effectiveness**: Takım Etkinliği;** Team Orientation**: Takım Oryantasyonu;** Share Mental Models: **Zihinsel Model Paylaşımı;** Mutual Trust**: Karşılıklı Güven;** Closed Loop Communication: **Kapalı İletişim Döngüsü**

Salas'ın takım çalışması modeline göre;

P1: Takım liderleri, verim gücü beklentilerini belirler, izler aynı zamanda destek olma ve güçlendirme yeteneği ile takımın etkinliğini etkiler.

P2: Karşılıklı verim gücü izleme ve etkili destek davranışı takımın etkinliğini etkilemektedir.

P3: Paylaşılan zihinsel modeller yaklaşımının benimsendiği ve güven ortamına sahip takımlarda etkili bir şekilde karşılıklı verim gücü izleme durumu ortaya çıkmaktadır.

P4: Destek davranışı, takımın üstüne düşen görevleri tam anlamıyla yapmasını sağlayarak verim gücünü doğrudan etkiler.

P5: Destek davranışı ve iç-dış çevreden gelen değişikliklere uyum sağlama yeteneği takımın verim gücü üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

P6: Ortak hedef-amaçların belirlenmesi ve karşılıklı verim gücünün izlenmesi destekleme davranışını etkin kılmaktadır.

P7: Takımın verim gücü üzerinde uyum yeteneği doğrudan bir etkiye sahiptir.

P8: Yeterli paylaşılan zihinsel modellerin varlığı, karşılıklı performans izleme ve destek davranışı uyumun tam olmasına katkı sağlamaktadır.

P9: Takım oryantasyonu ve takım üyelerinin karşılıklı verim gücünü izleme istekliliği takımın etkinliğini etkilemektedir.

P10: Takım oryantasyonu ve destek davranışı (geri bildirim, yardım) verim gücünü etkilemektedir (Salas ve ark., 2005).

2.4.2. Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) ve Birleşik Devletler Savunma Bakanlığı (U.S. Department of Defense-DoD) Ortak Çalışması Sonucunda Meydana Gelen Hasta Güvenliği ve Performansı Arttıran Ekip Stratejileri ve Araçları (TeamSTEPS) Modeli

Tıp Enstitüsü'nün 1999 yılında ki *'İnsan hatadır'* raporundan sonra birçok kurum hasta güvenliği konusunda çalışmalara başlamış, 2006 yılında AHRQ ve U.S-DoD sağlık bakımında takım eğitimi için ulusal standartlar yayınlamış ve TeamSTEPPS projesini geliştirmişlerdir. Bu projenin amacı, hasta güvenliğini geliştirmek, takım çalışmasının önemini vurgulamak ve takım çalışmasını geliştirmeye yönelik programlar

oluşturmaktır (IOM, 1999; King ve ark., 2008; Battles ve King, 2010). Curtsinger (2018), Aaberg ve ark. (2021), Nguyen (2020), Mahmood, Mohammed ve Gilbert (2021) yaptıkları çalışmalarda TeamSTEPPS eğitim programının uygulandığı kliniklerde olumlu etkiler gözlemlemişlerdir. Eğitimin etkinliği için belirlenen sürede katılımın tam sağlanması önemlidir (Ahsan ve ark, 2021).

TeamSTEPPS, takım liderliği, karşılıklı performans izleme, destek davranışı, uyum ve takım oryantasyonu gibi etkili takım çalışmasının temel bileşenlerini içeren "Big Five" Salas modeline göre geliştirilmiştir (Salas ve ark., 2005; King ve ark., 2008; Hall-lord ve ark., 2020). Ortaya çıkan TeamSTEPPS; liderlik, durum izleme (karşılıklı performans izleme), karşılıklı destek (yedekleme davranışı) ve iletişim gibi eğitilebilir becerileri içermekte olup Şekil 2-2'de sunulmaktadır.



Şekil 2-2: Hasta Güvenliği ve Performansı Arttıran Ekip Stratejileri ve Araçları (TeamSTEPPS) Modeli – (TeamSTEPPS® 2.0 Pocket Guide, 2013, p.4) ve King ve ark., 2008, p.11)' dan"

Knowledge: Bilgi; **Performance**: Verim gücü; **Attitudes**: Tutumlar; **Skills**: Davranışlar; **Leadership**: Lider; **Communication**: İletişim; **Situation Monitoring**: Durum İzleme; **Mutual Support**: Karşılıklı Destek; **Patient Care Team**: Hasta Bakım Takımı

TeamSTEPPS'in beş temel ilkesi vardır. Bunlar takım yapısı ve dört öğretilebilir-öğrenilebilir beceri: iletişim, liderlik, durum izleme ve karşılıklı destektir. Bilgi, paylaşılan zihinsel modeli; tutumlar, karşılıklı güven ve takım oryantasyonunu; performans, uyum, kesinlik, verimlilik, yeterlik ve emniyeti kapsamaktadır (TeamSTEPPS® 2.0 Pocket Guide, 2013).

TeamSTEPPS tarafından tanımlanan bu kanıta dayalı çerçevenin bileşenleri, hasta güvenliğinin sağlanması, kalitenin iyileştirilmesi, etkili takım süreçlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve optimize edilebilmesi için temel olarak ele alınmaktadır. Bu bileşenler aşağıda Tablo 2-1’de ayrıntılı olarak sunulmaktadır

Tablo 2-1:"TeamSTEPPS anahtar bileşenleri" (Salas ve ark. (2005); King ve ark. (2008); TeamSTEPPS® 2.0 Pocket Guide (2013, p.5)'dan

TeamSTEPPS Takım Çalışması Bileşenleri	Tanım
Takım Yapısı	Takım üyelerini, birbirinden tecrübe, yaş, uzmanlık, statü, yetki, güç vb. özelliklerine göre farklılaştıran ve aynı zamanda birbirine bağlayan bir yapı vardır. Takım üyelerinin, bilgi, performans, beceri ve tutumlarını dikkate alarak, hasta güvenliğini sağlayan ve hataları azaltan etkili bir stratejidir. • Takım üyeleri rol ve sorumluluklarının farkındadır ve yaptıklarından sorumlu tutulurlar. • Hasta ve yakınları takımın bir parçasını oluşturmaktadır.
İletişim	Takım üyeleri arasında karşılıklı olarak yapılan, bilginin açıkça ifade edildiği yapılandırılmış bir süreçtir. • Kısa, net ve zamanında bilgi sağlar. • Mevcut tüm kaynaklardan bilgi edinilir. • İletilen bilginin doğruluğunu sınamak için geri bildirim yöntemi kullanılır.
Liderlik	Takım çalışması sistemini bir arada tutan, bir planın iletilmesini, gözden geçirilmesini ve güncellenmesini sağlayan, karşılıklı destek ortamının teşvik edilmesini, durumun sürekli izlenmesini, motivasyon düzeyini iletişim sayesinde kolaylaştıran takım önderidir. • Lider, takım üyeleri ile etkili bir iletişim kurarak, takımın hedeflerini ve vizyonunu tanımlar, takımın verim gücünü en üst düzeye çıkarmak için kaynakları verimli bir şekilde kullanır. • Takım içerisindeki iş yükünü dengeler, görevleri ve atamaları uygun bir şekilde devreder. • Bilgilendirme yapar ve uygun takım davranış biçimi oluşturur.
Karşılıklı Destek	Diğer takım üyelerinin gereksinimleri önceden tahmin edebilme, artan iş yükü ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olabilme, zor dönemlerinde dengeyi sağlamak için iş yükünü üyeler arasında kaydırabilme ve destekleme becerisidir. • Görevle ilgili yardım ve destek sağlar. • Takım üyelerine zamanında ve yapıcı geri bildirim kazandırır. • Girişkenliği kullanarak hastayı etkili bir şekilde savunur, • Çatışmalar çözüme kavuşturulur.
Durum İzleme	Takım ortamı hakkında ortak bir anlayış geliştirme, takımın işleyişini destekleme ve takım üyelerinin verim gücünü doğru bir şekilde izlemek için uygun görev stratejilerini uygulama ve değerlendirme becerisidir. • Hastaların durumlarında oluşabilecek normalden sapmaların farkedilebilmesi için hastalar izlenir. • Hasta güvenliğini sağlamak için diğer takım üyeleri izlenir. • Kaynakların güvenliği ve kullanılabilirliği için ortam izlenir. • Hasta bakımı ile ilgili değişikliklerde bakım planı yeniden değerlendirilir. Paylaşılan zihinsel modeli sağlamak için iletişim kullanılır.

2.5. Hemşirelikte Takım Çalışması ve Önemi

Kaliteli hasta bakımını sağlamak, verimli sonuçlar alabilmek için mutlaka gerekli yetkinliklere sahip, optimal düzeyde profesyonel sağlık çalışanlarına sahip olunması gerekmektedir (Koç, 2017).

Hastane ve sağlık kuruluşlarının yönetiminde, hemşirelik hizmetleri sahip olduğu insan gücü sayısı, rol ve sorumlulukları anlamında önemli bir yere sahiptir. (Ateş ve Okur, 2020).

Hemşireler, hasta bakım hedeflerine ulaşmak, iyileştirilmiş sonuçlar almak, hasta güvenliğini sağlamak ve değişim yaratabilmek için uyumlu ve işlevsel şekilde birlikte çalışmalıdır (Goosen, 2015a; Enzinger, 2017).

Hemşirelikte takım çalışması, takım hemşireliği yönteminin kullanıldığı farklı nitelik ve özellikte hemşirlerin kıdemli bir birim yöneticisi tarafından yönetildiği ve bütüncül bir bakış açısının hakim olduğu bir süreçtir (Goosen, 2015a).

Frederick Taylor'un bilimsel yönetim yaklaşımı hemşirelikte mevcut takım çalışmasına öncülük etmektedir. Çalışma alanında verimliliğin arttırılması için görevlerin en temel unsurlara indirgenmesi, açık politika ve prosedürlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Sorumluluk, güç ve otorite belli olmalı ve yönetim içinde bölümlere ayrılmalıdır. Her hemşire aynı şekilde çalışmakta, görev her daim gerçekleştirilmektedir. Bu makine benzeri bir bakış açısıdır fakat vardiya liderleri veya yöneticileri genellikle takımları bu şekilde yönetmektedir (Goosen, 2015a).

Hemşireler arasında takım çalışması eksikliği, birimin işleyişini ve bakımın kalitesini etkilemektedir. Takım büyüklüğü ve içerisindeki farklılıklar, iş gücünün ve görevlendirmelerin belirsizliği, ortak bir hedef ve amacın olmaması, uygunsuz çalışma ortamı birim işleyişinin yüksek seviyelere ulaşmasını zorlaştırmaktadır (Kalisch ve Begeny 2005).

Çalışanlar ile hasta ve kalite çıktılarının paylaşılması kuruma aidiyat duygusunu arttıracaktır. Aynı zamanda kurum içerisinde kurulan komitelerde herbir çalışana yer verilmesi ile disiplinler arası ve mesleki işbirliği oluşumu sağlanacak böylelikle verimli ve kaliteli sonuçlar ortaya çıkacaktır (Koç, 2017).

2.6. Hemşirelikte İşbirliği ve Önemi

Hemşirelik mesleği ve eğitimi meslekler arası işbirliğini gerekli kılmakta ve desteklemektedir (Pressler ve Kenner, 2012). Yönetimde güç çok önemlidir ve hemşireler güçlerini arttırabilmek için yapıcı ilişkileri arttırmalı ve işbirliğini desteklemelidir (Karaöz, 2004).

Kurumlar başarı elde edebilmek için işbirliği yapmalıdır. İşbirliğinin sağlanabilmesi ve verimli olabilmesi için; şu şartların yerine getirilmesi gerekmektedir;

a. İşbirliğinin kişiliğe bağlı (subjektif) koşulları

- İşbirliği etme isteği
- İşbirliği etme yeteneği

b. İşbirliğinin kişilik dışında kalan (objektif) koşulları

- İşbirliği etmenin maddesel koşul ve olanakları
- İşbirliği etmenin yönetsel koşul ve olanakları (Tosun, 1990).

Ma ve Stimpfel (2018) fazla mesai yapan hemşirelerin birim düzeyinde daha düşük işbirliği gösterdiğini ortaya koymuşlardır

IOM sağlık profesyonellerinin bakım kalitesini geliştirebilmeleri için güven duygusunu arttırmalarını, saygılı iletişim ve iyi iş ilişkileri kurmalarını önermektedir (IOM, 2004).

Hemşirelikte işbirliğinin yararları ise şöyledir;

- Hasta bakım kalitesini arttırır.
- Karar verme yeteneğinin gelişmesini sağlar.
- Multidisipliner çalışma grubu memnuniyetinin artmasına destek olur.
- Bireysel verim gücünün gelişmesine katkıda bulunur,
- Devamsızlık ve geç kalma oranında azalma sağlar,
- Koordinasyon, ortak sorumluluk, yenilik gibi profesyonel bileşenlerin gelişimine ışık tutar.
- Hastaların sağaltımlarında önemli rol oynarken hastane yatış sürelerinde azalma sağlar (El Sayed and Sleem, 2011).

Hemşireler arasındaki işbirliği, hemşirelik yeteneğinin bir göstergesi, hemşirelik uygulamalarının bir standardı ve mesleki bir yükümlülük olarak tanımlanmaktadır (Meretoja, Eriksson, Leino-Kilp, 2002; Apker ve ark., 2006; Dougherty ve Larson, 2010). Hemşireler, işbirliği kavramı konusunda güçlü bir anlayışa sahip olmalı ve bu anlayışı klinik ortama yansıtabilmelidir (Ibraheem, Eid ve Rashad, 2020).

Koçak (2019) ve Hatip (2017)'in yaptıkları çalışmalar sonucunda hemşirelerin işbirliği algıları ile iş doyumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Esenkaya (2021) ve Turaç (2020) yaptıkları çalışmada hemşirelerin işbirliği düzeylerinin hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu, House ve Havers (2017)'in yaptığı çalışmada ise; hekimlerin hemşirelere kıyasla daha yüksek işbirliği puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin hekimler ile işbirliği düzeyi arttıkça tıbbi hata yapma eğilimleri düşmektedir (Esenkaya, 2021). Çınar ve ark., (2018) etkili bir senaryo ve yüksek gerçekli bir simülasyon eğitimi ile hemşirelik ve tıp öğrencilerinin takım işbirliği, problem çözme becerileri ve otonomi düzeylerinin arttırabileceği sonucuna ulaşmış ve bunun için gerekli önerilerde bulunmuşlardır. Hemşire ve doktor arasında iyi bir işbirliği için iş yerinde nezaket iklimi oluşturulmalı bunun için de politika ve prosedürler desteklenmelidir (Hossny ve Sabra, 2021).

Lemetti ve ark. (2019)'nın hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilmekte olan yaşlı hastalar ile yaptıkları nitel bir çalışmaya göre; hastalar işbirliği yapan takımın bir parçası olmak ve motive edilmiş, sağlık durumları hakkında net bir anlayışa sahip hemşireler tarafından bakılmak istemektedir.

Üstün (2020) çalışmasında hemşirelerin işbirliği ile örgütsel bağlılıkları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Literatürden de anlaşılacağı üzere meslekler ve disiplinler arası işbirliği takımların çabası ile oluşmakta, mevcut ve gerekli bileşenlerin tanınması işbirliği için zemin oluşturmaktadır (Pressler ve Kenner, 2012).

2.7. Takım Çalışması Algıları ve İşbirliği İlişkisi

Birey tek başına, biyolojik, psikolojik, bedensel ve ruhsal noksanlara, daha doğrusu zayıflıklara sahiptir. Bu yüzden gereksindiği, arzuladığı yaşama ve mutluluk düzeyine kendi başına ulaşamaz. Bunun için başka bireylerin işbirliğinden yararlanmalı ve işbölümü yapmalıdır. Bu bir araya geliş sonucunda bir takım ve takımı oluşturan bireyler arasında yapı oluşmaktadır (Tosun, 1990).

Yapı sayesinde takım üyeleri belirli özelliklere (tecrübe, yaşadığı ve doğduğu kültürel ortam, eğitim, uzmanlık, yaş, statü, yetki, güç vb.) göre farklılaşmakta aynı zamanda da birbirlerine bağlanmaktadır. Takım üyeleri arasında oluşan yapı ile kişiler birbirlerini farklı bir şekilde algılamakta ve davranış modeli sergilemektedir (Koçel, 2005).

Başarılı takım çalışmasının ve hedeflerinin gerçekleşebilmesi için, karşılıklı çıkarlara hizmet edecek biçimde işbirliği yapmak, karşılıklı ilişkilerden doyum ve haz sağlamak gereklidir (Tosun, 1990). Sağlık hizmetlerinin güvenliği ve kalitesi sağlık profesyonellerinin çabalarına ve işbirliğine dayanmaktadır (Xiao, Parker ve Manser, 2013). İşbirliği, takım çalışmasının önemli bir bileşenidir fakat çatışmalar işbirliğinin önünde bir engel teşkil etmektedir (Souza, 2016).

Hemşirelikte takım çalışması kavramı, profesyoneller arası bir çalışma, takımı oluşturan gruplardan birinin baskın olması, mesleki izolasyonun olmaması ve hemşirenin sağlık hizmetini diğer alanlarda birleştirebilme özelliğinin olması olarak algılanmaktadır (Souza, 2016).

Chang ve ark., (2009) hemşirelerin, doktorlar veya diğer sağlık profesyonellerine göre daha az takım çalışması algıladıklarını, bunun altında yatan nedenin ise hemşirelerin karar verme süreçlerinde daha az yer almasından kaynaklanması olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hemşire ve hekimlerin işbirliği, takım çalışması ve bakım kalitesi konusunda farklı algı, yetki ve rol beklentileri vardır,

Muhammed ve Abed (2016)'in yaptıkları çalışmada hemşire çalışma ortamlarında hemşireler arasında yüksek takım çalışması algısı olduğunu fakat bunlarında yaklaşık üçte biri oranında kaçırılmış hemşirelik bakımının mevcut olduğunu bildirmişlerdir.

Sağlık takımlarının karşılaştığı en yaygın beş zorluk, hesap verebilirlik, çatışma yönetimi, karar verme, ilerlemeyi yansıtma ve koçluk ile ilgili konulardır (Zajac ve ark., 2021).

2.8. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Yönetim bir işbirliği, bir takım çalışması ve karşılıklı etkilenme sürecidir. Çağdaş işletme ve kuruluşlarının yönetiminde sermaye vb. maddesel üretim etmenlerinden çok insan öğesi ve insancıl (beşeri) ilişkiler ön planda gelmektedir (Tosun, 1990).

Bir işletme insansız düşünülemez. İnsanların organisazyon çerçevesinde birey ve takım olarak nasıl davrandığı yönetim, psikoloji, sosyoloji bilimleri için son derece önemli bir konudur. İnsan faktörü Yönetim Biliminin ve Neo-Klasik Yaklaşımının (Bilişsel-Davranışsal Yaklaşım) temelini oluşturmaktadır. Neo-klasik yaklaşım bir organizasyon yapısının etkinliğini belirleyen en önemli unsurun insan olduğu konusu üzerinde durmuştur (Koçel, 2005).

Problemlerin çözülmesindeki asıl zorluk insan tabiatındaki belirsizlik, karışıklık, bu konular hakkındaki bilgisizlikten ileri gelmektedir. İnsan hem hemcinsleriyle birebir yaşamak, çalışmak, işbirliği yapmak isterken bir yandan da ihmal, kayıtsızlık ve ileriyi görememezlik içerisinde bulunmaktadır (Tosun, 1990).

Algı, kişilerin çevreleri ile ilgili bilgiyi (uyarıyı) duyma, organize etme, anlama ve değerleme sürecidir (Koçel, 2005). Algı, duyu uyarıcılarının, duyu alıcılarına ulaşmasıyla başlayan ve algılanan duyunun tanınmasına, farkına varılmasına, kavranmasına, idrak edilmesine ve tanımlanmasına kadar geçen fiziksel, nörolojik ve bilişsel süreçlerin tamamıdır. Algı; anlama, yorumlama ve harekete geçme gibi bilişsel zihinsel süreçlerin başlangıcı sayılabilmektedir (Tunç ve Atılgan, 2017).

Rol, genel olarak bireyin pozisyonu itibari ile sahip olduğu hakları, yetkileri, sorumlulukları ve otoritesidir. Her organizasyon üyesi verim gücü gösterebilmek için uygun bir rol anlayışına sahip olmak zorundadır aksi halde rol çatışmaları ortaya çıkacaktır (Gökçe ve Şahin, 2003; Koçel, 2005). Sağlık mesleklerinin sistem içerisinde oynayacakları rolleri sağlık politikaları biçimlendirmektedir (Yıldırım, 2016).

Rol İlişkileri kapsamında, takımlar amaçlarına ulaşabilmek ve özelliklerini koruyabilmek için üyelerinin yapacakları işleri ve görecekleri rolleri farklılaştırırlar. Rol beklenen, algılanan ve oynanan rol olmak üzere üçe ayrılır. Bu üç tür rol arasında önemli farklılıklar yoksa rol çatışması yaşanmaz ve takım üyeleri kendilerinden

beklenen rolü oynar. Rol belirsizliklerinin olması çatışmalara, yanlış anlaşılmalara, verim gücü ve başarının düşmesine yol açacaktır (Koçel, 2005).

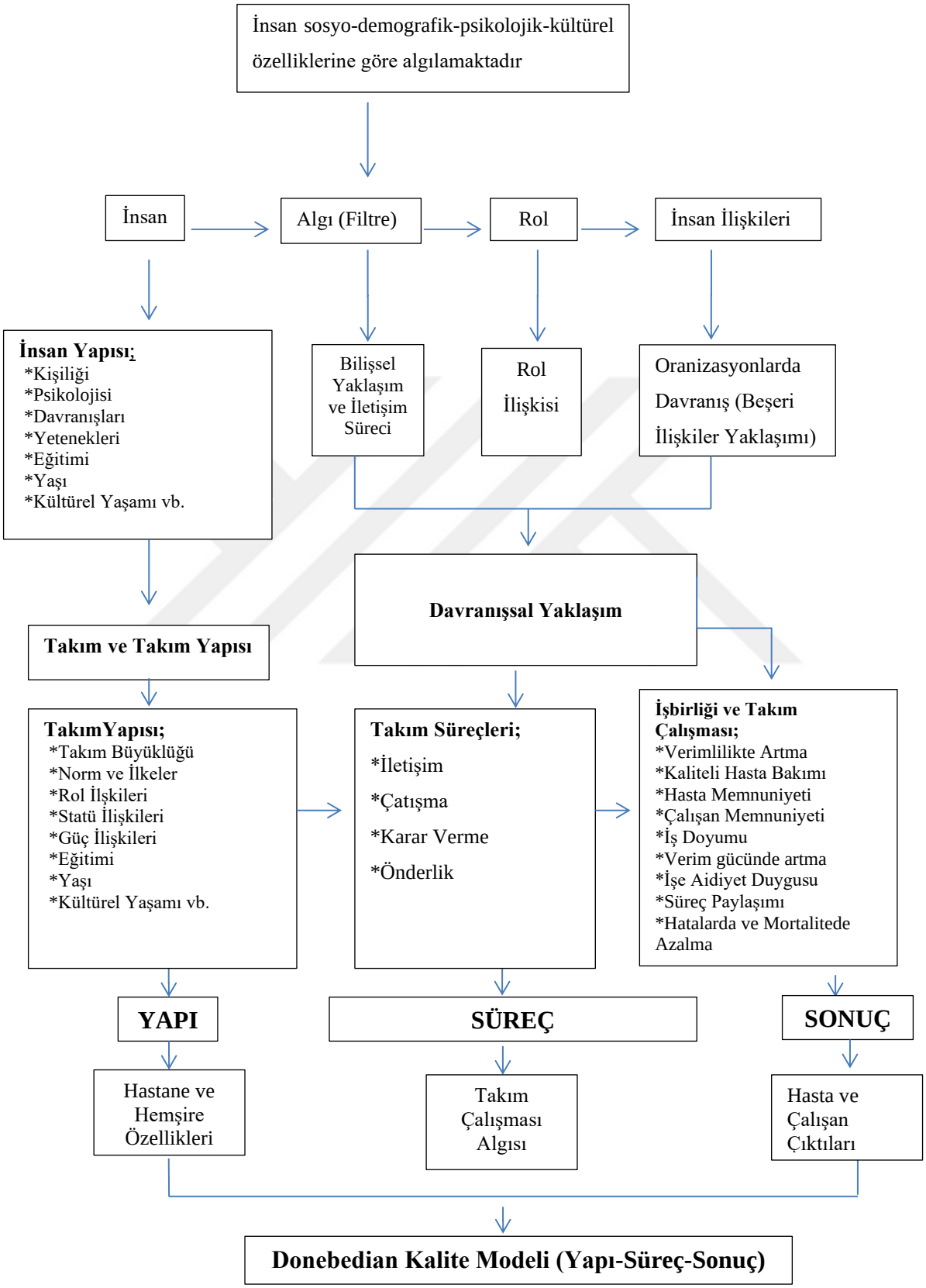
Davranışsal Yaklaşım; ana fikri bir organizasyon yapısı içerisinde çalışan insan unsurunu anlamak, yeteneklerinden azami ölçüde yararlanabilmek, yapı ve insan davranışları arasındaki ilişkileri incelemek, takımların özelliklerini tanımaktır. Davranışsal yaklaşımın ele aldığı başlıca konular; insan davranışı, kişilerarası (beşeri) ilişkiler, takımların oluşması, takım üyelerinin davranışları, algıları, tutumları, iletişim ve motivasyondur (Koçel,2005).

İnsan davranışları; insanın sahip olduğu genetik özelliklerine, çocukluk ve yetişme dönemine, yaşadığı ortama, aile yapısına, değer, yargı ve görüşlerine göre şekillenmektedir (Koçel,2005).

Sağlık hizmetleri multidisipliner bir çalışmayı gerekli kılan matrix bir yapıya sahiptir. İnsan yaşamı ile doğrudan ilgili olan sağlık hizmeti, disiplin içi ve disiplinler arası etkili takım çalışmasını gerekli kılmaktadır (Yıldırım, 2016).

İşbirliği kapsamında hizmetin üretiminden sorumlu, farklı bilgi ve beceriye sahip disiplinler, sağlığı geliştirmek ve hasta bireyin sağlığını tekrar kazanması gibi ortak bir amaç doğrultusunda işbirliği yapmalı ve uzmanlıklarını birbirleri ile paylaşmalıdır (Yıldırım, 2016).

Sağlık bakım kalitesi kuramını, Donabedian (yapı-süreç-sonuç modeli) üç kategoride ele almaktadır: “yapı”, “süreç” ve “sonuçlar”. Yapı ile süreç, süreç ile sonuç birbiriyle ilişkilidir. Birbirini takip eden bu aşamalar kaliteli hizmetin oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Bu üçlemeden: Yapı; hastanenin fiziki ve beşeri koşullarını (makine- teçhizat, araç- gereç, çalışan sayısı, uzmanlık alanları, hastane mimari yapısı vb.). Süreç; sağlık hizmeti sunum faaliyetleri, hastane işleyişi, prosedürler, değerler, standartlar, tedavi aşamalarını belirtmektedir. Sonuç; verilen hizmetin kalitesi, sağlık sunucularının başarısı, hasta ve yakınlarının aldığı tedavi bakım hizmetlerinin başarısı ile hastaya faydasını ifade etmektedir (Donabedian,1966, 1988, 2005). Araştırmanın kavramsal çerçevesi Şekil 2-3’de sunulmaktadır.



Şekil 2-3: Araştırmanın kavramsal çerçevesi ve modeli

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesini şekil 2-3'de de görüldüğü gibi "Bilişsel ve Davranışsal Yaklaşım Modeli" ve "Donabedian'ın Sağlık Bakım Kalitesi Kuramı (Yapı-Süreç-Sonuç Modeli)" oluşturmakta ve şu şekilde anlatılmaktadır: insan diğer bilimlerin olduğu gibi yönetim biliminin de temel ve en önemli unsurudur. İnsan, kişiliği, psikolojisi, davranışları, yetenekleri, eğitimi, yaşı, kültürel ortamı gibi özellikleri içerisinde barındıran bir yapıdan oluşmaktadır

İnsanlar iletişim kurarken algılarını kullanırlar ve algı bir nevi filtreleme yöntemidir. Kısacası iletişim, kişilerarası ilişkiler, takım çalışması algı ile şekillenir diyebiliriz. Algı insanların yaşı, statüsü, güç, sosyo demografik yapısı, kültürel ortamı ve yaşamı gibi konulardan etkilenmektedir. Algı ile insanlar takım içerisinde çeşitli rollere bürünür. Burada amaç kişilerin kendilerinden beklenen rollere uyum göstermesini sağlamaktır. Beklenen rol ile algılanan rol ortak paydada buluşursa insanlar arasında olumlu ilişkiler yaşanır, işbirliği kuruluır ve ahenkli bir takım çalışması oluşur.

Takımlar, büyüklük, norm, ilkeler, güç, statü, eğitim, yaş, kültürel yaşam gibi birtakım özellikleri barındıran bir yapıya sahiptir. Bu yapı takım üyelerinin birbirlerini algılamalarını, davranışlarını, ilişkilerini etkilemekte ve takım içerisinde iletişim, çatışma, önderlik, karar verme gibi süreçlerin yaşanmasına neden olmaktadır.

Takımların beraber işbirliği ve uyum içerisinde çalışması sonucunda verimlilikte artma, kaliteli hasta bakımı, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti, iş doyumu, verim gücü, işe aidiyet duygusu, süreç paylaşımında artma, hatalarda ve mortalitede azalma görüleceği düşünülmektedir. Çalışmamız bu düşünceyi desteklemekte olup; takım çalışması algısı arttıkça hemşireler arasında işbirliği, profesyonellik, süreç paylaşımı, liderlik, karşılıklı destek ve iletişim artmaktadır.

En son Donabedian'ın sağlık bakım kalitesi kuramına (yapı-süreç-sonuç modeli) göre, hastane, takımın büyüklüğü ve hemşirelerin özellikleri (yapı değişkenleri) takım çalışması algısına (süreç değişkeni) yol açmakta ve sonuç olarak bu durum hemşire işbirliğine, süreç paylaşımına, profesyonelliğe, koordineli çalışmaya ve olumlu iletişime etki etmektedir. Modelde "Yapı" değişkeni olarak yer alan çalışma ortamı (hastane) ile hemşire özellikleri araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel ve mesleki bilgi formu, "Süreç" değişkeni olarak yer alan takım çalışması algıları "Takım Çalışması Algıları Ölçeği (TÇAÖ)", "Sonuç" değişkeni olarak yer alan işbirliği "Hemşire-hemşire İşbirliği Ölçeği (HHİÖ)" ile ölçülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiş olup ölçek uyarlama ve uygulama aşaması için ayrı ayrı örneklem grubu kullanılmıştır. Araştırmanın ölçek uyarlama ve ilişki arama aşamasının örneklem grubunu hemşireler oluşturmuştur. Bu bölümde, Takım Çalışması Algıları Ölçeği'nin (TÇAÖ) uyarlama sürecine ve hemşirelerde takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişim ile olan ilişkinin incelenmesine yönelik kullanılan gereç ve yöntemler hakkında bilgilere yer verilmiştir. Bu doğrultuda; araştırmanın amacı ve tasarımı, araştırmanın soruları, evren ve örneklem, veri toplama araçları, veri analizleri ve araştırmanın etik yönü ve sınırlılıkları açıklanmıştır.

3.1. Birinci Aşama

3.1.1. Araştırmanın Amacı, Tasarımı ve Değişkenleri

Araştırmanın bu aşaması; TÇAÖ (T-TPQ)'nin hemşire örnekleminde Türk diline uyarlamasını yapmak ve psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla metodolojik olarak tasarlanmıştır.

3.1.2. Araştırma Soruları

Araştırmanın genel amacı doğrultusunda aşağıdaki soruya yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı nasıldır?

2. Hemşirelerde takım çalışması algıları ölçeği geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?

3.1.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Zaman

Araştırma verileri; İstanbul'da yer alan bir üniversite ve bir özel olmak üzere iki farklı hastane grubundan Kasım-Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu aşamanın çalışma evrenini; araştırma izni alınan İstanbul İli Avrupa yakasında bulunan bir üniversite ve bir özel hastanede çalışan tüm hemşireler (N=1270) oluşturmuştur. Takım çalışması algılarına yönelik ölçek uyarlama olduğundan, araştırma kapsamına alınan katılımcıların takım halinde çalışması ve takım çalışmasının

yoğun olduğu kliniklerden seçilmesi hedeflenmiştir Literatüre göre ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında kullanılacak olan örneklem sayısının belirlenmesinde, ölçek madde sayısının 5-10 katı sayıda birey seçilebilmektedir (Erdoğan, Nahcivan ve Esin, 2017; Behlıng ve Law, 2019). Ölçek 35 maddeden oluştuğu için en az 175-350 arasında hemşireye ulaşılması planlanmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllü olan toplam 400 hemşireye anket formu dağıtılmış sonrasında toplam 380 anket formu toplanmıştır. Anket formlarının 15 tanesi eksik ya da hatalı doldurma nedeniyle çalışma kapsamına alınamadığı için 365 hemşireden elde edilen veri üzerinden TÇAÖ'nin Türk diline uyarlama çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik–güvenirlik analizlerine, pilot çalışma için ulaşılan 30 kişi ve test-tekrar test analizinde ulaşılan 30 kişi dahil edilmemiştir (N=365)

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Takım çalışmasının yoğun olduğu kliniklerde hemşire olarak çalışmak,
- Araştırmaya katılımda gönüllü olma esası dikkate alınmıştır.

3.1.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmanın bu aşamasında; veriler 11 sorudan oluşan kişisel, mesleki özellikler formu ve TÇAÖ'nin Türk diline uyarlanmış versiyonu ile toplanmıştır.

- **Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu**

Bu veri toplama aracı; araştırmanın amacı ve literatür (Enzinger 2017; Hwang ve Ahn 2015; Yılmaz ve Yıldırım 2018; Goosen 2015a) dikkate alınarak belirlenmiş olup, cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu gibi kişisel özellikler ve meslekte çalışma yılı, çalıştığı birimde toplam çalışma yılı, görevi, çalıştığı birim, beraber çalıştığı hemşire sayısı, beraber çalıştığı farklı disiplin sayısı olmak üzere mesleki özellikleri belirlemeye yönelik toplam 11 soruyu kapsamaktadır.

- **Takım Çalışması Algıları Ölçeği (The TeamSTEPPS® Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ))**

AHRQ ve U.S.-DoD 2006 yılında sağlık bakımında takım eğitimi için ulusal standartlar yayınlamıştır. Hasta güvenliği ve verim gücünü arttıran takım stratejileri ve araçları (TeamSTEPPS) uzun araştırmalar sonucunda geliştirilmiş bir projedir. Bu projede amaç hasta güvenliğini arttırmak, takım çalışmasının önemini vurgulamak,

takım çalışmasının eksikliklerini belirleyerek gelişime katkı sağlamaktır (Battles, 2010). TÇAÖ bireylerin grup düzeyinde takım becerilerini ve davranış algılarını ölçmek amacıyla 2010 yılında geliştirilmiştir (Battles, 2010; Goosen, 2015a) ve takımın işbirliği seviyesini yansıtmaktadır (Goebel, Guo ve Wood, 2016).

Mevcut ölçeğin birçok ülkede uyarlaması mevcut olup, ülkemizde TÇAÖ'nin sağlık profesyonelleri örnekleminde geçerlilik güvenilirliği Yılmaz (2020) tarafından yapılmış ve DFA sonucunda modifikasyon yapılan ölçeğin 6 maddesi çıkartılmıştır. Ölçeğin farklı dillerde çevirisinin ve Yılmaz (2020)'ın çalışması tablo halinde aşağıda sunulmaktadır (Tablo 3-1).

Tablo 3-1: TÇAÖ'nin farklı dillerde ve ülkemizde geçerlilik-güvenirlilik çalışmasına ilişkin Cronbach alfa puanları ile uyum ölçütleri

Çalışma	Versiyon	N	TÇAÖ (T-TPQ) α	Takım Yapısı α	Liderlik α	Durum İzleme α	Karşılıklı Destek α	İletişim α	x^2/df	RMSA	CFI	TLI	Madde
Yılmaz (2020)	Tükçe	238	0,94	0,89	0,95	0,85	0,84	0,92	2,05	0,067	0,926	0,917	29
Battles ve King, 2010 (AHQR, Orijinal Ölçek T-TPQ)	Amerika	169	-	0,89	0,95	0,91	0,90	0,88	-	-	-	-	35
Keebler ve ark., 2014	Amerika	1700	0,98	0,92	0,96	0,94	0,92	0,93	6,59	0,94	0,94	0,057	35
Hall-Lord ve ark. 2020	İsveç	450	0,94	0,85	0,92	0,87	0,85	0,79	2,25	0,055	0,909	0,901	35
Ballangrud, Hesebo ve Hall-Lord, 2017	Norveç	244	0,82	0,78	0,84	0,82	0,84	0,80	1,77	0,056	0,888	0,878	35
Unoki ve ark. 2020	Japonya	443	0,95	0,85	0,92	0,90	0,86	0,82	2,81	0,062	0,895	0,886	35
Qu J ve ark. 2020	Çin	664	0,92	0,80	0,83	0,82	0,72	0,65	3,30	0,059	0,837	-	35
Kakeman ve ark. 2021	İran	404	0,96	0,85	0,92	0,87	0,84	0,89	2,42	0,059	0,904	0,897	35
Lakatomitou ve ark., 2020	Yunan	292	0,95	0,85	0,93	0,85	0,81	0,85	2,05	0,060	0,994	0,994	35
Diep ve ark., 2021	Fransa	235	-	0,78	0,90	0,79	0,76	0,76	1,42	0,050	0,912	0,903	32

Battles ve King (2010) TÇAÖ kullanım kılavuzunda;

- Ölçek takım çalışmasının temel bileşenlerine (takım yapısı, liderlik, durum izleme, karşılıklı destek ve iletişim) yönelik algıları değerlendirmek, kurumun saha değerlendirmesini yapmak, eğitim ihtiyacı ve etkinliğini belirlemek için kullanılabilmektedir.
- TÇAÖ tek başına veya diğer ölçüm araçları ile beraber kullanılabilmektedir.
- Maddelerin değiştirilmemesi gerekmektedir, aksi halde ölçme aracının geçerlilik ve güvenirliliği etkilenebilecektir.
- Ölçek kuruluş çapında, birim çapında veya bazı birleşmiş birim çapında uygulanmalıdır.
- Anket yapılacak doğru kişilerin belirlenmesine özen gösterilmelidir.
- Ölçek bütün halde kullanılabileceği gibi ihtiyaca göre takım yapısı, liderlik, karşılıklı destek, durum izleme ve iletişim boyutlarının her biri ayrı ayrı da kullanılabilmektedir. Örneğin bir organizasyon sadece liderlik algısı ile ilgileniyorsa sadece bu boyut kullanılabilmektedir.

TÇAÖ ve alt boyutlarında yer alan maddeler, alınabilecek minimum (min.) ve maksimum (max.) puanlar Tablo 3-2'de gösterilmiştir.

Tablo 3-2: TÇAÖ ve alt boyutlarında yer alan maddeler, alınabilecek min ve max puanlar

Takım Çalışması Algıları Ölçeği ve Alt Boyutları	Maddeler	Min. Alınabilecek Toplam Puan	Max. Alınabilecek Toplam Puan	Min. Alınabilecek Ortalama Puan	Max. Alınabilecek Ortalama Puan
Takım Yapısı	1,2,3,4,5,6,7	7	35	1	5
Liderlik	8,9,10,11,12,13,14	7	35	1	5
Durum İzleme	15,16,17,18,19,20,21	7	35	1	5
Karşılıklı Destek	22,23,24,25,26,27,28	7	35	1	5
İletişim	29,30,31,32,33,34,35	7	35	1	5
Toplam 5 Boyut	35 madde	35	175	1	5

TÇAÖ ve alt boyutlarının (Takım Yapısı, Liderlik, Durum İzleme, Karşılıklı Destek, İletişim) ne anlam ifade ettiği ve işlevselliği Tablu 3-3'de ayrıntılı bir şekilde gösterilmektedir.

Tablo 3-3: TÇAÖ ve alt boyutlarının anlam ve işlevselliği (Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS® 2,0, 2013; Rosen ve ark., 2018)

	Güvenliği sağlamak için birlikte çalışması gereken takımların sistem bileşenlerini tanımlamaktadır.
Takım Yapısı	Takım üyeleri arasında beceri uyumu, iş paylaşımı, iş sorumluluğu ve farkındalığı, kaynakların verimli bir şekilde kullanılması, birim hedeflerinin olup olmadığı ve verimliliği ile ilgili ne algılandığı hakkında bilgi vermektedir.
Liderlik	Takım eylemlerinin anlaşılmasını, bilgilerdeki değişikliklerin paylaşılmasını ve takım üyelerinin gerekli kaynaklara sahip olmasını sağlayarak, etkinliklerini en üst düzeye çıkarma yeteneğidir. Liderin kaynak yönetimi, çatışma yönetimi, iletişimi, hasta bakımına takım üyelerini dahil etmesi, bilgilendirme yapması ve uygun takım davranış modeli sergilemesi ile ilgili takım üyelerinin ne algıladığı hakkında bilgi vermektedir.
	Takım işleyişini desteklemek, bilgi veya anlayış kazanmak, farkındalığı sürdürmek için durumsal unsurları aktif olarak tarama ve değerlendirme sürecidir.
Durum İzleme	Takım üyelerinin hasta izlemi, hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için diğer takım üyelerinin izlemi, birbirlerinin gereksinimleri hakkında farkındalıklar, bilgi paylaşımı ve iletişim ile ilgili ne algılandığı hakkında bilgi vermektedir.
	Sorumluluk ve iş yükleri hakkında doğru bilgi ile takım üyelerinin ihtiyaçlarını tahmin etme ve destekleme becerisidir.
Karşılıklı Destek	Destek, yardım istenmesi, geribildirimde bulunulması, hasta savunuculuğunun yapılması, hasta güvenliği ve çatışmaların çözümü gibi durumlarda takım üyelerinin ne algıladığı hakkında bilgi vermektedir.
	Takım üyeleri arasında bilgilerin açık ve doğru bir şekilde değiş tokuş edildiği yapılandırılmış bir süreçtir.
İletişim	Takım üyelerinin hasta ve yakınları ile iletişimi, birbirleri ile bilgi alışverişi, geribildirimi, hasta tesliminde bilgi paylaşımı ve bilgi toplanması ile ilgili ne algılandığı hakkında bilgi vermektedir.

Genel olarak her bir madde için 1=kesinlikle katılmıyorum ile 5=kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5'li likert tipi bir ölçektir. Takım yapısı, liderlik, karşılıklı destek, durum izleme ve iletişim olarak her biri ayrı ayrı da kullanılabilen beş boyut ve her boyutta 7 madde olmak üzere toplam otuz beş maddeden oluşmaktadır. Ölçek bütün halde uygulanabileceği gibi her bir boyutu ayrı ayrı da kullanılabilmektedir Ölçeğin puanlanması iki şekilde yapılabilir. Birincisi, takım çalışması bileşenlerinin herbiri için toplam puan hesaplanabilir. Puanları bu şekilde toplamak, daha doğru istatistiksel testlere izin verirken, veri analizlerini gerçekleştirmek için tercih edilen yöntemdir. İkinci bir yol ise herbir bileşen için ortalama puan almaktır. Bu yöntem karşılaştırma yaparken, uygulama öncesi-sonrası, verileri bir tabloda sunarken ve grafik kullanırken daha uygun bir yöntemdir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi takım çalışması algısının yüksek olduğunu, düşük çıkması ise takım çalışması algısının düşük olduğunu göstermektedir (Battles, 2010). Ölçekte olumsuz ters çevrilmesi gereken bir madde yoktur.

"Takım Çalışması Algıları Ölçeği"ndeki ifadeler beşli Likert ölçeğine göre oluşturulmuştur. Anket beş seçenek ve dört fark aralığına sahip olduğu için 4/5=0,80'lik bir fark aralığı hesaplanmıştır. Takım çalışması algıları puanları ise aşağıda sıralandığı gibi kabul edilmiştir.

- **1,00–1,80**: Çok düşük düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **1,81–2,60**: Düşük düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **2,61–3,40**: Orta düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **3,41–4,20**: Yüksek düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **4,21–5,00**: Çok yüksek düzeyde takım çalışması algıları olduğudur (Gönen, 2013).

Ölçek birim veya bölüme uygulandığında çıkan sonuca göre hemşire yöneticilere; hemşirelerin takım çalışmasına ilişkin algılarını inceleme, takım çalışmasının seviyesini değerlendirme ve bulgulara göre eğitim ihtiyacını tanılayarak iyileştirme yapma fırsatı vermektedir (Battles, 2010).

3.1.6. Verilerin Toplanması Süreci

Veri toplama süreci, araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Araştırma verileri toplanmadan önce etik kurul onayı (Etik Kurul Kararı) ve kurumlardan resmi izinler (Ek-7, Ek-9) alınmıştır.

Çalışmanın bu aşamasında; 1 üniversite ve 1 özel hastanenin hemşirelik hizmetleri ve tepe yöneticileriyle yüz yüze görüşülerek çalışma hakkında açıklama yapılmıştır. Çalışma kapsamına; kurumlarda takım çalışmasının yoğun olduğu kliniklerde çalışan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm hemşireler alınmıştır. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelere gerekli açıklamalar yapılarak veri toplama aracı elden dağıtılmıştır. Verilerin bir kısmı yüz yüze görüşme tekniğiyle bire bir toplanırken, gündüz vardiyası dışında çalışan hemşireler için birimlere bırakılarak, hemşirelerin kendi belirttikleri süre aralıklarında kontrol edilerek geri alınmıştır. Bu süre bazen aynı gün, bazen bir hafta gibi zaman aralığını kapsamıştır. Bu sürenin sonunda bölümler tekrar ziyaret edilerek doldurulan formlar geri alınmıştır.

3.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın bu aşaması için toplam 365 hemşireden toplanan veriler üzerinden analizler yapılmış olup IBM SPSS for Windows 25 (Statistical Package of Social Science) ve IBM SPSS AMOS 24 sürüm paket programları kullanılmıştır.

TÇAÖ Türk diline uyarlanması ve geçerlilik-güvenirliliğini test etmek için şu aşamalar adım adım takip edilmiştir (Behlıng ve Law, 2019);

Aşama 1- Dil geçerliği: Ölçme aracının uzman grup tarafından Türkçe diline çevrilmesi, Türkçe formunun başka uzman grup tarafından İngilizceye çevrilmesi ve orijinal İngilizce formu ile çevrilen İngilizce formun karşılaştırılması gerekir. Ölçeğin son formunun açık ve anlaşılırlığı için Türkçe dil uzmanından görüş alınmalıdır (Behlıng ve Law, 2019).

Aşama 2- Kapsam geçerliği: Çeviri aşaması tamamlandıktan sonra ölçeğin dil geçerliğini sınamak için uzman görüşü aşamasını kapsamaktadır. Kapsam geçerliğini yapmak üzere Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmaktadır. Bu aracı kullanarak uzmanlar her bir maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak: 1= Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerek; 3= Uygun,

ancak ufak değişiklikler gerekiyor; 4= Çok uygun; değerlendirmesini yapmak için bunlardan birini işaretlemektedirler. Her maddeye verilen puanlar değerlendirilerek, 1 ve 2 puan alan maddeler çıkartılmakta ya da yeniden düzenlenmektedir. Ölçeğin kapsam geçerliliği vardır diyebilmek için skorun %80 ve üzerinde olması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2017).

- **Verilerin analizi:**

➢ Kapsam geçerlik oranlarının (KGO) hesaplanması:

KGO herhangi bir maddeye ilişkin "Uygun" görüşünü belirten uzman sayısının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının, bir eksiği ile elde edilmektedir (4-1).

$$KGO = (N^{u}/ N/2)-1 \quad (4\text{-}1)$$

Burada; N^{u}: maddeye "Uygun" diyen uzman sayısını, N ise maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını göstermektedir.

➢ Kapsam geçerlik indeksinin (KGİ) hesaplanması;

Uzman görüşlerinin analizi yapılmış, ölçekteki maddeler için 3 ve 4 puan veren uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek KGİ değeri hesaplanmıştır (4-2).

$$KGİ = 3+4 \text{ Puan/Toplam Uzman Sayısı} \quad (4\text{-}2)$$

➢ Kapsam geçerlik oranları ve kapsam geçerlik indeksi ölçütlerine (KGÖ) göre her bir maddenin ölçekte yer alıp almamasına karar verilmesi.

Uzman görüşleri değerlendirilirken kabul edilebilir en düşük puan olan 3'ün altında puan alan maddeler incelenmektedir. Literatüre göre uzman sayısı 8 ise kapsam geçerlilik ölçütünün minimum değeri 0,78 kabul edilmektedir (Veneziano ve Hooper, 1997). Yapılan uzman görüşü sonrası, uzmanların tüm ölçek maddeleri için verdiği KGİ değeri baz alınarak KGİ>KGÖ formülüne göre ölçeğin kapsam geçerliliğinin anlamlı olduğu sonucuna varılmaktadır (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Sonuçlar Tablo 4-2'de gösterilmektedir

Aşama 3- Pilot uygulama: Ölçme aracının deneme uygulaması, hedef kitleyi temsil eden küçük bir grup üzerinde yapılabilir. Ayrıca, sesli düşünme yoluyla da yaptırılabilir. Katılımcılar her maddeyi sesli bir şekilde okuyarak ne anladıklarını, ne düşündüklerini ifade ederek ölçme aracını yanıtlarlar. Bu sırada katılımcıların yanlış anladıkları bir durum varsa tespit edilir (Behlıng ve Law, 2019).

Aşama 4- Yapı Geçerliği: Yapı geçerliği (construct validity), psikolojik test ya da ölçeğin kuramsal bir yapıyı, boyutu, özelliği ne derecede temsil ettiğiyle, bir diğer deyişle yeterince ölçtüğünün gösterilmesiyle ilgilidir. Ölçeğin bir yapıyı yeterince temsil edilebilmesi homojen olması demektir. Bu tanım alt boyut/ alt test/ alt ölçekler için de geçerlidir. Her birinin kendi içinde homojen ve tutarlı olması gerekmektedir (Dağ, 2005).

Bir ölçekte faktör analizinin uygulanabilmesi için örneklemin belirli bir büyüklüğe sahip olması gerekmektedir. Literatürde örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını test etmek için kullanılan yöntem Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Testi olup değişkenlerin birbirleriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınamak içim Barlett's testi kullanılmaktadır (Aksu ve ark., 2017; Erdoğan ve ark., 2107; Pallant, 2020).

KMO değerinin, 0,50'nin altında olması faktör analizi için örneklemin yeterli olmadığını, 0,90'ın üzerinde olması ise çok iyi düzeyde olduğunu belirtmekte ve 0,60 iyi bir faktör analizi için minimum değer olarak önerilmektedir (Aksu ve ark., 2017; Erdoğan ve ark., 2107; Pallant, 2020).

Faktör analizinin uygun olarak kabul edilebilmesi için, Barlett testinin anlamlı ($p<0,05$) olması gerekmektedir (Pallant, 2020).

Yapı geçerliliğini göstermek ve ölçeğin faktör yapısını belirlemek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

- **Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)**

Tüm maddelerin içinde bulunduğu havuza açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Bu aşamada, Maksimum Olasılık Faktör Analizi (Maximumu Likelihood Factoring) ve Eğik Döndürme Yöntemi (Direct Oblimin) kullanılmıştır. Burada, Direkt oblimin eğik döndürme yönteminin kullanılmasının nedeni ankette yer alan faktörlerin birbiriyle ilişkisi olduğunun düşünülmesidir. Eğer faktörlerin birbiri ile ilişkisi olduğu düşünülüyorsa böyle durumlarda eğik döndürme yöntemlerinin kullanılması daha uygundur (Pallant, 2020). Bir faktörün öz değeri, faktör tarafından açıklanan toplam varyansın miktarını temsil etmektedir. Kaiser kriterine göre sadece 1 ya da daha yüksek öz değere (eigenvalue) sahip olan bileşenlere bakılmalıdır (Pallant, 2020).

Faktör analizi için genel olarak, işaretine bakılmaksızın 0,60 ve üstü yük değeri yüksek; 0,30-0,59 arası yük değeri ise orta düzeyde büyüklük olarak tanımlanmakta ve değişken çıkartmada dikkate alınmaktadır (Büyüköztürk, 2002).

Literatüre göre; tek faktörlü ölçekler için açıklanan varyans %30 ve daha fazla, çok faktörlü ölçekler için bu değer daha yüksek olmalıdır (Büyüköztürk, 2002).

- **Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)**

Araştırmacı kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi (yapıyı) test etmek istiyorsa DFA yapmalıdır. Bu yöntemde AFA'ya göre belirlenen faktörler doğrulanmaktadır. Eğer araştırmada kullanılan ölçek başka bir dilden Türkçe'ye uyarlanıyorsa sadece DFA yapmak yeterli olabilmektedir (Erdoğan ve ark., 2017).

Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması, bir yapıyı-kavramı-faktörü ölçtüğü anlamına gelmektedir. Faktör yük değerlerinin, 0,40 ya da daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüdür. Ancak uygulamada az sayıda madde için bu sınır değer 0,30'a kadar inebilmektedir. Maddelerin tek bir faktörde yüksek yük değerine, diğer faktörlerde ise düşük yük değerlerine sahip olması halinde yüksek iki yük değeri arasındaki farkın en az 0,10 olması önerilmektedir (Pallant, 2020).

DFA yapıldıktan sonra, modelin veri ile uyum gösterip göstermediği uyum indeksleri ve yakınsak-ayrışma geçerliliği ile belirlenmektedir (Aksu, Eser ve Güzeller, 2017; Çevik ve Şimşek, 2018). Bir ölçeğin yapı geçerliliği için DFA uyum iyiliği istatistiklerinin ve AVE, CR değerlerinin istenilen düzeyde olması gerekmektedir (Erdoğan, ve ark., 2017; Çevik ve Şimşek, 2018).

Uyum indeksleri;

Mutlak Uyum İndeksleri: Modelin gözlenen kovaryans matrisini belirlemektedir. Bu grupta Ki kare, uyum iyiliği indeksi (GFI), yaklaşık ortalamaların ortalama karekökü (RMSEA), hata kareler ortalaması (RMSR), standartlaştırılmış hata kareler ortalaması karekökü (SRMR) bulunmaktadır. Grupta olan Ki kare, uyum iyiliği indeksi (GFI) örneklem büyüklüğüne duyarlıdır ve küçük örneklemde anlamlı bir sonuç verme eğilimindeyken, büyük örneklemde bunun tersi bir durum söz konusudur (Aksu ve ark., 2017). Bu yüzden çalışmada GFI değeri kullanılmamış, RMSEA, SRMR değeri kullanılmıştır.

Artan Uyum İndeksleri: Ana model ile önerilen modelin karşılaştırılmasında kullanılmaktadır. Bunlar; düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (AGFI), normlaştırılmış uyum indeksi (NFI), normlaştırılmamış uyum indeksidir (NNFI veya TLI) (Aksu ve ark., 2017). Çalışmada NNFI-TLI değeri kullanılmıştır.

Yalınlık Uyum İndeksleri: Model seçmede/karşılaştırmada kullanılmaktadır. Bunlar; karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), basitlik uyum indeksi (PGFI), göreceli uyum indeksi (RFI), artan uyum indeksleridir (IFI) (Aksu ve ark., 2017). Çalışmada CFI ve IFI değerleri kullanılmıştır.

Literatüre göre;

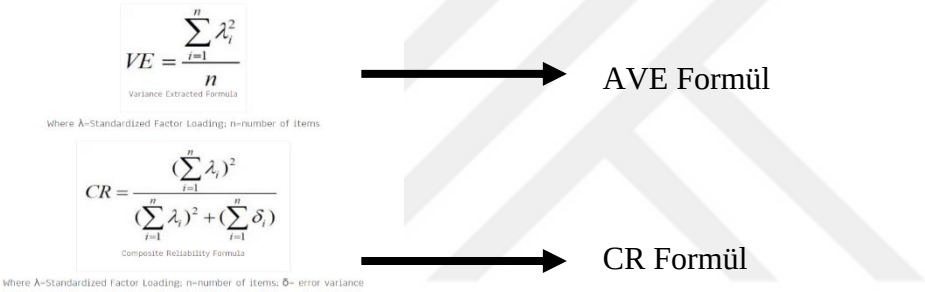
- Çok değişkenli, normal dağılım varsayımının gerçekleştiği veri setleri için bütün örneklem büyüklüklerinde ve korelasyon değerlerinde kullanılacak en iyi uyum ölçütünün **RMSEA** olduğu,
- Faktör içindeki değişkenlerin korelasyon seviyelerinin düşük olmadığı durumlarda bütün örneklem büyüklükleri için **IFI** uyum ölçütünün kullanılmasının uygun olacağı,
- Faktör içindeki değişkenlerin korelasyonları düşük seviyede olmadığı durumlarda (150 birim ve daha yüksek örneklem büyüklüklerinde) **CFI ve NNFI** uyum ölçütlerinin kullanılabileceği önerilirken,
- AGFI ve GFI uyum ölçütlerinin örneklem büyüklüğünden etkilenmesi, NFI ve RMR uyum ölçütlerinin hem örneklem büyüklüğünden hem de korelasyon değişiminden etkilenmesi nedeniyle güvenilir sonuçlar elde edilemeyeceği için kullanılması önerilmemektedir (Doğan, 2015).

- **Diğer Geçerlilik Testleri**

Geçerlilikten bahsedebilmek için yalnızca yapısal bir uygunluk yeterli değildir. Yapısal geçerlilik testinden sonra yakınsak (convergent) ve ayrışma (discriminant) geçerliliklerinin de test edilmesi büyük önem arz etmektedir (Yaşlıoğlu, 2017).

Yakınsak Geçerlik: Yakınsak geçerlilik, değişkenlere ilişkin ifadelerin birbirleri ve oluşturdukları faktör ile ilişkili olduklarını ifade etmektedir. AVE değeri "Ortalama Açıklanan Varyans (Average Variance Extracted)"ın kısaltması olup, faktöre

ilişkin ifadelerin kovaryanslarının (yüklerinin) karelerinin toplamının ifade sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. CR değeri "Yapı Güvenirliği" nin kısaltması olup faktöre ilişkin ifadelerin kovaryanslarının (yüklerinin) karelerinin toplamının karesinin, kovaryanslarının (yüklerinin) karelerinin toplamının karesi ve hata toplamlarına bölünmesiyle elde edilmektedir. Her bir faktör yapısı için ayrı ayrı değerlendirme yapılmaktadır. Yakınsal geçerlik için faktörlerin AVE değerlerinin 0.50'den büyük (Hair ve ark., 2014), CR değerlerinin ise 0.70'den büyük olması gerekmektedir (Fornell ve Larcker,1981). Ayrıca, CR değerlerinin AVE değerlerinden yüksek olması da yakınsak geçerliliği destekleyici bir bulgudur (Şengül, 2020). Çalışmaya ilişkin AVE, CR değerleri hesaplanmıştır (3-2).



(3-2)

λ=Standardize faktör yükü n=ifade sayısı δ=hata varyansı

Ayrışma/Dış Geçerlik: Ayrışma geçerliği bir yapının diğerlerinden ayrıldığının bir göstergesidir. Ayrışma geçerliğinin sağlanabilmesi için yapılar arasındaki korelasyonların 0,90'ı aşmaması önerilmektedir (Hair ve ark., 2014; Çevik ve Şimşek, 2018).

Aşama 5- Güvenirlik Çalışması: Ölçeğin güvenirliğini test etmek üzere Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ve maddelerin iç geçerliğini belirlemek üzere madde toplam korelasyonu analizleri kullanılmıştır. Ölçeğin zamana karşı tutarlı bir araç olup olmadığını belirlemek üzere iç yapı tutarlılığı, sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), iki yarı test güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği ölçümleri yapılmıştır. ICC değerleri analizi Tablo 3-4'e göre yorumlanmıştır.

Tablo 3-4: Sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) değerlerinin yorumlanması (Ateş, Öztuna, & Genç, 2009)

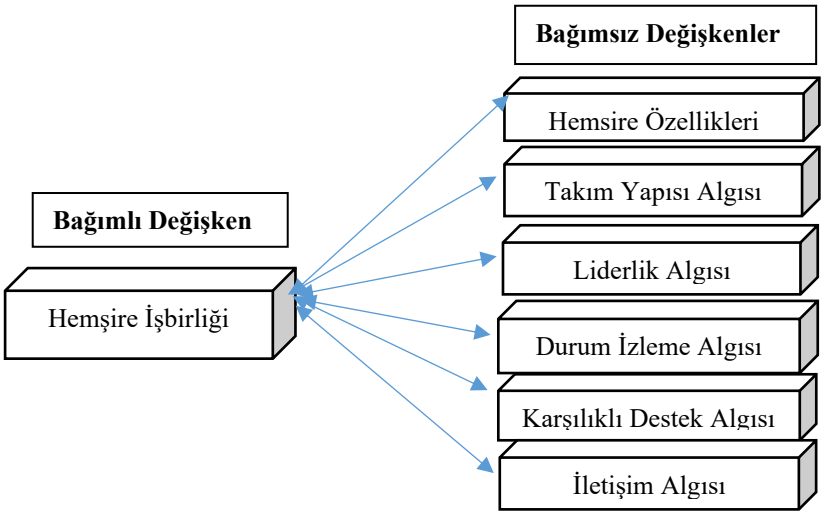
ICC	Yorum
< 0,40	Zayıf
0,40 - 0,59	Kabul edilebilir
0,60 - 0,74	İyi
0,75 - 1,00	Mükemmel

3.2. İkinci Aşama

3.2.1. Araştırmanın Amacı, Tasarımı ve Değişkenleri

Araştırmanın bu aşaması, hemşirelerde takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişim ile ilişkisini incelenmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte tasarlanmıştır.

Aşağıdaki temel araştırma modeline bağlı olarak bu çalışmada bağımsız değişkenler; hemşire özellikleri (yaş, meslekte çalışma süresi, birimde hemşire sayısı vb.), TÇAÖ'ne ait takım yapısı algısı, liderlik algısı, durum izleme algısı, karşılıklı destek algısı ve iletişim algısı iken, bağımlı değişken hemşire işbirliği olarak kurgulanmaktadır. Başka bir ifadeyle, hemşirelere ait özellikler ve takım çalışmasına yönelik algıların mesleki işbirliği üzerine etkisinin altı çizilmeye çalışılmıştır. Değişkenler Şekil 3-1'de gösterilmektedir.



Şekil 3-1: Araştırmanın ikinci aşamasına ait bağımlı ve bağımsız değişkenler

3.2.2. Araştırma Soruları

Araştırmanın genel amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı nasıldır?
2. Hemşirelerin takım çalışması algıları ve işbirliği düzeyleri dağılımları nasıldır?
3. Hemşirelerin takım çalışması algıları ve işbirliği düzeyleri sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?
4. Hemşirelerde takım çalışması algılarının işbirliği ve iletişim ile ilişkisi var mıdır?
5. Hemşire-hemşire işbirliği düzeylerine etki eden etmenler nelerdir?

3.2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın tanımlayıcı ve ilişki arayıcı ikinci aşamasına ilişkin veriler, İstanbul ilinde bulunan 7 hastaneden (üç kamu hastanesi, iki kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesi, 1 devlet üniversite hastanesi, 1 özel hastane) takım çalışmasının yoğunlukta olduğu birimlerde çalışan hemşirelerden anket yoluyla yüz yüze olarak Nisan-Aralık 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu aşamanın çalışma evrenini; araştırma izni alınan İstanbul ili içerisinde bulunan 1 üniversite hastanesi, 1 özel hastane, 3 kamu devlet hastanesi, 2 kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere toplam 7 hastanede acil, yoğun bakım, servis, ameliyathane, idari birim gibi takım çalışmasının yoğun olduğu kliniklerde çalışan ve gönüllü olarak çalışmaya katılan 2680 hemşire oluşturmuştur. Geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan ölçeğin hemşirelere uygulamasında örneklem içine, geçerlik ve güvenirlik uygulaması sırasında yer alan hemşireler dâhil edilmemiştir. Bunun için, ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışması esnasında örneklemde yer alan hastanelerin (1 üniversite ve 1 özel hastane) hemşirelik hizmetleri müdürlerinden o hastanede çalışan hemşirelerin listesi alınmış ve ölçek uygulamasına katılan hemşirelerin isimleri gizlilik esasına dayalı olarak listede işaretlenmiştir. Bununla birlikte listede geri kalan hemşireler araştırmanın ikinci aşamasına dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin örneklem sayısı evrende eleman sayısının bilinmesi dikkate alınarak hesaplanmıştır (3-1).

Evrende eleman sayısı biliniyorsa;

n: Nt^2pq / $d^2(N-1)+t^2$ pq (3-1)

N: Evrendeki birey sayısı (Hemşire: 2680)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-0,5)

d: Örneklem hatası, olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma (,05 ya da ,01)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96), α=0.05 de ∞ serbestlik derecesindeki t değeridir. α:0.01 seçilirse t değeri aynı serbestlik derecesinde 2,59'dur. N bilinmediği için serbestlik derecesi ∞ olarak alınmıştır.

n(hemşire): $2680x(1.96)^2x0.5x0.5/(0.05)^2x2679+(1.96)^2x0.5x0.5$

n≅336,106 =337 minimum hemşire örnekleme alınacaktır

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 1250 hemşireye anket formu dağıtılmış ancak toplam 650 anket formu toplanabilmiştir. Eksik doldurulan 29 anket çıkarıldıktan sonra 621 veri üzerinden çalışmalar yapılmıştır (N=621). Örnekleme giren hemşire sayısı Tablo 3-5'de ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Tablo 3-5: Örnekleme giren hemşire sayısı

Hastane	**Hemşire sayısı**
Kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesi A	n= 218 Hemşire
Kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesi B	n= 113 Hemşire
Devlet Hastanesi A	n= 42 Hemşire
Devlet Hastanesi B	n= 51 Hemşire
Devlet Hastanesi C	n= 25 Hemşire
Devlete bağlı Üniversite Hastanesi	n= 113 Hemşire
Özel Hastane	n= 59 Hemşire

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Takım çalışmasının yoğun olduğu kliniklerde hemşire olarak çalışmak,
- Araştırmaya katılımda gönüllü olma esası dikkate alınmıştır.

Veriler Nisan 2020–Aralık 2020 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplarken, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanmış hemşirelerden sözlü onam/yazılı onam alınmıştır.

3.2.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın bu aşamasında veriler, 11 sorudan oluşan kişisel ve mesleki özellikler formu, 35 ifadeden oluşan TÇAÖ, 7 ifadeden oluşan TÇAÖ İletişim boyutu ve 26 ifadeden oluşan HHİÖ ile toplanmıştır.

Kişisel-mesleki özellikler formu ve 35 sorudan oluşan TÇAÖ'i çalışmanın birinci aşamasında ayrıntılı bir şekilde anlatılmış olup kullanılan HHİÖ ve TÇAÖ İletişim boyutu aşağıda detaylı bir şekilde raporlandırılmıştır.

- **Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu**

Bu veri toplama aracı; araştırmanın amacı ve literatür (Enzinger 2017; Hwang ve Ahn 2015; Yılmaz ve Yıldırım 2018; Goosen 2015a) dikkate alınarak belirlenmiş olup, cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu gibi kişisel özellikler ve meslekte çalışma yılı, çalıştığı birimde toplam çalışma yılı, görevi, çalıştığı birim, beraber çalıştığı hemşire sayısı, beraber çalıştığı farklı disiplin sayısı olmak üzere mesleki özellikleri belirlemeye yönelik toplam 11 soruyu kapsamaktadır.

- **Takım Çalışması Algıları Ölçeği**

TÇAÖ, bireylerin grup düzeyinde takım becerilerini, işbirliği seviyesini ve davranış algılarını ölçmek amacıyla AHRQ tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir (Battles, 2010; Goosen, 2015a). Ölçek, takım yapısı, liderlik, durum izleme, karşılıklı destek ve iletişim olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.TÇAÖ, hasta güvenliğini geliştirmeyi amaçlayan sağlık bakımı sunan kurumlarda takım çalışması algılarına yönelik bir değerlendirme yapabilmeyi sağlar. Ölçek takım çalışmasının temel bileşenleri olan takım yapısı, liderlik, durum izleme, karşılıklı destek ve iletişim alt boyutlarına yönelik algıları incelemek amacı ile kullanılabileceği gibi her bölüm ayrı olarak da kullanılabilir. Ölçek aynı zamanda takım çalışmasını geliştirmeye yönelik

verilen eğitimlerden önce ve eğitime katılan bireylerin algılarındaki değişiklikleri değerlendirmek amacı ile eğitim sonrasında kullanılabilmektedir. Her bir bölümde yedi ifade olmak üzere toplam 35 ifadeden oluşan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,93, alt boyutlarında 0,91-0,94 arasında saptanmıştır.

- **TÇAÖ İletişim Alt Boyut Bölümü**

Çalışmada hemşirelerin iletişim düzeyleri TÇAÖ'nin alt boyutu iletişim alt boyutu ile değerlendirilmiştir. TÇAÖ iletişim alt boyutu 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 sorularını kapsayan toplam 7 maddeden oluşmaktadır. Bölümden min. alınabilecek toplam puan=7-ortalama puan=1, max. alınabilecek toplam puan=35-ortalama puan=5'dir. Toplam 7 ifadeden oluşan bölümün (boyutun) Cronbach alfa değeri 0,92'dir.

- **Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği**

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durmuş ve Yıldırım (2016) tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlilik ve güvenirlilik analizleri sonucunda; Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği'nin 26 madde ve 5 alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bunlar; Problem çözme (1, 2 ve 3. maddeler), İletişim (4, 5, 6, 7 ve 8. maddeler), Süreç paylaşımı (9, 10, 11, 12 ve 13. maddeler), Koordinasyon (14, 15 ve 16. maddeler) ve Profesyonellik boyutlarıdır (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 ve 26. maddeler). Hemşirelerden, aralarındaki işbirliğini her madde için 1 ile 4 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir (1 "kesinlikle katılmıyorum", 2 "katılmıyorum", 3 "katılıyorum" ve 4 "kesinlikle katılıyorum"). 26 maddelik ölçeğin 8. Maddesi (2.7. madde) ters kodlanmıştır. Ölçeğin kesme noktası 2,5 olarak belirlenmiş olup 4'e yaklaştıkça işbirliği düzeyi artarken 1'e yaklaştıkça azaldığı belirlenmiştir (Durmuş, 2015). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,93'dür (Durmuş ve Yıldırım, 2016).

3.2.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama süreci, araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Araştırma verileri toplanmadan önce etik kurul onayı (Etik Kurul Kararı) ve kurumlardan resmi izinler (Ek-7, Ek-9, Ek-11, Ek-12, Ek-13) alınmıştır.

Çalışmanın bu aşamasında; araştırmanın yürütüleceği özel ve üniversite hastanelerinden Covid-19 nedeniyle izinler alınamamış (Ek-10), daha önce izni alınan 1 üniversite ve 1 özel hastane olmak üzere Sağlık Bakanlığı personeli olup Başhekimin

onay vermesi (Ek-11) ile İl Sağlık Müdürlüğünden izinleri alınan (Ek-12, Ek-13) 3 kamu, 2 kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesi, 1 üniversite hastanesi ve 1 özel hastanede çalışma yürütülmüştür. İlk uygulamada ki örneklem grubu kullanılmamış olup bunun için örnekleme alınan (3 kamu, 2 kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesi, 1 üniversite hastanesi ve 1 özel hastane) hastanelerin tepe yöneticileri ile görüşülmüş takım çalışmasının yoğun olduğu acil, yoğun bakım, servis, ameliyathane, idari birimde çalışan ve gönüllü olarak çalışmaya katılan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek veri toplama formları dağıtılmıştır, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere yüz yüze, vardiyalı çalışan hemşirelere ise anketler bırakılarak belirli zaman aralıklarında kontrol edilerek toplanmıştır.

3.2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın bu aşaması için toplam 621 hemşireden toplanan veriler üzerinden analizler yapılmış olup IBM SPSS for Windows 25 (Statistical Package of Social Science) sürüm paket programı kullanılmıştır. Verilerinin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık (skewness)-basıklık (kurtosis) testi ve histogram grafiği incelemeleri ile değerlendirilmektedir. Kurtosis ve Skewness değerleri -1.5 ile +1.5 olduğu zaman normal dağılım olduğu kabul edilmektedir (Tabachnick and Fidell, 2013), ancak bazı kaynaklarda -2 ve +2 arasındaki değerler de kabul edilebilir bir değerdir (George ve Mallery, 2010).. İkiden fazla gruplar için bağımlı değişken ortalama puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını söylemek için tek faktörlü ANOVA kullanılmıştır. Varyansların homojenliği, grupların her biri için aynı olup olmadığını söylemekte olup anlamlılık düzeyi (Sig.) için Levene testi kontrol edilmiştir. Levene testinden elde ettiğimiz anlamlılık değeri $p>0,05$ ise varyanslar homojen olarak değerlendirilmekte ve F testi bakılmaktadır. Varsayım ihlal edilmesi durumunda ($p<0,05$) Robust Test of Equality of Means olarak adlandırılan tablo tercih edilmekte ve klasik F testi yapılamadığı için Welch veya Brown Forsythe testleri yapılmaktadır, elde edilen F değeri ve buna bağlı p değeri kullanılmaktadır (Pallant, 2020).

Çalışmadaki grupların ya da durumların her biri arasındaki farkları keşfetmek için Post-hoc kıyaslamaları kullanılmaktadır. Kullanabilecek birçok Post-hoc testi mevcut olup bazıları iki grup için varyansın eşit olmasını öngörmekte (örneğin, Tukey, Benferroni vb.), bazıları ise eşit varyans öngörmemektedir (örneğin; Dunnett's C testi,

Games-Howell vb.) (Pallant, 2020). Çalışmada varyansları eşit olanlar için Tukey, eşit olmayanlar için Games Howell testi kullanılmıştır.

Çalışmada bir sürekli değişken üzerinden iki farklı katılımcı grubu ortalama değeri kıyaslamak için Bağımsız örneklemler t-testi kullanılmıştır. Levene testinden elde edilen anlamlılık değeri, p>0,05 (varyanslar eşit dağılması durumunda) tabloda Equal variances assumed' a karşılık gelen p değeri kullanılmaktadır. Levene testinden elde edilen anlamlılık değeri p≤0,05 (iki grup arasında varyansların eşit olmadığı durumlar için) Equal variances not assumed' a karşılık gelen p değeri kullanılmaktadır (Pallant, 2020).

İki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin gücünü ve yönünü tanımlamak için korelasyon analizi kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı değeri -1 ile +1 arasında değişmektedir (Pallant, 2020). Norrmal dağılan veri analizinde Pearson momentler çarpımı ile elde edilen sonuçlar Tablo 3-6'ya göre yorumlanmıştır.

Tablo 3-6: Korelasyon katsayısının yorumlanması (Pallant, 2020).

r	Yorum
0,10-0,29	Zayıf
0,30-0,49	Orta
0,50-1.00	Güçlü

Regresyon analizi; iki ya da daha çok nicel değişken arasındaki ilişkiyi ölçmek için kullanılan bir analiz yöntemidir. Basit doğrusal regresyon; bir sürekli bağımlı değişken ile bir bağımsız değişkenin yordayıcı ilişkisini incelemek için kullanılmaktadır. Çoklu doğrusal regresyon; bir sürekli bağımlı değişken ile bir dizi bağımsız değişkenin yordayıcı ilişkisini incelemek için kullanılmaktadır. Farklı değişkenleri kıyaslamak için, standart hale getirilmiş katsayılara bakmak önemlidir. (Pallant, 2020).

Regresyon analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenlerin en az eşit aralık ölçeğinde ölçülen sürekli değişkenler olmaları ve normal dağılım göstermeleri gerekmektedir. Ancak bazı araştırmalarda istisna olarak sınıflama ölçeğine giren bağımsız değişkenlerinde bağımlı değişken üzerindeki etkilerini incelemek istenebilir.

Analizde sınıflamalı değişken, düzeylerinden biri dışta bırakılarak düzey sayısının bir eksiği (G-1) kadar üretilen ve "dummy" değişken olarak isimlendirilen yeni yapay değişken oluşturulur. Constant analizine girmemiş grup referans değer olarak seçilmektedir. Bu yeni değişkenlerden birinin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olması, ilgili bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2005).

Verilerin analizlerinde kullanılan yöntemler Tablo 3-7'de sunulmaktadır.

Tablo 3-7: Verilerin analizlerinde kullanılan yöntemler

Tanımlayıcı istatistikler	Ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum
Normal dağılım uygunluğu	Çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) testi Histogram grafiği incelemeleri
TÇAÖ Türk Diline uyarlama çalışması	Kapsam geçerliliği için KGO (CVR) değeri Faktör Analizi (Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) testi ve Barlett testi) Faktör yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri DFA sonucu ölçeğin uyum indeksi Güvenirlilik ve değişmezlik için; Test-tekrar test uyum düzeyi, Sınıf İçi Koorelasyon Katsayısı (ICC), İki yarı test güvenilirliği Maddelerinin iç tutarlılık düzeyleri için Cronbach alfa katsayısı, AVE ve CR değerleri, Yakınsak ve Ayrışma Geçerliği
Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu ile TÇAÖ, alt boyutları ve HHİÖ, alt boyutları ilişkisi	Bağımsız gruplar t testi One way Anova Levenee Testi Post-hoc testleri ile tek faktörlü gruplar arası değerlendirmeler Tukey HSD, Games-Howell testleri
TÇAÖ, alt boyutları ve HHİÖ, alt boyutları ilişkisi	Pearson korelasyon analizi
Hemşirelerin özellikleri, takım çalışması algıları ve alt boyutlarının hemşire işbirliği üzerine etkisi	Doğrusal regresyon analizi Çoklu doğrusal regresyon analizi

İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmektedir (Pallant, 2020).

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için;

- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na başvuru yapılarak 14.10.2019 tarih ve 13022260-300-157435 sayılı karar ile ''etik uygunluk onayı'' alınmıştır (Etik Kurul Kararı).

- Araştırmanın yapılması planlanan hastanelerin yöneticilerinden ve bağlı bulundukları İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi yazı ile izin alınmıştır (Ek-7, Ek-9, Ek-11, Ek-12, Ek-13).

- Veri toplama aracına bilgilendirilme yazısı eklenmiştir (Ek-14), kişilere ad-soyad, çalıştıkları kurum bilgilerini belirtmelerine gerek olmadığı belirtilmiş ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin kendilerine verilmiştir.

- TÇAÖ Türk diline uyarlama, geçerlik ve güvenirlik analiz çalışmalarını yapmak amacıyla, öncelikle ölçeği geliştiren T-TPQ, TeamSTEPPS 2.0 Ulusal Uygulamasından Amerika Birleşik Devletleri AHRQ'su ile mail yoluyla iletişime geçilmiş ve yazılı izin alınmıştır (http://teamstepps.ahrq.gov/ adresinden erişilebilir) (Ek-1).

- Araştırmada kullanılan veri toplama aracı HHİÖ için yazardan e-posta aracılığı ile izin alınmıştır (Ek-1).

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edile veriler; kullanılan veri toplama araçları, hemşirelerin algı ve bildirimleri ile sınırlıdır.

3.5. Araştırmanın Güçlükleri

Hemşireler tarafından doldurulmadan iade edilen ya da eksik ve hatalı doldurulmuş anketler olmuştur.

Ülkemizde Covid-19 Pandemisi ile beraber temas ve bulaşın artması ile çalışanlar anket çalışması yapmaya gönüllü olmamış, veri toplamada zorluk yaşanmıştır.

Covid- 19 tedbirleri gereği araştırmanın yapılması planlanan hastanelerden (özel-üniversite hastaneleri) gerekli izinler alınamamış, çalışma yapılan hastanelerden izinlerin alınması ise planlanan zamandan daha uzun sürmüştür.

Takım çalışması algılarının ve hemşire iş birliğinin doğru bir şekilde analiz edilebilmesi adına takım çalışmasının ve işbirliğinin gerekli olduğu kliniklerden veri toplamaya çalışılması zamanı yönetme ve insanlara ulaşma açısından belli zorluklara neden olmuştur.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma yoğunlukları ve aynı anda birden çok araştırma uygulamasının yapılıyor olması ve hemşirelerin anket doldurmak için zaman ayırmada güçlük yaşadıklarını bildirmeleri uygulamayı olumsuz etkilemiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın birinci aşaması olan takım çalışması algıları ölçeğinin Türk diline uyarlanması ve araştırmanın ikinci aşaması olan hemşirelerde takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişimle ilişkisine yönelik tanımlayıcı ve analitik bulgular yer almaktadır.

4.1. Birinci Aşamaya İlişkin Bulgular

Bu aşamada elde edilen araştırma bulguları; hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile TÇAÖ'nin Türk diline uyarlama çalışmasına ilişkin bulgular olmak üzere iki ana başlık altında sunulmaktadır.

4.1.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin özellikleri bakımından 25-40 yaş grubunda (%63), kadın (%87,1), bekar (%51,5), lisans mezunu (%66,3) olduğu ve üniversite hastanesinde (%86,9), yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştığı (%29,6) belirlenmiştir (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N=365)

Değişkenler	Özellik	n	%
Hastane Grubu	**Üniversite**	**317**	**86,9**
	Özel	48	13,1
Yaş	18-24 yaş	64	17
	25-40 yaş	**233**	**63**
	41-54 yaş	61	16
	55 ve üstü yaş	7	1,9
Cinsiyet	**Kadın**	**318**	**87,1**
	Erkek	47	12,9
Medeni durum	Evli	177	48,5
	Bekar	**188**	**51,5**
Eğitim Durumu	Lise	32	8,8
	Önlisans	39	10,7
	Lisans	**242**	**66,3**
	Lisansüstü	52	14,2
Çalışılan Birim	Servis	86	23,6
	Yoğun Bakım	**108**	**29,6**
	Ameliyathane	44	12,1
	Acil	54	14,8
	İdari	34	9,3
	Poliklinik	14	3,8
	Özel Dal	25	6,8
Görev	Yönetici Hemşire	31	8,5
	Yoğun Bakım Hemşiresi	**101**	**27,7**
	Acil Servis	51	15,3
	Servis Hemşiresi	75	20,5
	Ameliyathane Hemşiresi	42	11,5
	İdari, Polk ve Dal Hemşiresi	64	17,5
Meslekte Çalışma Süresi	**1-4 yıl**	**171**	**46,8**
	5-14 yıl	99	27,1
	15-24 yıl	57	15,6
	25 yıl ve üstü	38	10,4

n: Sayı; %: Yüzde

4.1.2. TÇAÖ'nin Türk Diline Uyarlama Çalışmasına İlişkin Bulgular

4.1.2.1. Geçerliliğe İlişkin Bulgular

• Dil geçerliği

TÇAÖ, hemşirelik alanında çalışan ve iyi derecede İngilizce bilen iki bilim uzmanı ve bir dil bilimci tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviri araştırmacılar tarafından birleştirilmiş ve bir Türk dil uzmanına danışılarak ölçek maddeleri üzerinde uzlaşma sağlandıktan sonra, her iki dili ana dili düzeyinde bilen bir dil uzmanı ve bir akademisyen tarafından ölçek maddelerinin İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin İngilizce özgün versiyonu ile İngilizceye çevrilmis versiyonu ana dili İngilizce olan bir uzmana danışılmış ve bu uzman her iki versiyonu anlam ve benzerlik açısından

karşılaştırmıştır. Uzmandan gelen öneriler sonrasında ilgili değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

• **Kapsam geçerliği**

Çeviri aşaması tamamlandıktan sonra ölçeğin dil geçerliğini sınamak için uzman görüşü aşamasına geçilmiştir. Çalışmada aşağıdaki aşamalar takip edilmiştir;

- **Uzman grubunun oluşturulması**: Kapsam Geçerliliği için, dördü "hemşirelikte yönetim", biri "hemşirelikte eğitim", biri "hemşirelik esasları", biri "dahiliye hemşireliği ve biri "cerrahi hemşireliği bölümü" alanında olmak üzere eğitim düzeyi en az doktora olan 8 uzmandan görüş alınmıştır.
- **Aday ölçek formunun hazırlanması ve uzman görüşlerinin eldesi**: Ölçeğin KGI oranını hesaplamak için araştırmacı tarafından bir dereceleme ölçütünün uzmanlara verilmesi sağlanmıştır. Bunun için Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Uzmanlara değerlendirme formu e-posta yöntemiyle ulaştırılmış olup her maddenin önce İngilizce ardından Türkçe ifadesi verilmiş ve her bir İngilizce maddeyi, konuyu kapsayan, uygun, anlaşılır şekilde Türk diline çevrilip çevrilmediğini değerlendirmeleri, değişiklik gerektiren maddelerin nasıl ifade edilmesi gerektiğine yönelik önerilerini belirtmeleri istenmiştir.
- **Verilerin analizi:**

  Kapsam geçerliğine ilişkin analizler Tablo 4-2'de sunulmaktadır.

Tablo 4-2: Takım çalışması algıları ölçeği için uzmanların verdiği puanlar ve KGO, KGİ değerleri (N=8)

Maddeler	Çok Uygun 4 Puan	Uygun Ancak Küçük Değişiklik Gerekli 3 Puan	Uygun Şekle Getirilmesi Gerekir 2 Puan	Uygun Değil 1 Puan	Toplam Uzman	KGO Oranı	KGİ Oranı:3+4 Puan/Toplam Uzman	Karar
Madde 1	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 2	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 3	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 4	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 5	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 6	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 7	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 8	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 9	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 10	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 11	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 12	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 13	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 14	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 15	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 16	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 17	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 18	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 19	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 20	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 21	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 22	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 23	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 24	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 25	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 26	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 27	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 28	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 29	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 30	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 31	8	0	0	0	8	1	1	Kabul
Madde 32	6	2	0	0	8	0,50	1	Kabul
Madde 33	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 34	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
Madde 35	7	1	0	0	8	0,75	1	Kabul
						KGO=0,75	**KGİ**=1	**KGİ>KGÖ** 1,00>0,78 **Kabul**

• **Pilot Çalışma**

TÇAÖ maddelerinin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla 30 hemşire ile ön çalışma yürütülmüştür. Ön çalışma verilerinin güvenirlik analizinde, ölçek toplamında Cronbach alfa değerinin 0,93 olduğu ve alt boyutlarda 0,93 ile 0,94 arasında değiştiği saptanmıştır. Ön çalışma sonucu elde edilen Cronbach alfa değerleri önerilen referans değerinin (α=0,70) üzerinde bulunmuştur (Pallant 2020). Ayrıca ön çalışmada, uygulamayı kabul eden hemşirelerin anketi doldurmaları sırasında yanlarında beklenilmiş ve anlamakta güçlük çektikleri maddeler için katılımcılardan geri dönüş istenmiştir. Katılımcıların sıkıntılı olarak gördükleri maddeler not edilerek, öneriler kaydedilmiştir. Ön çalışma sonrasında, uzmanların ve hemşirelerin görüşleri doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilmiş, her bir maddenin anlamları netleştirilerek, yazım hataları düzeltilmiştir.

• **Yapı Geçerliliği**

Faktör Analizi

Tablo 4-3'de Takım Çalışması Algıları Ölçeği'nin KMO ve Bartlett testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4-3: KMO ve Bartlett Küresellik testi sonuçları (N=365)

Test		**Sonuç**
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		0,96
Bartlett Küresellik Testi	**Ki-kare**	9630,429
	Anlamlılık	<0,000

Bu araştırmada, TÇAÖ'nin yapı geçerliliği için öncelikle 365 hemşireden toplanan verilerin homojenliği KMO ve Barlett testi ile değerlendirilmiştir. Testin sonucu 0.96>0,05 olduğundan faktör analizi için kullanacağımız verilerin homojen olduğu, diğer bir deyişle verilerimizin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. Bartlett küresellik testi, ölçek maddelerinin tutarlılığı ve korelasyon matriksinin anlamlılığını test etmek için uygulanmaktadır. Test sonucuna göre; (x2=9630,429;

p<0,000) faktör analizi yapabilmek için örneklem verileri üzerinde maddeler arasında yeterli seviyede korelasyon olduğu belirlenmiştir.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

AFA sonucuna göre; ölçek maddeleri öz değeri 1'den büyük olan beş faktör altında toplanmıştır (Tablo 4-4). Bu beş boyut, varyansın toplam % 67'sini açıklamaktadır (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Faktör analiz gösterim tablosu (N=365)

Faktör	Öz Değer	Varyans (%)	Kümülatif varyans (%)
1	16,525	47,215	47,215
2	2,744	7,839	55,054
3	1,699	4,854	59,908
4	1,462	4,178	64,085
5	1,033	2,953	67,038

Yapılan analiz sonucunda, maddelerin ilgili faktöre ait yük değerleri 0,31 ile 0,92 arasında değiştiği görülmüştür (Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Faktörlerin boyutlar altında gösterimi ve faktör yükleri analizi gösterim tablosu (N=365)

	Faktörler				
Madde	**Takım Yapısı**	**Liderlik**	**Durum İzleme**	**Karşılıklı Destek**	**İletişim**
M1	,657				
M2	,563				
M3	,641				
M4	,734				
M5	,736				
M6	,661				
M7	,559				
M8		,738			
M9		,817			
M10		,868			
M11		,677			
M12		,922			
M13		,826			
M14		,653			
M15			,430		
M16			,760		
M17			,641		
M18			,708		
M19			,625		
M20			,575		
M21			,402		
M22				,746	
M23				,691	
M24				,620	
M25				,347	
M26				,310	
M27				,336	
M28				,479	
M29					,562
M30					,452
M31					,707
M32					,693
M33					,825
M34					,812
M35					,721

Yukarıda faktör yükleri verilen boyutlar teorik olarak tutarlıdır. Oluşan boyutlar şu şekildedir; “Takım Yapısı”, “Liderlik”, “Durum İzleme”, “Karşılıklı Destek” ve “İletişim”.

Ölçeğin Türkçe ve orijinal formunda yer alan ölçek maddeleri aynı boyutlarda toplanmıştır. Her iki ölçek formu da beş boyuttan oluşmaktadır. Ölçek boyutları adlandırmaları ise orijinal ölçek formunda ifade edilmiş isimlerin Türkçesine çevrilip kullanılmış olup, farklı bir isimlendirme yapılmamıştır.

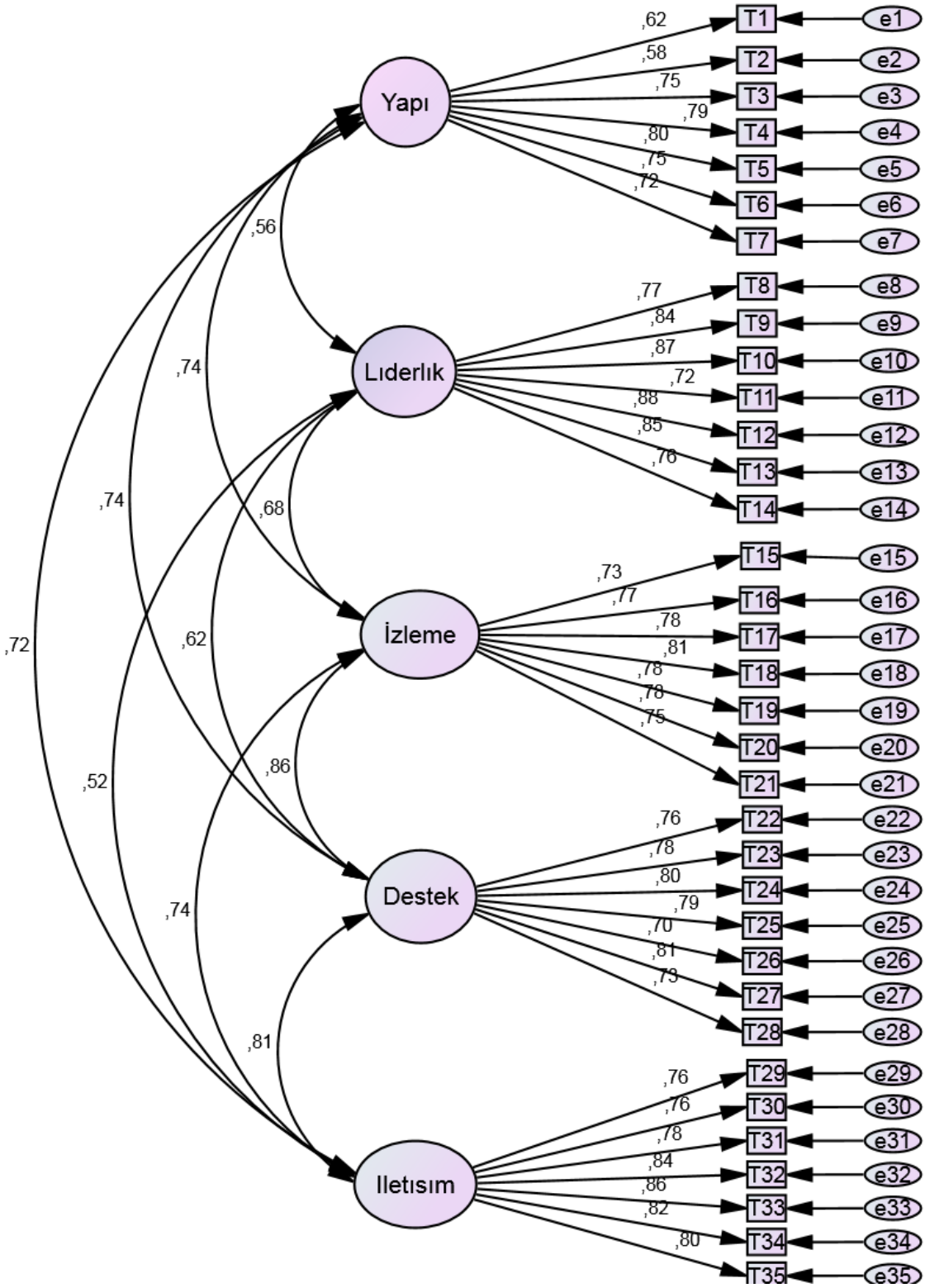
Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Doğrulayıcı faktör analizinde maddeler arasında kovaryans ve ölçeğe modifikasyon yapılmamıştır.

TÇAÖ ve alt boyutlarını oluşturan maddelerin, DFA sonucunda standartlaştırılmış yükleri Şekil 4-1'de, AFA ve DFA faktör yükleri ise Tablo 4-6'da görülmektedir.

Tablo 4-6:TÇAÖ'ne ilişkin AFA ve DFA faktör yük analiz sonuçları (N=365)

Maddeler	AFA Faktör Yükü	DFA Faktör Yükü
Madde 1	,657	,623
Madde 2	,563	,583
Madde 3	,641	,751
Madde 4	,734	,793
Madde 5	,736	,796
Madde 6	,661	,745
Madde 7	,559	,722
Madde 8	,738	,770
Madde 9	,817	,836
Madde 10	,868	,870
Madde 11	,677	,725
Madde 12	,922	,879
Madde 13	,826	,848
Madde 14	,653	,762
Madde 15	,430	,726
Madde 16	,760	,772
Madde 17	,641	,780
Madde 18	,708	,808
Madde 19	,625	,778
Madde 20	,575	,776
Madde 21	,402	,751
Madde 22	,746	,764
Madde 23	,691	,778
Madde 24	,620	,796
Madde 25	,347	,795
Madde 26	,310	,697
Madde 27	,336	,812
Madde 28	,479	,733
Madde 29	,562	,764
Madde 30	,452	,757
Madde 31	,707	,777
Madde 32	,693	,838
Madde 33	,825	,859
Madde 34	,812	,821
Madde 35	,721	,798



Şekil 4-2: Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analiz grafiği (N=365)

Yapı: Takım Yapısı Boyutu, Liderlik Boyutu, Durum: Durum İzleme Boyutu, Destek: Karşılıklı Destek Boyutu, İletişim Boyutu

Ölçeğin ve alt boyutlarının uyumunu doğrulamak amacıyla DFA sonucu incelendiğinde madde yüklerinin 0,58 ile 0,88, faktör yüklerinin ise 0,56 ile 0,86 arasında iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu analiz sonucuna göre ölçeğin faktör yükleri şu şekildedir;

- ✓ **Takım Yapısı Boyutu** madde korelasyon değeri: 0,58 ile 0,80
- ✓ **Liderlik Boyutu** madde korelasyon değeri: 0,72 ile 0,88
- ✓ **Durum İzleme Boyutu** madde korelasyon değeri: 0,71 ile 0,78
- ✓ **Karşılıklı Destek Boyutu** madde korelasyon değeri: 0,70 ile 0,81
- ✓ **İletişim Boyutu** madde korelasyon değeri: 0,76 ile 0,86 arasında değişmektedir (Şekil 4-1).

Tüm faktörlerdeki maddelerin 0,40'dan yüksek değere sahip olması, otuz beş maddenin beş faktör açısından önemli olduğu sonucuna bizi ulaştırmıştır.

Uyum İndeksleri

Takım Çalışması Algıları Ölçeği ve yer alan boyutlar için faktör analizi ve uyum ölçütleri Tablo 4-7'de görülmektedir.

Tablo 4-7: Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör analiz sonuçları (N=365)

		Model Değeri
Açıklayıcı Faktör Analizi	**Madde Sayısı**	35
	Boyut Sayısı	5
	Cronbach alpha	0,96
	KMO	0.96>0,05
	Bartlett anlamlılık testi	x2 =9630,429; p< 0,000
Doğrulayıcı Faktör Analizi	**CMIN/DF (X2 /df)**	2,4
	p-değeri	,000
	RMSEA	,062
	SRMR	,0449
	CFI	,917
	IFI	,918
	NNFI-TLI	,911

Çalışmada DFA sonuçlarına göre ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilen değer 2,4 olarak bulunmuş olup, bu değer modelin iyi uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin SRMR değerinin anlamlı ve 0,10'dan küçük bulunması (0,04, p<0,05) uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. RMSEA değerinin ise 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'den küçük olması (0,062, p<0,05) uyumun iyi olduğunu, 0,10'a eşit ya da küçük bulunması uyumun zayıf olduğunu göstermektedir. Yine CFI (0,917), NNFI (0,911) ve IFI (0,918) değerlenin ise 0,90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir (Doğan, 2015; Aksu ve ark., 2017; Erdoğan ve ark., 2107; Pallant, 2020).

Modelin test edilebilmesi için kurulan modelde yer alan boyutlar için uyum ölçütleri Tablo 4-8'de görülmektedir.

Tablo 4-8: Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin uyum ölçütleri ve referans uygunluk değerleri (N=365)

Uyum Değeri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model Değeri	Sonuç
X2 /sd	0≤X2 /sd≤3	3≤X2 /sd≤5	2,4	Mükemmel Uyum
RMSEA	0<RMSEA<0,05	0,05≤RMSEA ≤ 0,10	,062	Kabul Edilebilir Uyum
SRMR	0 ≤ SRMR ≤ 0,05	0,05 ≤ SRMR ≤ 0,10	,044	Mükemmel Uyum
CFI	0,95 ≤ CFI ≤1	0,90 ≤ CFI ≤ 0,95	,917	Kabul Edilebilir Uyum
IFI	0,95 ≤ IFI ≤1	0,90 ≤ IFI ≤ 0,95	,918	Kabul Edilebilir Uyum
PGFI	0,95 ≤ PGFI ≤1	0,50 ≤ PGFI ≤0,95	,721	Kabul Edilebilir Uyum
PNFI	0,50≤ PNFI ≤0,95	0,95 ≤ PNFI ≤1	,802	Mükemmel Uyum
RFI	0,90 ≤ RFI ≤1	0,85 ≤ RFI ≤ 0,90	,856	Kabul Edilebilir Uyum
NNFI-TLI	0,95 ≤ NNFI ≤1	0,90 ≤ NNFI ≤ 0,95	,911	Kabul Edilebilir Uyum

Referans değerler; Doğan, 2015; Aksu ve ark., 2017; Erdoğan ve ark., 2107; Pallant, 2020' den alınmıştır.

Diğer Geçerlilik Testleri

Yakınsak ve ayrışma geçerlik bulguları için TÇAÖ'nin alt boyutlarına ait; DFA faktörler arası korelasyon katsayıları, AVE, CR ve α değerleri Tablo: 4-9'da verilmektedir.

Tablo 4-9: TÇAÖ' nin alt boyutlarına ait; DFA faktörler arası korelasyon katsayıları, AVE, CR ve α değerleri (N=365)

TÇAÖ Alt Boyutları	Liderlik	Durum İzleme	Karşılıklı Destek	İletişim	AVE	CR	α
Takım Yapısı	,56*	,74*	,74*	,72*	0,518	0,881	0,926
Liderlik	1	,68*	,62*	,52*	0,656	0,930	0,943
Durum İzleme		1	,86*	,74*	0,595	0,911	0,912
Karşılıklı Destek			1	,81*	0,592	0,910	0,912
İletişim				1	0,645	0,927	0,921

* DFA Sonucuna Göre Faktörler Arası Korelasyon Katsayıları

TÇAÖ'nin ölçüm modellerinin yakınsak geçerliği için önce DFA sonucundan elde edilen faktör yük değerleri incelenmiştir ve Tablo 4-9'da görüldüğü gibi faktör yüklerinin ve AVE değerlerinin 0,50'den, CR ve Cronbach alfa değerlerinin 0,70'den büyük olduğu, yapılar arasındaki korelasyon değerlerinin ise 0,90'dan küçük olduğu gözlemlenmiştir. Elde edilen sonuçlar neticesinde ölçüm modeli yakınsak ve ayrışma geçerlik bulgularını desteklemektedir. Ayrıca, CR değerlerinin AVE değerlerinden yüksek olması da yine yakınsak geçerliliği destekleyici bir bulgudur. Tablo 4-9'da açıkça görüldüğü gibi tüm faktörlerin CR değerleri AVE değerlerinden yüksektir. Böylelikle, ölçeğin yakınsak geçerliliği sağladığı söylenebilir.

4.1.2.2. Güvenirliğe İlişkin Bulgular

Araştırmada güvenirlik analizleri için madde analizi, test-tekrar test değerleri ve iç tutarlılık değerlerine bakılmıştır.

• Madde analizi

Ölçekte yer alan beş alt boyut ve 35 maddenin toplam puan korelasyonları incelendiğinde, madde toplam puan korelasyon değerlerinin r=0,46-0,75 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4-10).

•İç tutarlık analizi

TÇAÖ'den elde edilen ölçümlerin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla özellikle Likert tipi ölçeklerde yaygın olarak kullanılan Cronbach alpha analizi yapılmıştır. Ölçek toplamında Cronbach alpha değeri 0,931 ve alt boyutlarında 0,912-0,943 arasında saptanmıştır (Tablo 4-10).

Tablo 4-10:Takım çalışması algıları ölçeğine ilişkin madde analizi sonuçları (N=365)

Maddeler	r	Madde Silindiğinde α Değeri	x̄	ss
Takım Yapısı (α= 0,926)			4,27	,476
1. Takım üyelerinin becerileri yeterince örtüştüğü için gerektiğinde iş paylaşımı yapılabilir.	,508	,967	4,27	,675
2. Takım üyeleri yaptıkları işlerden sorumlu tutulur.	,460	,968	4,39	,603
3. Birimimde çalışanlar, hasta için zamanında karar almayı sağlayan bilgileri bakım üyeleri ile paylaşır.	,647	,967	4,36	,569
4. Birimimde çalışanlar kaynakları (örn. çalışanların kullanacağı araç, gereç, bilgi vb.) verimli bir şekilde kullanır.	,648	,967	4,27	,589
5. Takım üyeleri rol ve sorumluluklarının farkındadır.	,644	,967	4,25	,599
6. Çalıştığım birimin açıkça belirlenmiş hedefleri vardır.	,643	,967	4,21	,613
7. Birimim yüksek verimlilik düzeyinde çalışır.	,650	,967	4,18	,693

Liderlik (α= 0,943)			4,02	,645
8. Yöneticim, hasta bakımı ile ilgili kararlarda takım üyelerinin katkısını (görüş, öneri, bilgi, beceri, deneyim vs.) dikkate alır.	,610	,967	4,04	,747
9. Yöneticim, yaşanılan bir olay sonrasında verim gücünü ortaklaşa değerlendirebilmek için takım üyelerine fırsat verir.	,632	,967	3,93	,789
10. Yöneticim, hasta bakım planını şekillendirirken takım üyeleri ile görüşmeye zaman ayırır.	,659	,967	3,92	,820
11. Yöneticim birim için gerekli olan kaynakların (örn. çalışanların kullanacağı araç, gereç, bilgi vb.) yeterli miktarda temin edilmesini sağlar.	,575	,967	4,14	,708
12. Yöneticim çatışmaları başarılı bir şekilde yönetir.	,619	,967	3,95	,817
13. Yöneticim uygun takım davranış biçimi oluşturur.	,647	,967	3,98	,810
14. Yöneticim hasta bakımını etkileyebilecek herhangi bir durum veya değişiklik halinde ilgili takım üyelerini bilgilendirir.	,678	,967	4,18	,695
Durum İzleme (α= 0,912)			4,12	,530
15. Takım üyeleri birbirlerinin gereksinimlerini etkin bir şekilde öngörür.	,716	,966	4,03	,681
16. Takım üyeleri birbirlerinin çalışma verim gücünü gözlemler.	,710	,966	4,10	,640
17. Takım üyeleri uygun olduklarında hasta bakımı ve sağaltımı gibi konularda bilgi paylaşımında bulunur.	,720	,966	4,21	,610
18. Takım üyeleri önemli bilgileri elde edebilmek için hasta ve çevresini gözlemler.	,744	,966	4,13	,629
19. Takım üyeleri karışıklıklara neden olabilecek bilgileri (örn. hasta değişiklikleri, yatak kullanılabilirliği vb.) birbirleri ile paylaşır	,713	,966	4,24	,601
20. Takım üyeleri, hasta bakımı ile ilgili herhangi bir durum değişikliğinde hedefleri yeniden değerlendirmek üzere bir araya gelir.	,738	,966	4,10	,654
21. Takım üyeleri, işlemlerin düzgün bir şekilde işleyebilmesi için birbirlerinin hatalarını düzeltir.	,726	,966	4,10	,683
Karşılıklı Destek (α= 0,912)			4,17	,514
22. Takım üyeleri, çalışma yoğunluğunda birbirlerine destek verir.	,683	,967	4,24	,625
23. Takım üyeleri herhangi bir olay karşısında güçlük yaşadığında birbirlerinden yardım talep eder.	,710	,966	4,27	,571
24. Takım üyeleri olası tehlikeli durumlara karşı birbirlerini uyarır.	,733	,966	4,29	,613
25. Takım üyeleri arasındaki geri bildirim, olumlu etkileşimlere ve gelecekteki değişimlere katkı sağlayacak şekilde yapılır.	,752	,966	4,14	,626
26. Takım üyeleri birimin en kıdemlisi ile fikir çatışması yaşasa dahi hastaların savunuculuğunu yapar	,679	,967	4,09	,675
27. Takım üyeleri hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir endişe duyduğunda, çalışma arkadaşlarını da bilgilendirir	,751	,966	4,25	,573
28. Takım üyeleri, kişisel hale gelen çatışmaları dahi çözüme kavuşturur.	,694	,966	3,95	,723
İletişim (α= 0,921)			4,19	,496
29. Hasta bakımı ile ilgili bilgiler hasta ve yakınlarına uygun bir dil kullanılarak anlatılır.	,694	,967	4,24	,538
30. Takım üyeleri gerekli olan bilgileri zamanında iletir.	,713	,966	4,23	,566
31. Takım üyeleri hastalara soru sormaları için yeteri kadar zaman ayırır.	,662	,967	4,18	,617
32. Takım üyeleri birbirleri ile iletişim kurmak için ortak bir dil kullanır	,729	,966	4,19	,591
33. Takım üyeleri birbirlerinden aldıkları bilgileri sözlü olarak teyit eder.	,723	,966	4,21	,578
34. Takım üyeleri hasta teslim sürecinde bilgi paylaşımı yapabilmek için standart bir yöntem kullanır.	,690	,967	4,22	,583
35. Takım üyeleri mevcut tüm kaynaklardan bilgi edinir.	,677	,967	4,14	,629
Toplam (α= 0,931)			4,16	,450

r=Madde toplam puan korelasyonu; α=Cronbach alpha iç tutarlık kat sayısı; x̄=Ortalama; ss= Standart sapma

•Test-Tekrar Test Yöntemi

Araştırmada ölçek farklı iki hastanede çalışan 30 kişilik hemşire grubuna iki hafta arayla uygulanmıştır ve her iki uygulamadan elde edilen puanların ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Tekrarlayan iki ölçümde ölçek puanları arasındaki uyum ICC ile de değerlendirilmiştir.

Ölçek toplamı için korelasyon kat sayısı r=0,945 (p<0,001) olarak bulunmuştur. Tüm ölçek ve alt boyutlarında iki ölçüm arasında ileri düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bağımlı gruplarda t testi sonucunda iki ölçüm arasında ölçek toplamında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (t=-1,838; p=0,76; Tablo 4-11).

Ölçek ve beş alt boyutuna ait ilk ve tekrarlayan test puanları arasındaki uyumu test etmek için sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC/iki yollu random etki, tutarlılık modeli) incelendiğinde, toplam ölçek için ICC=0,94, beş alt boyut ICC değeri 0,93-0,99 arasında, uyum katsayısı çok ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p<0,01; Tablo 4-11).

Tablo 4-11: Test tekrar test analizi (N=30)

		x̄ (ss)	t/p r/p	ICC/p
TÇAÖ toplam	**1. ölçüm**	4,02(0,44)	t=-1,838/p=0,76	0,94/ p<0,001*
	2. ölçüm	4,07(0,45)	r=0,945, p<0,001*	
Takım Yapısı	**1. ölçüm**	4,15(0,42)	t=-1,363/p=0,183	0,94/ p<0,001*
	2. ölçüm	4,20(0,45)	r=0,889, p<0,001*	
Liderlik	**1. ölçüm**	3,97(0,73)	t=-0,320/p=0,752	0,99/ p<0,001*
	2. ölçüm	3,98(0,71)	r=0,975, p<0,001*	
Durum İzleme	**1. ölçüm**	3,90(0,53)	t=-1,613/p=0,118	0,93/ p<0,001*
	2. ölçüm	3,98(0,56)	r=0,878, p<0,001*	
Karşılıklı Destek	**1. ölçüm**	3,99(0,53)	t=-0,779/p=0,442	0,93/ p<0,001*
	2. ölçüm	4,02(0,48)	r=0,869, p<0,001*	
İletişim	**1. ölçüm**	4,02(0,58)	t=-1,728/p=0,95	0,97/ p<0,001*
	2. ölçüm	4,17(0,58)	r=0,936, p<0,001*	

*p≤0,001; x̄= Ortalama; ss= Standart sapma; t= Bağımlı gruplarda t testi; r= Pearson korelasyon kat sayısı

• İki Yarı Test (Split Half) Güvenilirliği:

Deneklerin iki eşit yarıya bölünerek aldıkları puanlar arasındaki korelasyon değerine bakılmakta ve güvenirlik tahmini yapılmaktadır. Bu yöntem motivasyon, yorgunluk, tutum veya zaman içinde performansı etkileyebilecek diğer ruhsal etkenlerin

olduğu durumlarda ve özellikle uzun testlerde kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Araştırmada ölçeğin iki yarım test güvenilirlik katsayısını elde temek için; Gutmann, Split-Half ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı bakılmış, ölçeğin ilk ve son yarısı şeklinde ayrılarak her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. TÇAÖ uygulamasında yeterli düzeyde yüksek Guttman Split-Half, Spearman Brown ve Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı elde edilmiştir.

Sonuçlara göre, TÇAÖ'nin 18 maddelik 1. yarı ve 17 maddelik 2. yarı birbiriyle tutarlı ve ayrı ayrı güvenilirlikleri yüksek bulunmuştur (Tablo 4-12).

Tablo 4-12: Takım çalışması algı ölçeğinin iki yarı test güvenilirlik analizi

İki yarı arasında korelasyon	0,79
Eşit iki yarı Spearman Brown katsayısı	0,88
Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı	0,88
18 maddelik 1. yarı Cronbach alfa değeri	0,94
17 maddelik 2. yarı Cronbach alfa değeri	0,96

4.2. İkinci Aşamaya İlişkin Bulgular

TÇAÖ geçerlik ve güvenirlik analizi yapılmış; ardından hemşirelerin takım çalışması algı düzeyinin hemşire işbirliği ve iletişim ile ilişkisini belirlemek için takım çalışmasının yoğun olduğu kliniklerde çalışan 650 hemşireden veri toplanmıştır. İstatistik analizler için eksik anketler ayrıldıktan sonra toplamda 621 veri üzerinden analizler yapılmıştır (N=621).

Sürekli değişkenlerin normallik değerlendirilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Analiz ve histogram incelemeleri sonucunda basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1 ve -1 aralığında kaldığı ve normal dağıldığı görülmüştür.

Her iki ölçeğin de (TÇAÖ ve HHİÖ) geçerlik-güvenirlik çalışması hemşire örneklem grubu üzerinde yapıldığı için geçerliliğini test etmek için DFA yapılmamış güvenirliliği için Cronbach α değerleri kullanılmıştır. TÇAÖ α değeri 0,93, HHİÖ α değeri 0,93 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

Araştırmanın bu aşaması, bulgular gereç ve yöntem bölümünde belirtilen araştırma soruları doğrultusunda ana ve alt başlıklar halinde hazırlanarak sunulmaktadır.

4.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulguların Dağılımı

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcılar kamu hastanesinde (%72,3) çalışmakta olup cinsiyeti kadın (% 83,7), medeni durumu bekar (%52,5), 25 ile 40 yaş (%63,3) grubunda, eğitim düzeyi lisans (% 69,4) ve serviste (% 29,8) çalışmaktadır. Hemşireler mesleki deneyim yılı olarak 1-4 yıllık (%49,8) çalışan olmakla beraber ortalama 32,09±32,534 hemşire grubu ve 38,30±70,167 farklı disiplinler ile çalışmaktadır (Tablo 4-13).

Tablo 4-13: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N=621)

	Değişkenler	Özellik	n	%
HEMŞİRE ÖZELLİKLERİ	**Hastane Grubu**	**Kamu**	**449**	**72,3**
		Üniversite	113	18,2
		Özel	59	9,5
	Yaş	**18-40 yaş**	**515**	**82,9**
		41 ve üstü yaş	106	17,1
	Cinsiyet	**Kadın**	**520**	**83,7**
		Erkek	101	16,3
	Medeni durum	Evli	295	47,5
		Bekar	**326**	**52,5**
	Eğitim Durumu	Lise	50	8,1
		Önlisans	62	10,0
		Lisans	**431**	**69,4**
		Lisansüstü	78	12,6
	Çalışılan Birim	**Servis**	**185**	**29,8**
		Yoğun Bakım	163	26,2
		Ameliyathane	78	12,6
		Acil	99	15,9
		Diğer (İdari, Polk., Özel Dal)	96	15,5
	Görev	Yönetici Hemşire	38	6,1
		Yoğun Bakım Hemşiresi	155	25,0
		Acil Servis	95	15,3
		Servis Hemşiresi	**164**	**26,4**
		Ameliyathane Hemşiresi	81	13,0
		İdari, Polk.,Dal Hemşiresi	88	14,2
	Meslekte Çalışma Süresi	**1-4 yıl**	**309**	**49,8**
		5-14 yıl	167	26,9
		15-24 yıl	92	14,8
		25 yıl ve üstü	53	8,5
	Çalışılan birimde Toplam Çalışma Süresi	**1-4 yıl**	**475**	**76,5**
		5-14 yıl	115	18,5
		15 ve üstü	31	5
	Çalışılan Birimde Hemşire Sayısı	1-10	179	28,8
		11-35	**258**	**41,5**
		36-ustu	184	29,6
	Çalışılan Birimde Diğer Sağlık Disiplinleri Sayısı	1-5	120	19,3
		6-15	158	25,4
		16-30	135	21,8
		31-üstü	**208**	**33,5**

n: Sayı; %: Yüzde

4.2.2. TÇAÖ ve HHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4-14'de 621 hemşire görüşü üzerinden yapılan analiz sonucu, hemşirelerin genel takım çalışması algı düzeyi ve alt boyutlarının ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 4-14: Takım çalışması algıları ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (N=621)

TÇAÖ genel va alt boyutları	Maddeler	Min-Max	x̄ (ss)	α
Takım Yapısı	7	2,57-5,00	4,23 (0,50)	0,91
Liderlik	7	1,00-5,00	3,99 (0,73)	0,94
Durum İzleme	7	2,00-5,00	4,08 (0,55)	0,89
Karşılıklı Destek	7	1,00-5,00	4,15 (0,54)	0,89
İletişim	7	2,71-5,00	4,19 (0,50)	0,91
TÇAÖ	35	3,00-5,00	4,13 (0,47)	0,93

Tablo 4-14 incelendiğinde; "Takım yapısı" alt boyutundan alınan ortalama puan ve standart sapma değeri 4,23±,500, "Liderlik" alt boyutundan 3,99±,730, "Durum İzleme" alt boyutundan 4,08±,550, "Karşılıklı Destek" alt boyutundan 4,15±,540 ve "İletişim" alt boyutundan ise 4,19±,500 olduğu saptanmıştır. Genel takım çalışması algıları puan ortalaması ise 4,13±,470 olarak bulunmuştur.

TÇAÖ ve alt boyut puan ortalamaları ele alındığında en düşük puan ortalamasının (x̄=3,99±,730) "Liderlik" alt boyutunda ve en yüksek puan ortalamasının ise "Takım Yapısı" alt boyutunda (x̄=4,23±,500) olduğu bulunmuştur. Genel olarak takım çalışması algılarına bakıldığında ise hemşirelerin algı puan ortalamaları yüksek (x̄=4,13±,470) bulunmuştur.

Tablo 4-15'de 621 hemşire görüşü üzerinden yapılan analiz sonucu, hemşirelerin genel işbirliği düzeyi ve alt boyutlarının ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 4-15: Hemşire–hemşire işbirliği ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (N:621)

HHİÖ ve alt boyutları	Maddeler	Min-Max	x̄ (ss)	α
Problem Çözme	3	1,00-4,00	2,86 (0,71)	0,91
İletişim	5	1,00-4,00	2,73 (0,56)	0,94
Süreç Paylaşımı	5	1,00-4,00	2,86 (0,63)	0,91
Koordinasyon	3	1,00-4,00	2,93 (0,68)	0,91
Profesyonellik	10	1,00-4,00	2,93 (0,67)	0,92
HHİÖ	26	1,00-4,00	2,87 (0,60)	0,93

Tablo 4-15 incelendiğinde; "Problem Çözme" alt boyutundan alınan ortalama puan ve standart sapma değeri 2,86±,715, "İletişim" alt boyutundan 2,73±,567, "Süreç Paylaşımı" alt boyutundan 2,86±,635, "Koordinasyon" alt boyutundan 2,93±,683 ve "Profesyonellik" alt boyutundan ise 2,93±,677 olduğu saptanmıştır. Genel işbirliği puan ortalamasının ise 2,87±,603 olduğu belirlenmiştir.

HHİÖ ve alt boyut puan ortalamaları ele alındığında en düşük puan ortalamasının (x̄=2,73±,560) "İletişim" alt boyutunda ve en yüksek puan ortalamasının ise "Koordinasyon" (x̄=2,93±,680) ve "Profesyonellik" alt boyutlarında (x̄=2,93±,670) olduğu bulunmuştur.

4.2.3. Hemşirelerin Takım Çalışması Algıları ve İşbirliği Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılıkları

4.2.3.1. Hemşirelerin Takım Çalışması Algı Düzeyleri Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile TÇAÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde (Tablo 4-16); hemşirelerin yaşı ile TÇAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), "Liderlik" alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p\leq0,05$) olduğu ve 18-40 yaş aralığındaki hemşirelerin, 40 yaş üzerinde olan hemşirelere göre "Liderlik" alt boyutu algılarının ($t=2,601$; $p=0,010$) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin cinsiyeti ile TÇAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), "Liderlik" alt boyutu puan ortalaması arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p≤0,05) olduğu belirlenmiştir. Erkek hemşirelerin, kadın hemşirelere göre "Liderlik" alt boyutu algılarının (t=2,244; p=0,025) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin medeni durumu ile TÇAÖ puan ortalamaları, "Liderlik" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p≤0,05) olduğu, "Takım Yapısı", "Durum İzleme" ve "İletişim" alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p>0,05) olmadığı, bekar hemşirelerin, evli hemşirelere göre TÇAÖ puan ortalamalarının (t=2,489; p=0,013), "Liderlik" alt boyutu (t=2,411; p=0,016), "Karşılıklı Destek" alt boyutu (t=2,306; p=0,021) algılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin eğitim durumu ile TÇAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05), "Takım Yapısı" alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p≤0,05) olduğu belirlenmiştir. Sağlık Meslek Lisesi (SML) mezunu hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere göre "Takım Yapısı" alt boyutu algılarının (F=2,955; p=0,032) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimler ile TÇAÖ ve İletişim alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05), "Takım Yapısı", "Liderlik", "Durum İzleme" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p≤0,05) olduğu, İdari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin, diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre "Takım Yapısı" alt boyutu algılarının (F=3,682; p=0,006) daha fazla olduğu, servis hemşirelerinin yoğun bakım ve idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerine göre, acil hemşirelerinin de idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerine göre "Liderlik" alt boyutu algılarının (F=2,851; p=0,023) daha fazla olduğu, idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşireleri ile servis hemşirelerinin yoğun bakım ve acil hemşirelerine göre "Durum İzleme" alt boyutu algılarının (F=2,603; p=0,035) daha fazla olduğu, idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşireleri ile servis hemşirelerinin acil hemşirelerine göre "Karşılıklı Destek" alt boyutu algılarının (F=3,289; p=0,011) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin görevleri ile TÇAÖ puan ortalamaları, "Takım Yapısı", "Liderlik", "Durum İzleme" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p≤0,05) olduğu, "İletişim" alt boyutu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05), yönetici hemşirelerin yoğun bakım ve acil hemşirelerine göre TÇAÖ algılarının (F=2,965; p=0,006) daha fazla olduğu, yönetici hemşirelerin diğer tüm hemşirelere göre "Takım Yapısı" alt boyutu algılarının (F=4,085;p=0,001) daha fazla olduğu, yönetici hemşirelerin yoğun bakım ve İdari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerine göre, servis hemşirelerinin de idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerine göre "Liderlik" alt boyutu algılarının (F=3,984; p=0,001) daha fazla olduğu, yönetici hemşireler ve servis hemşirelerinin yoğun bakım ve acil hemşirelerine göre, idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin de yoğun bakım hemşirelerine göre "Durum İzleme" alt boyutu algılarının (F=2,694; p=0,020) daha fazla olduğu, yönetici ve servis hemşirelerinin acil servis hemşirelerine göre "Karşılıklı Destek" alt boyutu algılarının (F=3,289; p=0,006) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile TÇAÖ puan ortalaması, "Takım Yapısı", "Durum İzleme", "Karşılıklı Destek" ve "İletişim" alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05), "Liderlik" alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p≤0,05) olduğu belirlenmiştir. 1 ila 4 yıllık hemşirelerin, 15 ve daha üstü yıllık hemşirelere göre "Liderlik" alt boyutu algılarının (F=2,845; p=0,037) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde hemşire sayısı ile TÇAÖ puan ortalaması, "Liderlik", "Durum İzleme" ve "İletişim" alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05), "Takım Yapısı" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p≤0,05) olduğu, 1 ila 10 kişilik hemşire grupları ile çalışan hemşirelerin, 11 ve daha üstü grupla çalışanlara göre "Takım Yapısı" alt boyutu algılarının (F=5,421; p=0,05) daha fazla olduğu, 1 ila 10 kişilik hemşire grupları ile çalışan hemşirelerin, 36 ve daha üstü grupla çalışanlara göre "Karşılıklı Destek" alt boyutu algılarının (F=3,807; p=0,023) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşire özelliklerinden çalışılan hastane grubu, birimde çalışma süresi, çalışılan birimde diğer sağlık disiplinleri sayısı değişkenleri ile TÇAÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) saptanmıştır.

Tablo 4-16: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile TÇAÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıklar (N=621)

Değişkenler	Özellikler	n	TÇAÖ	Takım Yapısı	Liderlik	Durum İzleme	Karşılıklı Destek	İletişim
			x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss
Hastane Grubu	Kamu[a]	449	4,13±,478	4,23±,514	3,98±,756	4,08±,557	4,14±,561	4,19±,503
	Üniversite[b]	113	4,14±,424	4,20±,481	4,09±,582	4,09±,512	4,15±,469	4,17±,525
	Özel [c]	59	4,13±,494	4,28±,426	3,85±,851	4,11±,579	4,21±,536	4,19±,525
	İstatistiksel Test	F	F:,033	F:,600	F:2,127	F:,052	F:,340	F:,035
		p	p:,967	p:,549	p:,120	p:,950	p:,712	p:,966
Yaş	18-40 yaş[a]	515	4,13±,476	4,22±,503	4,02±,726	4,08±,562	4,15±,557	4,19±,515
	41ve üstü yaş[b]	106	4,11±,440	4,28±,486	3,82±,778	4,11±,488	4,15±,471	4,18±,480
	İstatistiksel Test	t	t: ,453	t: -1,178	t: 2,601	t: -,616	t: ,032	t:,124
		p	p:,651	p: ,239	p: **,010* a>b**	p: ,538	p: ,975	p: ,901
Cinsiyet	Kadın[a]	520	4,12±,455	4,22±,480	3,96±,726	4,08±,544	4,14±,539	4,19±,491
	Erkek [b]	101	4,18±,539	4,27±,593	4,14±,789	4,13±,573	4,19±,559	4,18±,597
	İstatistiksel Test	t	t: -1,077	t: -,703	t: -2,244	t: -.874	t: -,769	t: .207
		p	p: ,284	p: ,483	p: **,025* b>a**	p: ,382	p: ,442	p: ,836
Medeni durum	Evli[a]	295	4,08±,461	4,20±,513	3,91±,736	4,04±,533	4,10±,523	4,14±,506
	Bekar [b]	326	4,17±,473	4,26±,487	4,06±,736	4,13±,563	4,20±,557	4,22±,509
	İstatistiksel Test	t	t: -2,489	t: -1,535	t: -2,411	t: -1,937	t: -2,306	t: -1,918
		p	p: **,013* b>a**	p: ,125	p: **,016* b>a**	p: ,053	p: **,021* b>a**	p: ,056
Eğitim Durumu	Lise[a]	50	4,24±,452	4,37±,486	4,13±,739	4,24±,532	4,30±,498	4,19±,515
	Önlisans[b]	62	4,15±,434	4,28±,527	3,95±,687	4,08±,515	4,15±,531	4,27±,486
	Lisans[c]	431	4,11±,476	4,19±,487	4,00±,721	4,07±,560	4,13±,551	4,17±,513
	Lisansüstü[d]	78	4,13±,467	4,31±,538	3,87±,860	4,09±,529	4,17±,525	4,19±,501
	İstatistiksel Test	F	F:1,233	F:2,955	F:1,153	F:1,464	F:1,511	F:,720
		p	p:,298	p:**,032* a>c**	p:,327	p:,223	p:,210	p:,540
Çalışılan Birim	Servis[a]	185	4,19 ± ,496	4,23 ± ,509	4,10 ± ,734	4,14 ± ,563	4,21 ± ,560	4,25 ± ,540
	Yoğun Bakım[b]	163	4,07 ± ,487	4,19 ± ,490	3,90 ± ,770	4,02 ± ,581	4,11 ± ,576	4,15 ± ,495
	Ameliyathane[c]	78	4,12 ± ,448	4,20 ± ,509	4,01 ± ,699	4,07 ± ,505	4,18 ± ,439	4,14 ± ,494
	Acil[d]	99	4,07 ± ,455	4,17 ± ,552	4,07 ± ,748	4,00 ± ,557	4,00 ± ,553	4,12 ± ,500
	Diğer (Diğer (İdari-Polk.-Özel Dal) [e]	96	4,18 ± ,405	4,40 ± ,400	3,85 ± ,683	4,19 ± ,474	4,23 ± ,488	4,21 ± ,485
	İstatistiksel Test	F	F:1,881	F:3,682	F:2,851	F:2,603	F:3,289	F:1,541
		p	p:,112	p:**,006* e>a,b,c,d**	**p:,023* a>b,e d>e**	**p:,035* a>b,d e>b,d**	p:**,011* a>d e>d**	p:,189
Görev	Yönetici Hemşire[a]	38	4,33 ± ,416	4,48 ± ,444	4,28 ± ,549	4,26 ± ,529	4,30 ± ,474	4,32 ± ,521
	Yoğun Bakım Hemşiresi[b]	155	4,06 ± ,495	4,18 ± ,496	3,88 ± ,776	4,00 ± ,592	4,10 ± ,587	4,15 ± ,503
	Acil Servis Hemşiresi[c]	95	4,06 ± ,449	4,16 ± ,549	4,05 ± ,755	4,00 ± ,554	3,99 ± ,552	4,12 ± ,499
	Servis Hemşiresi[d]	164	4,19 ± ,493	4,22 ± ,505	4,10 ± ,755	4,15 ± ,558	4,22 ± ,551	4,20 ± ,524
	Ameliyathane Hemşiresi[e]	81	4,10 ± ,456	4,19± ,520	3.98 ± ,685	4,06 ± ,505	4,16 ± ,446	4,14 ± ,525
	Diğer (İdari-Polk.-Özel Dal) Hemşire[f]	88	4,14 ± ,403	4,37 ± ,395	3,80 ± ,676	4,16 ± ,478	4,20 ± ,508	4,18 ± ,467
	İstatistiksel Test	F	F:2,965	F:4,085	F:3,984	F:2,694	F:3,289	F:1,784
		p	p:**,012* a>b,c**	p:**,001** a>b,c,d,e**	p:**,001** a>b,f d>f**	p:**,020* a>b,c d>b,c f>b**	p:**,006* a>c d>c**	p:,114

Meslekte Çalışma Süresi	1-4 yıl	309	4,15 ± ,490	4,21 ± ,516	4,05 ± ,707	4,10 ± ,578	4,17 ± ,564	4,20 ± ,532
	5-14 yıl	167	4,08 ± ,469	4,20 ± ,500	4,00 ± ,733	4,01 ± ,551	4,08 ± ,564	4,12 ± ,485
	15-24 yıl	92	4,14 ± ,430	4,30 ± ,467	3,87 ± ,849	4,12 ± ,482	4,19 ± ,467	4,21 ± ,487
	25 yıl ve üstü	53	4,14 ± ,417	4,34 ± ,447	3,80 ± ,691	4,14 ± ,481	4,19± ,459	4,26 ± ,466
	İstatistiksel Test	F	F:,731	F:1,836	F:2,845	F:1,344	F:1,382	F:1,490
		p	p:,534	p:,139	p:**,037* a>c,d**	p:,259	p:,247	p:,216
Birimde Çalışma Süresi	1-4 yıl	475	4,15 ± ,483	4,24 ± ,510	4,03 ± ,731	4,10 ± ,560	4,16 ± ,550	4,21 ± ,526
	5-14 yıl	115	4,05 ± ,420	4,19 ± ,469	3,85 ± ,769	4,02 ± ,511	4,08 ± ,536	4,11 ± ,427
	15 ve üstü	31	4,10 ± ,420	4,25 ± ,472	3,91 ± ,693	4,05 ± ,535	4,20 ± ,437	4,11 ± ,496
	İstatistiksel Test	F	F:1,979	F:,577	F:2,774	F:1,031	F:1,131	F:1,855
		p	p:,139	p:,562	p:,063	p:,357	p:,323	p:,157
Çalışılan Birimde Hemşire Sayısı	1-10[a]	179	4,18 ± ,483	4,33 ± ,441	3,93 ± ,741	4,17 ± ,478	4,23 ± ,500	4,24 ± ,470
	11-35[b]	258	4,11 ± ,473	4,17 ± ,513	3,99 ± ,764	4,06 ± ,558	4,15 ± ,532	4,17 ± ,527
	36 ve üstü[c]	184	4,11 ± ,494	4,22 ± ,524	4,04 ± ,698	4,04 ± ,597	4,08 ± ,588	4,15 ± ,517
	İstatistiksel Test	F	F:1,554	F:5,421	F=1,012	F=2,710	F:3,807	F:1,620
		p	p:,212	p: **,005* a>b***	P=364	p:,067	p:**,023* a>c***	p:,199
Çalışılan Birimde Sağlık Diğer Disiplinleri Sayısı	1-5	120	4,16 ± ,455	4,27 ± ,471	3,91 ± ,740	4,15 ± ,532	4,22 ± ,526	4,22 ± ,480
	6-15	158	4,10 ± ,451	4,19 ± ,499	3,94 ± ,743	4,05 ± ,509	4,15 ± ,520	4,19 ± ,494
	16-30	135	4,11 ± ,524	4,26 ± ,500	3,98 ± ,785	4,03 ± ,672	4,09 ± ,640	4,21 ± ,555
	31-üstü	208	4,14 ± ,456	4,22 ± ,518	4,08 ± ,699	4,10 ± ,500	4,15± ,498	4,15 ± ,505
	İstatistiksel Test	F	F:,364	F:,727	F:1,658	F:1,320	F:1,211	F:,695
		p	p:,779	p:,536	p:,175	p:,267	p:,305	p:,556

*p≤0,05; **p≤0,001; x̄=Ortalama; ss=Standart sapma; n=Sayı; F: Tek yönlü varyans analizi, ANOVA; t= Bağımlı gruplarda t testi

TÇAÖ= Takım Çalışması Algıları Ölçeği

Gruplar arasındaki farkları incelemede ileri analiz için Tukey HSD testi kullanılmıştır.

4.2.3.2. Hemşirelerin Hemşire-Hemşire İşbirliği Düzeyleri Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HHİÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde (Tablo 4-17); araştırmada yer alan hastanelerde çalışan hemşirelerin işbirliği düzeyi ile hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p\leq0,05$) saptanmıştır. HHİÖ toplam puan ortalaması ($F=3,009$, $p=,049$) ve "Problem Çözme" alt boyutu puan ortalamasında özel hastanenin kamu ve üniversite hastanesine ($F=5,943$, $p=,003$) göre, Süreç Paylaşımı alt boyutunda özel hastanenin kamu hastanesine ($F=5,943$, $p=,003$) göre istatistiksel olarak farklı olduğu ve işbirliği düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hemşirelerin yaşı ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p\leq0,05$) olduğu belirlenmiştir. Genel olarak HHİÖ genel puan ortalaması ($t=-2,490$, $p=,014$), "Problem Çözme" ($t=-2,490$, $p=,014$), "İletişim" ($t=-2,145$, $p=,033$), "Süreç Paylaşımı" ($t=-1,977$, $p=,049$), "Koordinasyon" ($t=-2,173$, $p=,030$) ve "Profesyonellik" ($t=-2,238$, $p=,026$) alt boyutlarında 40 yaş üzerinde olan hemşirelerin, 18-40 yaş aralığındaki hemşirelere göre istatistiksel olarak farklı ($p<0,05$) olduğu ve daha yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin eğitim durumu ile HHİÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p\leq0,05$) olduğu, genel olarak HHİÖ ($F=5,310$, $p=,001$), "Problem Çözme" ($F=6,254$; $p=,000$), "Süreç Paylaşımı" ($F=4,931$, $p=,002$) ve "Koordinasyon" ($F=5,258$, $p=,001$) alt boyutlarında SML ve lisanüstü eğitim seviyesine sahip hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere göre, "İletişim" ($F=4,684$, $p=,003$) ve "Profesyonellik" ($F=3,706$; $p=,012$) alt boyutlarında ise Lisanüstü eğitim seviyesine sahip hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimler ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p\leq0,05$), servis ve İdari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin, diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre HHİÖ ve "Profesyonellik" alt boyutu ($F=8,524$; $p=,000$) puanlarının daha fazla olduğu, "Problem Çözme" alt boyutu ($F=10,849$; $p=,000$) puanlarında servis hemşirelerinin yoğun bakım ve acil hemşirelerine, idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre daha fazla olduğu, "İletişim" alt boyutu ($F=8,059$; $p=,000$) puan ortalamasında servis

hemşirelerinin yoğun bakım hemşirelerine, İdari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin yoğun bakım ve acil servis hemşirelerine göre daha fazla olduğu, "Süreç Paylaşımı" alt boyutu (F=6,510; p=,000) puan ortalamasında servis hemşirelerinin yoğun bakım hemşirelerine, İdari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin yoğun bakım, ameliyathane ve acil servis hemşirelerine göre daha fazla olduğu, "Koordinasyon" alt boyutu (F=4,793; p=,001) puan ortalamasında İdari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin yoğun bakım, ameliyathane ve acil servis hemşirelerine göre daha fazla olduğu bulunmuş ve daha yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin görevleri ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p \leq 0,05$) olduğu, servis ve İdari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin, diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre HHİÖ (F=6,897; p=,000) ve "Problem Çözme" alt boyutu (F=9,827; p=,000) puan ortalamalarının daha fazla olduğu, "İletişim" alt boyutu (F=5,742; p=,000) puan ortalamasında servis hemşirelerinin yoğun bakım hemşirelerine, idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin yoğun bakım, ameliyathane ve acil servis hemşirelerine göre, "Koordinasyon" alt boyutu (F=3,760; p=,003) puan artalamasında servis ve idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin ameliyathane hemşirelerine göre, "Profesyonellik" alt boyutu (F=6,722; p=,000) puan ortalamasında servis hemşirelerinin yoğun bakım, acil servis ve ameliyathane hemşirelerine, idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin ameliyathane ve acil servis hemşirelerine göre daha fazla olduğu bulunmuş ve daha yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p \leq 0,05$) olduğu, HHİÖ (F=8,270, p=,001), "Problem Çözme" (F=9,315; p=,000), "İletişim" (F=5,964, p=,001), "Süreç Paylaşımı" (F=7,296, p=,000) alt boyut puan ortalamasında 1 ila 4 yıllık hemşirelerin, 15 ve daha üstü yıllık hemşirelere göre, "Koordinasyon" (F=6,031, p=,000) ve "Profesyonellik" (F=6,930; p=,000) alt boyutları puan ortalamasında ise 5 ve 25 yıl üstü hemşirelerin 1 ila 4 yıllık hemşirelere göre daha fazla olduğu bulunmuş ve yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin birimde çalışma süresi ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p \leq 0,05$) olduğu, HHİÖ (F=6,944,

p=,001), “Problem Çözme” (F=4,555, p=,012), “İletişim” (F=4,408, p=,014), “Koordinasyon” (F=3,312, p=,041) ve “Profesyonellik” (F=5,734, p=,004) alt boyut puan ortalamalarında 15 ve üstü yıl çalışanların 1 ila 4 yıl çalışanlara göre, “Süreç Paylaşımı” (F=8,312, p=,041) alt boyut puan ortalamasında ise 15 ve üstü yıl çalışanların 1 ila 4 yıl, 5 ila 14 yıl çalışanlara göre daha fazla olduğu bulunmuş ve yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde hemşire sayısı ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p \leq 0,05$) olduğu, 1 ila 10 kişilik hemşire grupları ile çalışan hemşirelerin, 11 ve daha üstü grupla çalışanlara göre, 11 ila 35 kişilik hemşire grupları ile çalışan hemşirelerin, 36 ve daha üstü grupla çalışanlara göre HHİÖ (F=17,042, p=,000), “Süreç Paylaşımı” (F=15,533, p=,000), “Profesyonellik” alt boyut (F=14,215; p=,000) puanları, 1 ila 10 kişilik hemşire grupları ile çalışan hemşirelerin, 11 ve daha üstü grupla çalışanlara göre “Problem Çözme” (F=20,414; p=,000), “Koordinasyon” (F=9,070, p=,000) alt boyut puanları, 1 ila 10 kişilik hemşire grupları ile çalışan hemşirelerin, 36 ve daha üstü grupla çalışanlara, 11 ila 35 kişilik hemşire grupları ile çalışan hemşirelerin, 36 ve daha üstü grupla çalışanlara göre göre İletişim (F=16,144, p=,000) alt boyut puan ortalaması daha fazla bulunmuş olup yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde diğer sağlık disiplinleri sayısı ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p \leq 0,05$) olduğu, HHİÖ (F=6,533, p=,000), “Problem Çözme” (F=7,387, p=,000), “Profesyonellik” (F=6,799; p=,000) alt boyut puan ortalamasında, 1 ila 5 kişilik gruplar ile çalışan hemşirelerin, 16 ila 30 kişilik grupla çalışanlara, 5 ila 16 kişilik gruplar ile çalışan hemşirelerin, 16 ila daha üstü diğer grupla çalışanlara göre, “İletişim” (F=4,177; p=,006) alt boyut puan ortalamasında, 1 ila 5 kişilik gruplar ile çalışan hemşirelerin, 16 ila daha üstü gruplarla çalışanlara, 5 ila 16 kişilik gruplar ile çalışan hemşirelerin, 16 ila daha üstü diğer grupla çalışanlara göre, “Süreç Paylaşımı” (F=4,761, p=,003) alt boyut puan ortalamasında, 1 ila 5 kişilik ve 5 ila 16 kişilik gruplar ile çalışan hemşirelerin, 31 ila daha üstü gruplarla çalışanlara göre, “Koordinasyon” (F=3,869, p=,010) alt boyut puan ortalamasında, 5 ila 16 kişilik gruplar ile çalışan hemşirelerin, 31 ila daha üstü gruplarla çalışanlara göre daha fazla olduğu bulunmuş olup yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri belirlenmiştir.

Hemşire özelliklerinden cinsiyet, medeni durum değişkenlerinin HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4-17: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile HHİÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıklar (N=621)

Değişkenler	Özellikler	n	HHİÖ	Problem Çözme	İletişim	Süreç Paylaşımı	Koordinasyon	Profesyonellik
			x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss
Hastane Grubu	Kamu[a]	449	2,86±,616	2,84±,724	2,72±,580	2,85±,648	2,92±,707	2,92±,689
	Üniversite[b]	113	2,84±,616	2,80±,731	2,71±,565	2,83±,650	2,89±,640	2,90±,698
	Özel [c]	59	3,05±,435	3,16±,526	2,87±,447	3,06±,464	3,13±,529	3,09±,512
	İstatistiksel Test	F	F:3,009	F:5,943	F:2,031	F:5,266	F:2,784	F:1,744
		p	p:**,049*** **c>a,b***	p:**,003*** **c>a,b***	p:,132	p:**,006*** **c>a****	p:,063	p:,176
Yaş	18-40 yaş[a]	515	2,85±,623	2,83±,727	2,71±,586	2,85±,659	2,91±,693	2,91±,697
	41ve üstü yaş[b]	106	2,99±,485	3,01±,632	2,82±,453	2,96±,499	3,06±,618	3,05±,558
	İstatistiksel Test	t	t: -2,490	t: -2,693	t: 2,145	t: -1,977	t: -2,173	t:-2,238
		p	p:**,014*** **b>a**	p: **,008*** **b>a**	p: **,033*** **b>a**	p: **,049*** **b>a**	p: **,030*** **b>a**	p: **,026*** **b>a**
Cinsiyet	Kadın[a]	520	2,88±,585	2,88±,694	2,73±,546	2,87±,619	2,94±,664	2,94±,660
	Erkek [b]	101	2,84±,696	2,77±,813	2,76±,666	2,84±,722	2,89±,775	2,90±,764
	İstatistiksel Test	t	t: 5,838	t: 5,728	t: 8,158	t: 10.939	t: 1,055	t: 6.068
		p	p: ,623	p: ,210	p: 643	p: ,382	p: ,494	p: ,532
Medeni durum	Evli[a]	295	2,90±,549	2,89±,6702,	2,77±,531	2,89±,593	2,95±,647	2,96±,612
	Bekar [b]	326	2,84±,696	83±,757	2,70±,604	2,84±,679	2,92±,718	2,85±,654
	İstatistiksel Test	t	t: 5,838	t: 1,021	t: 1,535	t: ,866	t: ,657	t: 1,138
		p	p: ,623	p: ,308	p: ,125	p: ,387	p: ,512	p: ,256
Eğitim Durumu	Lise[a]	50	3,05±,520	3,10±,603	2,84±,558	3,06±,483	3,14±,575	3,12±,616
	Önlisans[b]	62	2,90±,552	2,91±,693	2,75±,537	2,88±,566	2,97±,612	2,96±,614
	Lisans[c]	431	2,82±,624	2,78±,727	2,68±,577	2,81±,656	2,87±,702	2,88±,703
	Lisansüstü[d]	78	3,06±,521	3,08±,654	2,92±,494	3,05±,611	3,14±,634	3,10±,563
	İstatistiksel Test	F	F:5,310	F: 6,254	F:4,684	F: 4,931	F: 5,258	F: 3,706
		p	p:**,001*** **a>c*** **d>c***	p:**,000*** **a>c*** **d>c***	p:**,003*** **d>c***	p:**,002*** **a>c*** **d>c***	p:**,001*** **a>c*** **d>c***	p:**,012*** **d>c***
Çalışılan Birim	Servis[a]	185	2,99 ± ,509	2,97 ± ,645	2,82 ± ,485	2,96 ±,541	3,02 ± ,571	3,09 ± ,577
	Yoğun Bakım[b]	163	2,76 ± ,666	2,71 ± ,744	2,59 ± ,611	2,73 ±,709	2,85 ± ,754	2,84 ± ,753
	Ameliyathane[c]	78	2,74 ± ,635	2,74 ± ,723	2,73 ± ,556	2,76 ±,691	2,78 ± ,740	2,73 ± ,710
	Acil[d]	99	2,75 ± ,641	2,67 ± ,752	2,63 ± ,638	2,78 ±,668	2,84 ± ,708	2,79 ± ,694
	Diğer (Diğer (İdari-Polk.-Özel Dal) [e]	96	3,08 ± ,493	3,19 ± ,599	2,93 ± ,481	3,07 ±,508	3,13 ± ,624	3,12 ± 564
	İstatistiksel Test	F	F: 8,524	F: 10,849	F: 8,059	F: 6,510	F: 4,793	F: 8,191
		p	p:**,000*** **a>b,c,d**** **e> b,c,d****	p:**,000*** **a>b,d**** **e>a,b,c,d****	**p:,000**** **a>b**** **e>b,d****	**p:,000**** **a>b**** **e>b,c,d****	p:**,001*** **e>b,c,d****	p:**,000*** **a>b,c,d**** **e> b,c,d****

Görev	Yönetici Hemşire[a]	38	2,99 ± ,716	3,05 ± ,712	2,79 ± ,614	2,97 ± ,794	3,00 ± ,836	3,07 ± ,792
	Yoğun Bakım Hemşiresi[b]	155	2,77 ± ,654	2,72 ± ,738	2,59 ± ,610	2,75 ± ,689	2,88 ± ,728	2,86 ± ,745
	Acil Servis Hemşiresi[c]	95	2,74± ,614	2,65 ± ,727	2,63 ± ,622	2,77± ,643	2,83± ,687	2,78 ± ,667
	Servis Hemşiresi[d]	164	3,00 ± ,493	2,98 ± ,632	2,84 ± ,478	2,97 ± ,524	3,03 ± ,557	3,10 ± ,563
	Ameliyathane Hemşiresi[e]	81	2,71± 6,53	2,69± ,741	2,70 ± ,584	2,72 ± ,697	2,74 ± ,746	2,71 ± ,720
	Diğer (İdari-Polk.-Özel Dal) Hemşire[f]	88	3,05 ± ,483	3,18 ± ,614	2,90 ± ,463	3,05 ± ,498	3,10± ,622	3,08 ± ,551
	İstatistiksel Test	F	F=6,897	F=9,827	F=5,742	F=5,382	F=3,760	F=6,722
		p	p=**,000****	p=**,000****	P=**,000****	p=**,000****	P=**,003***	P=**,000****
			d,f>b,c,e**	**d,f>b,c,e****	**d>b** **f>b,c****	**d>b** **f>b,c,e****	**d>e** **f>e****	**d>b,c,e** **f>c,e****
Meslekte Çalışma Süresi	1-4 yıl	309	2,77 ± ,668	2,73 ± ,773	2,64 ± ,618	2,75 ± ,689	2,83 ± ,737	2,82 ± ,750
	5-14 yıl	167	2,96 ± ,548	2,92 ± ,655	2,81 ± ,556	2,98 ± ,608	3,02 ± ,612	3,03 ± ,597
	15-24 yıl	92	2,95 ± ,475	3,02 ± ,621	2,78 ± ,387	2,97 ± ,511	2,98 ± ,616	3,00 ± ,563
	25 yıl ve üstü	53	3,08 ± ,439	3,13 ± ,532	2,92 ± ,471	3,00 ± ,453	3,17 ± ,575	3,17 ± ,523
	İstatistiksel Test	F	F=8,270	F=9,315	F=5,964	F=7,296	F=6,031	F=6,930
		p	P=**,000****	p=**,000****	p=**,001****	p=**,000****	P=**,000****	P=**,000****
			a<b,c,d**	**a<b,c,d****	**a<b,c,d****	**a<b,c,d****	**b,d>a****	**b,d>a****
Birimde Çalışma Süresi	1-4 yıl[a]	475	2,84 ± ,631	2,83 ± ,739	2,71 ± ,594	2,83 ± ,655	2,90 ± ,707	2,90 ± ,706
	5-14 yıl[b]	115	2,95 ± ,503	2,91 ± ,643	2,78 ± ,473	2,94 ± ,587	3,01 ± ,597	3,02 ± ,559
	15 ve üstü[c]	31	3,13 ± ,405	3,15 ± ,500	2,93 ± ,397	3,17 ± ,353	3,17 ± ,529	3,19 ± ,520
	İstatistiksel Test	F	F=6,944	F=4,555	F=4,408	F=8,312	F=3,312	F=5,734
		p	p=**,001****	p=**,012***	p=**,014***	p=**,000****	p=**,041***	p=**,004***
			c>a**	**c>a****	**c>a****	**c>a,b****	**c>a***	**c>a****
Çalışılan Birimde Hemşire Sayısı	1-10[a]	179	3,06 ± 476	3,12 ± 600	2,87 ± 447	3,06 ± 518	3,10 ± 595	3,12 ± 546
	11-35[b]	258	2,87 ± 578	2,82 ± 691	2,77 ± 556	2,85 ± 601	2,90 ± 636	2,94 ± 655
	36 ve üstü[c]	184	2,70 ± 691	2,66 ± 777	2,55 ± 637	2,70 ± 732	2,81 ± 788	2,75 ± 767
	İstatistiksel Test	F	F:17,042	F:20,414	F:16,144	F:15,533	F:9,070	F:14,215
		p	p:**,000****	p: **,000****	p:**,000****	p:**,000****	p:**,000****	p:**,000****
			a>b,c **b>c****	**a>b,c****	**a>c** **b>c****	**a>b,c** **b>c****	**a>b,c****	**a>b,c** **b>c****
Çalışılan Birimde Diğer Sağlık Disiplinleri Sayısı	1-5	120	2,97 ± ,525	3,01 ± ,697	2,83 ± ,489	2,96 ± ,559	3,00 ± ,602	3,03 ± ,589
	6-15	158	3,00 ± ,476	3,00 ± ,587	2,81 ± ,456	2,97 ± ,512	3,05 ± ,556	3,09 ± ,548
	16-30	135	2,81 ± ,637	2,79 ± ,750	2,66 ± ,606	2,82 ± ,626	2,90 ± ,707	2,86 ± ,728
	31-üstü	208	2,76 ± ,682	2,72 ± ,758	2,67 ± ,642	2,75 ± ,742	2,83 ± ,778	2,81 ± ,748
	İstatistiksel Test	F	F=6,533	F=7,387 P=**,000****	F=4,177	F=4,761	F=3,869 p=**,010***	F=6,799 p=**,000****
		p	P=**,000****		p=**,006***	p=**,003***		
			a>d **b>c.d****	**a>d** **b>c.d****	**a>c,d** **b>c.d****	**a>d** **b>d****	**b>d****	**a>d** **b>c.d****

*p≤0,05; **p≤0,001; x̄=Ortalama; ss=Standart sapma; n=Sayı; F: Tek yönlü varyans analizi, ANOVA; t= Bağımlı gruplarda t testi

HHİÖ= Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği, Gruplar arasındaki farkları incelemede ileri analiz için *Tukey HSD ve **Games Howell testi kullanıldı.

4.2.4. Hemşirelerde Takım Çalışması Algı Düzeyleri ve Alt Boyutlarının Hemşire-Hemşire İşbirliği, Alt Boyutları ve İletişim İle İlişkilerinin Belirlenmesi

Farklı likert yapısına sahip ölçeklerde standartlaştırma yapmak gereklidir. Bunun için z skoru kullanılmaktadır. Z skoru aradaki farkın hassas çıktısını sağlamaktadır (Aksu ve ark., 2017). Korelasyon analizi yapacağımız TÇAÖ 5'li, HHİÖ ise 4'lü likert tipi ölçek olduğu için z skorları alınarak korelasyon analizi yapılmıştır.

Hemşirelerin takım çalışması algı düzeyleri ve alt boyutları ile hemşire-hemşire işbirliği ve alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 4-18'de sunulmaktadır.

Tablo 4-18: Hemşirelerin takım çalışması algı düzeyleri ve alt boyutları ile hemşire-hemşire işbirliği ve alt boyutları arasındaki ilişki (N:621)

Ölçek ve Alt Boyutları

		TÇAÖ	Takım Yapısı	Liderlik	Durum İzleme	Karşılıklı Destek	İletişim	HHİÖ	Problem Çözme	İletişim	Süreç Paylaşımı	Koordinasyon	Profesyonellik
TÇAÖ	**r**	**1**	,807**	,762**	,888**	,880**	,817**	,380**	,401**	,355**	,302**	,307**	,370**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Takım Yapısı	**r**	,807**	**1**	,465**	,689**	,645**	,632**	,298**	,331**	,270**	,234**	,269**	,282**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Liderlik	**r**	,762**	,465**	**1**	,558**	,528**	,442**	,263**	,242**	,250**	,229**	,203**	,261**
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Durum İzleme	**r**	,888**	,689**	,558**	**1**	,803**	,675**	,313**	,352**	,288**	,249**	,246**	,302**
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Karşılıklı Destek	**r**	,880**	,645**	,528**	,803**	**1**	,727**	,360**	,395**	,350**	,274**	,278**	,350**
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
İletişim	**r**	,817**	,632**	,442**	,675**	,727**	**1**	,356**	,373**	,326**	,272**	,297**	,352**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
HHİÖ	**r**	**,380****	,298**	,263**	,313**	,360**	,356**	**1**	,873**	,873**	,920**	,913**	,967**
	p	**,000**	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
Problem Çözme	**r**	,401**	,331**	,242**	,352**	,395**	,373**	,873**	**1**	,752**	,776**	,740**	,804**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
İletişim	**r**	,355**	,270**	,250**	,288**	,350**	,326**	,873**	,752**	**1**	,770**	,737**	,780**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
Süreç Paylaşımı	**r**	,302**	,234**	,229**	,249**	,274**	,272**	,920**	,776**	,770**	**1**	,836**	,842**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
Koordinasyon	**r**	,307**	,269**	,203**	,246**	,278**	,297**	,913**	,740**	,737**	,836**	**1**	,878**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
Profesyonellik	**r**	,370**	,282**	,261**	,302**	,350**	,352**	,967**	,804**	,780**	,842**	,878**	**1**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

*p≤0,05; **p≤0,001; r=pearson korelasyon analisi

HHİÖ= Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği

TÇAÖ= Takım Çalışması Algıları Ölçeği

Tablo 4-18 incelendiğinde TÇAÖ ve alt boyutları puanları ile HHİÖ ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, orta düzeyde ve pozitif bir ilişki ($p<0,01$) vardır, TÇAÖ ve alt boyutları puanları ile iletişim boyutu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, güçlü ve pozitif bir ilişki ($p<0,01$) vardır. Hemşirelerin takım çalışması algıları arttıkça işbirliği ($r= ,380$; $p<0,01$) ve iletişimleri de ($r= ,817$; $p<0,01$) artmaktadır.

İki ölçek arasında korelasyon incelendiğinde; TÇAÖ en fazla "Durum İzleme" ($r=,888$; $p=0,001$) ve "Problem Çözme" ($r=,401$; $p=0,001$) alt boyutu ile korelasyon halindedir. HHİÖ en fazla "Profesyonellik" ($r=,967$; $p=0,001$) ve "Karşılıklı Destek" ($r=,360$; $p=0,001$) alt boyutu ile korelasyon halindedir.

4.2.5. Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerine Etkili Olan Etmenler

Hemşire işbirliği düzeyini yordalamada ilgili etmenlerin katkılarını belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır (Tablo 4-19). Çalışmada yer alan süreksiz kategorik değişkenler regresyon analizine "dummy değişken" olarak kodlanarak dahil edilirken, sürekli değişkenler ise orijinal değerleriyle analize alınmıştır. Dummy değişken olarak kodlanan süreksiz değişkenler aşağıda verilmiştir.

- Birimde çalışan hemşire sayısı "1-10 ", "11-35", "36 ve üstü" biçiminde üç kategoride işaretlenmiştir. Bu kategorilerden "36 ve üstü" kategorisi "0" şeklinde kodlanmış ve dummy değişken yapılmıştır.
- Birimde çalışan diğer disiplin sayısı "1-5", "6-15", "16-30" ve "31 ve üstü" biçiminde dört kategoride işaretlenmiştir. Bu kategorilerden "31 ve üstü" kategorisi "0" şeklinde kodlanmış ve dummy değişken yapılmıştır.

Bu kapsamda oluşturulan toplam üç model Tablo 4-19'da sunulmuştur.

İlk modelde basit doğrusal regresyon analizi ile hemşirelerin TÇAÖ toplam puanının HHİÖ toplam puanı üzerine etkisi incelenmiştir. Regresyon modeli için olası oto korelasyon ve çoklu bağlantı varlığı, Durbin Watson istatistiği (1,573) ve Varyans Enflasyon Faktörü (VIF) (1) ile değerlendirilerek, regresyon analizinin temel gereksinimlerinin karşılandığı doğrulanmıştır. Oluşturulan bu modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modeli oluşturan TÇAÖ puanının tek başına HHİÖ puanına ait varyansın %14,4'ünü açıkladığı saptanmıştır ($F(1\text{-}619)=104,465$; $p<0,05$; Düzeltilmiş

R2=0,143). TÇAÖ puanındaki bir birimlik standart sapma HHİÖ puanında 0,380'lik standart sapma kadar artışa neden olmaktadır.

Tablo 4-19: Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerinde Etkili Olan Etmenler (N=621)

Model		B	Standart Hata	β	t	p	Durbin Watson	VIF
1[a]	Sabit	,861	,199		4,337	,000	1,573	1
	TÇAÖ	,488	,048	,380	10,221	,000**		
	R2 =,144; Düzeltilmiş R2 =,143; F=104,465; p<0,000**							
2[b]	Sabit	,770	,210		3,671	,000	1,574	
	Takım Yapısı	,069	,066	,057	1,048	,295		2,149
	Liderlik	,069	,037	,085	1,858	,064		1,507
	Durum İzleme	-,041	,076	-,037	-,536	,592		3,478
	Karşılıklı Destek	,200	,077	,180	2,592	,010*		3,504
	İletişim	,210	,068	,177	3,087	,002*		2,384
	R2 =,155; Düzeltilmiş R2 =,148; F=22,603;p=>0,05*, p<0,000**							
3[b]	Sabit	2,776	0,30		91,100	,000	1,586	
	Birimde Hemşire Sayısı (Ref:1-10 Hemşire)	,130	,055	,094	2,358	,019*		1,021
	Birimde Diğer Sağlık Disiplini Sayısı (Ref:6-1 disiplin sayısı)	,240	,053	,180	4,536	,000**		1,021
	R2 =,46 Düzeltilmiş R2 =,43; F=14,897; p<0,05*, p<0,000**							

Bağımlı değişken: HHİÖ puanı; *p<0,05; **P<0,000; VIF: Varyans Enflasyon Faktörü; Durbin Watson: Otokorelasyon kat sayısı; a: Doğrusal regresyon analizi; b: Çoklu doğrusal regresyon analizi R2: Belirlilik kat sayısı; Düzeltilmiş R2: Düzeltilmiş belirlilik kat sayısı; B: Standardize edilmemiş beta değeri; β: Standardize edilmiş beta değeri; t: Değişkenin anlamlılığı; F: Modelin anlamlılığı

İkinci modelde Enter methodu seçilerek TÇAÖ'nun alt boyutları (Takım Yapısı, Liderlik, Durum İzleme, Karşılıklı Destek ve İletişim) çoklu doğrusal regresyon analizine alınmıştır. Regresyon modeli için olası oto korelasyon ve çoklu bağlantı varlığı, Durbin Watson istatistiği (1,574) ve VIF (1,507-3,504) ile değerlendirilerek, regresyon analizinin temel gereksinimlerinin karşılandığı doğrulanmıştır. Analiz sonucunda modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu fakat Takım Yapısı, Liderlik, Durum İzleme alt boyutlarının HHİÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin

olmadığı (p>0,05), "Karşılıklı Destek" ve "İletişim" alt boyutlarının ise HHİÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu (p<0,05) belirlenmiştir. Modelde yer alan değişkenler hep birlikte HHİÖ puanına ait varyansın %15,5'ini açıklamaktadır (F(5-615)=22,603;p<0,05*; Düzeltilmiş R2=0,148). Hemşirelerin "Karşılıklı Destek" algısındaki 1 birimlik standart sapma hemşire işbirliğinde 0,180'lik, İletişim algısındaki 1 birimlik standart sapma hemşire işbirliğinde 0,177'lik standart sapma kadar artışa neden olmaktadır (Tablo 4-19).

Üçüncü modelde Enter methodu seçilerek birimde hemşire sayısı, birimde diğer sağlık disiplin sayısı çoklu doğrusal regresyon analizine alınmıştır. Regresyon modeli için olası oto korelasyon ve çoklu bağlantı varlığı, Durbin Watson istatistiği (1,586) ve VIF (1,021) ile değerlendirilerek, regresyon analizinin temel gereksinimlerinin karşılandığı doğrulanmıştır. Analiz sonucunda modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu birimde çalışan hemşire sayısının ve birimde çalışan diğer disiplin sayısının HHİÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu (p<0,05) belirlenmiştir. Modelde yer alan değişkenler hep birlikte HHİÖ puanına ait varyansın %4,6'sını açıklamaktadır (F(2-618)=14,897;p<0,05*; Düzeltilmiş R2=0,43). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına göre, hemşire işbirliği ölçeği puanları üzerinde en önemli katkıyı birimde çalışan diğer sağlık disiplin sayısı (0,180) verirken en az katkıyı birimde çalışan hemşire sayısı (0,94) vermektedir (Tablo 4-19).

5. TARTIŞMA

Hemşireler, sağlık bakım kalitesini optimal düzeye çıkarmak için diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapmalarının yanı sıra kendi aralarında da işbirliği yapmalıdır. İşbirliği; katılımcıların birlikte bireysel olarak başarabileceklerinden daha fazlasını başarmalarına, daha büyük insan gruplarına hizmet etmelerine, bireysel ve kurumsal düzeyde büyümelerine olanak tanımaktadır (Green ve Johnson, 2015).

Bu bölüm, daha önce belirlenen araştırma soruları ve elde edilen bulgular doğrultusunda ele alınmıştır. Öncelikle araştırmacı tarafından uyarlanan ölçeğin oluşturulma süreci ve elde edilen veriler literatür ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Daha sonra geliştirilen ve kullanılan ölçekler yardımıyla elde edilen; demografik veriler, ölçeklerin genel boyut ve alt boyutlarına ilişkin veriler ve istatistiksel analiz sonuçları mevcut ulusal ve uluslararası literatür ile benzer ve farklı yönleri incelenerek değerlendirmeler yapılmıştır.

Araştırma iki aşamalı olarak yürütüldüğü için tartışma bölümü iki ana başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şu şekildedir;

5.1. Takım Çalışması Algıları Ölçeği'nin (TÇAÖ) Türk diline uyarlanması, geçerlilik-güvenirlilik çalışmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Hemşirelerde takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişim ile ilişkisi

5.2.1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulguların tartışılması

5.2.2. HHİÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması

5.2.3. Hemşirelerin HHİÖ genel ve alt boyutlarının kişisel ve mesleki özelliklerine göre tartışılması

5.2.4. TÇAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması

5.2.5. Hemşirelerin TÇAÖ genel ve alt boyutlarının kişisel ve mesleki özelliklerine göre tartışılması

5.2.6. TÇAÖ ve HHİÖ genel ve alt boyutları arasındaki ilişkilerin tartışılması

5.2.7. Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Tartışılması

5.1. Takım Çalışması Algıları Ölçeği'nin (TÇAÖ) Türk Diline Uyarlanması, Geçerlilik-Güvenirlilik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, TÇAÖ (T-TPQ)'nin orijinal formu çok adımlı ileri-geri çeviri protokolü, uzmanlar tarafından netlik ve geçerlilik değerlendirmeleri, pilot testler kullanılarak ve takım çalışmasının yoğun olduğu kliniklerden örneklem alınarak Türk diline uyarlanmıştır. Çalışmanın bulguları, Türk diline uyarlaması yapılan TÇAÖ (TR-TPQ)'nin güvenilirliğini ve geçerliliğini doğrulamaktadır.

Orijinal TÇAÖ, 5'li likert yapı, 35 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Battles ve King (2010) TÇAÖ kullanım kılavuzunda; maddelerin değiştirilmemesi gerektiğini, aksi halde ölçme aracının geçerlilik ve güvenirliliğinin etkilenebileceğini belirtmişlerdir. Ölçeğin dil geçerliliği ve uzman görüşleri alındıktan sonra ölçek, 5'li likert yapı, 35 madde ve beş boyut olarak hazırlanmış ve ölçeğin kapsam geçerlilik oranı oldukça yüksek (CVI=1) bulunmuştur.

TÇAÖ sonuçlarına göre en yüksek ortalama puan "Takım Yapısı" alt boyutundan (4,27) alınırken en düşük ortalama puan ise "Liderlik" alt boyutundan (4,02) alınmıştır. Hall-Lord ve ark., (2020) yaptıkları çalışmada en düşük ortalama puanı "Liderlik" alt boyutundan (3,56) alırken en yüksek puanı ise "İletişim" alt boyutunda (3,83) almıştır. Unoki ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada en düşük ortalama puanı "Liderlik" alt boyutundan (3,35) alırken en yüksek puanı ise "İletişim" alt boyutundan (3,68) almıştır. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup Türkiye'de yönetici hemşirelerin gelişimleri eğitimler ile desteklenmeli, liyakatlı yönetici atamalarına gerekli özen gösterilmeli ve hemşirelik lisans eğitimlerinde hemşirelikte yönetim dersleri alan eğitmenleri ile güçlü bir zeminde verilmelidir.

Zamana karşı güvenirlik için test–tekrar test yöntemi kullanılmış ve iki hafta arayla uygulanan ölçekten alınan puanlar veya ortalama puanlar Pearson Momentler çarpımı korealsyon analizi ile hesaplanmıştır. Bu çalışmada iki uygulamada katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ($p>0,05$) ve tüm boyutlarda ICC değerleri 0,90 ve üzerinde (0,93-0,97) çıkmıştır. Unoki ve ark., (2020) yaptıkları çalışmada ICC değerlerini 0,84 ve üzerinde (0,84-0,96), Qu J ve ark., (2020) yaptıkları çalışmada ICC değerlerini 0,74 ve üzerinde (0,74-0,88), Diep ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada ICC

değerlerini 0,84 ve üzerinde (0,74-0,88) bulmuştur. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup ölçeğin zamana karşı güvenilirliği vardır diyebiliriz.

İki yarım test güvenilirlik yöntemi motivasyon, yorgunluk, tutum veya zaman içinde verim gücün etkileyebilecek diğer ruhsal etkenlerin olduğu durumlarda ve özellikle uzun testlerde kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Algı ve algılama da belirli olay ve zamandan etkilenebileceği için iki yarım test güvenilirlik yöntemi kullanılmıştır. Ballangrud ve ark., (2017) çalışmalarında sağlık hizmetlerinde, sağlık personelinin algılarının zamanla hatta anlık bile değişebileceğini ve bu durumun test-tekrar-test yöntemi için bir sorun olduğunu belirtmişlerdir. Ölçeğin iki yarım test güvenilirlik katsayısını elde etmek için Gutmann Split-Half güvenilirlik katsayısı, Spearman-Brown güvenirlik katsayısı ve her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. TÇAÖ uygulamasında yeterli düzeyde yüksek Guttman Split-Half, Spearman Brown (0,88) ve Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı (>0,90) elde edilmiştir. Bu sonuçlar TÇAÖ'nin Türk diline uyarlanmasının iç tutarlılığa ve sürekliliğe sahip olduğunu başka bir ifade ile güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin iç tutarlık göstergesi olarak, ölçek alt boyutları ile toplam ölçek puanı arasındaki korelasyon ilişkisi değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan beş alt boyut ve 35 maddenin toplam puan korelasyonları incelendiğinde, madde korelasyon değerlerinin r=0,46-0,75 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin güvenirliğinin daha güçlü olması için, alt sınır olarak 0,35 değeri alınmıştır. Kakemam ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada madde korelasyon değerlerini r=0,51-0,80, Keebler ve ark., (2014) yaptıkları çalışmada madde korelasyon değerlerini r=0,62-0,87 arasında bulmuştur. Genel olarak çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup madde toplam korelasyonun pozitif ve yüksek olması maddelerin benzer özellikleri örneklediğini göstermektedir.

TÇAÖ Türk diline uyarlama çalışmasında ölçeğin toplam ve alt boyutlarının Cronbach α değeri 0,70'in üzerinde ve yüksek bulunmuştur. Litearatüre bakıldığında Battles ve King (2010), Keebler ve ark., (2014), Hall-Lord ve ark., (2020), Ballangrud ve ark., (2017), Unoki ve ark., (2020), Qu J ve ark., (2020), Kakeman ve ark., (2021), Lakatomitou ve ark., (2020), Diep ve ark., (2021)'nın yaptıkları çalışmada da ölçeğin toplam ve alt boyutlarının Cronbach α değeri 0.70'in üzerinde bulunmuştur ve Tablo 5-1'de ayrıntılı bir şekilde sunulmaktadır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenirliliği yüksektir diyebiliriz.

Ölçeğin Yapı Geçerliliği verilerin homojenliği Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) of Sampling Adequacy testi ile değerlendirilmiştir. Testin sonucu 0,96>0,5 olduğundan faktör analizi için kullanacağımız verilerin homojen olduğu diğer bir deyişle verilerimizin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin tutarlılığı ve korelasyon matriksinin anlamlılığı Bartlett küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Bartlett's Test of Sphericity testi (x2= 9630,429; p<0,000) sonucu örneklem üzerinde faktör analizi yapabilmek için maddeler arasında yeterli düzeyde korelasyonun olduğunu göstermiştir. AFA sonucuna göre ölçek maddeleri öz değeri 1'den büyük olan beş faktör altında toplanmıştır (Tablo 4-4). Bu beş boyut, varyansın toplam %67'sini açıklamaktadır. Faktör analizi için genel olarak, işaretine bakılmaksızın 0,60 ve üstü yük değeri yüksek; 0,30-0,59 arası yük değeri orta düzeyde büyüklük olarak tanımlanabilmekte ve değişken çıkartmada dikkate alınmaktadır (Büyüköztürk, 2002). Yapılan analiz sonucunda, maddelerin ilgili faktöre ait yük değerlerinin 0,31 ile 0,92 arasında değiştiği görülmüştür.

DFA sonucu incelendiğinde 35 ifadeye ait madde yüklerinin 0,58 ile 0,88, faktör yüklerinin ise 0,56 ile 0,86 arasında iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Keebler ve ark., (2014) 35 ifadeye ait madde yüklerini 0,65 ile 0,90, faktör yüklerini ise 0,67 ile 0,91 arasında iyi düzeyde bulmuştur. Diep ve ark., (2021) ölçeğin 1. (0.342) , 2. (0.137) ve 16. (0.273) maddelerin yük değerlerini düşük bulmuş, bu maddeleri çıkarttıktan sonra 32 ifadenin madde yüklerini 0,42 ile 0,84 arasında bulmuştur. Lakatomitou ve ark., (2020) 35 ifadelik ölçeğin madde yüklerini 0,43 ile 0,89 arasında bulmuştur. Kakeman ve ark. (2021) 35 ifadelik ölçeğin madde yüklerini 0,54 ile 0,83 arasında faktör yüklerini ise 0,63 ile 0,92 arasında iyi düzeyde bulmuştur. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup ölçeğin DFA sonucunda gözlemlenen faktör ve madde yükleri iyi düzeyde kabul edilebilir.

DFA sonucuna göre en yüksek korelasyon "Durum İzleme" ve "Karşılıklı Destek" boyutları arasında gerçekleşmiştir. Keebler ve ark. (2014)'nın yaptıkları çalışmada da en yüksek korelasyon "Durum İzleme" ve "Karşılıklı Destek" boyutları arasında gerçekleşmiştir. Kakemam ve ark. (2021)'nın yaptıkları çalışmada en yüksek korelasyon "İletişim" ve "Karşılıklı Destek" boyutları arasında gerçekleşmiştir. Çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup hemşirelerde durum izleme algı ve becerisi arttıkça karşılıklı destek algı ve becerisi de artmaktadır. Gestalt

ilkesine göre amaçlar ihtiyaçları, ihtiyaçlar farkındalığı, farkındalık da algıları şekillendirmektedir (Daş, 2006) .

TÇAÖ'nin ölçüm modellerinin yakınsak ve ayrışma geçerliği için önce DFA sonucundan elde edilen faktör yük değerleri incelenmiştir ve Tablo 4-9'da görüldüğü gibi faktör yüklerinin ve AVE değerlerinin 0,50'den, CR ve Cronbach alfa değerlerinin 0,70'den büyük, yapılar arasındaki korelasyon değerlerinin ise 0,90'dan küçük olduğu gözlemlenmiştir. Elde edilen sonuçlar ölçüm modellerinin yakınsak ve ayrışma geçerliğini desteklemektedir.

TÇAÖ'nin Türk Diline uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmasına İlişkin TÇAÖ genel ve alt boyutlarına ait Cronbach α puanları ile uyum ölçütleri literatür ile kıyaslanarak Tablo 5-1'de sunulmaktadır.

Tablo 5-1: TÇAÖ'nin Türk diline uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmasına ilişkin verilerin farklı versiyonları ile kıyaslanması

Çalışma	Versiyon	N	TÇAÖ (T-TPQ) α	Takım Yapısı α	Liderlik α	Durum İzleme α	Karşılıklı Destek α	İletişim α	x^2/df	RMSA	CFI	TLI
TÇAÖ Türk Diline Uyarlama Tez Çalışması		365	0,93	0,92	0,94	0,91	0,91	0,92	2,40	0,062	0,917	0,911
Battles ve King, 2010 (AHQR, Orijinal Ölçek T-TPQ)	Amerika	169	-	0,89	0,95	0,91	0,90	0,88	-	-	-	-
Keebler ve ark., 2014	Amerika	1700	0,98	0,92	0,96	0,94	0,92	0,93	6,59	0,94	0,94	0,057
Hall-Lord ve ark. 2020	İsveç	450	0,94	0,85	0,92	0,87	0,85	0,79	2,25	0,055	0,909	0,901
Ballangrud, Hesebo ve Hall-Lord, 2017	Norveç	244	0,82	0,78	0,84	0,82	0,84	0,80	1,77	0,056	0,888	0,878
Unoki ve ark. 2020	Japonya	443	0,95	0,85	0,92	0,90	0,86	0,82	2,81	0,062	0,895	0,886
Qu J ve ark. 2020	Çin	664	0,92	0,80	0,83	0,82	0,72	0,65	3,30	0,059	0,837	-
Kakeman ve ark. 2021	İran	404	0,96	0,85	0,92	0,87	0,84	0,89	2,42	0,059	0,904	0,897
Lakatomitou ve ark., 2020	Yunan	292	0,95	0,85	0,93	0,85	0,81	0,85	2,05	0,060	0,994	0,994
Diep ve ark., 2021	Fransa	235	-	0,78	0,90	0,79	0,76	0,76	1,42	0,050	0,912	0,903

Literatüre göre DFA'de bildirilmesi gereken en uygun uyum iyiliği indeksleri χ2, df, χ2/df, RMSEA, NNFI-TLI, CFI, IFI değerleridir (Doğan, 2015; Aksu ve ark., 2017) ve ölçek ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da bu değerler kullanılmıştır (Ballangrud, Hesebo ve Hall-Lord, 2017). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri incelendiğinde ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranının (2,4) 3'ün altında olduğu ve mükemmel uyum gösterdiği görülmüştür. Diğer uyum indeksleri ise RMSEA= 0,062, NNFI-TLI= 0,911, CFI= 0,917, IFI=0,918 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara bakılarak TÇAÖ'nin kabul edilebilir uyum indekslerine sahip olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde (Tablo 5-1) Hall-Lord ve ark. (2020); Lakatomitou ve ark., (2020); Kakeman ve ark. (2021); Diep ve ark., (2021) yaptıkları çalışmalarda da uyum indekslerini kabul edilebilir düzeyde bulmuşlardır. Genel olarak, bu sonuçlar gösteriyor ki TÇAÖ Türkiye'de yapılacak araştırmalar için uygun bir ölçme aracıdır.

5.2. Hemşirelerde Takım Çalışması Algılarının Mesleki İşbirliği ve İletişim İle İlişkisi

Takım Çalışması Algıları Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik analizi yapılmış olup; ardından hemşirelerin takım çalışması algıları düzeyinin hemşire işbirliği ve iletişim ile ilişkisini belirlemek için takım çalışmasının yoğun olduğu kliniklerde çalışan 650 hemşireden veri toplanmıştır. İstatistik analizler için kayıp veriler temizlendikten ve normal dağılım sağlandıktan sonra toplamda 621 veri üzerinden analizler yapılmıştır (N=621).

5.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin özellikleri hemşire işbirliğini etkilemekte olup, birim içi işbirliğinin sağlanmasında dikkat edilmesi gereken bir konudur (Ylitörmänen ve ark., 2019). Araştırmaya katılan hemşirelerin özelliklerine bakacak olursak; %72,3'ü kamu hastanelerinde çalışmakta ve %52,5'i bekardır.

Bu araştırmada hemşirelerin %83,7'si kadın katılımcıdan oluşmaktadır. Lemetti ve ark., (2021)'nın çalışmasında %96,2'si; Lee ve Hwang'ın (2019) yaptığı çalışmada %95,45'i; Alkan'nın (2020) yaptığı çalışmada katılımcıların %75,6'sı; Durmuş'un (2015) yaptığı çalışmada %95'i kadındır. Hemşirelik araştırmalarında kadın katılımcılarının fazla olmasının nedeni hemşireliğin gerek ülkemizde gerekse tüm dünyada kadın

mesleği olarak görülmesinden ileri gelmektedir. Internatıonal Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü, ILO) (2019)'nın sağlık meslekleri ile ilgili son verisine göre kadınlar, dünyada sağlık sektöründe istihdam edilenlerin %70'ini teşkil etmekte, 100 kadar ülkeye ait verilere göre de, vasıflı sağlık mesleklerinde çalışanların %72'sini kadınlar oluşturmaktadır. Ülkemizde yayınlanan 1954 Tarihli 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu'nun üçüncü maddesine bakacak olursak, "*Türkiye'de hemşirelik sanatını bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanını kazanmış* ***Türk kadınlarından*** *başka hiç bir kimse yapamaz."* İbaresi bulunmaktadır. Hemşirelik ünvanını kapsayan 3. madde 2007 Tarih ve 5634 Sayılı Hemşirelik Kanununda şu şekilde değiştirilmiştir, *"Türkiye'de hemşirelik mesleğini bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanı kazanmış* ***Türk vatandaşı*** *hemşirelerden başka kimse yapamaz."* Yine aynı kanunla hemşirelik eğitimini baz alan 7.maddede *"Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar"* ibaresi yer almıştır (Resmi gazete, 1954; Resmi gazete, 2004; Resmi gazete, 2007). Böylelikle "..Türk kadınları.." yerine ".. Türk vatandaşı.." kavramına yer verilmiş olması ve sağlık memurluğu gibi erkeklerin yoğunlukta olduğu bir programın hemşire eğitimiyle birleşmesi sonucunda erkeklerin hemşirelik mesleğine katılmaları sağlanmıştır. Gerek literatürde gerekse TÜİK verilerinde erkek ve kadın hemşire sayıları/oranları ile ilgili bir bilgi bulunmamaktadır. Ancak diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de erkek hemşire sayısının oldukça düşük olduğu varsayılmaktadır (Kaya, Turan ve Öztürk, 2011; Kahraman, Tunçdemir ve Özcan, 2015).

Çalışmada hemşirelerin %69,4'ü lisans düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir. Durmuş'un (2015) yaptığı çalışmada %74'ü; Hatip'in (2017) yaptığı çalışmada %75,6'sı; Koçak'ın (2019) yaptığı çalışmada %58'i lisans mezunudur. Lisans mezunu hemşirelerin çoğunlukta olmasının nedenleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Ülkemizde lisans düzeyinde eğitim veren sağlık yüksekokulu, hemşirelik ve sağlık bilimleri fakültelerinin sayısında artış olması. Yüksek Öğretim Kurulu (2017) yaptığı hemşirelikte lisans eğitimi çalıştayında ülkemizde 2015-2016 yıllarında hemşirelik lisans programlarına 11.367 öğrenci kayıtlı iken 2017-2018 yılında 71.538 öğrencinin kayıtlı olduğunu bildirmiştir. Bu sayının daha da arttığı düşünülmektedir.

- Ülkemizde 25.04.2007 tarihli 26510 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünün 1. maddesine göre; "Türkiye'de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir" maddesi ile **hemşireliğin sadece lisans düzeyinde olması gerektiğinin kanunlaştırılması** (Resmi Gazete, 2007),

- Yine aynı şekilde 18 Ocak 2014 tarihli 28886 sayılı Resmi Gazete'de yer alan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 24. maddesine göre Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında meslek liselerinin hemşirelik bölümlerinden mezun olanlara 2014-2015 öğretim yılından itibaren **"hemşire" ünvanın verilmeyeceği, bu okullardan "hemşire yardımcısı" unvanı ile mezun olunacağının kanunlaştırılması**dır (Resmi Gazete, 2014).

Çalışmada hemşirelerin %26,4'ü servis hemşiresi olarak, %25'i de yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Hemşirelerin %49,8'inin mesleklerinde, %76,5'nin de birimlerinde 4 yıl ve daha az deneyime sahip olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni olarak da Sağlık Bakanlığı'nın son dönemlerdeki yüksek hemşire istihdamı gösterilebilir.

Hemşirelerin %41,5'i 11-35 kişilik hemşire gruplarıyla çalıştığını, %33,5'i ise 31 ve üstü diğer disiplinler ile beraber çalıştığını belirtmiştir. Bunun nedenin ise ameliyathane, acil servis ve yoğun bakım üniteleri gibi matrix yapının ve birçok uzmanlığın hakim olduğu yerlerde disiplin içi ve disiplinler arası işbirlikçi sayısının fazla olması gösterilebilir.

5.2.2. HHİÖ Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hemşireler arasında işbirliğinin sağlanmasıyla birlikte hasta güvenliği, hasta memnuniyeti, hasta bakımı, hemşire iş doyumu ve iş tatmininde artma, hata oranları, hasta mortalitesi, hasta kalış süresi ve sağlık personeli değişim oranlarında azalma görülmektedir (Dougherty ve Larson, 2010; Lemetti ve ark., 2017; Lemetti ve ark.,

2019; Ibraheem ve ark., 2020). Hemşireler bakımın entegrasyonu ve işbirliği için geri bildirim yöntemini kullanabilmeli, yetkinliklerinin farkında olmalı ve bunları da paylaşabilmelidir.

Hemşire verisi (N=621) üzerinden yapılan analiz sonucu, hemşirelerin genel işbirliği düzeyi ve alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında; "Problem Çözme" alt boyutunun ortalama puanı 2,86; "İletişim" alt boyutunun ortalam puanı 2,73; "Süreç Paylaşımı" alt boyutunun ortalama puanı 2,86; "Koordinasyon" alt boyutunun ortalama puanı 2,93; "Profesyonellik" alt boyutunun ortalama puanı 2,93 olarak hesaplanmıştır. Ylitörmanen ve ark., (2019a)'nın yaptığı çalışmada iletişim, süreç paylaşımı, problem çözme ve profesyonellik alt boyutlarının birbirleri ile olumlu ilişkileri olduğunu, genel olarak hemşire işbirliğinin yüksek olduğu ve mesleki doyumunda buna bağlı olarak arttığını bulmuşlardır.

Hemşirelerin genel işbirliği puan ortalaması 2,87 olarak belirlenmiştir. Maksimum alınabilecek puanı 4,00 olarak düşünürsek hemşireler arasında işbirliği düzeyinin iyi seviyede olduğu söylenebilir. Durmuş (2015)'un çalışmasında hemşire işbirliği düzeyi 3,09, Aktaş (2020)'ın yaptığı çalışmada 3,09, Zengin (2021)'nin yaptığı çalışmada hemşire işbirliği düzeyi 3,22, Üstün(2020)'nün çalışmasında hemşire işbirliği düzeyi 3,11, Koçak (2019)'ın çalışmasında hemşire işbirliği düzeyi 3,69, Hatip (2017)'in çalışmasında hemşire işbirliği düzeyi 3,14, Lee ve Hwang' ın (2019) yaptığı çalışmada hemşire işbirliği düzeyi 2,99; Ylitörmänen ve ark., (2019b)'nın çalışmasında hemşirelerin genel işbirliği düzeyi 3,05 olarak iyi düzeyde bulunmuştur. Ylitörmanen ve ark., (2019a) hemşire işbirliği ile mesleki doyum arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Çalışmanın aksine Alkan (2020) yaptığı çalışmada hemşirelerin işbirliği düzeyini 2,42 olarak orta seviyede bulmuştur. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermekte olup son zamanlarda ortaya çıkan Covid-19 gibi bulaşıcı hastalıkların varlığı, palyatif hasta bakımı gibi semptom yönetiminin hakim olduğu, hemşirelerin uzmanlıklarını ve güçlerini gösterebilecekleri alanların artması, hemşirelikte eğitim seviyesinin hemen hemen aynı düzeye çıkması, hemşirelikte örgütlenmenin yaşanması, takım çalışması ile beraber bir ortak yapının oluşması ve amaçların, hedeflerin aynı olması sayesinde hemşireler arası işbirliğinin artmış olabileceği düşünülmektedir. Farklı disiplinler ile ilgili çalışmalara bakacak olursak Özkaraca (2009) hemşirelerin (49,89±4,72) işbirliği puan ortalamasını hekimlerden (47,52±4,11) yüksek bulmuştur. El Sayed ve Sleem (2011)'in çalışmasına göre, hemşireler (24,80±2,11) hekimlere (22,55±2,06) kıyasla

işbirliğine karşı daha olumlu tutum göstermiştir. Chang ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmada hemşireler, hekim ve diğer sağlık profesyonellerine göre daha olumlu algılara (F=279,51, p<0,05) sahiptir. Ahmadieh ve ark. (2020)'nın yaptıkları çalışmada hemşireler hekimlere oranla daha fazla işbirliği sergilemektedir. Bunun aksine Hamric ve Blackhall (2007) tarafından yapılan çalışmaya göre, hemşireler arası işbirliği hekimlerden daha az çıkmıştır. Dimitriadou ve ark., (2008) yaptıkları çalışmada hemşireler ve hekimler arasında işbirliğini çözülmesi gereken bir sorun olarak görmektedir. Bunun nedeni olarak hemşire ve hekimlerin farklı iş birliği algısına sahip olması ve güç oranları gösterilebilir. Kişiler arasındaki güç dengesi ne kadar açılırsa bir o kadar işbirliği azalmaktadır (Chang ve ark., 2009; El Sayed ve Sleem, 2011; House ve Havens 2017). IOM bakım kalitesini arttırmak için profesyoneller arasında güven, saygılı bir iletişim ve iyi iş ilişkilerinin artırılması gerektiğini tavsiye etmektedir (IOM, 2004).

Çalışmada “Profesyonellik” ve "Koordinasyon" alt boyutlarında işbirliği en yüksek düzeyde, "İletişim" alt boyutunda ise işbirliği en düşük düzeyde bulunmuştur. Aktaş (2020) yaptığı çalışmada en yüksek işbirliğini "Profesyonellik” (3,18), en düşük işbirliğini "İletişim” (2,86) alt boyutunda saptamıştır. Hatip (2017) yaptığı çalışmada en yüksek işbirliğini "Profesyonellik” (3,26), en düşük işbirliğini "İletişim” (2,92) boyutunda saptamıştır. Durmuş (2015) yaptığı çalışmada en yüksek işbirliğini "Profesyonellik” (3,20), en düşük işbirliğini "Problem Çözme” (2,76) alt boyutunda saptamıştır. Koçak (2019) yaptığı çalışmada en yüksek işbirliğini "Profesyonellik” (3,78), en düşük işbirliğini "Problem Çözme” (3,46) alt boyutunda saptamıştır. Zengin (2021) yaptığı çalışmada en yüksek işbirliğini "Problem Çözme” (3,40), en düşük işbirliğini "İletişim” (2,57) alt boyutunda saptamıştır. Üstün (2020) çalışmasında en yüksek işbirliğini "Profesyonellik” (3,22), en düşük işbirliğini "Problem Çözme” (2,92) alt boyutunda saptamıştır. Ylitörmänen ve ark., (2019b)'nın çalışmasına göre, genel olarak Norveçli hemşirelerin işbirliği oranı Finlandiyalı hemşirelere göre daha yüksektir, “Profesyonellik” (3,22) alt boyutlarında işbirliğini en yüksek düzeyde, en düşük işbirliğini "Problem Çözme” (2,79) alt boyutunda saptamışlardır. Lee ve Hwang'ın (2019) yaptığı çalışmada en yüksek işbirliği "Problem çözme” (3,30), en düşük işbirliği "Süreç Paylaşımı” (2,76) boyutunda saptanmıştır. Alkan (2020) yaptığı çalışmada en yüksek işbirliğini "Problem Çözme” (2,59), en düşük işbirliğini "Profesyonellik" (2,38)" alt boyutunda saptamıştır. Çalışma bulgularımız literatür ile

benzerlik göstermekte olup hemşirelikte uzmanlık ve deneyimin etkisine bağlı olarak profesyonellik ne kadar artarsa koordinasyon da o kadar olumlu etkilenecek, bunun bir sonucu olarak da işbirliği artacaktır. Takım çalışması ve işbirliği üzerinde iletişimin yeri çok önemlidir. Takım üyelerinin algılama farklılıklarının olması ve birbirlerini yeterince tanımamaları iletişim ve işbirliğini olumsuz etkileyeceği gerçeğini düşündürmektedir.

5.2.3. Hemşirelerin HHİÖ Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Araştırmada yer alan hastanelerde hemşirelerin birbirleriyle işbirliği durumları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır. Özel hastanede (3,05±,435) çalışan hemşirelerin Kamu (2,86±,616) ve Üniversite (2,84±,616) hastanelerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde işbirliği gösterdikleri ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yüce (2015) yaptığı çalışmada özel hastanede çalışan katılımcıların takım çalışması tutumlarını yüksek bulmuştur. Adıgüzel, Tanrıverdi ve Özkan (2011)'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin profesyonellik puan ortalamaları kurum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin toplam profesyonellik düzeyleri, özel ve üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerin toplam profesyonellik düzeylerinden anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Turalı (2021)'nın yapmış olduğu çalışmayla özel hastanede çalışan hemşirelerin kalite algısının iyi düzeyde olduğunu ve kaliteli bir çalışmanın ortaya çıkması için paydaşların demografik özelliklerinin bilinmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Taş ve Antalyalı (2019)'nın araştırma sonucuna göre özel hastanede çalışan hemşirelerin, kamu hastanesinde çalışan hemşirelere oranla daha fazla içsel ve anonim izharcılığı (etik dışı olayların olumsuz sonuçlarını engellemek amacıyla gerçekleştirilen bir eylem) tercih ettiklerini ve özel hastanede çalışan hemşirelerin daha fazla relativist tavırlar sergileyeceği sonucuna ulaşmış, etik değerler ile izharcılık arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Acar (2019)'ın yaptığı çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; özel hastanelerde çalışan hemşirelerin bağlamsal ve toplam performans düzeyleri, kamu ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur**.** Özel hastanede çalışan hemşirelerin daha yüksek işbirliği sergilemelerinde yapılan hizmet içi grup eğitimlerinin, komite toplantılarının, performans değerlendirmelerinin ve yapılan sosyal faaliyetlerin önemli bir katkısının olduğu düşünülmektedir.

“Problem Çözme” alt boyutunda özel hastanenin (3,16±,526) kamu ve üniversite hastanesinden istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Üniversite hastanesi ile kamu hastanesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Bir başka deyişle özel hastanede çalışan hemşireler kamu ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerden “Problem Çözme” boyutunda daha yüksek puan aldıkları söylenebilir. Erkuş ve Bahçecik (2015) yaptıkları çalışmada, özel hastanede çalışan yönetici hemşirelerin problem çözme becerilerini orta düzeyde bulmuştur. Abaan (2005)'nın yaptığı çalışma sonuçlarına göre hemşireler problem çözme konusunda kendilerini tanımamaktadır. Yılmaz ve Öztürk (2011) üniversite hastanesinde yönetici olan hemşirelerin merkez ve ilçe hastanesindekilere göre daha fazla çatışma yaşadıklarını saptamıştır. Yıldırım ve Bağsürer (2019) hemşirelerin problem çözme becerilerinin orta düzeye yakın olduğunu bulmuşlardır. Dede (2021)'nin yaptığı çalışmaya göre hemşirelerde problem çözme düzeyi artıkça mesleki dayanışma olumlu yönde etkilenmektedir. Hemşirelerde problem çözmenin işbirliği açısından önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Özel hastanelerde hemşire sayısının az olması ve insan kaynakları tarafından bir takım kişilik testlerinden geçerek işe alınmaları sebebiyle hemşireler arasında daha az farklılıklar yaşanmakta bunun bir yansıması olarak da “Problem Çözme” boyutunda daha fazla işbirliği yapabilecekleri düşünülmektedir.

“Süreç Paylaşımı” alt boyutunda özel hastanenin (3,06±,464) kamu hastanesinden istatistiksel olarak farklı ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Üniversite hastanesi ile kamu hastanesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Bir başka ifadeyle özel hastanede çalışan hemşireler kamu hastanesinde çalışan hemşirelerden süreç paylaşımı boyutunda işbirliği düzeyleri daha yüksektir. Durmuş (2015)'un yaptığı çalışmada “Süreç Paylaşımı” alt boyutunda üniversite hastanesi kamu hastanesinden istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,001$). Çevik ve ark., (2020)' nın yaptığı çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu hasta teslim sürecini gereksiz konuların, ilgisiz tavırların, eksik cevapların hakim olduğu bir işleyiş olarak ifade etmişlerdir. Sıvacı (2017) yaptığı çalışmada özel hastanede çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun, hasta güvenliği için hasta tesliminde standart bir yöntem olan SBAR'ı (Sağlık hizmetlerinde kullanılan SBAR **S-Situation**: Durum, **B-Background**: Tıbbi Öykü, **A-Assesmention**: Değerlendirme, **R-Recommendation**: Öneri) kullandığını bildirmiştir.

Demir ve Şahin (2014) yapmış oldukları çalışmada SBAR iletişim aracının kullanımına ilişkin geribildirimlerin genel olarak olumlu olmasına rağmen katılımcıların yarıdan fazlasının (%57,1) nöbet teslimlerinde SBAR iletişim tekniğini kullanmaya devam etmek istemediğini bildirmiştir. Sert, İlhan ve Okçu (2019)'nun bir eğitim araştırma hastanesinde yaptığı araştırma sonucuna göre, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu teslim sürecine ilişkin standart bir form oluşturulması gerektiğini düşünmektedir. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup özel hastanelerin süreç paylaşımı boyutunda işbirliğinin yüksek çıkmasının nedeni bakım hedef ve prosedürlerinin açık bir şekilde belirlenmesi, bunların çalışanlarla paylaşılması, görev tanımlarının net ve anlaşılır olması, kalite gereği teslim süreci için standart bir yöntem kullanmaları ve bunları eğitimle pekiştirmeleri olabileceği düşünülmektedir.

"İletişim", "Koordinasyon" ve "Profesyonellik" alt boyutları ile hastane değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür. Bal (2013) sağlık hizmetlerinin her aşamasında yer alan iletişimi, yönetimde önemli bir koordinasyon unsuru olarak görmektedir. Durmuş (2015)' un yaptığı çalışmada ise genel olarak "İletişim", "Koordinasyon" ve "Profesyonellik" alt boyutunda üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin işbirliği düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Karadaş ve ark. (2018) kamu hastanesinde yaptıkları araştırmada hemşirelerin profesyonellik düzeylerini yüksek düzeyde bulmuştur. Can ve Hisar (2019)'ın kamu hastanelerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin profesyonellik davranışları düşük çıkmıştır. Adıgüzel, Tanrıverdi ve Özkan (2011)'nın yaptığı çalışmada özel hastane ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin profesyonellik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgu ve sonuçları literatürde yer alan diğer bulgu ve sonuçlarla ayrışmakta olup İletişim, koordinasyon ve profesyonellik alt boyutlarında hastanede çalışan hemşireler arasında farklılık olmamasının nedeni hastanelerde çoğunlukla lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin olması olarak düşünülmekte olup eğitim düzeyi arttıkça kurumsal bütünleşmenin artabileceği buna bağlı olarak da iletişim, işbirliği, koordinasyon ve profesyonelliğin artacağı düşünülmektedir. Hwang ve arkadaşlarının (2009) Koreli ve Çinli hemşirelerle yaptığı çalışmada da benzer şekilde; yüksek eğitimli hemşirelerin yüksek düzeyde profesyonellik gösterdiği dolayısıyla yüksek işbirliği geliştirdiği ortaya konulmuştur.

Araştırmada yaş ile hemşirelerin işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan bağımsız t testi analizinde yaş ile işbirliği arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark olduğu (p<0,05) saptanmıştır. 41ve üstü yaş (2,99±,485) grubundaki hemşireler 40 yaş altı (2,85±,623) hemşirelere göre Genel işbirliği ve "Problem Çözme", "Süreç Paylaşımı", "İletişim", "Koordinasyon", "Profesyonellik" alt boyutlarında daha yüksek işbirliği sergilemektedir. Yeon, Hyun ve Kyung (2009) yaptıkları çalışmada 35 yaş ve altı hemşirelerin işbirliği düzeylerinin yaşı 25-30 olanlara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır. Parizard (2021) yaş ile işbirliği sürecinde pozitif ilişki saptamıştır. Arslan ve Koştu (2021)'nun çalışmasında 31-40 yaş hemşirelerin profesyonellik puanı diğer yaş gruplarındaki hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Zengin (2021)' nin yapmış olduğu çalışmada yaş ile koordinasyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif ve zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmanın aksine Koçak (2019)'ın yaptığı çalışmada 18-23 yaş grubundaki hemşirelerin yaşı daha fazla olan hemşirelere göre "Problem Çözme" ve "Koordinasyon" alt boyutlarında işbirliği daha yüksek çıkmıştır. Alkan (2020)' nın yapmış olduğu çalışmada yaş ile işbirliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Esenkaya (2021)'nın yaptığı çalışmada hekim hemşire işbirliğinde yaş anlamlı bulunmamıştır. Lee ve Hwang (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada yaş ile işbirliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup yaş ile birlikte hemşirelerde profesyonellik ve sorun çözme becerileri artmakta bunun bir sonucu olarak daha fazla işbirliği sergileyebilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada cinsiyet ile hemşirelerin işbirliği durumları arasındaki farkı belirlemek için yapılan bağımsız t testi analizinde hemşirelerin iş birliği durumlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine bakılmış, kadın ve erkek hemşireler arasında işbirliği ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, her iki cinsiyetin de işbirliğini aynı düzeyde gerçekleştirdiği belirlenmiştir (p>0,05). Sterchi (2007), Durmuş (2015), Lee ve Hwang (2019), Karaçar ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada kadın ve erkek hemşireler arasında işbirliği ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Arslan ve Koştu (2021) profesyonellik davranışının kadın ve erkek hemşireler arasında anlamlı olmadığı bulgusunu saptamıştır. Esenkaya (2021)'nın yaptığı çalışmada hekim-hemşire işbirliğinde cinsiyet faktörü anlamlı bulunmamıştır. Çalışmanın aksine Ylitörmänen ve ark. (2019b) yaptığı çalışmada cinsiyet ile "Problem Çözme" ve "İletişim" alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuş olup kadın hemşireler erkek hemşirelere göre daha fazla işbirliği

sergilemektedir. Zengin (2021)'nin yapmış olduğu çalışmada cinsiyet ile genel işbirliği, çatışma ve süreç paylaşımı alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuş olup erkek hemşireler kadın hemşirelere göre daha fazla işbirliği sergilemektedir. Alkan (2020) yaptığı çalışmada cinsiyet ile genel işbirliği, "Problem Çözme", "Profesyonellik" ve "Süreç Paylaşımı" alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuş olup erkek hemşireler kadın hemşirelere göre daha fazla işbirliği sergilemiştir. Literatür ile paralellik gösteren çalışmamızda işbirliğinin cinsiyet ile ilişkili olmadığı, bir işin yapılmasında, hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkarılmasında cinsiyet ayrımcılığının olamayacağı, aksine mesleki bilgi ve gücün bunu belirleyicisi olabileceği, kadın ve erkek hemşireler arasında işbirliği düzeyinin alınan eğitimlerle arttırılabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada medeni durum ile hemşirelerin işbirliği durumları arasındaki farkı belirlemek için yapılan bağımsız t testi analizinde evli ve bekar hemşirelerin işbirliği durumları arasındaki farka bakılmış, evli ve bekar hemşireler arasında genel İşbirliği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür. Durmuş (2015), Lee ve Hwang (2019), Alkan (2020), Aktaş (2020), Zengin (2021), Karaçar ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada evli ve bekar hemşireler arasında işbirliği ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermekte olup işbirliğinin medeni durum ile ilişkili olmadığı, bir işin yapılmasında iyi bir iletişimin sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin eğitim durumları ile işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası işbirliği ile eğitim durumları arasında fark olup olmadığına bakılmış ve lisans ile SML mezunu hemşireler arasında "Genel İşbirliği", "Problem Çözme", "Süreç Paylaşımı" ve "Koordinasyon" alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. SML mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre işbirliği düzeyleri daha yüksektir. Yüksek Lisans ile lisans mezunu hemşireler arasında genel işbirliği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre işbirliği düzeyleri daha yüksektir. Kalisch, Lee ve Rochman (2010) yaptıkları çalışmada eğitimin mesleki memnuniyeti etkilediğini, yüksek eğitim seviyesi olan hemşirelerin iş memnuniyetini düşük saptamışlardır. Aktaş (2020)'ın yaptığı çalışmada "Problem Çözme", "İletişim", "Profesyonellik" boyutunda lisansüstü lisansa, "Süreç Paylaşımı"

alt boyutunda ise SML, lisans ve lisanüstüne göre daha işbirlikçidir. Durmuş (2015)'un yaptığı çalışmada önlisans ile lisans mezunu hemşireler arasında "Problem Çözme", "Koordinasyon", "Profesyonellik" ve "Genel İşbirliği" düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Dikmen ve ark., (2014)'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim durumuna göre profesyonel tutum puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Karamanoğlu, Özer ve Tuğcu (2009) çalışmasında hemşirelerin aldıkları eğitim düzeyinin profesyonel davranış ve tutumlarda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmanın aksine Koçak (2019), Lee ve Hwang (2019), Zengin (2021) yaptıkları çalışmada eğitim durumu ile hemşirelerin işbirliği arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamışlardır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup lisans eğitim düzeyine sahip hemşirelerin otonomi yetkinliğinin daha fazla olması ve çalışma hayatında bireysel davranmasından dolayı işbirliğine yatkınlığının daha az olabileceği, SML mezunlarının küçük yaşta hastane gibi ağır bir iş ortamına girmeleri ve öğrenme konusunda rol model alma ilkesini benimsemelerinden ötürü işbirliğine daha yatkın olabilecekleri, yüksek lisans mezunu hemşireler ise eğitim seviyelerinin yüksek olması, alınan eğitim süresinin mesleki profesyonelliğin kazanılmasında etkili olabileceği ve uzmanlaşmanın verdiği takım çalışmasına yatkınlıklarından dolayı işbirliğine daha yatkın olabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin çalıştıkları birim ile işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşirelerin işbirliği düzeyleri ile çalıştıkları birim arasında fark olup olmadığına bakılmış ve genel olarak servis ve idari, polk., özel dal hemşirelerinin işbirliği düzeyleri diğer hemşirelere göre farklı ($p<0,05$) bulunmuştur. Lee ve Hwang (2019)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştıkları yer ile işbirliği düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve servis hemşirelerinin yoğun bakım hemşirelerine göre daha yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri saptanmıştır. Durmuş (2015)'un yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştıkları yer ile işbirliği düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve servis hemşiresinin daha yüksek düzeyde işbirliği sergilediği saptanmıştır. Aktaş (2020)'ın yaptığı çalışmada poliklinik hemşirelerinin "Problem Çözme" ve "Koordinasyon" alt boyutunda işbirliği düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Çalışmanın aksine Alkan (2020)'nın yaptığı çalışmada problem çözme alt boyutunda acil servis ve ameliyathane birimlerinde çalışanların işbirliği düzeyi servis ve yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Karaçar ve ark. (2021), Zengin (2021)'nin

yapmış olduğu çalışmalarda çalışılan pozisyon ile genel işbirliği ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Dikmen ve ark., (2014)'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin profesyonel tutumlarını etkilemediği bulunmuştur. Esenkaya (2021) yaptığı çalışmada ilaç ve tranfüzyon uygulamalarında hata risklerinin hemşirelerin çalıştıkları yerlere bağlı olarak arttığını saptamıştır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup servis ve idari, polk., özel dal hemşirelerinini işbirliği düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeni olarak gerek disiplin içi gerekse disiplinler arası etkileşimin çok fazla olması ve hasta bakımının daha kollektif yapıyı gerektirmesi gösterilebilir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin çalıştıkları pozisyon ile işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası işbirliği ile çalıştıkları pozisyon arasında fark olup olmadığına bakılmış ve genel olarak servis ve idari, polk., özel dal hemşirelerinin işbirliği düzeyleri diğer hemşireler göre anlamlı derecede farklı ($p<0,05$) bulunmuştur. Durmuş (2019)'un yaptığı çalışmada servis hemşiresinin daha yüksek düzeyde işbirliği sergilediği belirlenmiştir. Lee ve Hwang (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerin pozisyonları ile işbirliği düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve yönetici hemşirelerinin çalışan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde işbirliği sergiledikleri saptanmıştır. Çalışmanın aksine Zengin (2012)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin görevi ile işbirliği düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup servis ve idari, polk., özel dal hemşirelerinin işbirliği düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeni olarak gerek disiplin içi gerekse disiplinler arası etkileşimin çok fazla olması ve küçük gruplardan oluşması gösterilebilir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası işbirliği ile meslekte çalışma süreleri arasında fark olup olmadığına bakılmış ve genel olarak mesleki deneyimi 5 ila daha fazla yıla sahip olanların genel ve alt boyutlarına ait işbirliği düzeyleri 1 ila 4 yıl olanlara göre anlamlı derecede farklı ($p<0,05$) ve yüksek bulunmuştur. Çakı ve Sönmez (2020)'in yaptıkları çalışmada meslekte 5 yıl üzeri çalışan hemşirelerin profesyonel tutumlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Parizad ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada mesleki deneyim ile hekim-hemşire işbirliği arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Zengin (2021)'nin yaptığı çalışmada meslekte çalışma yılı ile genel işbirliği arasında anlamlı ilişki

olmadığı fakat koordinasyon boyutunda ise pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmanın aksine Özdemir ve Şahin (2015)'nin yaptıkları çalışmada mesleki deneyim ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve 1 yıldan az deneyime sahip hemşirelerin hasta güvenliği kültürü daha yüksek çıkmıştır. Göktepe ve ark. (2021) deneyimi üç yıl ve altında olan hemşirelerin bakım kalitesi algısını yüksek bulmuştur. Lee ve Hwang (2019), Alkan (2020), Esenkaya (2021) yaptıkları çalışmalarda meslekte çalışma yılı ile işbirliği arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Esenkaya (2021) yaptığı çalışmayla mesleki deneyimin hastane enfeksiyonları ortalamasını olumlu yönde etkilediği bilgisini ortaya koymuştur. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup mesleki deneyim arttıkça bilginin ve uzmanlığın verdiği güçle işbirliğinin de artabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin birimde çalışma süreleri ile işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası işbirliği ile birimde çalışma süreleri arasında fark olup olmadığına bakılmış ve genel olarak on beş ve üstü birim deneyimi olan hemşirelerin işbirliği düzeyi daha az yılı olan hemşirelere göre anlamlı derecede farklı ($p<0,05$) ve yüksek bulunmuştur. Aksoy ve Polat (2013) yaptıkları çalışmayla aynı hastanede çalışan kişilerin çalışma yılına bağlı olarak iş doyum düzeyinde artış yaşadıklarını saptamıştır. Terzi ve Polat (2020) yaptıkları çalışmada hemşirelerin kurumda çalışma sürelerine göre algılanan yönetici desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, kurumda çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin algılanan yönetici desteği puanları, çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aktaş (2020)'ın yaptığı çalışmada birimde 10 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin “Paylaşım Süreci” puanları, birimde 1 yıl ve altı süredir çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın aksine Bratt ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada klinik deneyimi 2 yıldan az olan hemşirelerin doktorlar ile işbirliği yapma deneyimlerini yılı daha fazla olanlara göre yüksek saptamışlardır. Lee ve Hwang (2019) klinik deneyimin işbirliği üzerine bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Alkan (2020), Zengin (2021) yaptıkları çalışmayla hemşirelerin hastanedeki çalışma yılı ile işbirliği düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup aynı birimde uzun süre çalışan hemşirelerin alan hakimiyetlerinin artacağı ve bu nedenle daha etkin otonomi, işbirliği ve sorumluluk paylaşımı sağlayacakları düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin sayısı ile işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası işbirliği ile hemşire sayısı arasında fark olup olmadığına bakılmış ve genel olarak 1 ila 10 hemşire sayısı olan takımlarda işbirliği düzeyi 11 ve üstü olanlara göre, 11 ila 35 hemşire sayısı olanlar ise 36 ve üstü olanlara göre işbirliği düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada küçük takım sayısı olanların işbirliği düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Mayo ve arkadaşları 1930'larda gerçekleştirilen Hawthorne deneyleriyle işçilerin küçük gruplarda organize olmasının verimlilik üzerinde son derece pozitif etkiye yol açtığını ortaya koymuşlardır (Asunakutlu, 2001). Yönetimde insan boyutunu analiz eden çalışmalardan biri olan İngiltere Tawistock Enstitüsü araştırmacıları küçük gruplarda insan ilişkilerinin daha yakın ve dayanışmanın daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmışlardır (Aktan, 2011). Türe (2019) çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olması ile problem çözme becerisinin arttığını bulmuştur. Ogungbamila, Ogungbamila ve Agboola (2010) yaptıkları çalışmada takım boyutlarının takım bağlılığına ve algılarına etki ettiğini bulmuşlardır. İşletmeler büyüdükçe daha çok bürokratik olmakta ve çevresel değişime uyumları azalmaktadır (Reyhanoğlu, 2009). Hasta sınıflandırması ve hemşire profesyonellerinin takım sayısının belirlenmesi hemşirelikte yönetim için önemli bir konudur (Vandresen ve ark. 2018). Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup küçük gruplarda işbirliğinin daha fazla olmasının nedeni olarak insanların daha fazla kaynaşması, birbirlerini daha fazla tanıması, karşılıklı sevgi ve güvenin sağlanması, hedeflerin içselleştirilmesi ve sürecin paylaşımı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin çalıştıkları diğer disiplin sayısı ile işbirliği düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde genel olarak 1 ila 5 disiplin sayısı ile çalışılan takımlarda işbirliği düzeyi 31 ve üstü olanlara göre, 5 ila 16 disiplin sayısı ile çalışılan takımlarda işbirliği düzeyi 16 ve üstü olanlara göre anlamlı derecede farklı ($p<0,05$) ve yüksek bulunmuştur. Küçük gruplar ile çalışan hemşirelerin işbirliği düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Hensel ve Ball (2013)'ın yüksek riskli yenidoğan simülasyonlarında grup büyüklüğü üzerine yaptıkları çalışmada küçük gruplarda kendine güven ve memnuniyet düzeyinin büyük gruplara oranla daha fazla olduğunu saptamışlardır. Kalisch ve Begeny (2005) yaptıkları çalışmada hasta bakım ünitesi yapısındaki mevcut engellerden biri olan takım büyüklüğünün takımın istenilen düzeye gelmesini engellediğini belirtmişlerdir. Timmermans (2012) takım halinde öğrenmeyi etkileyen faktörlerden birinin takım büyüklüğü olduğunu vurgulamıştır.

Miller (2008) yaptığı çalışmada disiplinlerin hemşireliğin temel bakım değerlerine önem vermemesi yüzünden hemşirelerin diğer profesyonellerle olan işbirlikleri etkilenmektedir bulgusuna ulaşmıştır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup işbirliği yapılan disiplin sayısının küçük olması ile takım içerisinde yapı daha özgündür, geri bildirim, saygı ve nezaket ikliminin hakim olması, mesleklerin birbirini tanıması, süreçlerin paylaşılması ile takım ruhu oluşmaktadır. Bu gibi nedenlerden dolayı küçük ekiplerde işbirliği seviyesinin daha fazla olacağı düşünülmektedir.

5.2.4. TÇAÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hemşirelikte takım çalışması, hasta güvenliği ve kalitesi açısından son derece önemlidir. Multidisipliner bakım sisteminin işlevsel hale gelebilmesi için;

- Bakım üyelerinin işleyişinin düzenlenmesi
- Kollektif vizit/multidisipliner konsey uygulaması yapılması
- Kurul ve komitelerde hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin yer almasının sağlanması
- Doğru bir takım algısının oluşturulması
- İç denetim süreçlerine multidisipliner bakım sisteminin entegre edilmesi
- Takdir ve ödüllendirme sisteminin gözden geçirilmesi gerekmektedir (Meydan, 2020).

Hemşire verisi (N:621) üzerinden yapılan analiz sonucu, hemşirelerin genel takım çalışması algı düzeyi ve alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında; “Takım Yapısı” alt boyutundan alınan ortalama puan ve standart sapma değeri 4,23±,500, “Liderlik” alt boyutundan 3,99±,730, “Durum İzleme” alt boyutundan 4,08±,550, “Karşılıklı Destek” alt boyutundan 4,15±,540 ve “İletişim” alt boyutundan ise 4,19±,500 olduğu saptanmıştır. Genel takım çalışması algıları puan ortalamasının ise 4,13±,470 olduğu bulunmuştur.

Takım yapısı takım üyelerinin sahip olduğu inançlar, alışkanlıklar, amaçlar, değer-yargıları, gelenekleri vb özellikleridir (Koçel, 2005). Liderlik amaç, planlama, sorun çözme ve iyileştirmeden oluşmaktadır. Durum İzleme çapraz gözlem, ortak akıl modelini kapsamaktadır. Karşılıklı destek yardımlaşma, geribildirim, savunma ve tekrar öne sürme, işbirliği, çelişkileri çözmek için özel durum olarak tanımlanmaktadır. Eylem ile ilgili kaygılar ifade edilmekte, alternatif sunulmakta ve sonuçlar değerlendirilmektedir. İletişim SBAR yöntemini kullanmak, yardım istemek, geri

bildirim ile tekrar etmek ve sorumluluğu devretmekten oluşmaktadır (Füsun Sayek, Türk Tabipler Birliğ (TTB) Raporları, 2011).

Takım çalışması algı ölçeği alt boyut puan ortalamaları ele alındığında en düşük puan ortalamasının "Liderlik" alt boyutunda ($\bar{x}$=3,99±,730) ve en yüksek puan ortalamasının ise "Takım Yapısı" alt boyutunda ($\bar{x}$=4,23±,500) olduğu bulunmuştur. Gad ve ark. (2021)'nın yaptığı çalışmada en düşük puan ortalamasının "Liderlik" alt boyutunda ve en yüksek puan ortalamasının ise "Takım Yapısı" alt boyutunda olduğu bulunmuştur. Hwang ve Ahn (2015)'ın yaptığı çalışmada en düşük puan ortalaması "Liderlik" alt boyutunda ve en yüksek puan ortalaması ise "Durum İzleme ve Takım Yapısı" alt boyutunda bulunmuştur. Kerrick (2021) yaptığı çalışmada takım çalışması eğitimi öncesinde en düşük puan ortalamasını "Durum İzleme", en yüksek puan ortalamsını "İletişim" alt boyutunda bulurken eğitim sonrasında ise en düşük puan ortalamasını "Liderlik", en yüksek puan ortalamsını "Durum İzleme" alt boyutunda saptamıştır. Long (2019) yaptığı çalışmada takım çalışması eğitimi öncesinde en düşük puan ortalamasını "liderlik", en yüksek puan ortalamsını "Takım Yapısı" alt boyutunda bulurken eğitim sonrasında ise en düşük puan ortalamsını "Liderlik", en yüksek puan ortalamsını "Takım Yapısı" alt boyutunda saptamıştır. Kakemam ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada en düşük puan ortalamasını "Durum izleme" ve "Liderlik" alt boyutunda, en yüksek puan ortalamasını ise "Takım Yapısı" alt boyutunda bulmuştur.Çalışmanın aksine Curtsinger (2018) yaptığı çalışmada en yüksek algı puan ortalamasını "Liderlik" ve "Durum İzleme" alt boyutlarında, en düşük algı puan ortalamsını ise "İletişim ve Takım Yapısı" alt boyutunda bulmuştur. Enzinger (2017)'in yaptığı çalışmada hemşireler en yüksek algı puan ortalamasını "Liderlik" alt boyutunda, en düşük algı puan ortalamsını ise "Durum İzleme" alt boyutunda, hemşire yardımcılarında ise en yüksek algı puan ortalamasını "İletişim" alt boyutu, en düşük algı puan ortalamsını ise "Durum İzleme" alt boyutundan almıştır. Çalışmamızın sonucu literatür ile benzerlik göstermekte olup en düşük algının liderlik boyutunda çıkmasının yöneticilerin eğitimleri, deneyimleri, yönetim tarzları ve mesleği algılamalarındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşündürürken, etkin ve verimli bir takım oluşturmak, kaliteli çıktılar alabilmek için temel unsurun iyi bir önder niteliğinde lider olduğu gerçeğini bir kez daha ortaya koymaktadır. En yüksek algının takım yapısı boyutunda çıkması ise takım üyelerinin çoğunluğunu lisans mezunu, 1-4 yıllık deneyim ve kadın

hemşirelerin oluşturması olarak açıklanabilir. Literatür takım yapısının hemşirelerin takım çalışması algısına etki ettiğini söylemektedir (Kakemam ve ark., 2021).

Genel olarak takım çalışması algılarına bakıldığında ise hemşirelerin algı puan ortalamaları yüksek ($\bar{x}$=4,13±,470) bulunmuştur. Kakemam ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada hemşirelerde algı puan ortalamasını iyi (3,81) düzeyde bulmuştur. Çakır (2019) yaptığı çalışmada takım çalışması algısını 3,54 olarak iyi seviyede bulmuştur. Enzinger (2017)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin takım çalışması algıları toplam puanı 4,26, hemşire yardımcılarının ise 4,03 olarak iyi düzeyde bulmuştur. Matzke, DeGennaro ve Howie-Esquivel (2021)'nın yaptıkları çalışmada takım çalışması eğitimi öncesinde toplam takım çalışması algıları puanı 121,4 iken eğitim sonrasında ise toplam takım çalışması algıları puanı 128,2 olarak yüksek çıkmıştır. Çalışmanın aksine Rice ve ark.(2016)'nın yaptıkları çalışmada takım çalışması eğitimi öncesinde toplam takım çalışması algıları puanı 72,85 iken eğitim sonrasında ise toplam takım çalışması algıları puanı 69 çıkmıştır. Yılmaz (2019) yaptığı çalışmada hemşirelerin takım çalışması ortamı algı düzeylerini orta seviyede bulmuştur. Kavuran va ark. (2021) yaptıkları çalışmada hemşirelerin takım çalışması yaklaşımlarını düşük bulmuştur. Mahramus ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada takım çalışması puanı 2,63 orta düzeyde çıkmıştır. Weaver, Hernandez ve Olson (2017) yaptığı çalışmada takım çalışması eğitimi öncesinde toplam takım çalışması algıları puanı 93,51 iken eğitim sonrasında ise toplam takım çalışması algıları puanı 73,37 çıkmıştır. Çalışmamızın sonucu literatür ile benzerlik göstermekte olup takım yapısının benzer özellikli kişilerden oluşması sonucunda takım çalışması algılarının olumlu etkilenebileceği düşünülmektedir.

Takım çalışmasını olumsuz etkileyen faktörler;

- Meslek üyelerinin farklı eğitim düzeyinde olması
- Meslek üyelerinin farklı kültürlerden gelmesi
- Meslek üyelerinini rol ve görev belirsizliği
- Meslek üyelerinin yanlış beklentilerinin olması
- Otoritenin paylaşılmak istenmemesi
- Meslek üyelerinin otonomi eksikliği
- Meslekler arası rekabet
- Performansa dayalı sistem
- Çıkar ilişkileri
- Bencillik, yardım etmeme

- Karar verme sürecinde bazı meslek gruplarının baskın olması sayılabilir (Canlı, 2010).

5.2.5. Hemşirelerin TÇAÖ Genel ve Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Araştırmada yer alan hastaneler ile hemşirelerin takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p<0,05$) saptanmıştır. Tüney (2019)'in yaptığı çalışmada takım çalışması tutumları ile kurum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. Çalışmanın aksine Labrague, Santos ve Fronda (2021)'nun yaptıkları çalışmada hastane tesisinin büyüklüğünün hemşirelerde kaçırılmış hemşirelik bakımına neden olduğunu bulmuşlardır. Çelik ve Karaca (2017) özel hastanede yaptıkları çalışmada ekip çalışması tutumları ve motivasyon düzeyleri yüksek çıkmıştır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup, çalışanların algıları üzerinde kurumların yapı ve kültüründen ziyade takım üyelerinin kültür ve yapısının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yaş ile hemşirelerin takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan bağımsız t testi analizinde yaş ile takım çalışması algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) fakat "Liderlik" algısı alt boyutunda ise anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. 18 ila 40 yaş (4,02±,726) grubundaki hemşirelerin **"**Liderlik" algısı alt boyut puanları 40 ve üstü yaş grubu (3,82±,778) hemşirelere göre daha yüksektir. Karakaya (2020) yaptığı çalışmada yaş ile liderlik boyutunda anlamlı bir fark bulmuştur ve 25 yaş altı hemşirelerin takım çalışması tutumları 46 ve üstü yaş grubuna göre yüksek çıkmıştır. Yılmaz ve Yıldırım (2008) yaptıkları çalışmada yaş ile takım çalışması tutumları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Enzinger (2017), Çakır (2019), Kakemam ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada takım çalışması algıları ile yaş arasında anlamlı olmayan bir ilişki bulmuştur. Çalışmanın aksine Hwang ve Ahn (2015)'nın yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üstü hemşirelerin takım çalışması algıları daha fazla çıkmıştır. Yüce (2015) yaptığı çalışmada yaş arttıkça iletişim algısının arttığını belirtmiştir. Alıcı (2019) yaptığı çalışmada 112 acil sağlık çalışanlarının takım çalışması algı düzeyleri ile yaş demografik değişkeni arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptamış, 40 ve üzeri olanların takım çalışması algılarını anlamlı düzeyde daha yüksek bulmuştur. Bratt

ve ark., (2020) 20-30 yaş gibi daha genç hemşirelerin 31 ve üzeri hemşirelere göre daha fazla iş stresi yaşadıklarını saptamıştır. Pfaff ve ark. (2014) yaptıkları çalışmayla yeni mezun hemşirelerin çalışacakları yeri seçmek ve meslekler arası işbirliğini destekleyecek öğrenim planı uygulamasına katılmak konusunda hevesli olduklarını belirtmişlerdir. Çalışma literatür ile uyum göstermekte olup mesleki deneyim çalışanların kariyer hedefleri ve liderlik algılarına olumsuz etki etmektedir. İlerleyen yılların çalışanların beklenti ve kariyer hedeflerini azalttığı, deneyimin ise rol model almadan ziyade rol model olmaya neden olduğu buna bağlı olarak da liderlik algılarında bir düşüklük yarattığı düşünülmektedir. Genç hemşirelerin ise mesleğe yeni başlamaları, meslek hayatlarında bir rol model belirlemek istemeleri, koordinasyon ve mesleki deneyimlerinin az olmasından ötürü liderlik algılarının fazla olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada cinsiyet ile hemşirelerin takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan bağımsız t testi analizinde cinsiyet ile takım çalışması algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) fakat "Liderlik" algısı alt boyutunda ise anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. "Erkek hemşirelerin (4,14±,789) "Liderlik" algısı alt boyut puanları kadın hemşirelere (3,96±,726) göre daha yüksektir. Alıcı (2019)'nın yaptığı çalışmada takım çalışması algı düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış, erkek katılımcılarda takım çalışması algılarının istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Saygılı ve Özer (2020) yaptıkları çalışmada erkek katılımcıların takım çalışması karşılıklı destek tutumlarını kadınlara göre yüksek saptamışlardır. Türe (2019) yaptığı çalışmada erkek hemşirelerin problem çözme becerilerini kadınlara göre yüksek bulmuştur. Yılmaz (2019)'ın yaptığı çalışmada erkek hemşirelerin çalışma tutumları puanları kadın hemşirelere göre yüksek çıkmıştır. Enzinger (2017), Aktan ve Atay (2021), Kakemam ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada hemşirelerin takım çalışması ve alt boyutları algı puanları ile cinsiyet arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Hossny ve Sabra (2021) yaptıkları çalışmada hemşire ve doktor arasındaki işbirliğinin cinsiyetten etkilenmediğini bulmuşlardır. Çalışmanın aksine Önler ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada iletişim ve durum izleme alt boyutunda kadın katılımcıların puanı erkek katılımcılarda yüksek çıkmıştır. Saldamlı ve Andsoy (2019) kadınların takım çalışması tutumları liderlik alt boyutu puanlarını erkeklerden fazla bulmuştur. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup cinsiyet faktörünün algı üzerinde

farklılıklara yol açtığı düşünülmektedir. Kadınlar genellikle daha işbirlikçi bir yönetim tarzına sahipken erkeklerin daha otoriter bir liderlik tarzına sahip olma eğiliminde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada medeni durum ile takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan bağımsız t testi analizinde evli ve bekar hemşirelerin takım çalışması algıları arasındaki farka bakılmış, evli ve bekar hemşireler arasında genel takım çalışması algılarının, "İletişim" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutu algılarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık içerdiği ($p<0,05$), bekar hemşirelerin takım çalışması algılarının, iletişim ve karşılıklı destek alt boyut algılarının evli hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Pozitif sağlık algılarına etki eden en önemli faktörler sırası ile medeni durum, eğitim seviyesi ve gelir düzeyidir (Aydın, 2019). Saldamlı ve Andsoy (2019)'un yaptıkları çalışmada bekar katılımcıların liderlik boyutunda takım çalışması tutumları puanları evli katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. Karakaya (2020)'nın yaptığı çalışmada bekar katılımcıların liderlik ve karşılıklı destek takım çalışması puanları evli olanlardan yüksek saptanmıştır. Doğru (2010) yaptığı çalışmada bekar olan hemşirelerin motivasyon düzeylerini evli olanlara göre yüksek bulmuştur. Kıdak ve Aksaraylı (2009) bekar çalışanların evli çalışanlara oranla daha motive olduğunu saptamıştır. Türe (2019) yaptığı çalışmada bekar hemşirelerin problem çözme becerilerini evlilere göre yüksek bulmuştur. Çalışmanın aksine Tüney (2019)'in, Çelik (2016)'in, Hwang ve Ahn (2015)'nın, Çelik ve Karaca (2017)'nın yaptığı çalışmalarda hemşirelerin takım çalışması tutumları ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yüce (2015)'nin yaptığı çalışmada ise medeni durum ile takım çalışması tutumları arasındaki fark anlamlı ve evli olan katılımcılarda daha yüksek çıkmıştır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup medeni durumun kişilerin algısı üzerinde farklılıklar oluşturabileceği, bekar hemşirelerin iletişime daha açık ve geribildirime daha yatkın olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin eğitim durumları ile takım çalışması algıları düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası işbirliği ile eğitim durumları arasında fark olup olmadığına bakılmış ve lisans ile SML mezunu hemşireler arasında takım yapısı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. SML mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre takım yapısı algı düzeyleri daha yüksektir. Takım çalışması algıları toplam puan ve

diğer alt boyutlarında (liderlik, iletişim, durum izleme, karşılıklı destek) ise anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Tüney (2019)'in yaptığı çalışmada takım çalışması tutumları ile eğitim durumu arasında anlamlı fark çıkmamıştır. Çelik ve Karaca (2017)'nın yaptıkları çalışmada ön lisans mezunu hemşirelerin "Karşılıklı Destek" puanları lisans mezunlarından fazla çıkmıştır. Türe (2019) yaptığı çalışmada lise ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin problem çözme becerilerini yüksek bulmuştur. Düzgün ve ark., (2019)'nın yaptıkları çalışmada ise lisansüstü eğitim seviyesine sahip hemşirelerin takım çalışması tutumları lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek çıkmıştır. Kakeman ve ark. (2021)'nın, Hwang ve Ahn (2015)'nın yaptığı çalışmada takım çalışması algıları ile eğitim değişkeni arasında anlamlı farklılık çıkmamıştır. Saygılı ve Özer (2020)'in yaptığı çalışmada "Karşılıklı Destek" boyutunda lise mezunu katılımcıların lisans ve lisansüstü mezunlardan daha fazla puan aldıklarını saptanmıştır. Özgür, Gümüş ve Gürdağ (2011) yaptıkları çalışmada lisans mezunu hemşirelerin ruhsal belirti düzeylerini ön lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek bulmuştur. Bratt ve ark. (2000) eğitim seviyesine göre iş stresinde bir değişiklik olmadığını saptamıştır. Çalışmanın aksine Ulusoy ve Tokgöz (2009)'ün yaptıkları çalışmada eğitim durumu ile takım yaklaşımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve lisans eğitim seviyesine sahip katılımcıların takım yaklaşımının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup SML mezunlarının takım yapısı algı seviyesinde yükselme nedenini kendilerini diğer hemşirelerden farklı görmemeleri ve aynı işi yaptıklarını düşünmeleri gösterilebilir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin çalıştıkları birim ile takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşirelerin takım çalışması algı düzeyleri ile çalıştıkları birim arasında fark olup olmadığına bakılmış, hemşirelerin çalıştıkları birimler ile TÇAÖ puan ortalamaları ve "İletişim" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), "Takım Yapısı", "Liderlik", "Durum İzleme" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p\leq0,05$) olduğu bulunmuştur. Genel olarak servis ve idari, poliklinik, özel dal (anjio, diyaliz vb.) hemşirelerinin, diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre "Durum İzleme" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutu algılarının daha fazla olduğu, idari, poliklinik, özel dal hemşirelerinin, diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre "Takım Yapısı" alt boyutu algısının, servis ve acil hemşirelerinin, yoğun bakım ve idari, poliklinik, özel dal hemşirelerine göre

“Liderlik” alt boyutu algısının daha fazla olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin klinik liderlik anlayış düzeyi takım çalışması tutumlarını etkilemektedir (Karakaya, 2020). Liu ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada pasif takım liderleri ve yavaş bakım veren çalışanların olumsuz çalışma deneyimine neden olduğunu bulmuşlardır. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu takımlarında liderlik, güven ve iletişim gibi önemli değişkenlerin varlığını bildirirken çok az kısmı zorbalığa uğradığını belirtmiştir (Logan ve Malone, 2018). İş sistemi ve dış çevre takım çalışmasını etkilemektedir (Anderson ve ark., 2019). Wheelan, Burchill ve Tilin (2003) yaptığı çalışma göstermiştir ki yüksek performanslı birimlerde çalışan takımlar düşük performanslı birimlerde çalışan takımlara göre kendilerini daha yapılandırılmış ve organize olmuş olarak algılamaktadır. Wauben ve ark. (2011) iletişim, takım çalışması ve durum farkındalığı boyutunda cerrah ve cerrahi takım üyeleri (anestezi, teknisyen, hemşire) arasında birçok konuda algıda farklılıklar yaşandığı, bu algıların da neden kaynaklandığını bilmenin kaliteli hasta bakımı ve takım çalışmasının sağlanması için son derece önemli olduğu sonucu üzerinde durmuştur. Cerrahlar hemşirelere göre daha güçlü bir kurumsal güvenlik kültürüne, daha iyi iletişim ve daha iyi takım çalışması algısına sahiptir (Mills, Neily ve Dunn, 2008). Hwang ve Ahn (2015) yaptığı çalışmada dahili bakım ünitelerinin takım çalışması algı düzeylerinin diğer ünitelerden daha yüksek olduğunu bulmuştur. Çalışmanın aksine Yılmaz (2019) yaptığı çalışmada çalışma tutumları ile çalışılan birim arasında anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur. Diab ve Ahmed (2015) yaptığı çalışmada çalışılan birim ile takım çalışması iklimi arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup, idari, polk. ve özel dal hemşirelerinin takım yapısı algısının yüksek çıkma nedeninin belli bir ortak yapı ve niteliğe sahip hemşirelerin özel alanda görevlendirilmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir. Servis ve acil hemşirelerinin liderlik algılarının yüksek çıkmasının nedeni olarak karmaşık ve çoklu iletişimi gerektiren bir yapıya sahip olması gösterilebilir. Bu birimlerde koordineli çalışmak ve yüksek verim alabilmek için takım liderlerinin çağdaş yönetim becerilerine sahip olması gerekmektedir. Servis ve idari, polk., özel dal hemşirelerinin karşılıklı destek ve durum izleme boyutları puanlarının yüksek olmasının nedeni olarak bu birimlerde multidisipliner bir yapının hakim olması ve birçok uzmanlığın bir arada çalışması gösterilebilir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin görevleri ile takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşirelerin takım

çalışması algıları ile görevleri arasında fark olup olmadığına bakılmış ve genel olarak servis ve yönetici hemşirelerinin genel takım çalışması algıları ve "Takım Yapısı", "Liderlik", "Durum İzleme", "Karşılıklı Destek" alt boyutu algıları istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunmuştur. Aktif takım çalışması uygulaması olumlu bir iş ortamı, özerklik ve uygulama üzerinde kontrol algısının artmasıyla ilişkilendirilmektedir (Ajeigbe, McNeese-Smith, Leach ve Phillips, 2013). Hemşirelerde stres yaratan faktörler takım çalışması uyumu üzerinde etkilidir (Koç ve ark. (2017). Çelik (2016) yaptığı çalışmada hasta sayısı ile takım çalışması tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. Yılmaz (2019) yaptığı çalışmayla hemşirelerde iş yükü ve iş kaynaklı stres algısı yükseldikçe takım çalışması memnuniyeti ve iş doyum düzeyi olumsuz etkilenmektedir gerçeğini saptamıştır. Hwang ve Ahn (2015) yaptığı çalışmada görev ile takım çalışması algıları arasında anlamlı bir fark olduğu ve yöneticilerin takım çalışması algıları puanları diğer çalışan hemşirelere göre yüksek çıkmıştır. Wheelan ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada ölüm oranı düşük olan birimlerde çalışan takımların kendilerini grup gelişimine daha yatkın olarak algıladığı sonucunu bildirmişlerdir. Çalışmanın aksine Çelik (2016) görev ile takım çalışması tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur. Çalışma literatür ile benzerlik göstermekte olup yönetici ve servis hemşirelerinin takım çalışması algılarının yüksek olmasının nedeni olarak birçok disiplin ile çalışmak durumunda olmaları ve koordinasyon görevlerinin olması olarak açıklanabilir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası işbirliği ile meslekte çalışma süreleri arasında fark olup olmadığına bakılmış ve genel olarak mesleki deneyimi 1 ila 4 yıl olanların iletişim alt boyut puanları daha fazla yıla sahip olanlara göre anlamlı derecede farklı ($p<0,05$) ve yüksek bulunmuştur. Takım çalışması algıları ve takım yapısı, liderlik, karşılıklı destek, durum izleme boyutlarında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0,05$). Enzinger (2017)'in yaptığı çalışmada mesleki yılı az olanların takım çalışması algıları yüksek olanlara göre fazla çıkmıştır. Karakaya (2020)'nın yaptığı çalışmada meslekte çalışma süresi ile takım çalışması tutumları liderlik boyutunda anlamlı fark saptanmış ve çalışma deneyimi az olanların puanları yüksek çıkmıştır. Hwang ve Ahn (2015) mesleki deneyim ile takım çalışması algıları arasındaki ilişkinin anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirtmiştir. Saldamlı ve Andsoy (2019), Saygılı ve Özer (2020) meslekte çalışma yılının takım çalışması

tutumlarına etki etmediğini belirtmiştir. Yılmaz ve Yıldırım (2008) yaptıkları çalışma ile mesleki deneyim ile takım çalışması puanları arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuşlardır. Çalışmanın aksine Çelik (2016) mesleki deneyim ile takım çalışması tutumları durum izle boyutunda negatif yönde anlamlı ilişki saptamıştır. Yüce (2015) meslekte çalışma yılı ile takım çalışması tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur ve meslekte 10 yıl üstü olanların daha az yılı olanlara göre puanları yüksek çıkmıştır. Yorgunluk sürekli olarak zihinsel sağlık sorunlarına neden olmakta bunun sonucunda da düşük hemşirelik performansı, hasta güvenliği ve organizasyonel sonuçlarda olumsuz ilişki ortaya çıkmaktadır (Cho ve Steege, 2021). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup yeni mezun hemşirelerin bilgilerinin daha yeni olması ve mesleki deneyimlerinin az olmasından dolayı iletişim algı puanlarının yüksek olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak çalışmada 1 ila 4 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerin fazla olmasından ötürü takım çalışması algı puanlarında farklılık oluşmadığı öngörülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin birimde çalışma süreleri ile takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşireler arası takım çalışması algı ve alt boyutları ile birimde çalışma süreleri arasında fark olup olmadığına bakılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Saygılı ve Özer (2020) yaptığı çalışmada birimde çalışma süresini karşılıklı destek boyutunda anlamlı olarak yılı fazla olanların puanlarını daha yüksek bulurken genel takım çalışması tutumları ve alt boyutlarında anlamlı bir fark bulmamıştır. Saldamlı va Andsoy (2019) birimde çalışma yılı ile takım çalışması tutumları arasında fark bulmamıştır. Çalışmanın aksine Çelik ve Karaca (2017) birimde çalışma süresi ile takım çalışması tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptamış, birimde çalışma süresi arttıkça takım çalışması artmıştır. Temel süreç aşamalarının standartlaştırılması için teknik araçların kullanımı sağlık bakım profesyonellerinin etkileşimini koordine etmeyi ve adapte etmeyi kolaylaştırmaktadır (Marsilio, Torbica ve Villa, 2017). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup takım çalışması algılarının birim çalışma süresi ile ilşkili olmamasının nedeni olarak son yıllarda kalite süreçlerinde iyileşme, servis prosedür ve kurallarının belirlenmesi, her birimin kendine özgü işleyiş yöntemlerinin yazılı biçimde olması, servis uyum eğitimlerinin yapılıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin sayısı ile takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde hemşirelerde takım çalışması algıları

ile hemşire sayısı arasında fark olup olmadığına bakılmış ve takım çalışması algıları düzeyi ve iletişim, liderlik, durum izleme alt boyutlarında anlamlı bir fark çıkmazken ($p>0,05$) takım yapısı alt boyutunda 1 ila 10 hemşire sayısı olan takımların algı düzeyi 11 ve üstü olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. "Karşılıklı Destek" alt boyutunda 1 ila 10 hemşire sayısı olan takımların algı düzeyi 36 ve üstü olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ogungbamila ve ark., (2010) yaptıkları çalışmayla takım büyüklüğü ve algıların takım içerisinde bağlılığa etki ettiğini belirtmişlerdir. Hoegl (2015) çalışmasında tek büyük takım yerine birkaç küçük takımların atanması gerektiğini belirtmiştir. Kalisch, Russell ve Lee (2013) çalışmalarında hemşirelikte takım çalışmasını optimize edebilmek için hemşire takım boyutunun küçültülmesi gerektiğini, küçük gruplarda da çatışma algısının yaşandığını belirtmişlerdir. Hemşireler bakımda birçok zorluk ile karşılaşılmaktadır (Anderson ve ark., 2019). Hemşirelikte çok fazla karşılaşılan kaçırılmış hemşirelik bakımı yeterli hasta gözetimidir. Bu nedenle hemşire sayısının yeterli olması hasta güvenliği için son derece önem arz etmektedir (Labrague, de Los Santos, Fronda, 2021). McHugh ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada hemşire başına bir hastayla yapılan personel iyileştirmesinde ölüm oranlarında ve yeniden yatışlarda azalma görmüşlerdir. Covid-19 nedeniyle de yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar önemli ölçüde bire bir hasta bakımı ve süresine ihtiyaç duymaktadır (Bruyneel ve ark., 2021). Lasater ve ark. (2021a) yaptıkları çalışmada hastanede hemşire kadrosunun iyileştirilmesi ile sepsisli hasta sonuçları üzerinde önemli etki oluştuğunu bulmuşlardır. Rae ve ark. (2021) çalışmalarında kritik hemşire sayısı ile bakım verilmesinin hasta mortalitesi, hastane enfeksiyonu ve maaliyetlerinde artma yarattığını bulmuşlardır. Özçetin ve ark. (2009), Aiken ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada hemşirelerin baktığı hasta sayısında artışın hastane enfeksiyonlarına ve hasta mortalitesine etki ettiğini saptamışlardır. Aynı zamanda Lasater ve ark. (2021b) yaptıkları çalışmada hemşire başına verilen ilave her hastanın, hastalar tarafından verilen olumsuz rapor sayısını arttırdığını belirtmişlerdir. Koç ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada uyumlu takım çalışmasınının olmamasının hemşirelerde strese neden olduğunu saptamışlardır. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup küçük gruplarda takım yapısı algısının yüksek çıkmasının nedeni olarak takım içerisinde benzer özellikteki kişilerin fazla olması, bakım hedeflerinin belli olması ve paylaşımların fazla olması gösterilebilir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin çalıştıkları diğer disiplin sayısı ile takım çalışması algıları arasındaki farkı belirlemek için yapılan ANOVA analizinde diğer disiplin sayısı ile hemşirelerin takım çalışması algıları arasında anlamlı bir faklılık çıkmamıştır ($p>0,05$). Rol belirsizliği, çok kuşaklı farklılıklar işbirliğinin önünde engel olarak değerlendirilmektedir (Moore ve Prentice, 2015). Küçük grup öğretimi, sağlık meslekleri öğrencilerinin işbirliği içinde çalışması için fırsatlar sağlar ve sağlık hizmetleri ortamlarında çalışmak için gerekli olan takım oluşturma becerilerini destekler (Burgess ve ark., 2020). Ulusoy ve Tokgöz (2009) hemşirlerin takım yaklaşımını hekimlerden yüksek bulmuştur. Ganesh ve ark. (2021)'nın yaptıkları çalışma sonucuna göre yenilikçi ve multidisipliner bir ekip çok düşük ölüm oranı ile Covid-19 hastalarına mükemmel bir klinik bakım sağlamıştır. Covid-19 pandemisinde başarılı takımların oluşturulması hayati bir önem arz etmektedir (Klostermann ve ark, 2021). Leonard, Graham ve Bonacum (2004) yaptıkları çalışmada dikkat çeken bulgular şunlardır; hastalara kasıtsız olarak zarar verilmesinin en önemli nedeni iletişim hatalarından kaynaklanmaktadır, hekim ve hemşireler oldukça farklı iletişim kurmak üzere eğitilmişlerdir bu nedenle iletişim tarzlarındaki farklılığın giderilmesi için ortak bir iletişim metodu kullanılmalıdır. Aynı fiziksel alan içerisinde birden fazla temel sağlık hizmetlerinin birlikte çalışması profesyoneller arası işbirliği için fırsatları arttırabilir (Seaton ve ark., 2021). Çalışmada diğer disiplin sayısı ile hemşirelerin takım çalışması algıları arasında anlamlı bir faklılık çıkmamıştır. Bunun nedenleri ise şu şekilde sıralanabilir; 31 ve üstü sayıda diğer disiplinler ile çalışan gruplardan alınan veriler ameliyathane, acil ve yoğun bakım hemşirelerinden oluşmaktadır, bu birimlerde belli bir süreç ve prosedürler kullanılmakta, sayıca fazla örneklem barındırmakta ve takım çalışması olmaz ise olmazı teşkil etmektedir.

5.2.6. TÇAÖ ile HHİÖ Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

TÇAÖ ve alt boyutları puanları ile HHİÖ ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, orta düzeyde ve pozitif bir ilişki ($p<0,01$) vardır, hemşirelerin takım çalışması algıları ve iletişim puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, güçlü düzeyde ve pozitif bir ilişki ($p<0,01$) vardır. Hemşirelerin takım çalışması algıları arttıkça işbirliği düzeyleri (r:,380, $p<0,01$) ve iletişimleri (TÇAÖ İletişim alt boyutu r:,817, $p<0,01$) artmaktadır. TÇAÖ en fazla

“Durum İzlem” alt boyutu ile pozitif ve güçlü bir ilişkiye sahipken, HHİÖ ise en fazla “Problem Çözme” alt boyutu ile pozitif bir ilişkiye sahiptir.

Rezaei ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin profesyoneller arası işbirliğine yönelik tutumları ile takım çalışması arasında doğrudan ve güçlü bir ilişki bulmuştur. Liu ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada takımların birbirlerine bağlılığı için beş temel bileşenin; kabul edilebilir iş yükü, yeterli zaman, iyi işbirliği, memnun hastalar, iyi bir çalışma ortamının gerekli olduğunu belirtmişlerdir**.** Bu temel bileşenlerde artma veya azalmanın işbirliğini doğru orantılı olarak etkilemektedir. Chapman ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada günlük hedeflerin takım üyelerine sözlü olarak ifade edilmesinin işbirliği uygulamaları üzerinde olumlu sonuçlar yarattığını bulmuştur.

O'leary ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada hekimlerin işbirliği algılarını yüksek bulurken, hemşirelerin hekimlerle işbirliği algılarını ise düşük bulmuştur. Mohammed, Mohammad ve Kareem (2021) yaptıkları çalışmada hemşirelerin hekimler ile işbirliğine yönelik olumsuz algılara sahip olduğunu saptamıştır. Asher, Doucet, ve Luke (2021) yaptığı çalışmada diyetisyenlerin diğer sağlık ve sosyal bakım veren disiplinler ile işbirliği yapma sıklığı ile arzu ettikleri şey arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Profesyoneller arası takım anlayışını geliştirmek için sağlık profesyonellerinin rol, sorumluluk, değer ve inanaçlarını bilmek ve saygı duymak, etkili iletişim kurmak, meslekler arası toplantılar ile sıkı temas ve sosyalleşmek gereklidir. Çatışma ve gerilimler ile başa çıkabilmek için ise liderlik süreci paylaşılmalı, kurumla ve hasta ile ilgili tüm kararlara katılım demogratik şekilde eşit olmalıdır (Hummel ve ark., 2010; Sangaleti ve ark., 2017; Davis ve ark., 2021; Schmiedhofer ve ark.,2021).

Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte ve hemşirelerin takım çalışması algısı fazla ve işbirliğine açıktır. De Luca ve ark. (2021) hemşirelerin özerklik ve paylaşılan sorumluluklarına karşı belirsizlik algıladıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada hemşireler arası işbirliği ise iyi çıkmıştır bunun nedeninin ise hemşirelerin rol ve sorumluluklarını bilmesi olduğu düşünülmektedir. Literatürde takım verim gücünü arttrmak için takım çalışması eğitimi (örn. TeamSTEPPS vb.) ve yapılandırılmış iletişim metodu (örn. SBAR vb.) gibi yöntemler kullanılabilmektedir (Xiao ve ark., 2013). Algahtani ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada hasta bakım çıktıları ve takım çalışmasını geliştirmek için disiplinler arası eğitim programlarının birleştirilmesini önermiştir. Davis ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada simülasyon temelli meslekler arası

eğitim yöntemi ile tüm öğrencilerin takım çalışması algılarının arttığını keşfetmişlerdir. Nygren ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada hasta ve ailesinin takım içerisinde yer alması ve toplantıların beraber olması ile profesyonellerde takım algısı ve hedeflere ulaşıldığı düşüncesi artmıştır.

5.2.7. Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerine Etkili Olan Etmenlerin Tartışılması

Bu çalışma neticesinde hemşire işbirliği üzerinde takım çalışması algıları önemli bir etkiye sahiptir ve tek başına değişimin %14,4'ünü açıklamaktadır. Profesyoneller arasındaki işbirliği eksikliği hemşirelerin yaşadıkları etik çatışmaların önemli nedenlerinden biridir (Usberg ve ark., 2021). Profesyoneller arasında takım çalışmasının optimal düzeyde sağlanabilmesi için güven temelinde olumlu çalışma ilişkisi oluşturulmalı, iş tatmini, takım verim gücü iyileştirilmeli, bilgi paylaşımı sağlanmalıdır, saygı temelinde ise diğer profesyonellerin rolleri ve statüleri bilinmeli, öz güven kazanma adına takım üyeleri kendilerini ifade edebilmeli, görüşlerini rahatlıkla sunabilmeli, olumlu çalışma ortamı ve çevre oluşturulmalıdır (Kholed ve ark., 2017). Seaton ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada sağlık profesyonellerinin meslekler arası işbirliğine ilişkin algılarının paylaşılan felsefe, iletişim-klinik etkileşim, fiziksel çevre, güç-hiyerarşi ve mali hususlar olarak beş kilit temadan kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup takım çalışmasının yoğun olduğu birimlerden elde edilen veriler ışığında takım çalışması algıları ne kadar olumlu olursa işbirliğinin de bir o kadar yüksek olacağı düşünülmektedir.

Takım çalışması algılarından "Karşılıklı Destek" ve "İletişim" alt boyutlarının HHİÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu ($p<0,05$) ve HHİÖ puanına ilişkin varyansın %15,5'ini açıkladığı belirlenmiştir. Schmiedhofer ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada zaman kısıtlaması, personel yetersizliğinin güvenli iletişimi engelleyen bir yük olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin çoğu kaliteli hasta bakımı sağlamak için takım çalışmasının önemli bir araç olduğuna inanmaktadır (Logan ve Michael Malone, 2018). Takımlar herhangi bir kişinin tek başına çalışarak elde edeceğinden daha fazlasını başarma potansiyelindedir (Mayo ve Woolley, 2016). Hemşirelerde mesleki dayanışma ve iletişim arttıkça işbirliği de artmaktadır, iletişim en iyi işbirliği aracıdır ve alanda önemli katkıları olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerde birimde çalışan hemşire ve diğer disiplin sayısı değişkenlerinin HHİÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu ($p<0,05$) ve HHİÖ puanına ait varyansın %4,6'sını açıkladığı belirlenmiştir.

Çalışmaya göre birimde çalışan hemşire sayısı ve disiplin sayısının az olması hemşirelerde işbirliği düzeyini arttırmaktadır. Hoegl (2015) çalışmasında takımları etkin çalıştırabilmek için takım boyutlarını küçük tutmak gerektiğini belirtmiştir. Hashmi, Ishak ve Hassan (2018) çalışmalarında takım dinamiği için takım boyutunun önemli olduğunu ve çalışmalarda takım boyutlarına ilişkin olgusal kanıtlara yer verilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup hemşire sayısı ve diğer disiplin sayısı optimum düzeyde ve hasta oranı ile paralel olursa işbirliğinin olumlu etkilenebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Takım çalışması algılarını ve düzeyini belirlemek amacıyla orijinal adı "T-TPQ" olan ölçeğin Türkçe'ye uyarlanarak ve hemşirelerde takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişim ile ilişkisinin incelendiği bu çalışma neticesinde şu sonuçlar elde edilmiştir.

- 35 madde ve beş alt boyuttan oluşan TÇAÖ Türkiye'de çeşitli klinik ortamlarında takım halinde çalışan sağlık profesyonelleri ve sağlık bakım sistemlerinde (hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanları) kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır.
- Hemşireler arasında oluşabilecek takım çalışması algılarını beş alt boyut altında (Takım Yapısı, Liderlik, Durum İzleme, Karşılıklı Destek ve İletişim) ölçebilecek ve varolan eksikliği ortaya çıkarabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır.
- TÇAÖ bütün halde kullanılabileceği gibi takım içerisinde ölçülmek istenen soruna göre tek tekte kullanılabilir. Örneğin Takım içerisinde iletişimi ölçmek isteyen yönetici veya çalışmacı iletişim alt boyutunu (7 madde) ayrı halde kullanabilir.
- Türk Hemşireleri TÇAÖ madde toplam ortalama puanını en yüksek "İletişim" alt boyutundan alırken en düşük "Takım Yapısı" alt boyutundan almıştır. Bu bize Türk hemşirelerinin takım yapısının gerek eğitim gerekse özlük hakları olarak çok farklı öğelere sahip olduğu gerçeğini ortaya koymuştur.
- TÇAÖ DFA sonucuna göre en yüksek kovaryans "Durum İzleme" ve "Karşılıklı Destek" alt boyutlarında (0,86) olurken en düşük kovaryans ise "Liderlik" ve "İletişim" alt boyutlarında (0,52) gerçekleşmiştir. Buda demek oluyor ki durum izleme arttıkça karşılıklı destekte artmakta, iletişim düştükçe liderlik algısı da düşmektedir.
- Takım çalışması algılarında en düşük puan ortalamasını (3,92) 10. madde "Yöneticim hasta bakım planını şekillendirirken takım üyeleri ile görüşmeye zaman ayrır" ifadesi almıştır. Bu da bize hemşirelerin hasta bakım ve yönetimine kendilerinin de dahil edilmesini istediği ve yöneticilerden bu konuda beklentileri olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır.

- Takım çalışması algılarında en yüksek puan ortalamasını (4,39) 2. madde "Takım üyeleri yaptıkları işlerden sorumlu tutulur" ifadesi almıştır. Bu da bizi hemşirelik mesleğinin sınırlarının kanun yönetmeliği ve görev tanımları ile çizildiği, kalite standartları gereği prosedür ve talimatların oluşturulmasının sorumlulukları geliştirdiği sonucuna götürmektedir.
- Hemşirelerin takım çalışması algılarının yükselmesi mesleki işbirliği ve iletişimi de pozitif yönde etkilemektedir.
- Servis ve idari, polk., özel dal hemşirelerinin işbirliği düzeyi daha yüksek seviyede bulunmuştur. Mesleki deneyim ve profesyonelliğin işbirliğini etkileyebileceği ve küçük grupların daha verimli çalışabileceği düşünülmektedir.
- Hemşirelerde takım çalışması algısının mesleki işbirliği ve iletişim ile ilişkisinin incelendiği çalışmada "Liderlik" algısı alt boyutu ortalama puanı en düşük seviyede (3,39) çıkarken "Takım Yapısı" algısı alt boyut ortalaması en yüksek seviyede (4,23) çıkmıştır. Hemşirelik yönetmeliği gereği lisans mezuniyetinin hemşirelikte esas alınması, atamaların daha çok lisans seviyesinde yapılması ve örneklemi daha çok lisans mezunu hemşirelerin oluşturması sonucunda takım yapısı algısının yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Liderlik algısının düşük çıkmasının nedeni olarak da liyakata ve performansa bağlı olmayan sözleşmeli yönetici atamaları gösterilebilir.
- Hemşirelerde en düşük işbirliği düzeyi "İletişim" alt boyutunda (2,73) en yüksek işbirliği düzeyi "Koordinasyon" (2,93) ve "Profesyonellik" (2,93) alt boyutlarında bulunmuştur. Hemşirelerde veriler Covid-19 pandemisinde toplanmış olup pandeminin etkisiyle hemşirelerde dayanışma ve koordinasyonun artacağı, maske ile koruyucu kıyafetlerin giyinmesi ile iletişimin azalmış olabileceği düşünülmektedir.
- Takım çalışması algıları ve hemşire hemşire işbirliği arasında ilişki incelendiğinde, hemşirelerde takım çalışması arttıkça işbirliği de artmaktadır. Bir nevi takım çalışması algısının artması olumlu işbirliğini doğurmaktadır.
- İki ölçek arasında korelasyon incelendiğinde; TÇAÖ en fazla "Durum İzleme" (r=,888; p=0,001) ve "Problem Çözme" (r=,401; p=0,001) alt boyutu ile korelasyon halindedir. Buda demek oluyor ki takım içerisinde durum izleme ve problemlerin çözümü arttıkça takım çalışması algıları da pozitif düzeyde artmaktadır. Takım üyeleri birbirleri ile hasta bakımı ve işleyiş süreçleri

hakkında paylaşım ve geri bildirimde bulunur, birbirlerini izler, hata durumlarında bir araya gelip birbirlerini düzeltir ve problemleri çözüme kavuştururlarsa takım çalışması algıları da artacaktır.

- HHİÖ en fazla "Profesyonellik" (r=967, p=0,001) ve "Karşılıklı Destek" (r=360, p=0,001) alt boyutu ile korelasyon halindedir. Hemşireler arasında profesyonellik ve dayanışma arttıkça işbirliğide artmaktadır.
- Üye sayısı az olan takımlarda işbirliği ve takım çalışması algısı yüksek çıkmıştır. Takım içerisinde farklı disiplin sayısı arttıkça takım çalışması algısı olumsuz etkilenmekte böylelikle işbirliği de düşmektedir. Üye sayısı arttıkça işin sahiplenilmediği, çatışmaların arttığı, problem çözümlerinin zorlaştığı ve durum izlemenin olmadığı düşünülmektedir.
- Takım çalışması algılarından "Karşılıklı Destek" ve "İletişim" alt boyutlarının HHİÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır (yordalamaktadır).
- Hemşirelerde birimde çalışan hemşire sayısının ve diğer disiplin sayısının HHİÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır (yordalamaktadır). Birimde çalışan hemşire sayısı ve diğer disiplin sayısının az olması işbirliğini artmaktadır.

Öneriler;

- Bu çalışma yalnızca hastanelerde çalışan hemşirelerle yapılmıştır bunun dışında hemşire akademisyenler ve diğer sağlık profesyonelleriyle de bu tarz çalışmaların yapılması önemsenmelidir.
- Türk Hemşireleri TÇAÖ madde toplam ortalama puanını en yüksek "İletişim" alt boyutundan alırken en düşük Takım Yapısı alt boyutundan almıştır. Hemşirelerde takım yapısı konusunda (aynı eğitim gibi) araştırmalar yapılmalı ve güçlendirilmelidir. Çünkü bir yapı sağlam olmaz ise dayanışmada olmayacaktır. Mesleki ilerleme ve güç kazanmak için hemşirelerde benzer yapının olması yadsınamaz bir gerçektir.
- Hemşirelerde en düşük işbirliği düzeyi İletişim alt boyutunda en yüksek işbirliği düzeyi "Koordinasyon" ve "Profesyonellik" alt boyutlarında bulunmuştur. Yöneticiler hemşirelerde iletişimi arttırma yolları aramalıdır. Takım dinamiği için grup toplantıları yapılmalı, hasta bakımında hemşirelerin katkıları göz önünde bulundurulmalı, bakım planları ve hasta süreçlerinde ortak vaka

çalışmaları yapılmalı, hemşireler sürece aktif dahil edilmeli, hastane komitelerinde hemşirelere aktif görevler verilmelidir.

- Hemşirelerde yaş arttıkça işbirliği düzeyinde azalma olmaktadır. Hemşirelerde işbirliği düzeyini arttırmak için eğitimlere önem verilmeli ve eğitim almaları konusunda desteklenmelidir
- Hemşirelerin meslekte çalışma süresi arttıkça işbirliği de artmaktadır. Mesleki çalışma süresi yöneticiler tarafında önemsenen bir konu olmalı ve arttırmasına yönelik uygulamalar yapılmalıdır.
- Birimde çalışan hemşire sayısı arttıkça işbirliği düzeyi azalmaktadır. Birimde çalışan hemşire insan gücü doğru bir şekilde planlanmalı ve hemşire insangücü gereksiniminin karşılanmasının hemşire işbirliğini artırabileceği tüm yöneticiler tarafından dikkate alınmalıdır
- Takım çalışması algıları arttıkça hemşirelerde işbirliği de artmaktadır. Bu nedenler takım üyeleri birbirini iyi tanımalı ve anlamalıdır. Yöneticiler takım üyelerinin birbirini daha iyi tanıması için komite toplantıları, birim toplantıları ve sosyal faaliyetler yapmalıdır.
- Hemşirelerde destek ve iletişim İşbirliğini arttırdığı için iletişimi arttırmaya yönelik faaliyetlerde bulunulmalıdır.
- Hemşirelerde takım çalışmasının arttırılması adına takım çalışmasına yönelik eğitimler verilmeli ve bu eğitimlerin etkinliği test edilmelidir.
- Hemşirelerde takım çalışması ve işbirliğini engelleyecek nedenler bilinmeli, çatışmalar çözüme kavuşturulmalıdır.
- Takım çalışmasının yoğun ve gerekli olduğu yoğun bakım, acil, ameliyathane gibi birimlerde takım çalışması bilinci güçlendirilmeli ve takım ahenki oluşturulmalıdır.
- Küçük ve aynı gruplardan oluşan takımların oluşturulması verimlilik açısından son derece önemlidir. Karışıklıkların önüne geçmek için prosedür ve talimatlar oluşturulmalı ve yöneticiler verim gücü değerlendirmesi yapmalıdır.

KAYNAKLAR

Aaberg, O. R., Hall-Lord, M. L., Husebø, S. I. E. ve Ballangrud, R. (2021). A human factors intervention in a hospital-evaluating the outcome of a TeamSTEPPS program in a surgical ward. *BMC Health Services Research*, **21** (1), 1-13.

Abaan, S. ve Altıntoprak, A. (2005). Hemşirelerde problem çözme becerileri: öz değerlendirme sonuçlarının analizi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **12** (1), 62-76.

Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H. ve Özkan, D. S. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, **9** (2), 235-260.

Ahsan, A., Setiowati, L., Noviyanti, L. W., Rahmawati, I. N., Ningrum, E. H. ve Putra, K. R. (2021). Nurses' team communication in hospitals: A quasi-experimental study using a modified TeamSTEPPS. *Journal of Public Health Research*, **10** (2).

Ahmadieh, H., Majzoub, G. H., Abou Radi, F. M. ve Abou Baraki, A. H. (2020). Inter-professional physician-nurse collaboration in Lebanon. *International Journal of Health Governance*, **25** (1), 34-45.

Aiken, L. H., Simonetti, M., Sloane, D. M., Cerón, C., Soto, P., Bravo, D., ... & Lake, E. T. (2021). Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *The Lancet Global Health*, **9** (8), e1145-e1153.

Ak, M. A. (2019). Uluslararasi ilişkiler'de kimlik analizi ve rol teorisi. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **38**(1), 199-239.

Akansel, N., Watson, R., Vatansever, N. ve Özdemir, A. (2021). Nurses' perceptions of caring activities in nursing. *Nursing Open*, **8** (1), 506-516.

Aksoy, N. ve Polat, C. (2013). Akdeniz bölgesindeki bir ilde üç farklı hastanenin cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, **10** (2), 45-53.

Aksu, G., Eser, M. T. ve Güzeller, C. O. (2017). *Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Aktan, C. C. (2011). Organizasyonlarda insan yönetimi: İnsan mühendisliği. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, **3** (2), 387-406.

Aktaş, S. (2020). Hemşire-hemşire işbirliğinin değerlendirilmesi: Adana örneği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Alghamdi, A. ve Bach, C. (2018). Developing teamwork at workplace. *International Journal of Business and Management Invention (IJBMI),* **7** (2), 28-40.

Algahtani, H., Shirah, B., Alzahrani, A. ve Shaheen, M. (2019). Perception and attitude of the general population towards epilepsy in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Epilepsy Research,* **9** (1), 42.

Alıcı, H. (2019). Rol çatışması ve rol belirsizliği algısının takım çalışmasına etkisi: Kahramanmaraş 112 acil sağlık çalışanlarında bir araştırma. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

Alkan, M. Ç. (2020). Hemşirelerin profesyonellik tutumlarının hemşireler arası işbirliğine etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.

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.

Apker J, Propp K.M., Ford W.S.Z. ve Hofmeister N. (2006). Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in health care interactions. *J Prof Nurs*, **22** (3), 180-189.

Arslan, S.ve Koştu, N. (2021). Hemşirelerin profesyonel davranışları: Türkiye'den bir örnek. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi,* **4** (2), 21-30.

Asher, K. E., Doucet, S. ve Luke, A. (2021). A pan-Canadian study of registered dietitians' perceptions and experiences of interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9.

Asunakutlu, T. (2001). Klasik ve neo-klasik dönemde örgütsel güvenin karşılaştırılması üzerine bir deneme. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (5), 1-17.

Ateş, Y.A. ve Okur, F. (2020). COVİD-19 pandemisinde gizli kahramanlar: hemşire liderler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **6** (3), 625-638.

Ateş, C., Öztuna, D. ve Genç, Y. (2009). Sağlık araştırmalarında sınıf içi korelasyon katsayısının kullanımı. *Türkiye Klınikleri Biyoistatistik*, 59-64.

Aydın, K. (2019) Yaşam koşulları ve sağlık hastalık algıları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, **22** (1), 32-68.

Bakan, İ. ve İlker, K. (2012). Kurumsal açıdan algı ve algı yönetimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2** (1), 19-34.

Bal, C. G. (2013). Sağlık Kurumlarında İletişim Doyumu Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **13** (25), 107-126.

Ballangrud, R., Husebø, S. E. ve Hall-Lord, M. L. (2017). Cross-cultural validation and psychometric testing of the Norwegian version of the TeamSTEPPS® teamwork perceptions questionnaire. *BMC Health Services Research*, **17** (1), 1-10.

Baltaş, Acar (2019). *Ekip Çalışması ve Liderlik*. 17. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi

Battles, J. ve King, H.B. (2010). TeamSTEPPS teamwork perceptions questionnaire (T-TPQ) manual. Washington, DC: American Institutes Research; Erişim 21.01.2019, https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/teamstepps/instructor/reference/teamperceptionsmanual.pdf

Behlıng, O. ve Law, K. S. (2019). *Ölçeklerin Ve Diğer Ölçme Araçlarının Uyarlanması, Problemler Ve Çözümler*. (A. ÖZER, Dü.) Ankara: Anı Yayıncılık.

Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S. T. ve Lostocco, L. (2000). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, **9** (5), 307=317.

Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 470-483.

Büyüköztürk, Ş. (2005). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı: Ðstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum. 5. Baskı. Ankara: PegemA Yayıncılık.

Bruyneel, A., Gallani, M. C., Tack, J., d'Hondt, A., Canipel, S., Franck, S.ve ark. (2021). Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive Crit Care Nurs*, **62**, 1-6.

Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. ve Mellis, C. (2020). Facilitating small group learning in the health professions. *BMC Medical Education*, **20** (2), 1-6.

Can, R. ve Hisar, K. M. (2019). Hemşirelerin profesyonellik davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **6** (1), 1-9.

Canadian Nurses Association. (2005). Interprofessional Collaboration. Ottawa: Author. Erişim 01.07.2020, https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/nursing-tools-and-resources/interprofessional-collaboration.

Canlı, F. (2010). Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına Ilişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.

Chang, W. Y., Ma, J. C., Chiu, H. T., Lin, K. C. ve Lee, P. H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, **65** (9), 1946-1955.

Chapman, L. B., Kopp, K. E., Petty, M. G., Hartwig, J. L., Pendleton, K. M., Langer, K. ve Meiers, S. J. (2021). Benefits of collaborative patient care rounds in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, **63**, 102974.

Constructing Excellence. (2004). Effective Teamwork: A Best Practice Guide for the Construction Industry, Constructing Excellence, London, Erişim 01.07.2020, http://www.constructingexcellence.org.uk/wpcontent/uploads/2015/03/Teamwork_Guide.pdf.

Curtsinger, A. (2018). Improving teamwork and communication through the use of TeamSTEPPS. *Open Access Library Journal*, **5** (8), 1-7.

Çakı, E. F. ve Sönmez, M. (2020). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Düzeylerinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Science and Health*, **1** (2), 58-69.

Çakır, M. (2019). Ekip Çalışması Algısının İç Girişimciliğe Etkisi. Yoğun Bakım Hemşireleri Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş

Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

Çelik, A. (2016). Hemşirelerdeki Motivasyon Düzeyinin Ekip Çalışması Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Çelik, A. ve Karaca, A. (2017). Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **14** (4), 254-263.

Çevik, H. ve Şimşek, K. Y. (2018). Applicability of resource theory on leisure sport events: Validity and reliability study. Kaynak kuramının boş zaman spor etkinliklerinde uygulanabilirliği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Human Sciences*, **15** (2), 970-983.

Çevik, B., Kav, S., Uğurlu, Z., Dogan, N., Karakurt, Ç. ve Erdoğan, B. (2020). Hemşirelerin Hasta Teslimine İlişkin Görüşleri. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, **1** (1), 39-52.

Çınar, Z., Karagözoğlu, Ş., Kaya, H., Altun, A., Çetinkaya, S. ve Tekin, Y. K. (2018). Senaryo temelli yüksek gerçeklikli simülasyon yönteminin son sınıf hemşirelik ve tıp öğrencilerinin ekip işbirliği, problem çözme becerisi ve otonomi düzeyine etkisi. Erişim 01.08.2020, https://app.trdizin.gov.tr/publication/project/detail/TWpBeE5ETXo.

Çıraklı, Ü., Çelik, Y. ve Beyli, Ü. (2015). Etkili ekip çalışmasının sağlıktaki önemi ve faydaları: bir literatür çalışması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **2** (3):140-146.

Dağ, İ. (2005). Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlilik ve güvenirlilik. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmokoloji Dergisi*, 17-23

Daş, C. (2006). *Bütünleşmek ve Büyümek. Gestalt Terapi Yaklaşımı*. Ankara. HYB Yayıncılık.

Davis, J., Zulkosky, K., Ruth-Sahd, L. A., Frank, E. M., Dommel, L., Minchhoff, D. ve Uhrich, K. (2021). Health care professional students' perceptions of teamwork and roles after an interprofessional critical care simulation. *Dimensions of Critical Care Nursing*, **40** (3), 174-185.

De Luca, E., Sena, B., Cataldi, S. ve Fusillo, F. (2021). A delphi survey of health education system and interprofessional nurse'role. *Nurse Education Today*, **99**, 104779.

Dede, G. (2021). Hemşirelerde problem çözmenin meslekte dayanışma ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.

Demir, S. ve Şahin, N. H. (2014). Kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde hasta tesliminde sbar iletişim tekniğinin kullanımı ve hemşire/ebelerin görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **1**(2), 99-105.

Diab, G. M. ve Ahmed, F. A. (2015). Nurses' perceptions of teamwork climate in hospital: the impact on patient safety climate. *International Journal of Current Research*, **7** (2), 12553-12561.

Diep, A. N., Paquay, M., Servotte, J. C., Dardenne, N., Istas, L., Van Ngoc, P., ... ve Donneau, A. F. (2021). Validation of a French-language version of TeamSTEPPS® T-TPQ and T-TAQ questionnaires. *Journal of Interprofessional Care*, 1-10.

Dikmen, Y., Yönder, M., Yorgun, S., Usta, Y. Y., Umur, S. ve Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumlari ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **17** (3). 158-164.

Dimitriadou, A., Lavdaniti, M., Theofanidis, D., Psychogiou, M., Minasidou, E., Konstadinidou-Straukou, A. ve Sapountzi-Krepia, D. (2008). Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*, **1** (3), 140-146.

Doğan, İ. (2015). Farklı Veri Yapısı ve Örneklem Büyüklüklerinde Yapısal Eşitlik Modellerinin Geçerliği ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Eskİşehİr Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Doğru, E. (2010). İstanbul İlinde Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Motivasyon Düzeylerinni Belirlenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, **44** (3), 166-206.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, **260**(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, **83** (4), 691-729.

Dougherty, M. B., Larson, E. L. (2010). The nurse-nurse collaboration scale. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, **40** (1), 17-25.

Durmuş, S. Ç. (2015). Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Bir Uygulama. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Düzgün, F., Yılmaz, D. U., Karaman, D., Çinar, H. G., Dikmen, Y. ve Yılmaz, D. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, **9** (1), 32-36.

El Sayed, K. A. ve Sleem, W. F. (2011). Nurse–physician collaboration: a comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, **8** (2), 140-146.

Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. N. (2107). *Hemşirelikte Araştırma*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Eren, E. (1997). *İşletmelerde Stratejik Yönetim ve İşletme Politikasi*, İstanbul, Der Yayınları.

Erkuş, B. ve Bahçecik, N. (2015). Özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerileri. *Clinical and Experimental Health Sciences*, **5** (1), 1-9.

Enzinger, İ.H. (2017). Teamwork Perceptions of Nurses and Nursing Asistants in a Community Hospital. Doctoral Studies. Walden University. Collage o Health Sciences.

Epstein, N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical neurology international*, **5** (7), 295-303.

Ertürk, C. ve Özmen, D. (2018). Hemşirelerin profesyonel tutumlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **11** (3), 191-199.

Esenkaya, D. (2021). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Üzerine Etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Yozgat.

Fornell, C. ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variablesand measurement error. *Journal of Marketing Research,* **18** (1), 39-50

Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Birinci Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, Ekim. Erişim 15.01.2019, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf.

Gad, S. A., Safan, S. M. ve Gaballah, A. R. (2021). Staff nurses' perception about teamwork and its effect on their job performance at menoufia university hospitals. *Menoufia Nursing Journal,* **6** (1), 131-145.

Ganesh, R., Salonen, B. R., Bhuiyan, M. N., Bierle, D. M., Moehnke, D., Haddad, T. C. ve ark. (2021). Managing patients in the COVID-19 pandemic: A virtual multidisciplinary approach. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, **5** (1), 118-126.

Goebel, J. R., Guo, W. ve Wood, K. A. (2016). Teamwork and perceptions of palliative care quality. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, **18** (3), 242-248.

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

Goosen, S. (2015a). The importance of teamwork in nursing: nursing matters. *Professional Nursing Today,* **19** (3), 4-6.

Goosen, S. (2015b). Comminication among nurses. *Professional Nursing Today*, **19** (1):18-20.

Gökçe, O. ve Şahin, A. (2003). Yönetimde rol kavrami ve yönetsel roller. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **3** (6) , 133-156

Göktepe, N., Türkmen, E., Fener, İ., Yalçın, B. ve Sarıköse, S. (2021). Hemşirelerin bireysel, mesleki ve çalışma ortamı özelliklerinin bakım kalitesi algılarına etkisi. Sağlık *ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **8** (2);139-147.

Gönen, B. (2013), "Stratejik Yönetim Dersinin Öğrencilere İş Dünyasında Gerekli Nitelikleri Kazandırma Düzeyi: Ankara Üniversitesinde Bir Araştırma" Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi, Ankara.

Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *HEMAR-G Hemşirelik Araştırma Dergisi*, **4** (2):9-20.

Green, B. N. ve Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. Journal *of Chiropractic Education*, **29** (1), 1-10.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. ve Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson

Hall-Lord, M. L., Skoogh, A., Ballangrud, R., Nordin, A. ve Bååth, C. (2020). The Swedish version of the TeamSTEPPS® teamwork perceptions questionnaire (T-TPQ): a validation study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, **13**, 829–837

Hamric, Ann. ve Blackhall, L. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate, *Critical Care Medicine*, **35** (2), 422-429.

Hatip, Ö. (2017). Hemşire-Hemşire İşbirliğinin İş Doyumuyla İlişkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Hensel, D., & Ball, S. (2013). The effects of group size on outcomes in highrisk, maternal-newborn simulations. *IU Scholars Works*. Erişim 15.01.2019, http://hdl.handle.net/2022/17201

House, S. ve Havens, D. (2017). Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration: a systematic review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, **47** (3), 165-171.

Hwang, J.İ. ve Ahn, J. (2015) Teamwork and clinical error reporting amang nurses in korean hospitals. *Asian Nursing Research*, **9**:14-20.

Hwang, I.J. Lou, F., Han, S.S., Cao, F., Kim, W.O. ve Li, P. (2009). Professionalism: the major factor influencing job satisfaction among Korean and Chinese nurses. *International Nursing Review*, **56**, 313–318.

Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J. E. M., Van Eijsden, A. M., Mackenbach, J. P. ve Nieboer, A. P. (2014). The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. *Journal of Advanced Nursing*, **70** (4), 791-799.

Hashmi, A., Ishak, S. ve Hassan, H. B. (2018). Role of team size as a contextual variable for the relationship of transformational leadership and teamwork quality. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, **6** (5), 76-81.

Hoegl, M. (2005). Smaller teams–better teamwork: How to keep project teams small. *Business Horizons*, **48** (3), 209-214.

Hossny, E. K. ve Sabra, H. E. (2021). Effect of nurses' perception to workplace civility climate on nurse–physician collaboration. *Nursing Open*, **8** (2), 620-627.

Ibraheem, E. E., Eid, N. M. ve Rashad, Z. M. (2020). Intra professional nursing collaboration: A concept analysis. *Menoufia Nursing Journal*, **5** (1), 77-81.

International Labour Organization (ILO). (2020). COVID-19: Are there enough health workers? Erişim 01.01.2022, https://ilostat.ilo.org/data/Supply and shortage of health workers: Where does your country rank?

Institute of Medicine (IOM). (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press. Erişim 15.01.2019, https://www.nap.edu/resource/9728/To-Err-is-Human-1999--report-brief.pdf.

Institute of Medicine (IOM). (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press. Erişim tarihi 05.04.2019, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009849/

Institute of Medicine (IOM). (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press. Erişim tarihi 05.04.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/pdf/Bookshelf_NBK209880.pdf.

İnstitute of Medicine (IOM). (2015). *The future of nursing*. Erişim tarihi: 05.04.2019, www.nationalacademies.org.

Işık, E., Fadıloğlu, Ç. ve Demir, Y. (2009). Ölüme karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire populasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, **11** (2), 28-43.

Kahraman, A. B., Tunçdemir, N. O. ve Özcan, A. (2015). Toplumsal cinsiyet bağlamında hemşirelik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin mesleğe yönelik algıları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, **18** (2), 108-144.

Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M. ve Roh, Y. S. (2021). Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: a questionnaire survey in teaching hospitals. *Journal of Nursing Management*, 1-10.

Kalisch, B. J. ve Begeny, S. M. (2005). Improving nursing unit teamwork. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, **35** (12), 550-556.

Kalisch, B. J., Lee, H. ve Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of nursing management*, **18** (8), 938-947.

Kalisch, B. J., Russell, K. ve Lee, K. H. (2013). Nursing teamwork and unit size. *Western Journal of Nursing Research*, **35** (2), 214-225.

Karaçar, Y., Bademli, K., Ozgonul, M. L. ve Kırca, N. (2021). The relationship between nurse-nurse collaboration and patient safety: A cross-sectional study. *Authorea Preprints*. Erişim tarihi: 05.12.2021, https://europepmc.org/article/ppr/ppr399476

Karadaş, A., Kaynak, S., Duran, S. ve Ergün, S. (2018). Hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin değerlendirilmesi: Balıkesir örneği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **7** (3), 74-80.

Karakaya, A. (2020). Sağlık Çalışanlarının Klinik Liderlik Anlayışının Ekip Çalışmasına Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Sivas.

Karamanoğlu, A.Y., Özer, F.G. ve Tuğcu, A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*,**14** (1):12-7.

Karaöz, S. (2004). Hemşirelerin politik gücü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8** (1), 30-36.

Kavuran, E., Eda, A. Y., Emrah, A. Y. ve Aksoy, M. (2021). Hemşirelerin ekip çalışması ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Turkish Journal of Science and Health*, **2** (1), 45-56.

Kaya, N., Turan, N. ve Öztürk, A. (2011). Türkiye'de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası Insan Bilimleri Dergisi*, **8** (1), 16-30.

Keebler, J. R., Dietz, A. S., Lazzara, E. H., Benishek, L. E., Almeida, S. A., Toor, P. A. ve ark. (2014). Validation of a teamwork perceptions measure to increase patient safety. *BMJ Quality & Safety*, **23** (9), 718-726.

Kerrick, L. (2021). TeamSTEPPS ın a pediatric operating room. Regis University. Student Publications. Erişim 05.12.2021, https://epublications.regis.edu/theses/1006.

Kholed, S. N. S., Hassan, N. M., Ma'on, S. N. ve Hamid, N. Z. A. (2017). Teamwork and collaboration in healthcare: Elements of inter-professional teamwork. *Advanced Science Letters*, **23** (11), 10834-10837.

Kıdak, L. ve Aksaraylı, M. (2009). Sağlık hizmetlerinde motivasyon faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **7** (1), 75-94.

King, H. B., Battles, J., Baker, D. P., Alonso, A., Salas, E., Webster, J. ve ark. (2008). TeamSTEPPS™: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. Advances in Patient Safety: new directions and alternative approaches. Erişim 05.12.2021, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/

Klostermann, M., Ontrup, G., Thomaschewski, L. ve Kluge, A. (2021). Something old or something new? An empirical study on the instant adjustment to virtual teamwork during COVID-19. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie A&O*, **65** (4), 215-230.

Kol, E., Geçkil, E., Arıkan, C., İlter, M., Özcan, Ö., Şakirgün, E. ve ark. (2017). Türkiye'de hemşirelik bakım algısının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 163-172.

Köse, S. ve Çelik, A. S. Hemşirelerin hemşirelik tanılarını algılama durumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, **3** (3), 244-253.

Koç, S. (2017). *Yönetici Hemşireliğe Giden Yolda*. 2. Basım, İstanbul, Nobel.

Koç, S., Özkul, A. S., Özdemir-Ürkmez, D., Özkul-Özel, H. ve Çelik-Çevik, L. (2017). Bir sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan hemşirelerin stres kaynaklarının ve düzeylerinin analizi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **33** (2), 68-75.

Kourkoute, L. ve Papathanasiou,I.V. (2014). Communication in Nursing Practice. Erişim tarihi: 05.12.2019, http://www.ncbi.nlm.nıh.gov/pmc/articles.

Koçak, U. H. (2019). Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.

Koçel, T. (2005*). İşletme Yöneticiliği*, 10. bs. İstanbul: Arıkan Basım Yayım Dağıtım.

Labrague, L. J., de Los Santos, J. A. A. ve Fronda, D. C. (2021). Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*.1-9.

Lakatamitou, I., Lambrinou, E., Kyriakou, M., Paikousis, L., & Middleton, N. (2020). The Greek versions of the TeamSTEPPS teamwork perceptions questionnaire and Minnesota satisfaction questionnaire "short form". *BMC Health Services Research, 20*(1), 1-10.

Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Cimiotti, J. P., Riman, K. A., Martin, B. ve Aiken, L. H. (2021a). Evaluation of hospital nurse-to-patient staffing ratios and sepsis bundles on patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, **49** (7), 868-873.

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Martin, B., Reneau, K. ve ark. (2021b). Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Quality & Safety*, **30** (8), 639-647.

Lee, Y. J. ve Hwang, J. I. (2019). Relationships of nurse-nurse collaboration and nurse-physician collaboration with the occurrence of medical errors. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, **25** (2), 73-82.

Lemetti, T., Voutilainen, P., Stolt, M., Eloranta, S. ve Suhonen, R. (2019). Older patients' experiences of nurse-to-nurse collaboration between hospital and primary health care in the care chain for older people. Scandinavian *Journal of Caring Sciences*, **33** (3), 600-608.

Lemetti, T., Voutilainen, P., Stolt, M., Eloranta, S. ve Suhonen, R. (2017). An enquiry into nurse-to-nurse collaboration within the older people care chain as part of the integrated care: a qualitative study. *International Journal of Integrated Care*, **17** (1), 1-11.

Leonard, M., Graham, S. ve Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, **13** (1), i85-i90.

Liu, J., Ponzer, S., Farrokhnia, N. ve Masiello, I. (2021). Evaluation of interprofessional teamwork modules implementation in an emergency department–A mixed-methods case study of implementation fidelity. *BMC Health Services Research*, **21** (1), 1-12.

Logan, T. R. ve Michael Malone, D. (2018). Nurses' perceptions of teamwork and workplace bullying. *Journal of Nursing Management*, **26** (4), 411-419.

Long, T. T. (2019). Evaluation of Nurses' Perceptions Before and After Applying "I Pass (the) Baton". Master's Theses. Erişim 05.12.2021, https://digscholarship.unco.edu/theses/135

Ma, C. ve Stimpfel, A. W. (2018). The association between nurse shift patterns and nurse-nurse and nurse-physician collaboration in acute care hospital units. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, **48** (6), 335-341.

Mahmood, L. S., Mohammed, C. A. ve Gilbert, J. H. (2021). Interprofessional simulation education to enhance teamwork and communication skills among medical and nursing undergraduates using the TeamSTEPPS® framework. *Medical Journal Armed Forces India*, **77**, S42-S48.

Mahramus, T., Frewin, S., Penoyer, D. A. ve Sole, M. L. (2013). Perceptions of teamwork among code team members. *Clinical Nurse Specialist*, **27** (6), 291-297.

Marsilio, M., Torbica, A. ve Villa, S. (2017). Health care multidisciplinary teams: the sociotechnical approach for an integrated system-wide perspective. *Health Care Management Review*, **42** (4), 303-314.

Mayo, A. T. ve Woolley, A. W. (2016). Teamwork in health care: maximizing collective intelligence via inclusive collaboration and open communication. *AMA J Ethics*, **18** (9): 933-940.

Matzke, C. M., DeGennaro, R. ve Howie-Esquivel, J. (2021). Incorporating TeamSTEPPS training to improve staff collaboration in an academic level I emergency and trauma center. *International Emergency Nursing*, **55**, 1-10.

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C. ve Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet*, **397** (10288), 1905-1913.

Meretoja, R., Eriksson, E. ve Leino-Kilp, H. (2002). Indicators for competent nursing practice. *Nurs Manage*, **10** (2), 95-102.

Meydan, B. (2020). Türkiye'de Multi-Disipliner Hasta Bakim Uygulamalarinda Karşilaşilan Güçlükler Üzerine Bir Analiz. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, **3** (1), 7-15.

Miller, K. L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C. ve Conn, L. G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, **64** (4), 332-343.

Mills, P., Neily, J. ve Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons*, **206** (1), 107-112.

Mukhlif, H. H. ve Saber, A. K. (2014). Assessment of Nurses' Perception about the Nursing Profession in Al-Jamhory Teaching Hospital. *Mosul Journal of Nursing*, **2** (2), 63-69.

Mohamed, S. A. ve Abed, F. (2016). Perception of teamwork and missed nursing care among nurses in intensive care units at South Valley University hospitals. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, **5**(6), 89-97.

Mohammed, H., Mohammad, S. S. ve Abdul-Kareem, M. (2021). a study the nurses perceptions regarding cooperation with physicians at emergency departments in babylon governorate. *Academic Nurse*, **19**, 23-5.

Moore, J. ve Prentice, D. (2015). Oncology nurses' experience of collaboration: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, **19** (5), 509-515.

Nguyen, V. (2020). Teamstepps interventions to improve communication and teamwork. Erişim 05.12.2021, https://www.newswise.com/articles/teamstepps-interventions-to-improve-communication-and-teamwork-dr-vannga-nguyen.

Nygren, U. S., Tindberg, Y., Eriksson, L., Larsson, U., Sandberg, H. ve Nordgren, L. (2021). Healthcare professionals' perceptions about interprofessional teamwork: a national survey within Swedish child healthcare services. *BMC Health Services Research*, **21**(1), 1-12.

O'Brien, Daniel (2004) 'The epistemology of perception', internet encyclopedia of philosophy, a first-rate introduction to the main issues regarding the epistemology of perception. Erişim 05.12.2021, https://iep.utm.edu/perc-obj/.

Organization for Economic Co-operation and Development. (OECD). (2020). Nurses (indicator). Erişim 05.12.2021, https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm.

Ogungbamila, B., Ogungbamila, A. ve Agboola Adetula, G. (2010). Effects of team size and work team perception on workplace commitment: Evidence from 23 production teams. *Small Group Research*, **41** (6), 725-745.

O'leary, K. J., Ritter, C. D., Wheeler, H., Szekendi, M. K., Brinton, T. S. ve Williams, M. V. (2010). Teamwork on inpatient medical units: assessing attitudes and barriers. *BMJ Quality & Safety*, **19** (2), 117-121.

Özgür, G., Gümüş, A. B. ve Gürdağ, S. (2011). Investigation of psychiatric symptoms in nurses working in a hospital. *Düşünen Adam*, **24** (4), 296-305.

Özdemir, Ö., Temiz, G. ve Akın, S. (2020). Hemşirelerin kişilik özellikleri, benlik kavramı ve mesleğe ilişkin algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Academic Research In Nursing*, **6** (3), 455-464.

Özkaraca, R. (2009). Hekim ve Hemşirelerin işbirliğine ilişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Önler, E., Yıldız, T., Süzen, E. R., Aydınyılmaz, H., Urcanoğlu, Ö. B., Kılıç, Ö. ve Malak, A. (2017). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ekip çaılşması tutumlari ile duygusal zeka düzeyleri arasındakı ilişkinin değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, **2** (2).19-29.

Özçetin, M., Saz, E. U., Karapınar, B., Özen, S., Aydemir, Ş. Ve Vardar, F. (2009). Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *J Pediatr Inf,* **3** (3), 49-53.

Pallant, J. (2020). *SPSS Kullanma Kılavuzu, SPSS ile Adım Adım Veri Analizi*. (B. A. Sibel BALCI, Çev.) Ankara: Anı Yayıncılık.

Parizad, N., Lopez, V., Jasemi, M., Gharaaghaji Asl, R., Taylor, A. ve Taghinejad, R. (2021). Job stress and its relationship with nurses' autonomy and nurse–physician collaboration in intensive care unit. *Journal of Nursing Management*. **29** (7), 2084-2091.

Pfaff, K., Baxter, P., Jack, S. ve Ploeg, J. (2014). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal Of Advanced Nursing*, **70** (1), 4-20.

Pressler, J. L. ve Kenner, C. A. (2012). Interprofessional and interdisciplinary collaboration in nursing. *Nurse Educator*, **37** (6), 230-232.

Rae, P. J., Pearce, S., Greaves, P. J., Dall'Ora, C., Griffiths, P. ve Endacott, R. (2021). Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, **67**, 103110.

Resmi Gazete (1954). 02 Şubat 1954 tarihli 8647 sayılı *Hemşirelik Kanunu*. Erişim 10.01.2020, https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8647.pdf.

Resmi Gazete (2007). 2 Mayıs 2007 tarihli 26510 sayılı *Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*. Erişim 10.01.2020, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm.

Resmi Gazete (2014). 18 Ocak 2014 tarihli 28886 sayılı *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*. Erişim 10.01.2020, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118.pdf

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.

Reyhanoğlu, M. (2009). Minztberg'in örgütlenme boyutları ve örgüt yapıları. Erişim 10.01.2020, http://www.mku.edu.tr/files/347-42762f43-c95d-47d6-a003-ecbb77ae3286.pdf

Rezaei, S., Roshangar, F., Rahmani, A., Jabbarzadeh Tabrizi, F., Sarbakhsh, P. ve Parvan, K. (2021). Emergency nurses attitudes toward interprofessional collaboration and teamwork and their affecting factors: A cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies*, **10** (3), 173-180.

Rice, Y., DeLetter, M., Fryman, L., Parrish, E., Velotta, C. ve Talley, C. (2016). Implementation and evaluation of a team simulation training program. *Journal of Trauma Nursing*, **23** (5), 298-303.

Salas, E., Sims, D. E. ve Burke, C. S. (2005). Is there a "big five" in teamwork? *Small Group Research*, **36** (5), 555-599.

Saldamlı, A. ve Andsoy, I. I. (2019). Cerrahi süreçteki sağlık profesyonellerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışması tutumları. *Ç*ukurova Medical Journal, **44**, 483-491.

Sangaleti, C., Schveitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P. ve Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, **15** (11), 2723-2788.

Sayed, K. A. ve Sleem, W. F. (2011). Nurse–physician collaboration: a comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, **8** (2), 140-146.

Saygılı, M. ve Özer, Ö. (2020). Sağlık çalışanlarında ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, **11** (27), 444-454.

Schmiedhofer, M., Derksen, C., Keller, F. M., Dietl, J. E., Häussler, F., Strametz, R. ve ark. (2021). Barriers and facilitators of safe communication in obstetrics: results from qualitative interviews with physicians, midwives and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **18** (3), 915.

Seaton, J., Jones, A., Johnston, C. ve Francis, K. (2021). Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. *Journal of Interprofessional Care*, **35** (2), 217-228.

Sert, H., İlhan, P. ve Okçu, P. (2019). Erişkin yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin yatak başı hasta teslimlerinin incelenmesi. standardize edilmiş form gerekli mi? hemşire görüşleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **23** (3), 160-167.

Sıvacı, M. (2017). Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci Hakkindaki Görüşleri ve Deneyimleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İstanbul.

Souza, G. C. D., Peduzzi, M., Silva, J. A. M. D. ve Carvalho, B. G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **50**, 0642-0649.

Sterchi, L. S. (2007). Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN Journal*, **86**(1), 45-57.

Şengül, H. (2020). Üniversite öğrencileri yeme davranışları ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *EJONS International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences*, **4(**15), 708-721.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics. Boston, Pearson.

Taş, F. ve Antalyalı, Ö. L. (2019). Kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin izharcılık (whistleblowing) tutumları. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2** (1), 34-54.

Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS® 2.0 (2013). *Pocket Guide. Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Agency for Healthcare Research and Quality*. Erişim 10.01.2019, https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pocketguide.pdf

Terzi, B. ve Polat, Ş. (2020). Hemşirelerin algıladıkları destek düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg*. **6** (1):59-67

Timmermans, O. (2012). Team Learning and Innovation in Nursing. Erişim 10.01.2019, http://www.proefschriftenverpleegkunde.nl/wpcontent/uploads/gravity_forms/6-e9dc63308c2d8e347e8c9e1a28bb67ce/2015/09/Proefschriftolaftimmermans.pdf?TB_iframe=true.

Tosun, K. (1990). *Yönetim Ve Işletme Politikası*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi.

Trevino, P., Green, A., Middaugh, D., Heo, S., Beverly, C. ve Deshpande, J. (2018). Nursing perception of risk in common nursing practice situations. *Journal of Healthcare Risk Management*, **37** (3), 19-28.

Tunç, A. ve Atılgan, A. (2017). Algı üzerine kurulu yönetsel bir anlayış: Algı'nın yönetimi. *International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies*, **3** (3), 228-238.

Tura, M., Fage, S., Birhanu, A., Kolola, T., Zerihun, E. ve Mideksa, L. (2021). Perception towards nursing profession among nurses working in public hospitals in central Ethiopia: A mixed-method study. Erişim 10.12.2021, https://assets.researchsquare.com/files/rs-149761/v1/6a1b50fe-e7e5-4a63-a23f-1761cf504fbe.pdf?c=1631871739

Turaç, N. (2020). Hekim hemşire işbirliğinin iş doyumuyla ilişkisi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, **9** (2), 175-180.

Turalı, Y. (2021). Bir Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kalite Yönetimi Konusundaki Bilgi Tutum Ve Davranışları. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsi. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. İstanbul.

Tüney, M. (2019). Hemşirelerin Algıladığı Örgütsel Destek İle Ekip Çalışması Tutumu Arasındaki İlişki: Cerrahi Servis ve Yoğun Bakım Üniteleri Örneği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsi. Hemşireilk Anabilim Dalı. Erzincan.

Türe, F. (2019). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerisinin Tıbbi Hata Eğilimine Etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsi. Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.

Türk Dil Kurumu (TDK), *Büyük Türkçe Sözlük*, Erişim 10.01.2019, www.tdk.gov.tr.

Ulusoy, H. ve Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve hemşirelerin ekip çalişmasina ilişkin görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (2), 55-61.

Unoki, T., Matsuishi, Y., Tsujimoto, T., Yotsumoto, R., Yamada, T., Komatsu, Y. ve ark. (2021). Translation, reliability and validity of Japanese version the TeamSTEPPS® teamwork perceptions questionnaire. *Nursing Open*, **8** (1), 115-122.

Usberg, G., Uibu, E., Urban, R. ve Kangasniemi, M. (2021). Ethical conflicts in nursing: An interview study. *Nursing Ethics*, **28** (2), 230-241.

Qu, J., Zhu, Y., Cui, L., Yang, L., Lai, Y., Ye, X. ve Qu, B. (2020). Psychometric properties of the Chinese version of the TeamSTEPPS teamwork perceptions questionnaire to measure teamwork perceptions of Chinese residents: a cross-sectional study. *BMJ Open*, **10** (11), e039566.

Xiao, Y. , Parker, S. H. ,Manser, T. (2013). Teamwork and collaboration. *Reviews of Human Factors and Ergonomics*, **8** (1), 55–102.

Wangdi, U. ve Dorji, N. (2019). Perception on nursing profession and academic and work-related stress among nursing students in Bhutan. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, **22** (3), 16672-16683.

Wauben, L. S. G. L., Dekker-van Doorn, C. M., Van Wijngaarden, J. D. H., Goossens, R. H. M., Huijsman, R., Klein, J. ve Lange, J. F. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, **23** (2), 159-166.

Weaver, A. L., Hernandez, S. ve Olson, D. M. (2017). Clinician perceptions of teamwork in the emergency department: does nurse and medical provider workspace placement make a difference? *JONA: The Journal of Nursing Administration*, **47** (1), 50-55.

Wheelan, S. A., Burchill, C. N. ve Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, **12** (6), 527-534.

Vandresen, L., Pires, D. E. P. D., Lorenzetti, J. ve de Andrade, S. R. (2018). Classification of patients and nursing staff's sizing: contributions of a management technology. Revista gaucha de enfermagem, 39. Erişim 10.01.2019, https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rdByqsMjgtThC4mh9BMPzDn/?format=pdf&lang=en.

Veneziano, L. ve Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, **21** (1), s. 67-70.

Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, **46**, 74-85.

Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). A road map for the content validity used in scale development studies. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **20**(1), 251-264.

Yıldırım, B. ve Bağsürer, N. (2019). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme süreçlerinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, **11**(1), 27-33.

Yılmaz, A. (2019). Hemşirelerin X ya da Y Tipi Olması ve Çalışma Arkadaşları Tercihlerinin Çalışma Arkadaşları Tercihlerinin Çalışma Tutumları İle İlişkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Kırklareli.

Yılmaz, Ç. (2020). Validity And Reliability Analysis Of The Teamwork Perceptions Questionnaire In The Turkish Context. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yönetimi. Ankara.

Yılmaz, F. ve Öztürk, H. (2011). Hastanelerde yönetici hemşirelerin karşılaştıkları çatışma nedenleri ve çatışma yönetim yaklaşımları. *Florence Nightingale Journal of Nursing,* **19** (3), 145-152.

Yılmaz, P.Ş. (2015). Geştalt psikolojisi, geştalt terapi kuramını nasıl etkilemiştir? *temas: Geştalt Terapi Dergisi,* **2** (1), 3-32.

Yılmaz, T.A. ve Yıldırım, A. (2018). Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *The Jornal of Academic Social Science,* **6** (67):40-52.

Yılmaz Kuşaklı, B. , Yerköy Ateş, A. ve Çetin, G. (2019). Hemşirelik mesleğinin kuşaklararası değişimi ve kuşakların yönetimi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, **1** (3) , 203-208

Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S. ve Kvist, T. (2019a). Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing Open,* **6** (3), 998-1005.

Ylitörmänen, T., Kvist, T. ve Turunen, H. (2019b). Perceptions on nurse–nurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **33** (3), 731-740.

Yüce, A. (2015). Ameliyathane Çalışanlarında Ekip Çalışması İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.

Yüksek Öğretim Kurulu (2017). Hemşirelikte Lisans Eğitim Çalıştayı. Erişim 10.01.2019,https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/Hemsirelik_Lisans_Egitimi_Calistayi_Sonuc_Raporu.pdf.

Zaccaro, S. J., Marks, M., O'Connor-Boes, J. ve Costanza, D. (1995). The nature and assessment of leader mental models. *Management Research Institute, Bethesda, MD (Tech. Rep. MRI 95-3).*

Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H., Thomson, K., Bain, L. ve Wulffhart, Z. (2021). acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety–a mixed methods study. Erişim 10.01.2019, https://assets.researchsquare.com/files/rs-141351/v1/77d7c3cd-cea0-4332-a16c-2d7d42f1d8a8.pdf?c=1631870439.

Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E. ve Holladay, C. L. (2021). Overcoming challenges to teamwork in healthcare: A team effectiveness framework and evidence-based guidance. *Frontiers in Communication,* 6, 6.

Zengin, Ş. (2021). Hemşirelerin Örgütsel Güven Algısının Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerine Etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Erzincan.

FORMLAR

Ek-1: Ölçek Kullanım İzinleri (T-TPQ ve HHİÖ)

Ek-2: T-TPQ Orijinal İngilizce Versiyonu

Ek-3: TÇAÖ (TR-T-TPQ) Türkçe Versiyonu

Ek-4: TÇAÖ Kullanım Rehberi

Ek-5: Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu

Ek-6: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği

Ek-7: Kurum İzni (Özel Hastane)

Ek-8: Kurum İzni Red (Özel Hastane)

Ek-9: Kurum İzni (Üniversite Hastanesi)

Ek-10: Kurum İzinleri İptal (Özel ve Üniversite Hastaneleri)

Ek-11: Kurum İzni ve İl Sağlık Müdürlüğü Talep Yazısı (Kamu ve Kamu Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzinleri)

Ek-12: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni (Kamu ve Kamu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri)

Ek-13: Kurum İzinleri (Kamu ve Kamu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri)

Ek-14: Bilgilendirme Yazısı

Ek-1: Ölçek Kullanım İzinleri

- **T-TPQ Kullanım İzni**

- **Hemşire- Hemşire İşbirliği Ölçeği Kullanım İzni**

Ek-2: T-TPQ Orijinal İngilizce Versiyonu

Team Function	**Strongly Agree**	**Agree**	**Neutral**	**Disagree**	**Strongly Disagree**
1. The skills of staff overlap sufficiently so that work can be shared when necessary.					
2. Staff are held accountable for their actions.					
3. Staff within my unit share information that enables timely decision making by the direct patient care team.					
4. My unit makes efficient use of resources (e.g., staff supplies, equipment, information).					
5. Staff understand their roles and responsibilities.					
6. My unit has clearly articulated goals.					
7. My unit operates at a high level of efficiency.					
Leadership	**Strongly Agree**	**Agree**	**Neutral**	**Disagree**	**Strongly Disagree**
8. My supervisor/manager considers staff input when making decisions about patient care.					
9. My supervisor/manager provides opportunities to discuss the unit's performance after an event.					
10. My supervisor/manager takes time to meet with staff to develop a plan for patient care.					
11. My supervisor/manager ensures that adequate resources (e.g., staff, supplies, equipment, information) are available.					
12. My supervisor/manager resolves conflicts successfully.					
13. My supervisor/manager models appropriate team behavior.					
14. My supervisor/manager ensures that staff are aware of any situations or changes that may affect patient care.					
Situation Monitoring	**Strongly Agree**	**Agree**	**Neutral**	**Disagree**	**Strongly Disagree**
15. Staff effectively anticipate each other's needs.					
16. Staff monitor each other's performance.					
17. Staff exchange relevant information as it becomes available.					
18. Staff continuously scan the environment for important information.					
19. Staff share information regarding potential complications (e.g., patient changes, bed availability).					
20. Staff meets to reevaluate patient care goals when aspects of the situation have changed.					
21. Staff correct each other's mistakes to ensure that procedures are followed properly.					
Mutual Support	**Strongly Agree**	**Agree**	**Neutral**	**Disagree**	**Strongly Disagree**
22. Staff assist fellow staff during high workload.					
23. Staff request assistance from fellow staff when they feel overwhelmed.					
24. Staff caution each other about potentially dangerous situations.					
25. Feedback between staff is delivered in a way that promotes positive interactions and future change.					
26. Staff advocate for patients even when their opinion conflicts with that of a senior member of the unit.					
27. When staff have a concern about patient safety, they challenge others until they are sure the concern has been heard.					
28. Staff resolve their conflicts, even when the conflicts have become personal.					
Communication	**Strongly Agree**	**Agree**	**Neutral**	**Disagree**	**Strongly Disagree**
29. Information regarding patient care is explained to patients and their families in lay terms.					
30. Staff relay relevant information in a timely manner.					
31. When communicating with patients, staff allow enough time for questions.					
32. Staff use common terminology when communicating with each other.					
33. Staff verbally verify information that they receive from one another.					
34. Staff follow a standardized method of sharing information when handing off patients.					
35. Staff seek information from all available sources.					

Ek-3: TÇAÖ (TR-T-TPQ) Türkçe Versiyonu

Takım Çalışması Algıları Ölçeği Lütfen sorulara, **çalıştığınız birimi, çalışma arkadaşlarınızı ve yöneticinizi düşünerek cevap veriniz**. Her bir ifade için, cevabınız olduğunu gösteren sütuna bir **X** işareti koyunuz.	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
Takım Yapısı					
1.Takım üyelerinin becerileri yeterince örtüştüğü için gerektiğinde iş paylaşımı yapılabilir.					
2. Takım üyeleri yaptıkları işlerden sorumlu tutulur.					
3. Birimimde çalışanlar, hasta için zamanında karar almayı sağlayan bilgileri bakım üyeleri ile paylaşır.					
4. Birimimde çalışanlar kaynakları (örn. çalışanların kullanacağı araç, gereç, bilgi vb.) verimli bir şekilde kullanır.					
5. Takım üyeleri rol ve sorumluluklarının farkındadır.					
6. Çalıştığım birimin açıkça belirlenmiş hedefleri vardır.					
7. Birimim yüksek verimlilik düzeyinde çalışır.					
Liderlik					
8. Yöneticim, hasta bakımı ile ilgili kararlarda takım üyelerinin katkısını (görüş, öneri, bilgi, beceri, deneyim vs.) dikkate alır.					
9. Yöneticim, yaşanılan bir olay sonrasında verim gücünü ortaklaşa değerlendirebilmek için takım üyelerine fırsat verir.					
10. Yöneticim, hasta bakım planını şekillendirirken takım üyeleri ile görüşmeye zaman ayırır.					
11.Yöneticim birim için gerekli olan kaynakların (örn. çalışanların kullanacağı araç, gereç, bilgi vb.) yeterli miktarda temin edilmesini sağlar.					
12. Yöneticim çatışmaları başarılı bir şekilde yönetir.					
13. Yöneticim uygun takım davranış biçimi oluşturur.					
14. Yöneticim hasta bakımını etkileyebilecek herhangi bir durum veya değişiklik halinde ilgili takım üyelerini bilgilendirir.					
Durum İzleme					
15. Takım üyeleri birbirlerinin gereksinimlerini etkin bir şekilde öngörür.					
16. Takım üyeleri birbirlerinin çalışma verim gücünü gözlemler.					
17. Takım üyeleri uygun olduklarında hasta bakımı ve sağaltımı gibi konularda bilgi paylaşımında bulunur.					
18. Takım üyeleri önemli bilgileri elde edebilmek için hasta ve çevresini gözlemler.					
19. Takım üyeleri karışıklıklara neden olabilecek bilgileri (örn. hasta değişiklikleri, yatak kullanılabilirliği vb.) birbirleri ile paylaşır					
20. Takım üyeleri, hasta bakımı ile ilgili herhangi bir durum değişikliğinde hedefleri yeniden değerlendirmek üzere bir araya gelir.					
21. Takım üyeleri, işlemlerin düzgün bir şekilde işleyebilmesi için birbirlerinin hatalarını düzeltir.					
Karşılıklı Destek					
22. Takım üyeleri, çalışma yoğunluğunda birbirlerine destek verir.					
23. Takım üyeleri herhangi bir olay karşısında güçlük yaşadığında birbirlerinden yardım talep eder.					
24. Takım üyeleri olası tehlikeli durumlara karşı birbirlerini uyarır.					
25. Takım üyeleri arasındaki geri bildirim, olumlu etkileşimlere ve gelecekteki değişimlere katkı sağlayacak şekilde yapılır.					
26. Takım üyeleri birimin en kıdemlisi ile fikir çatışması yaşasa dahi hastaların savunuculuğunu yapar					
27. Takım üyeleri hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir endişe duyduğunda, çalışma arkadaşlarını da bilgilendirir.					
28. Takım üyeleri, kişisel hale gelen çatışmaları dahi çözüme kavuşturur.					
İletişim					
29. Hasta bakımı ile ilgili bilgiler hasta ve yakınlarına uygun bir dil kullanılarak anlatılır.					
30. Takım üyeleri gerekli olan bilgileri zamanında iletir.					
31. Takım üyeleri hastalara soru sormaları için yeteri kadar zaman ayırır.					
32. Takım üyeleri birbirleri ile iletişim kurmak için ortak bir dil kullanır					
33. Takım üyeleri birbirlerinden aldıkları bilgileri sözlü olarak teyit eder.					
34. Takım üyeleri hasta teslim sürecinde bilgi paylaşımı yapabilmek için standart bir yöntem kullanır.					
35. Takım üyeleri mevcut tüm kaynaklardan bilgi edinir.					

Ek-4: TÇAÖ Kullanım Rehberi

TÇAÖ Kullanım Rehberi;

- Takım çalışmasının temel bileşenlerine (takım yapısı, liderlik, durum izleme, karşılıklı destek ve iletişim) yönelik algıları değerlendirmek, kurumun saha değerlendirmesini yapmak, eğitim ihtityacı ve etkinliğini belirlemek için kullanılabilmektedir.
- TÇAÖ tek başına veya diğer ölçüm araçları ile beraber kullanılabilmektedir.
- Maddelerin değiştirilmemesi gerekmektedir, aksi halde ölçme aracının geçerlilik ve güvenirliliği etkilenebilecektir.
- Ölçek kuruluş çapında, birim çapında veya bazı birleşmiş birim çapında uygulanmalıdır.
- Anket yapılacak doğru kişilerin belirlenmesine özen gösterilmelidir.
- Ölçek bütün halde kullanılabileceği gibi ihtiyaca göre takım yapısı, liderlik, karşılıklı destek, durum izleme ve iletişim boyutlarının her biri ayrı ayrı da kullanılabilmektedir. Örneğin bir organizasyon sadece liderlik algısı ile ilgileniyorsa sadece bu boyut kullanılabilmektedir.

Takım çalışması algıları puanları ise aşağıda sıralandığı gibi kabul edilmektedir.

- **1,00–1,80**: Çok düşük düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **1,81–2,60**: Düşük düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **2,61–3,40**: Orta düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **3,41–4,20**: Yüksek düzeyde takım çalışması algıları olduğu
- **4,21–5,00**: Çok yüksek düzeyde takım çalışması algıları olduğudur

TÇAÖ alt boyutları, alt boyutların ne anlama geldiği, alt boyutları ifade eden maddelerin dağılımı ve ölçek puanlaması şu şekildedir;

Takım Çalışması Algıları Ölçeği ve Alt Boyutları	Maddeler	Min. Alınabilecek Toplam Puan	Max. Alınabilecek Toplam Puan	Min. Alınabilecek Ortalama Puan	Max. Alınabilecek Ortalama Puan
Takım Yapısı	1,2,3,4,5,6,7	7	35	1	5
Liderlik	8,9,10,11,12,13,14	7	35	1	5
Durum İzleme	15,16,17,18,19,20,21	7	35	1	5
Karşılıklı Destek	22,23,24,25,26,27,28	7	35	1	5
İletişim	29,30,31,32,33,34,35	7	35	1	5
Toplam 5 Boyut	35 madde	35	175	1	5

Takım Yapısı	Güvenliği sağlamak için birlikte çalışması gereken takımların sistem bileşenlerini tanımlamaktadır. Takım üyeleri arasında beceri uyumu, iş paylaşımı, iş sorumluluğu ve farkındalığı, kaynakların verimli bir şekilde kullanılması, birim hedeflerinin olup olmadığı ve verimliliği ile ilgili ne algılandığı hakkında bilgi vermektedir.
Liderlik	Takım eylemlerinin anlaşılmasını, bilgilerdeki değişikliklerin paylaşılmasını ve takım üyelerinin gerekli kaynaklara sahip olmasını sağlayarak, etkinliklerini en üst düzeye çıkarma yeteneğidir. Liderin kaynak yönetimi, çatışma yönetimi, iletişimi, hasta bakımına takım üyelerini dahil etmesi, bilgilendirme yapması ve uygun takım davranış modeli sergilemesi ile ilgili takım üyelerinin ne algıladığı hakkında bilgi vermektedir.
Durum İzleme	Takım işleyişini desteklemek, bilgi veya anlayış kazanmak, farkındalığı sürdürmek için durumsal unsurları aktif olarak tarama ve değerlendirme sürecidir. Takım üyelerinin hasta izlemi, hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için diğer takım üyelerinin izlemi, birbirlerinin gereksinimleri hakkında farkındalıklar, bilgi paylaşımı ve iletişim ile ilgili ne algılandığı hakkında bilgi vermektedir.
Karşılıklı Destek	Sorumluluk ve iş yükleri hakkında doğru bilgi ile takım üyelerinin ihtiyaçlarını tahmin etme ve destekleme becerisidir. Destek, yardım istenmesi, geribildirimde bulunulması, hasta savunuculuğunun yapılması, hasta güvenliği ve çatışmaların çözümü gibi durumlarda takım üyelerinin ne algıladığı hakkında bilgi vermektedir.
İletişim	Takım üyeleri arasında bilgilerin açık ve doğru bir şekilde değiş tokuş edildiği yapılandırılmış bir süreçtir. Takım üyelerinin hasta ve yakınları ile iletişimi, birbirleri ile bilgi alışverişi, geribildirimi, hasta tesliminde bilgi paylaşımı ve bilgi toplanması ile ilgili ne algılandığı hakkında bilgi vermektedir.

Ek-5: Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu

Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu

1. **Çalıştığınız Hastane:** ( ) Üniversite Hastanesi ( ) Kamu Hastanesi ( ) Özel Hastane
2. **Yaşınız:**……..
3. **Cinsiyetiniz:** ( )Kadın ( )Erkek
4. **Medeni Durumunuz :** ( ) Evli ( ) Bekar
5. **Eğitim Durumunuz :** ( )SML ( )Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü
6. **Çalıştığınız Birim:……..**
7. **Çalıştığınız Hastanedeki Göreviniz**: ( ) Yönetici Hemşire, ( ) Servis Hemşiresi, ( ) Eğitim Hemşiresi, ( ) Enfeksiyon Hemşiresi, ( ) Diğer…….
8. **Meslekte Toplam Çalışma Süreniz:**……
9. **Çalıştığınız Birimde Toplam Çalışma Süreniz:**……
10. **Çalıştığınız Birimde Hemşire Sayısı:**……
11. **Birlikte Çalıştığınız Diğer Sağlık Disiplinleri Sayısı: ……..**

Ek-6: Hemşire - Hemşire İş Birliği Ölçeği

Hemşire - Hemşire İş Birliği Ölçeği

İfadeler	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.3. Çalıştığım birimde, herhangi bir sorunun olası en iyi çözümü için tüm görüşler dikkatlice değerlendirilir.				
1.4. Çalıştığım birimde tüm hemşireler, mümkün olan en iyi çözüme ulaşmak için çok çaba sarf ederler.				
1.7. Çalıştığım birimde, en iyi çözümü üretmek için, tüm hemşireler kendi deneyim ve uzmanlık alanından yararlanır.				
2.1. Çalıştığım birimde hemşirelerle açıkça konuşmak benim için kolaydır.				
2.2. Çalıştığım birimde, hemşireler arasındaki iletişim çok açıktır.				
2.4. Çalıştığım birimdeki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.				
2.6. Çalıştığım birimde, hemşirelerden öneri almak kolaydır.				
2.7. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında aktarılan bilginin doğruluğu, beklenen seviyenin çok altındadır.				
3.2. Çalıştığım birimde, beni etkileyen kararları almama izin verilir.				
3.3. Çalıştığım birimde olup bitenler hakkındaki kararların alınmasına dahil olurum.				
3.4. Çalıştığım birimde, hasta bakımı ile ilgili neler olup bittiğine dair söyleyecek çok şeyim vardır.				
3.5. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalarda ağrı yönetimine yönelik hedefler üzerinde görüşbirliği içindedir.				
3.6. Çalıştığım birimde hemşireler, birimin hasta güvenliği hedeflerinde görüşbirliği içindedir.				
3.7. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta kimliğinin doğrulanması ile ilgili hasta güvenliği standartlarını ihlal eden uygulamaları durdurma yetkisine sahiptir.				
3.8. Çalıştığım birimde hemşireler, santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden bir uygulamayı durdurma yetkisine sahiptir.				
4.1. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta bakımına yönelik konularda birbirleriyle doğrudan konuşurlar.				
4.3. Çalıştığım birimde, tedavi protokolleri yazılı olarak bulunmaktadır.				
4.4. Çalıştığım birimde, günlük hemşire vizitleri vardır.				
4.5. Çalıştığım birimde, bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler vardır.				
5.1. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında samimi ve saygıya dayalı bir ilişki vardır.				
5.2. Çalıştığım birimde, hemşireler birbirleri ile işbirliği yapmaya isteklidir.				
5.3. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara istem edilen ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahiptir.				
5.4. Çalıştığım birimde hemşireler, hastaların hastalık süreçleri ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir.				
5.5. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara güvenli bakım sunmak için gerekli teknik becerilere sahiptir.				
5.6. Çalıştığım birimde tecrübeli hemşireler, tecrübesi daha az olan hemşireleri eğiterek ve rehberlik ederek yardımcı olurlar.				
5.7. Çalıştığım birimde, hemşirelerin liderlik davranışları işbirliğini destekler.				

1- Problem çözme boyutu: 1.3, 1.4 ,1.7
2- İletişim boyutu: 2.1, 2.2, 2.4, 2.6, 2.7
3- Süreç paylaşımı boyutu: 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6
4- Koordinasyon: 3.7, 3.8, 4.1
5- Profesyonellik: 4.3, 4.4, 4.5, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7

Ek-7: Kurum İzni (Özel Hastane)

Ek-8: Kurum İzni Red (Özel Hastane)

Ek-9: Kurum İzni (Üniversite Hastanesi)

Ek-10: Kurum İzinleri İptal (Özel ve Üniversite Hastaneleri)

Ek-11: Kurum İzni ve İl Sağlık Müdürlüğü Talep Yazısı (Kamu ve Kamu Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzinleri)

Ek-12: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni (Kamu ve Kamu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri)

Ek-13: Kurum İzinleri (Kamu ve Kamu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri)

Ek-14: Bilgilendirme Yazısı

ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

AYSUN YERKÖY ATEŞ 2702170150

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%18	%6	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
7	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
8	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	%1
9	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Aysun	**Soyadı**	YERKöY ATEŞ
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı	2022
Yük.Lis.	T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelikte Yüksek Lisans	2012
	Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Önlisans	2012
Lisans	T.C. Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu	2007
Lise	Kağıthane Dr. Sadık Ahmet Yabancı Dil Ağırlıklı Süper Lisesi(İstanbul)	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Koordinatör Hemşire Eğitim Birim Sorumlusu Palyatif Hemşireliği Sertifika Programı Eğiticisi	Çatalca Devlet Hastanesi	2018 ve halen
2.	Tıbbi ve Hastane Hizmetleri Birimi	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Başkanlık-6,	2017-2018
3.	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi-Süpervizör Hemşire	Çatalca Devlet Hastanesi	2011-2018
4.	Öğretim Görevlisi	T.C Beykent Üniversitesi	2016-2017
5.	Ameliyathane ve Dahiliye Servis Hemşireliği	Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi	2010-2011
6.	Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği-Ameliyathane Hemşireliği	İstanbul Medicana International Beylikdüzü Hastanesi	2009-2010
7.	Ameliyathane Hemşireliği	Acıbadem Bakırköy Hastanesi	2007-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	İyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows 98 İşletim Sistemi *MS Word XP *MS Excel XP *MS PowerPoint XP *MS Access XP *İnternet Erişimi 08.06.2006 Kırklareli Halk Eğitim Merkezi Bilgisayar Kursu Eğitimi Bilgisayar Sertifikasi	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

1. Yayınlar Makaleler

- Akın, S., Özdilli, K., Öztürk, B., Cinper, Ç., Yeşiltepe, G., Yerköy, A., & Durna, Z. (2010). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda öz bakım gücü düzeyleri ile yalnızlık ve yorgunluk algıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Nefroloji Dergisi* (Poster Sunum). Erişim 12..01.2011, nfo:eu-repo/semantics/openAccess.
- Ateş, Yerköy, A., Durna, Z. Ve Akın, S. (2015). Böbrek Nakli Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşam Kalitesinin ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeyinin Değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, **25**(3),46-58.
- Kuşaklı, B. Y., Ateş, A. Y. ve Çetin, G. (2019). Hemşirelik Mesleğinin Kuşaklararası Değişimi ve Kuşakların Yönetimi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, **1** (3), 203-208.

- Kuşaklı, B. Y., Çetin, G. ve Ateş, A. Y. (2019). Hemşirelikte Mesleki Örgütlenme, *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, **2**(2), 131-138.
- Ateş, A. Y. ve Okur, F. (2020). Covid-19 Pandemisinde Gizli Kahramanlar: Hemşire Liderler, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **6**(3), 625-638.

2**. Kongre ve Sempozyumlarda Poster Sunumlar**

- Problems In The Professıonalızatıon Process Of Nursıng Professıon 4. International Health Sciences And Management Conference, Poster Sunum, 945, 2019.
- Organızed Workıng Personnel Corporate Image Formıng Composıtıon And Corporate Governments, 4. International Health Sciences And Management Conference, Poster Sunum, 2, 949, 2019.
- Importance Of Case Study Method In Nursıng In Management Educatıon,4. International Health Sciences And Management Conference, 948, 2019
- The Specialization In Nursing, 4. International Health Sciences and Management Conference, Poster Sunum, 897, 2019
- Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda öz bakım gücü düzeyleri ile yalnızlık ve yorgunluk algıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Nefroloji Dergisi* (Poster Sunum), PS-04, 121, 2010.

3. Alınan Sertifikalar

- Bilgisayar Sertifikası, 08.06.2006.
- İstanbul Üniversitesi, Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi, Pedagojik Formasyon Sertifikası, 2016.
- Eğitici Eğitimi Sertifikası, 10-14 Haziran 2019
- SPSS (Temel ve İleri Analiz) Eğitim Sertifikası (26.07.2021-08.09.2021)
- Temel SPSS Eğitim Sertifikası (31.05.2021-4.06.2021)
- R Analizi Sertifikası (20.09.2021-03.11.2021)
- Beykent Üniversitesi İletişim Uzmanlığı Sertifikası (7-28.09.2019)

4. Alınan Katılım Belgeleri

- The 4 İnternational Health Sciences and Management Conference Katılım Belgesi, 2019.
- Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastanelerinde Öncü Bir Ses: Hemşirelik Sempozyumu Katılım Belgesi, 2019.
- THD Hemşirelik Haftası Sempozyumu Katılım Belgesi, 2019.
- 2. Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi Katılım Belgesi, 2019.
- Hemşirelikte Liderlik Sempozyumu Katılım Belgesi, 2018.
- Marmara Sağlık Bilimleri Kongresi " Sağlık Bilimleri Eğitim–Araştırma ve Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar" Katılım Belgesi, 2017.
- Nöroloji Hemşireliği Sempozyumu "Acil İnme Hemşireliği" Katılım Belgesi, 2017.
- Hemşirelik ve Yasada Biz Sempozyumu Katılım Belgesi, 2016.
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü KBRN Eğitimi Katılım Belgesi, 2017.
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Yetişkin ve Pediatrik CPR Eğtimi Katılım Belgesi, 2017.
- 9.DAS Kongresi "Acil Serviste Yeni Enfeksiyöz Tehditler, Yapılan Hatalar Ve DAS Uygulamaları" Poster bildirisi 2-6 Aralık 2015.
- 9.DAS Kongresi "Çatalca Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Sterilizasyon Konusundaki Bilgi Düzeyi" Poster bildirisi 2-6 Aralık 2015.
- 9.DAS Kongresi "Hidrojen Perosit Gaz Plazma ve Etilen Oksit Sterilizasyonunun Avantaj-Dezavantajları" Poster bildirisi2-6 Aralık 2015
- Kalp Transplantasyonu Ventriküler Assist Device (VAD) ve Hemşirelik Sempozyumu katılımı, 30 Eylül 2015.
- İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetim Anabilim Dalı tarafından 29 Mayıs 2015 tarihinde düzenlenen Hemşirelik Standartları Yönetimi Çalıştayı Katılım Belgesi, 2015.
- 3. Uluslararası Katılımlı Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi "Acil Serviste Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı" Poster bildirisi, 1-4 Nisan 2015.
- 3. Uluslararası Katılımlı Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi "Acil Servise Başvuran Kadına Şiddet Olgularının Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları" Poster bildirisi 1-4 Nisan 2015.

- Sağlığın Değerleri Sempozyumu Katılım Belgesi, 7 Mayıs 2015.
- 3. Acil Servis Hemşireliği Sempozyumu Katılım Belgesi, 2015.
- Yoğun Bakım Sempozyumu Şişli Etfal EAH Katılım Belgesi, 11 Şubat 2015.
- Hemşirelik Standartları Yönetimi Çalıştayı, 29 Mayıs 2015.
- Has Successfully Completed The Patient Experience Summit Katılım Belgesi, 2015
- Medicana İnternational İstanbul Hastanesi "Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı Sempozyumu" ,Katılım Belgesi, 2012.
- Medicana İnternational İstanbul Hastanesi "Ekip Çalışması ve İletişim" Sempozyumu, Katılım Belgesi, 2012.
- Medicana İnternational İstanbul Hastanesi Böbrek Naklinde Hemşirelik Sempozyumu, Katılım Belgesi, 2012.
- "Sağlık Kuruluşlarında Kurumsallaşma ve Kurum Kültürü" Sempozyumu, Katılım Belgesi, 2011.
- Kalite Eğitimi, Süreç Yönetimi ve İyileştirme, ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemleri, JCI Hastane Akreditasyon Standartları, Dökümantasyon Katılım Belgesi, 2010.
- Hasta ve Çalışan Güvenliği Eğitimi Katılım Belgesi, 2010.
- İstanbul Medicana International Beylikdüzü Hastanesi Böbrek Naklinde Hemşirelik Sempozyumu Katılım Belgesi, 2010.
- Diyabet Hemşireliği ve Bakım Sempozyumu Katılım Belgesi, 2009.
- İstanbul Medicana International Beylikdüzü Hastanesi CPR Eğitimi Katılım Belgesi,2009.
- İstanbul Medicana International Beylikdüzü Hastanesi Diyabet ve Yaşam Hemşirelik Sempozyumu Katılım Belgesi,2009.
- İstanbul Medicana International Beylikdüzü Hastanesi Genel Yaşam Desteği Eğitimi Katılım Belgesi,2009.
- İstanbul Medicana International Beylikdüzü Hastanesi Sedasyon-Analjezi Eğitimi Katılım Belgesi, 2009.
- Acıbadem Hastanesi CPR Eğitimi Katılım Belgesi, 2007.
- 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Katılım Belgesi, 26-29 Haziran 2007.

- Kırklareli Ticaret Borsası Çevre ve Yerel Yönetimler Sempozyumu Katılım Belgesi, 18 Mart 2006.
- 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Katılım Belgesi, 20-21 Nisan 2006
- AIDS Kongresi Katılım Belgesi, 30 Kasım-3 Aralık 2005.

5. AlınanTeşekkür ve Başarı Belgeleri

- 2005 Yılı Kırklareli Devlet Hastanesi 15-49 yaş arası kadınlar üzeride yapılan smear kayıtlarının araştırılması Teşekkür Belgesi, 2005.
- Kırklareli Ticaret Borsası Çevre ve Yerel Yönetimler panelin hazırlı safhası ve gerçekleştirilmesi Teşekkür Belgesi, 18 Mart 2006.
- Kırklareli İli Kızılcıkdere Köyü İlköğretim Okulunda Öğrencilere ağız ve diş sağlığı konulu eğitim vermesinden dolayı Teşekkür Belgesi, 08.03.2007.
- Kırklareli İli Kızılcıkdere Köyü İlköğretim Okulunda Öğrencilere *"Hijyen"* konulu eğitim vermesinden dolayı Teşekkür Belgesi, 16.03.2007.
- Kırklareli İli Kızılcıkdere Köyü İlköğretim Okulunda köy kadınlarına "*aile planlaması meme muayenesi, menopoz*" konulu eğitim vermesinden dolayı Teşekkür Belgesi, 16.03.2007.
- Çatalca Kaymakamlığı "*Başarı Belgesi*", 21 Temmuz 2015.
- Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastanelerinde Öncü Bir Ses: Hemşirelik Sempozyumu Teşekkür Belgesi, 2019.
- JCI Akreditasyon Başarı Belgesi (İstanbul Medicana International Beylikdüzü Hastanesi), 2010.

6. Alınan Ödüller

- 3. Uluslararası Katılımlı Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi "Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Uygulamaları" Poster Bildirisi Birincilik Ödülü,1-4 Nisan 2015.
- Hemşirelikte Liderlik Öykü Yarışması Üçüncülük Ödülü, 2018.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kültür turları, Sosyal sorumluluklarda yer almak