

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Ekiplerinde Hekimler ve Hemşireler Arasındaki İş Birliği Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

The Adaptation of the Scale for Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Healthcare Teams into Turkish: The Validity and Reliability Study

Kürşat YURDAKOŞ¹, Kutay YÜZÜAK²

ÖZ

Bu çalışmada, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Ekiplerinde Hekimler ve Hemşireler Arasındaki İş Birliği Ölçeği” Türkçe formunun, ülkemiz hekim ve hemşireleri için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır. Çalışma metodolojik tiptedir. Araştırmanın evreni 273 (135 hekim, 138 hemşire) sağlık çalışanıdır. Ölçek çalışmalarında, madde sayısının 5-10 katı katılımcıya ulaşılmalıdır. Orjinal ölçekte 13 madde olup, 130 (13x10=130) kişi örnekleme alınmıştır. Ölçek içerik geçerliliğini 12 uzman değerlendirmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analiziyle, iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısıyla ve test-tekrar test güvenilirliği ise Intraclass Correlation Coefficient ile ölçülmüştür. Analizlerde IBM SPSS 22 ve AMOS 22 programları kullanılmıştır. Araştırmada, orijinal ölçekteki gibi üç faktörlü yapı belirlenmiştir: “Hedefe Yönelik Takım Sinerjisi”, “Takım Çalışması İçin Organizasyonel Altyapı” ve “Yetkinlik”. Cronbach alfa indeksi 0,88 ve ICC değeri 0,87’dir. Model uyum indeksleri kabul edilebilir aralık içindedir; $\chi^2/df=1,485$, CFI=0,972, TLI=0,962, RMSEA=0,061, NFI=0,919, GFI=0,917, IFI=0,972. Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetleri ekiplerinde hekimler ve hemşirelerin iş birliğini ölçmek için kullanılabilecek yeni bir aracın Türkçe versiyonunun güvenilirliğini göstermiştir. Hekim ile hemşireler arasındaki ekip iş birliğinin, sağlık politika ve programlarının daha üst düzeye çıkarılmasına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, Ekip çalışması, Hekim, Hemşire, Ölçek uyarlama.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze whether the Turkish form of “The Scale for Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Healthcare Teams” is a valid and reliable tool for the physicians and nurses in Turkey. This is a methodological study. The population of the study includes 273 healthcare professionals (135 physicians and 138 nurses). In scale studies, the number of participants should be 5-10 times the number of items. The original scale contains 13 items, and the sample size is 130 (13x10=130) participants. The scale content validity was evaluated by 12 experts. The construct validity of the scale was measured by confirmatory factor analysis, internal consistency by Cronbach alpha coefficient, and test-retest reliability was measured by Intraclass Correlation Coefficient. IBM SPSS 22 and AMOS 22 software was used in the analysis. In the research, a construct with three factors was determined as in the original scale: “Goal Oriented Team Synergy,” “Organizational Background for Teamwork” and “Competence.” Cronbach alpha index is 0.88 and ICC value is 0.87. The model fit indices are in the acceptable interval; $\chi^2/df=1,485$, CFI=0.972, TLI=0.962, RMSEA=0.061, NFI=0.919, GFI=0.917, IFI=0.972. This study has revealed the reliability of the Turkish form of a new tool that can be used to measure the collaboration between physicians and nurses in primary healthcare teams. The team collaboration between physicians and nurses will contribute greatly to maximize health policies and programs.

Keywords: Primary Healthcare Services, Teamwork, Physician, Nurse, Scale Adaptation.

Etik Kurul No: 08/09/2020-126

¹Dr. Öğretim Üyesi, Kürşat YURDAKOŞ, Sağlık Yönetimi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Cumhuriyet Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sağlık Turizmi İşletmeciliği Programı, yurdakoskursat@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1473-5513

²Öğretim Görevlisi, Kutay YÜZÜAK, Sağlık Eğitimi, Ağrı İbrahim ÇEÇEN Üniversitesi, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri Bölümü, kutayyuzuak@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-4667-4604

İletişim / Corresponding Author: Kürşat YURDAKOŞ
e-posta/e-mail: yurdakoskursat@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 29.01.2021
Kabul Tarihi/Accepted: 16.12.2021

GİRİŞ

Günümüz sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde organize edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlü bir organizasyon yapısı ile sistematize edildiğinde, topluma dair sağlık problemleri genel olarak çözüme kavuşturulmuş demektir.¹ Birinci basamak sağlık hizmetleri örgüt yapısının kuvvetli oluşturulduğu, sağlık personelinin ve hizmet kaynaklarının toplum nezdinde eşit dağıtıldığı bir sisteme sahip ülkelerde, halk sağlığı problemleri kısa sürede ve etkili bir şekilde giderilmekte, bu nedenle de sağlıktaki eşitsizliklerin önüne geçilebilmektedir.² Bu bağlamda, sağlık personelinin eşit dağıtıldığı bir sisteme sahip ülkelerde iş birliğinin güçlendirilmesi, etkili bir ekip çalışması oluşturmaya yönelik merkezi bir yaklaşımdır.³ Dolayısıyla, Avrupa ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının ve iş birliğinin iyileştirilmesi bir önceliktir.⁴

Araştırma bağlamımızdaki iş birliği terimi, ortak hedeflere ulaşmak, sorunları çözmek, hizmet sağlamak ve hastaya sunulan tıbbi tedavi ve uygulama sonuçlarını iyileştirmek için birlikte çalışan birinci basamak sağlık hizmetleri ekip üyelerinin (özellikle pratisyen hekimler ve hemşireler) aktif bir ortaklığını tanımlar.⁵ Ekip çalışması, multimorbidite gibi karmaşık koşullara sahip hastaların etkin yönetiminin vazgeçilmez bir ön koşulu olup, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yeniliği ve değişimi teşvik etmek için, mevcut iş birliği uygulamalarının titiz bir şekilde değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.⁴ Türkiye’de Sağlık Bakanlığının 2023 yılı hedefi doğrultusunda, aile hekimliklerinde gerekli olan çalışan ve teknik destek hizmetleri maksimum seviyeye getirilerek, kronik hastalıkların organizasyonu yanında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gibi hizmetlerinde yürütülecek olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasını, hizmetleri topluma pozitif yansıtma bakımından önemli hale getirmektedir.⁶ Nitekim Birleşik Krallık, Portekiz, İspanya ve Finlandiya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapma

takım çalışması temelli olup, hekimlerde bu takım içerisinde etkindir.⁷

Gelişmekte olan ülkeler, birinci basamak sağlık hizmeti organizasyonlarında, pratisyen hekimlerin eğitimi ve ekip çalışması işlevlerinin pekiştirilmesini amaçlamaktadır.⁸ Bununla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli katkısı olan hemşirenin, ekip çalışması ve iş birliği çerçevesinde, işlev yelpazesi ve temel sağlık hizmetlerine sınırlı katılımı olabilmektedir.⁹ Bu tür ekip çalışması ve iş birliği çerçevesinde sınırlı katılımın önemli bir nedeni, birinci basamak sağlık hizmetleri ekip üyelerindeki personelin açık rolleri ve sorumluluklarındaki netlik eksikliğidir.¹⁰

Amerikan Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (The American Agency for Health-care Research and Quality (AHRQ)), birinci basamak sağlık hizmetlerinde ekip performanslarını ölçebilen ve 48 araçtan meydana gelen “Ekip Tabanlı Birincil Bakım Ölçüm Cihazları Atlası”nı oluşturmuştur. Bu ölçüm araçlarının tamamına yakını, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanım için daha fazla uyarlanmalarının gerekliliği yanında, ameliyathaneler ve Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ) için geliştirilmiştir.¹¹ Ameliyathane veya YBÜ’lerdeki ekip sinerjisinin niteliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinden önemli ölçüde farklı olabilir.¹² Ayrıca ekip çalışmasını ölçen mevcut araçların çoğu, uzun süreli ekip çalışması kültürüne sahip gelişmiş ülkelerde oluşturulmuş olup, bu nedenle ekip tabanlı sağlık uygulamalarının ilk gelişim aşamalarıyla ilgili kriterleri hassas bir şekilde yansıtmayabilir.¹¹ Araştırmalar, aynı kriterlerin, ekip tabanlı sağlık uygulamasının gerçekleştirilmesinin ilk aşamalarında ekip işlevselliği için temel bir arka plan olarak görülebileceğini, ancak son derece bütünleştirici takımlarda ise sınırlayıcı bir faktör olarak görülebileceğini ifade etmektedir.⁹ Yapılan bir araştırmada, yedi farklı ekip odaklı sağlık hizmeti uygulaması, en azdan en çok entegre olana doğru değişen bir süreklilik içinde konumlandırılmıştır.¹² Bu konumlandırma, geliştirilen ölçeklerin,

her bir ekibin kendine mahsus özelliklerini katma gereksinimi olduğu durumlarda, ekip çalışma süreçlerini farklı entegrasyon düzeylerinde ayrı olarak öne çıkarıp, ekip başarısının ölçümü çerçevesinde düşünmede bir farklılık başlatabilir.

Literatür incelendiğinde, ülkemizde sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasına yönelik iş birliğinin değerlendirildiği çalışmalar daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanları ile yapılmış olup, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmalarına yönelik iş birliğinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık hizmetleri tarihsel süreci değerlendirildiğinde, hekim ve hemşire arasındaki görev sinerjisi, hizmetin etkili ve verimli bir şekilde sağlanması noktasında önem arz etmektedir.¹³ Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturan, hasta ya da sağlıklı bireylerle sürekli iletişim gerektiren, halk

sağlığının iyileştirilmesinde ve geliştirilmesinde önemli role sahip birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına yönelik nasıl bir sinerji oluşturdıklarının ortaya konması bir gerekliliktir.

Jaruseviciene ve ark.'ları yaptıkları çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki düşük entegrasyon bağlamında hekimler ve hemşireler arasındaki iş birliğini ölçmeyi amaçlayan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Ekiplerinde Hekimler ve Hemşireler Arasındaki İş Birliği Ölçeği”ni geliştirmişlerdir.¹⁴

Bu çalışmada, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Ekiplerinde Hekimler ve Hemşireler Arasındaki İş Birliği Ölçeği” (BBEİÖ) Türkçe formunun ülkemiz hekim ve hemşireleri için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Metodolojik tipteki bu çalışma, Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına bağlı, merkez ve ilçelerde bulunan, 55 sağlık kuruluşu olan, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve Aile Hekimliklerinde (AH) Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 135 hekim, 138 hemşire olmak üzere toplam 273 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Ölçek çalışmalarında madde havuzunda bulunan madde sayısının 5-10 katı kadar katılımcıya ulaşılması önerilmektedir.^{15, 16} Test-tekrar test analizinin gerçekleştirilebilmesi için ise en az 20-30 çift veri sağlanması gerekmektedir.¹⁷ Bu nedenle, orijinal ölçekte 13 madde olup, 65'i hekim ve 65'i hemşire olmak üzere toplam 130 (13x10=130) kişi örneklem olarak belirlenmiştir. Belirlenen örneklemi oluşturan sağlık çalışanları, olasılıklı örnekleme (random sampling)

yöntemlerinden “Basit Rasgele Örnekleme Yöntemi” ile belirlenmiştir. Ayrıca, test-tekrar test analizi için gerekli olan 20 hekim ve 20 hemşire olmak üzere toplam 40 sağlık çalışanına anket formları uygulanmış olup, iletişim bilgileri alınmış olan aynı gruba anketler 15 gün sonra ikinci kez uygulanmıştır. Araştırmaya, gönüllülük esasına dayalı olarak TSM, ASM ve AH'lerde en az bir yıl hekim ve hemşire olarak görev yapan ve aktif görevde olan katılımcılar dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak yaş, cinsiyet, meslek, hizmet süresi vb. gibi sosyo-demografik verileri belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilen anket ve BBEİÖ uygulanmıştır. BBEİÖ, Jaruseviciene ve ark.'ları tarafından 2019 yılında geliştirilmiştir.¹⁴ Ekip çalışması hakkında 13 maddeden oluşan üç alt boyutlu bir araçtır. Ölçek ifadelerine “1-Kesinlikle Katılmıyorum” ile “5-Kesinlikle Katılıyorum” arasında bir yanıt verilmektedir. Orijinal ölçeğin alt boyutları

“Hedefe Yönelik Takım Sinerjisi” (7 Madde; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), “Takım Çalışması için Organizasyonel Altyapı” (4 Madde; 8, 9, 10, 11) ve “Yetkinlik” (2 Madde; 12, 13)’dir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı 0,88 bulunmuş olup, alt boyutları ve Cronbach alpha katsayıları ise “Hedefe Yönelik Takım Sinerjisi” için 0,93, “Takım Çalışması için Organizasyonel Altyapı” için 0,82, “Yetkinlik” için 0,90 şeklinde belirlenmiştir. Toplam puan, 13 ile 65 arasında değişen her bir madde için puan eklenerek hesaplanır ve puan ne kadar yüksekse, ekip iş birliği; daha iyi bireysel ve ilişkisel tutumları, organizasyon koşullarını ve daha yüksek yetkinliği yansıtır.¹⁴

Güvenilirlik

Ölçek güvenilirliğini test-tekrar test ile belirlemek için 40 sağlık çalışanı (20 hekim ve 20 hemşire) iki hafta arayla anketleri doldurmaya davet edildi. Anketin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Alfa katsayısı ölçeğin her bir alt boyutu için ayrı ayrı ölçüldü ve 0,7’den yüksek değerler yeterli kabul edildi. Ölçeğin kararlılığını değerlendirmek için test-tekrar test güvenilirliği, sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient (ICC)) kullanılarak incelendi ve <0,5 (zayıf), 0,5-0,9 (iyi) ve >0,9 (mükemmel) değerleri sınır değer olarak kabul edildi.¹⁸

İçerik Geçerliliği

BBEİÖ’yü İngilizce versiyonundan Türkçeye çevirmek için ileri ve geri bir prosedür kullanılmıştır. Birincisi, iki dil bilen iki uzman, metnin gerçek yönlerinden ziyade kavramlara odaklanarak ve ölçek maddelerini sağlık alanındaki tüm çalışanların anlayabileceği şekilde, ölçeği ayrı ayrı Türkçeye çevirmiştir. Ardından, çevrilen iki ölçek yazarlardan biri tarafından birleştirilerek, İngilizceden Türkçeye çevrilmiş bir ölçek elde edildi. Bir sonraki adımda, orijinal İngilizce ölçeği görmeyen diğer iki profesyonel İngilizce çevirmen, Türkçe sürümünü tekrar İngilizceye çevirdi. Daha sonra 12 uzmandan oluşan bir komisyon ölçeğin içerik geçerliliğini değerlendirdi. Komisyon meslekleri arasında

sağlık yönetimi, sağlık eğitimi, psikoloji, halk sağlığı, sağlık uzmanları (meslekle ilgili), tıp doktoru ve dil uzmanı yer aldı. Komisyon, orijinal ölçeği Türkçeden İngilizceye çevrilmiş ölçekle karşılaştırarak, çevrilen BBEİÖ’nün maddelerini uygunluk, özgüllük, netlik ve basitlik açısından Likert ölçeğinde İçerik Geçerlilik İndeksi (İGİ) ile değerlendirdi ve puanladı. Ortaya çıkan İGİ %88 ile 100 arası sınır değer olarak kabul edilmiştir.¹⁹ Ayrıca, madde İçerik Geçerlilik Oranı (İGO), her bir maddenin gerekliliğine ilişkin görüşlerini ifade eden komisyon tarafından 0,78 ile 1 arası, madde İGO değerine sahip beşli Likert ölçeğinde kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir.²⁰ Dilsel ve kültürel adaptasyonlardan sonra, temel Türkçe versiyonu tamamlanmıştır. Bu versiyon, ilk yazar tarafından yapılan yüz yüze görüşmelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekim ve hemşirelerden oluşan 20 denek ile test edildi. Katılımcıların sorunun belirsizliği ve algılanmasındaki problem ve ölçeğin amacı ile ilişkisi hakkındaki görüşleri not edildi. Küçük bir revizyondan sonra ölçeğin son versiyonu kabul edildi.

Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliğini belirlemek için DFA yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde χ^2/sd oranı hesaplandı. Kabul edilebilir bir uyum için χ^2/sd değeri <5 kabul edilebilir <2 mükemmel’dir.²¹ Model uyumu, uyum iyiliği indeksi (goodness of fit index (GFI)), yaklaşıklık kök ortalama kare hatası (root mean square error of approximation (RMSEA)), doğrulayıcı uyum indeksi (confirmatory fit index (CFI)), normlu uyum indeksi (normed fit index (NFI)) ve Tucker-Lewis indeksi (Tucker-Lewis index (TLI)) gibi uyum indeksleri kullanılarak incelenmiştir. İyi bir model şu özelliklere sahip olmalıdır: GFI ve CFI > 0,90, NFI ve TLI > 0,95 ve RMSEA <0,08.²²

Tüm analizler IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics (SPSS) 22 ve IBM Analysis of Moment Structures (AMOS) 22 programları kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

BBEİÖ'yü kullanım hakkı için gerekli olan izin Ausrine Kontrimiene'den e-posta yolu (22/07/2020 tarihli) ile alınmıştır. Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (08/09/2020 tarihli ve 126 sayılı) ve Ağrı İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığından (09/12/2020 tarihli ve 26 sayılı) kurumsal izin alınmıştır.

İzin alınan kurumda çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına gerekli bilgilendirme yapıp, bütün sorularına cevap verilerek Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Anket formları COVID-19 pandemisi nedeniyle, sağlık çalışanlarının uygun gördüğü ortam ve zamanlarda, yüz yüze

görüşme tekniği ile maske, mesafe ve hijyen kurallarına uygun olarak doldurulmuştur.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Nispeten küçük bir katılımcı grubu üzerinde çalışılsa da, il ve ilçe merkezlerindeki tüm TSM, ASM ve AH'ler araştırma kapsamına alınmıştır. Bu sağlık kuruluşlarında en az bir yıl görev yapan hekim ve hemşireler çalışmaya dâhil edilmiş olup, hekim ve hemşire sayıları eşit olarak alınmıştır. Ülkemizde, birinci basamak sağlık hizmetleri ekiplerindeki iş birliğini belirlemek için standardize edilmiş bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu çalışmada, özelde hekim ve hemşire, genelde tüm birinci basamak sağlık hizmetleri ekiplerindeki iş birliğini ölçecek bir ölçek (BBEİÖ) uyarlaması amaçlanmış olup, bu bağlamda çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının % 57,7'si kadın, % 49,2'si 30-39 yaş grubunda olup, %50'si doktora mezundur. Katılımcıların %64,6'sı evli olup, yaklaşık %46'sının en az bir çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %36,2'sinin meslekte çalışma süresinin 5-9 yıl, şu anki sağlık kuruluşundaki hizmet sürelerinin (%60) ise 1-4 yıl arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri (N=130)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	75	57,7
Erkek	55	42,3
Yaş ($\bar{x}\pm SS$ (31.1\pm4.7))		
23-29	57	43,8
30-39	64	49,2
40-49	9	6,9
Eğitim durumu		
Lise	16	12,3
Ön Lisans	6	4,6
Lisans	38	29,2
Yüksek Lisans	5	3,8
Doktora	65	50,0
Medeni durum		
Evli	84	64,6
Evli değil	46	35,4

Tablo 1. (Devamı)

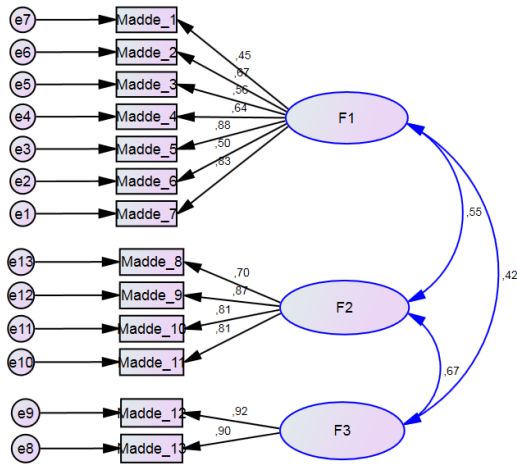
Çocuk olma durumu		
Evet	60	46,2
Hayır	70	53,8
Çocuk sayısı		
Yok	70	53,8
1	29	22,3
2	23	17,7
3	8	6,2
Meslek		
Doktor	65	50,0
Hemşire	65	50,0
Şu anki kuruluştaki hizmet süresi (yıl)		
1 yıldan az	8	6,2
1-4	78	60,0
5-9	33	25,4
10 yıl ve üzeri	11	8,5
Meslekteki toplam hizmet süresi (yıl)		
1-4	45	34,6
5-9	47	36,2
10 yıl ve üzeri	38	29,2

Ölçeğin iç güvenilirliği için genel Cronbach alfa indeksi 0,88'dir. Alt boyutlarda Cronbach alfa indeksleri 0,83 ile 0,91 arasında değişmektedir. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği için ICC değeri 0,87'dir (% 95 CI – 0,71, 0,85) (Tablo 2).

Tablo 2. Ölçek Alt Boyutlarının İç Tutarlılığı ve ICC’si

Ölçek alt boyutları	Cronbach’s Alpha (%95 CI) (N=130)	ICC (%95 CI) (N=40)
Hedefe Yönelik Takım Sinerjisi	0,83	0,71 (0,56 – 0,82)
Takım Çalışması için Organizasyonel Altyapı	0,87	0,85 (0,77 – 0,91)
Yetkinlik	0,91	0,71 (0,53 – 0,83)

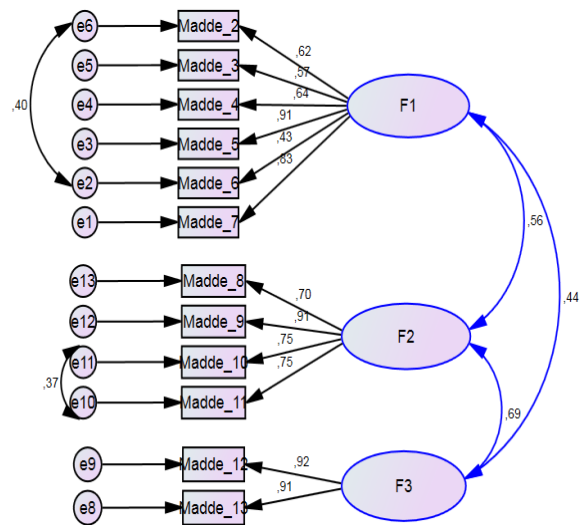
Ölçekte uygunluk, özgüllük ve netlik için İGİ %88 ile 100 arasında olup, %95 olarak bulunmuştur. Ayrıca, her bir madde için İGO 0,78 ile 1 sınırları arasında olup, 0,91’dir. Yapı geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak ölçülmüştür. Gözlenen değişkenlerin (maddelerin), örtük değişkenlere (faktörlere) olan regresyon katsayıları yani faktör yükleri belirlenmiştir (Şekil 1). Buradaki değerler 0,50’nin altında olmamalıdır.^{18, 23} Birinci maddenin faktör yükü 0,45, standartlaştırılmış tahminler analizi regresyon ağırlığı ise 0,452’dir. Ayrıca madde 1’e ait madde toplam korelasyon katsayısı 0,496 olup, 0,50 olan kesim noktasının altındadır. Bu analiz sonuçlarına istinaden 1’inci madde ölçekten çıkartılmıştır.



Şekil 1. 13 Maddelik BBEİÖ'nün DFA, Standartlaştırılmış Faktör Yükleri

Değişim endeksleri (Modification Indices) analiz sonucuna göre, faktör1- “Hedefe Yönelik Takım Sinerjisi” alt maddelerinden madde 2 ve 6’nın; faktör2- “Takım Çalışması için Organizasyonel Altyapı” alt maddelerinden madde 10 ve 11’in hata varyansları birleştirilerek (Şekil 2), RMSEA’da önemli ölçüde azalma ve uyum indekslerinde düzelme sağlandı.

DFA uyum indeksleri kabul edilebilir aralık içindedir: $\chi^2/df=1,485$ (CIMIN=72,750, DF=49, $p<.05$), CFI=0,972, TLI=0,962, RMSEA=0,061, NFI=0,919, GFI=0,917, IFI=0,972.



Şekil 2. 12 Maddelik BBEİÖ'nün DFA, Standartlaştırılmış Faktör Yükleri

Tablo 3’te nihai ölçekten elde edilen maddelere ait ortalama, standart sapma, Cronbach’s alpha, madde toplam korelasyon katsayısı ve DFA faktör yükleri sunulmuştur.

Tablo 3. Nihai Ölçekteki Maddeler İçin Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alpha (α), Madde Toplam Korelasyon Katsayısı Ve Faktör Yükleri (N=130)

Maddeler	Ortalama \pm SS	Madde toplam korelasyon katsayısı	DFA
Hedefe Yönelik Takım Sinerjisi ($\alpha=0,83$)			
1. Çalışma ekibi ortak hedefler ve ortak çalışma yaklaşımı ile bir arada bulunur.	4,08 \pm 0,98	0,631	0,62
2. Çalışma ekibi üyeleri gerçekleştirecekleri ortak hedef ve çalışmalarda aynı fikirdeler.	3,42 \pm 1,09	0,481	0,57
3. Çalışma ekibi üyeleri birbirlerine saygı duyuyor.	4,15 \pm 0,97	0,577	0,64
4. Çalışma ekibinin tüm üyeleri çalışma motivasyonunu hisseder.	3,77 \pm 1,11	0,781	0,91
5. Çalışma ekibinin her üyesinin kendi belirgin işlevleri vardır.	3,99 \pm 1,03	0,558	0,43
6. Çalışma ekip üyeleri birbirleriyle başarılı bir şekilde iletişim kurar.	3,86 \pm 1,08	0,727	0,83
Takım Çalışması için Organizasyonel Altyapı ($\alpha=0,87$)			
7. Ekip üyeleri prosedürleri uygularken kaliteyi sağlamak için yeterli zamana sahiptir.	3,23 \pm 1,21	0,656	0,70
8. Sağlık kuruluşunda, ekip çalışması üzerinde olumlu etkileri olan yenilikler uygulanıyor.	3,02 \pm 1,26	0,763	0,91
9. Sağlık kuruluşunda hasta sirkülasyonu-giriş çıkışları yönetilir.	3,40 \pm 1,14	0,747	0,75
10. Sağlık kuruluşu, ekip üyelerinin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurur.	3,14 \pm 1,33	0,763	0,75
Yetkinlik ($\alpha=0,91$)			
11. Sağlık kuruluşu ekip çalışmasının eğitimini sağlar.	3,23 \pm 1,19	0,830	0,92
12. Sağlık kuruluşu, tüm ekip üyelerinin katıldığı eğitimler vermektedir.	3,19 \pm 1,12	0,830	0,91

SS: Standart Sapma, DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

Mevcut çalışmada, BBEİÖ'nün Türkçe formunun kültürler arası uyarlaması ve doğrulanması için psikometrik özellikleri (güvenirlilik ve yapı/faktör geçerliliği) incelenmiştir.

Kültürler arası adaptasyon, farklı adımlar içeren sistematik bir yaklaşım kullanılarak gerçekleştirilmiştir.²⁴ Çevirmenler ve uzman komite üyeleri, kültürler arası adaptasyon kılavuzlarının tavsiyelerini takip etmeleri ve uygulamaları için dikkatle seçilmiştir. Komite tarafından tartışılan ve çözülen konular, anketin net bir şekilde anlaşılır olmasını sağlamıştır. Bu yaklaşımlar çerçevesinde, orijinal ölçeğin İngilizce versiyonu Türkçeye çevrilip, doğrulayıcı faktör analizi ile uyarlanmıştır. Bu durum, BBEİÖ'nün orijinal versiyonuna eşit bir Türkçe versiyonuyla sonuçlanmıştır.

Araştırma, orijinal versiyonun hedefe yönelik takım sinerjisi, takım çalışması için organizasyonel altyapı ve yetkinlik gibi üç alt boyutunun Türkçe çeviride istatistiksel olarak geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Tüm ölçek maddelerinin

uygunluk ve netliği için, elde edilen İGİ değeri maddelerin iyi bir uygunluk düzeyini ve netliğini göstererek %88'i aşmıştır. Ayrıca, İGO endeksi her bir madde için 0.78 ile 1 arasında olup, Lawshe'ye göre kabul edilebilir bir içerik geçerliliğini göstermektedir.^{20, 25}

Araştırmada, çevrilen BBEİÖ'nün Cronbach alfa indeksi 0,88 olup, alt boyutlar için 0,83 ile 0,91 arasında belirlenmiştir. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği için ICC değeri 0,87'dir. Bu durum yüksek düzeyde güvenilirliği göstermektedir. Orijinal çalışmadaki Cronbach alfa indeksi ise hemşire grubunda 0,88 ve hekim grubunda 0,91'dir.¹⁴ Bu bağlamda, orijinal ölçeğin üç faktörlü yapısı, uyarlanmış versiyonun bu analizinde de gözlemlenmiştir. Ölçek 0,88'lik bir Cronbach alfa değeri ile iyi bir iç tutarlılığa sahip olarak derecelendirilebilir. Bir ölçeğin maddeleri ne kadar uygun olursa, alfa katsayısı o kadar yüksek olur. Bununla birlikte, yüksek alfa katsayısı her zaman ölçeğin yüksek iç tutarlılığı anlamına gelmeyebilir. Çünkü bu katsayı ölçeğin

uzunluğundan etkilenir. Ölçek kısa ise alfa değeri azalır.²⁶

Orijinal ölçekte bulunan “çalışma ekibinin görev paylaşımı, aralarındaki iletişime dayalıdır” şeklinde tanımlanan 1’inci maddenin faktör yükü 0,45, standartlaştırılmış tahminler analizi regresyon ağırlığı 0,452 ve madde toplam korelasyon katsayısı 0,496 olup, 0,50 olan kesim noktasının altındadır. Bu nedenle, analiz sonuçlarına göre 1’inci madde ölçekten çıkartılarak, 12 maddelik Türkçe versiyonu elde edilmiştir. Elde edilen bu 12 maddelik Türkçe versiyonunun yapı geçerliliği tekrar DFA ile test edildiğinde model uyum indekslerinde önemli derecede düzelmeler görülmüştür. Model uyum indeksleri kabul edilebilir aralık içindedir: χ^2/df , CFI, TLI, RMSEA, NFI, GFI ve IFI. Bu ölçeğin psikometrik özellikleri sınır değerlerin üzerinde “kabul edilebilir uyum indeksi” olarak bulunmuştur.

Sağlık çalışanları, “çalışma ekibi üyeleri birbirlerine saygı duyuyor” maddesini en yüksek puanlarken, “sağlık kuruluşunda, ekip çalışması üzerinde olumlu etkileri olan yenilikler uygulanıyor” maddesini en düşük puanlamıştır. En yüksek ve en düşük puan alan maddelerin, Türkiye’deki sağlık hizmetleri ekiplerindeki takım sinerjisini ve organizasyonel alt yapıyı makul bir şekilde temsil ettiği söylenebilir.

Gerçekte, mevcut çalışma iki ana hedefe ulaşmıştır: (1) Ölçeğin Türkçe versiyonunun uyarlanması ve onaylanması; (2) araç yapısının doğrulanması ve önceki çalışmaları destekleyip tamamlayıcı olmasıdır. Araştırma, ülkemizde önceden yapılan; ekip çalışması tutumları, ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişki gibi birçok çalışmayı destekler ve tamamlar tarzıdır.²⁷⁻²⁹ Ayrıca ölçek, iç ve dış faktörler gibi çeşitli araştırmalarla özetlenen önemli ekip çalışması konularına odaklanmaktadır.^{30, 31} Ancak, bu faktörlerin karmaşıklığını yansıtmamaktadır. Ölçeğin ekip çalışmasını ölçen diğer araçlarla karşılaştırılması, geliştirildikleri farklı bağlamdan dolayı zordur. Boyutlar pratikte tutarsız olabilir.³² Bununla birlikte, psikolojik

ve davranışsal faktörlerin ekip tanımlarında çok önemli bir rol oynadığı unutulmamalıdır: Liderlik, ekip yönelimi, karşılıklı performans izleme, uyumluluk, ayrıca ilişkisel, bilişsel ve davranışsal faktörler.^{9, 33}

Birçok ekip çalışması değerlendirme ölçeği, iç faktörlere daha fazla odaklanarak örgütsel boyutlara değinmemiştir.³⁴⁻³⁶ Buda araştırma kapsamındaki ölçeği önemli kılmaktadır. Örneğin, “Meslekler Arası Ekip İşbirliği Ölçeği”, meslekler arası iş birliğinin yaygın olarak kullanılan bir ölçüsüdür ve üç ana bileşeni içerir: ortaklık, iş birliği ve koordinasyon.³⁷ Bir başka çalışmadaki ölçek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kurumsal niteliklerini ölçmek için geliştirilmiş olup, iletişimde karar verme stresi/karmaşası ve gelişim aşamaları değişimi gibi bileşenleri içermektedir.³⁸ Stock ve ark.’ları da bu tür alanlardaki uyum, iletişim, roller ve hedefler, takım önceliği ile takım gelişimini ölçmek için bir ölçek geliştirmiştir.³⁹ Yukarıda belirtilen tüm bileşenler tartışılmaz derecede değerlidir. Ancak, kültürel miras ve tarih nedeniyle, geliştirildiği ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde ekip çalışması iş birliğini ölçmek için, daha temel kurumsal konulara güçlü bir şekilde odaklanması gerektiğini söyleyebiliriz. Örneğin, güçlü hiyerarşik ve pratik alışkanlıklara sahip Sovyet sonrası sağlık bakımı yapısında, pratisyen hekimlerin baskın bir role sahip ve hemşirelerin rolünün henüz gelişim aşamasında olması gibi.^{5, 40} İyi gelişmiş ekiplerin bulunduğu bir ortamda, ekip üyelerinin yetkinlikleri veya işlevleri gibi temel organizasyonel koşullar hâlihazırda iyi oluşturulmuştur ve ekip çalışmasını değerlendirirken iç faktörlere vurgu yapılmış olur. Dolayısıyla, örgütsel boyutların, gelişim aşamalarında iş birliğini değerlendirmek için kullanılan ölçeğin temel bir bileşeni olması gerektiği ön plana çıkmaktadır.

Bu nedenle, BBEİÖ’nün mevcut bağlamdaki uygulama için yeterli olduğu sonucuna varılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ekiplerindeki hekim ile hemşireler arasındaki iş birliğinin, sağlık politika ve

programlarının daha üst düzeye çıkarılmasına

önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimler ve hemşirelerin iş birliğini ölçmek için kullanılabilir yeni bir aracın güvenilirliğini göstermiştir. Türkçeye uyarlanan ölçek pratikte uygulanacak yeterli psikometrik özelliklere sahiptir. “Hedefe Yönelik Takım Sinerjisi”, “Takım Çalışması İçin Organizasyonel Altyapı” ve “Yetkinlik” gibi ekip iş birliğinin belirleyici faktörlerini ortaya koymuştur. Daha yüksek faktör puanları, iş birliğine yönelik daha iyi bireysel ve ilişkisel tutumları, ekip çalışması için daha

iyi organizasyon koşullarını ve daha yüksek yetkinliği yansıtmaktadır. BBEİÖ, düşük entegrasyon veya yeni gelişen ekiplerin birinci basamak sağlık hizmetlerindeki ekip çalışması durumlarının izlenmesinde kullanımı kolay bir araç olma potansiyeline sahiptir.

Ana alanları kapsamı bakımından birinci basamak sağlık hizmetlerinde iş birliğinin geliştirilmesinde önemli olduğuna inandığımız BBEİÖ’yü uygulamayı öneriyoruz.

KAYNAKLAR

1. Starfield, B. (2003). The Effectiveness of Primary Health Care. Chapter 1. In: Lakhani M, Southgate L, eds. A Celebration of General Practice. Oxon, UK: Radcliffe, 19-36.
2. Ayhan Başer, D, Rabia Kahveci, R, Koç, E.M, Kasım, İ, Şencan, İ ve Özkara, A. (2015). “Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak”. Ankara Med J, 15 (1), 26-31. <https://doi.org/10.17098/amj.47853>
3. Sangaleti, C.T, Schweitzer, M.C, Peduzzi, M, Zoboli, E.L.C.P. and 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 Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 15 (11), 2723–2788.
4. Dieleman, S.L, Farris, K.B, Feeny, D, Johnson, J.A, Tsuyuki, R.T. and Brilliant, S. (2004). “Primary Health Care Teams: Team Members’ Perceptions of the Collaborative Process”. Journal of Interprofessional Care, 18 (1), 75–78.
5. Jaruseviciene, L, Liseckiene, I, Valius, L, Kontrimiene, A, Jarusevicius, G. and Lapão, L.V. (2013). “Teamwork in Primary Care: Perspectives of General Practitioners and Community Nurses in Lithuania”. BMC Family Practice, 14, 118. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-118>
6. Kohn, L.T, Corrigan, J. and Donaldson, M.S. (2000). “To Err is Human: Building A Safer Health System”. Washington, DC: National Academy Press.
7. Bozdemir, N. (1997). “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği”. Aile Hekimliği Ders Notları, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1- 17.
8. Boon, H, Verhoef, M, O’Hara, D. and Findlay, B. (2004). “From Parallel Practice to Integrative Health Care: A Conceptual Framework”. BMC Health Services Research, 4, 15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-15>
9. Shoemaker, S.J, Parchman, M.L, Fuda, K.K, Schaefer, J, Levin, J, Hunt, M. and Ricciardi, R. (2016). “A Review of Instruments to Measure Interprofessional Team-Based Primary Care”. Journal of Interprofessional Care, 30, 423-432.
10. Dietz, A.S, Pronovost, P.J, Mendez-Tellez, P.A, Wyskiel, R, Marsteller, J.A, Thompson, D.A. and Rosen, M.A. (2014). “A Systematic Review of Teamwork in the Intensive Care Unit: What Do We Know About Teamwork, Team Tasks, and Improvement Strategies?”. Journal of Critical Care, 29 (6), 908–914. <https://doi.org/10.1016/j.jcerc.2014.03.024>
11. Busse, R, Blümel, M, Scheller-Kreinsen, D. and Zentner, A. (2010). “Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges”. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326484>
12. Palmer, K, Marengoni, A, Forjaz, M.J, Jureviciene, E, Laatikainen, T, Mammarella, F. and Onder, G. (2018). “Multimorbidity Care Model: Recommendations From the Consensus Meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle (JA-CHRODIS)”. Health Policy, 122 (1), 4–11.
13. Dubois, C.A, McKee, M. and Nolte, E. (2006). “Human Resources for Health in Europe”. Observatory Studies Series. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 3 (4), 130–137.
14. Jaruseviciene, L, Kontrimiene, A, Zaborskis, A, Ida Liseckiene, I, Jarusevicius, G, Valius, L. and Lazarus, J.V. (2019). “Development of a Scale for Measuring Collaboration Between Physicians and Nurses in Primary Health-Care Teams”. Journal of Interprofessional Care, 33 (6), 1-10.
15. Bryant, F.B. and Yarnold, P.R. (1995). “Principal-Components Analysis and Exploratory and Confirmatory Factor Analysis”. In Grimm LG & Yarnold PR (Eds.), Reading and understanding multivariate statistics. Sch Psychol, 99-136.
16. Worthington, R.L. and Whittaker, T.A. (2006). “Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices”. Couns Psychol, 34, 806-838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>
17. Tavşancıl, E. (2005). “Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi”. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 20.
18. Crocker, L. and Algina, J. (1986). “Introduction to Classical and Modern Test Theory”. Ohio (ABD): Cengage Learning press, 287-477.
19. Polit, D.F. and Beck, C.T. (2006). “The Content Validity Index: Are You Sure You Know What’s Being Reported? Critique and Recommendations”. Res Nurs Health, 29 (5), 489-497.
20. Lawshe, C.H. (1975). “A Quantitative Approach to Content Validity”. Personnel Psychology, 28 (4), 563-575.
21. Kline, R.B. (2016). “Principles and Practice of Structural Equation Modeling”. 4th Ed. New York, London, The Guilford Press, 188-336.

22. Hair Jr, J.F, Black, W.C, Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2013). "Multivariate Data Analysis". (7th ed.). Nova Jersey: Pearson Education Limited.
23. Coombs, W. and Schroeder, H. (1988). "An Analysis of Factor Analytic Data". *Pers Individ Dif*, 9, 79-85.
24. Beaton, D.E, Bombardier, C, Guillemin, F. and Ferraz, M.B. (2000). "Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-report Measures". *Spine*, 25 (24), 3186-3191.
25. Ayre, C. and Scally, A.J. (2017). "Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio". *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47 (1), 79-86.
26. Tavakol, M. and Dennick, R. (2011). "Making Sense of Cronbach's Alpha". *Int J Med Educ*, 2, 53-55.
27. Yardımcı, F, Başbakkal, Z, Beytut, D, Muslu, G. ve Ersun, A. (2012). "Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 131-137.
28. Düzgün, F, Uzelli Yılmaz, D, Karaman, D, Gökdere Çınar, H, Dikmen, Y. ve Yılmaz, D. (2019). "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ekip Çalışması Tutumlarının İncelenmesi". *Journal of Contemporary Medicine*, 9 (1), 32-36.
29. Çelik, A. ve Karaca, A. (2017). "Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (4), 254-263. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.254>
30. McInnes, S, Peters, K, Bonney, A. and Halcomb, E. (2015). "An Integrative Review of Facilitators and Barriers Influencing Collaboration and Teamwork Between General Practitioners and Nurses Working in General Practice". *Journal of Advanced Nursing*, 71 (9), 1973-1985. <https://doi.org/10.1111/jan.2015.71.issue-9>
31. Mulvale, G, Embrett, M. and Razavi, S.D. (2016). "Gearing Up" to Improve Interprofessional Collaboration in Primary Care: A Systematic Review and Conceptual Framework". *BMC Family Practice*, 17, 83.
32. Salas, E, Cooke, N.J. and Rosen, R.A. (2008). "On Teams, Teamwork, and Team Performance: Discoveries and Developments". *The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 50 (3), 540-547.
33. Salas, E, Sims, D.E. and Burke, C.S. (2005). "Is There A Big Five in Team-work?". *Small Group Research*, 36 (5), 555-599.
34. Finley, E.P, Pugh, J.A, Lanham, H.J, Leykum, L.K, Cornell, J, Veerapaneni, P. and Parchman, M.L. (2013). "Relationship Quality and Patient-Assessed Quality of Care in VA Primary Care Clinics: Development and Validation of The Work Relationships Scale". *Annals of Family Medicine*, 11 (6), 543-549. <https://doi.org/10.1370/afm.1554>
35. Sexton, J.B, Helmreich, R.L, Neilands, T.B, Rowan, K, Vella, K, Boyden, J. and Thomas, E.J. (2006). "The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research". *BMC Health Services Research*, 6, 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
36. Ushiro, R. (2009). "Nurse-Physician Collaboration Scale: Development and Psychometric Testing". *Journal of Advanced Nursing*, 65 (7), 1497-1508.
37. Orchard, C, Pederson, L.L, Read, E, Mahler, C. and Laschinger, H. (2018). "Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision". *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38 (1), 11-18.
38. Ohman-Strickland, P.A, John Orzano, A, Nutting, P.A, Perry Dickinson, W, Scott-Cawiezell, J, Hahn, K. and Crabtree, B.F. (2007). "Measuring Organizational Attributes of Primary Care Practices: Development of A New Instrument". *Health Services Research*, 42 (3 Pt 1), 1257-1273.
39. Stock, R, Mahoney, E. and Carney, P.A. (2013). "Measuring Team Development in Clinical Care Settings". *Family Medicine*, 45 (10), 691-700.
40. Sheiman, I, Shishkin, S. and Shevsky, V. (2018). "The Evolving Semashko Model of Primary Health Care: The Case of the Russian Federation". *Risk Management and Healthcare Policy*, 11, 209-220. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S168399>