T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EKİP ÇALIŞMASI ETKİNLİĞİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

ÖZNUR YILMAZ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ALİ ARSLANOĞLU

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
TEMMUZ/2024

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca sabır ve özverileri ile bana yol gösteren, destekleyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum ve şanslı hissettiğim, örnek aldığım saygı değer danışman hocam Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimimde bana katkı sağlayan değerli hocalarıma, bu süreçte desteğini esirgemeyen değerli Prof. Dr. Burçin BÜYÜKÜNALDI hocama ve müdürüm Dilek Firdevs GÖZÜŞİRİN hanıma,

Çalışmama katılımcı olarak değerli vakitlerini ayıran ve çalışma sırasında yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Benden hiçbir zaman sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen sevgili babam Necati YILMAZ'a, annem Daniela Geanina YILMAZ'a, ablam İlknur YILMAZ'a, ikizim Onur YILMAZ'a ve kız kardeşim Aslınur YILMAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ viii
ŞEKİLLER LİSTESİ x
SİMGELER VE KISALTMALAR xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. EKİP ÇALIŞMASI 2
2.1.1. Ekip ve Ekip Çalışmasının Tanımı 2
2.1.2. Ekip Kavramıyla Benzerlik Gösteren Kavramlar 4
2.1.3. Ekip ve Grup Arasındaki Farklar 5
2.1.4. Ekip Türleri 6
2.1.5. Ekip Çalışmasının Önemi 10
2.1.6. Ekip Çalışmasının Avantajları 11
2.1.7. Ekip Çalışmasının Dezvantajları 13
2.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması 14
2.1.9. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışmasının Önemi 15
2.2. HASTA GÜVENLİĞİ 16
2.2.1. Hasta Güvenliği Kavramının Tarihçesi 17
2.2.2. Hasta Güvenliğinin Önemi 19
2.2.3. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği 21
2.2.4. Hasta Güvenliği İlkeleri 22
2.2.5. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları 23
2.2.6. Hasta Güvenliği Kültürü 26
2.2.7. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi 27
2.3. EKİP ÇALIŞMASI VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER 31
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ 31
3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 31
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 31

3.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI 32
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI 32
3.6.1. Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeği 32
3.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği 33
4. BULGULAR 34
4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ 34
4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 34
4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK 35
4.4. FARKLILIKLAR TESTİ 41
4.4.1. Katılımcıların Ekip Çalışması Etkinliği Algısının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Farklılıkları 41
4.4.2. Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Farklılıkları 48
4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ 55
4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZİ 55
5. TARTIŞMA 56
5.1. EKİP ÇALIŞMASI ETKİNLİĞİ BULGULARININ TARTIŞILMASI 56
5.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ BULGULARININ TARTIŞILMASI 59
5.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI 62
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 64
KAYNAKLAR 66
EKLER 74

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeğinin alt boyutları..... 33

Tablo 3.2: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin alt boyutları 33

Tablo 4.1: Kullanılan ölçeklerin güvenirlik sonuçları..... 34

Tablo 4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular 35

Tablo 4.3: Ölçeklerin tanımlayıcı değerleri 36

Tablo 4.4: Ortak amaç boyutu için tanımlayıcı istatistikler..... 36

Tablo 4.5: Ekip atmosferi ve işleyişi için tanımlayıcı istatistikler..... 37

Tablo 4.6: Liderlik boyutu için tanımlayıcı istatistikler 38

Tablo 4.7: Hastane yönetiminin desteği boyutu için tanımlayıcı istatistikler..... 39

Tablo 4.8: Süreç boyutu için tanımlayıcı istatistikler..... 39

Tablo 4.9: Hasta güvenliği algısı boyutu için tanımlayıcı istatistikler 40

Tablo 4.10: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin cinsiyete göre farklılıkları..... 41

Tablo 4.11: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin medeni duruma göre farklılıkları . 42

Tablo 4.12: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin çalışılan sektöre göre farklılıkları 42

Tablo 4.13: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin yaşa göre farklılıkları 43

Tablo 4.14: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin görevde hizmet süresine göre farklılıkları 45

Tablo 4.15. Ekip çalışması etkinliği değişkeninin mesleklerine göre farklılıkları..... 47

Tablo 4.16: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının cinsiyete göre farklılıkları 48

Tablo 4.17: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının medeni duruma göre farklılıkları 49

Tablo 4.18: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının çalışılan sektöre göre farklılıkları ... 49

Tablo 4.19: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının yaş değişkenine göre farklılıkları.... 50

Tablo 4.20: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının meslekte hizmet süresi değişkenine göre farklılıkları 52

Tablo 4.21: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının meslek değişkenine göre farklılıkları 53

Tablo 4.22: Değişkenler arası ilişki..... 55

Tablo 4.23: Ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin analiz sonuçları..... 55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Ekiplerin amaçları itibariyle sınıflandırılması 7

Şekil 2.2. Ekiplerin özellikleri açısından sınıflandırılması 7

Şekil 2.3. Ekiplerin süreklilikleri açısından sınıflandırılması 7

Şekil 3.1. Araştırmanın modeli 31

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADSH : Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

ADSM : Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

CAE : Cerrahi Alan Enfeksiyonları

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DMAIC : Define, Measure, Analyze, Improve, Control

HGK : Hasta Güvenliği Kültürü

ICN : International Council of Nursing

IPSG : International Patient Safety Goals

JCI : Joint Commission International

KDE : Kan Dolaşımı Enfeksiyonları

NPSF : National Patient Safety Foundation

SHİE : Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar

EKİP ÇALIŞMASI ETKİNLİĞİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Ekip çalışması, sağlık bakım ortamlarında hasta güvenliğinin sağlanmasında çok önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri ortamı doğası gereği karmaşıktır ve yüksek kaliteli ve güvenli hasta bakımı sağlamak için sağlık profesyonelleri arasında etkili iş birliği şarttır. Ekip çalışması etkinliğinin, hasta bakım sürecine ve hasta güvenliği kültürüne etkisini detaylıca incelemek kalite verimliliği açısından sürekli kalitenin geliştirilmesi için katkı sağlayacaktır. Türkiye'deki Ağız ve Diş Sağlığı Hastane/Merkezlerinde ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürüne etkisinin olup olmadığının araştırılması çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış ve uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen ve katılımcıların Sosyo-demografik özelliklerini içeren, 6 adet soru (cinsiyet, medeni durum, yaş, görevde hizmet süresi, görevi, çalıştığı sektör) oluşturmaktadır. Ayrıca "Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği" ve "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" kullanılmıştır. Bu araştırma, gönüllü katılım sağlayan 388 sağlık çalışanı ile yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %66,9' unun kadın, %40,4'ünün 30 yaş ve altı, %53,4'ünün evli, %36,2'sinin diş hekimi, %61,7'sinin özel sektör çalışanı, %44,6'sının görevde hizmet süresinin 5 yıl ve altı olduğu görülmektedir. Araştırmada cinsiyet değişkeninde her üç değişken içinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması etkinliğinde evli ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır ($t=2,887$, $p<,05$). Ekip çalışması etkinliğinde mesleklerine göre aradaki fark anlamlıdır. Ekip çalışması ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı doğrusal yüksek düzey pozitif etki bulunmuştur ($r ,894= r^2= ,799$ $p>0,05$). Bağımsız değişken olan ekip çalışması etkinliğinin bağımlı değişken olan hasta güvenliği kültüründe anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Sonuç: Ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürünü anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve Diş Merkez/Hastanesi, Ekip Çalışması, Hasta Güvenliği Kültürü, Kalite

ANALYZING THE EFFECT OF TEAMWORK EFFECTIVENESS ON PATIENT SAFETY CULTURE

ABSTRACT

Aim: Teamwork plays a crucial role in ensuring patient safety in health care settings. The healthcare environment is complex in nature and effective co-operation between healthcare professionals is essential to provide high quality and safe patient care. Analysing the impact of teamwork effectiveness on the patient care process and patient safety culture in detail will contribute to continuous quality improvement in terms of quality efficiency. The aim of this study is to investigate whether there is an effect of teamwork effectiveness on patient safety culture in Oral and Dental Health Hospitals/Centres in Turkey.

Materials and Methods: The study was planned and implemented in descriptive and cross-sectional type. The data were collected using 6 questions (gender, marital status, age, length of service, position, sector of employment) developed by the researcher and including the socio-demographic characteristics of the participants. In addition, "Teamwork Attitudes Scale" and "Patient Safety Culture Scale" were used. This study was conducted with 388 health care workers who participated voluntarily.

Results: It is seen that 66.9% of the participants were female, 40.4% were 30 years of age or younger, 53.4% were married, 36.2% were dentists, 61.7% were private sector employees, and 44.6% had 5 years of service or less. In the study, no significant difference was found in the gender variable in all three variables ($p>0.05$). There is a significant difference between married and single employees in teamwork effectiveness ($t=2.887$, $p<.05$). There is a significant difference in teamwork effectiveness according to occupation. A significant linear high level positive effect was found between teamwork and patient safety culture (r .894= r^2 = .799 $p>0.05$). It is seen that the independent variable teamwork effectiveness has a significant effect on the dependent variable patient safety culture ($p>0.05$).

Conclusion: It was concluded that teamwork effectiveness significantly affected patient safety culture.

Key Words: Oral and Dental Center / Hospital, Teamwork, Patient Safety Culture, Quality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sürekli gelişen tıbbi teknoloji ve bilimsel araştırmalarla birlikte, sağlık hizmetleri sürekli olarak evrim geçirmekte ve daha etkili, erişilebilir ve kaliteli hizmetlerin sağlanmasına yönelik çabalar devam etmektedir. Bu durum sağlık kurumlarında daha etkin, etkili, verimli ve sürdürülebilir olmasına, dolayısıyla kendini geliştiren, iletişimde güçlü, performansı yüksek bireylerle çalışabilmeyi gerektirmektedir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu için sağlık kurumunda ekip çalışmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti prosedürleri genellikle diş hekimleri, diş hekimi asistanları, ağız ve çene cerrahları ve idari personel gibi farklı profesyoneller arasında koordinasyon gerektirir. Bu çalışma ile Türkiye'de hizmet veren Ağız Diş Sağlığı Hastane/Merkezlerinde ekip çalışması etkinliğinin ölçülmesi ve hasta güvenliği kültürüne olan etkisi incelenecektir. Konu hakkında literatür taramalarında az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu sebeple çalışma sonucunda elde edilen bulgular ışığında ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisine ilişkin sınırlı sayıdaki çalışmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye'deki Ağız ve Diş Sağlığı Hastane/Merkezlerinde ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürüne etkisinin olup olmadığının araştırılması çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Bu tez çalışması ile ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürü düzeyi üzerindeki etkisinin analiz edilmesi, ekip çalışması etkinliği ve hasta güvenliği kültürü değişkenlerinin çalışanların sosyo-kültürel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi ve elde edilen göstergeler ışığında ekip çalışmasının sağlık hizmetleri sunumundaki öneminin ortaya koyulması hedeflenmiştir. Araştırmanın amacı ışığında aşağıda belirtilen soru oluşturulmuştur.

- Ekip çalışması etkinliği hasta güvenliği kültürünü etkiliyor mu?

Araştırmanın hipotezi aşağıda yer almaktadır.

Hipotez: Ekip çalışması etkinliğinin hasta güveliği kültürü üzerinde pozitif bir etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EKİP ÇALIŞMASI

2.1.1. Ekip ve Ekip Çalışmasının Tanımı

Uluslararası ve ulusal mesleki çalışmalarda başarı anı, kuruluşların başarılı olduğu zamandır. Bu başarı sadece karizmatik yöneticilerin veya akıllı yöneticilerin çabalarını değil, her çalışanın yeteneğini ve yaratıcılığını gerektirmiştir (1). Günümüzde organizasyonlar (şirketler, kurumlar vb.) rekabet avantajı elde etmek, sorunları iş birliği yoluyla çözmek ve çalışanların yaratıcı yeteneklerinden daha fazla fayda sağlamak için takım çalışmasına odaklanmaktadır (2). Ayrıca işle ilgili girişimlerin yürütülmesi diğer bireylerle iş birliğinin gerekliliği ve görevlerin veya süreçlerin karmaşıklığı, organizasyon içindeki ekiplerin değerini arttırmaktadır (3).

Modern sağlık hizmetleri, birden fazla disiplinden oluşan, etkili iletişim ve ekip çalışmasına sahip sağlık ekipleri tarafından sağlanmaktadır. Ekipler ve ekip çalışması sağlık hizmetinin doğasında vardır ve bir ekibin çalışmasının etkinliği, kuruluşun genel etkinliği üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Disiplinler arası ekipler içindeki sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iş birliğinin, sağlık sisteminin etkinliği için gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık ekipleri ve üyeleri arzu edilir değil gerekli görülmektedir (4).

"Ekip," genellikle bir amaç doğrultusunda bir araya gelmiş, belirli bir işi veya görevi yerine getirmek üzere oluşturulan bir grup insanı ifade eder (5). Ekip üyeleri, birbirleriyle iş birliği yaparak ortak hedeflere ulaşmaya çalışırlar. Daha basit bir ifadeyle, işleri ve görevleri farklı olmasına rağmen, farklı iş ve görevlere katılan, ortak amaç ve hedeflere sahip bireyler topluluğudur (6).

Katzcnbach J.R., ve Smith D.K., (1993) bir ekibi, birbirlerine karşı sorumlu olan, birbirlerinin yeteneklerini tamamlayan ve performans ölçümlerini kullanarak ortak bir hedefe ulaşmaya çalışan çok sayıda birey olarak tanımlamaktadır (7). Farklı bir bakış açısına göre ekip, çeşitli organizasyonel görevleri yerine getirmek amacıyla genellikle

denetim olmaksızın bir birim olarak çalışan bireylerden oluşan bir topluluk olarak kabul edilir (8).

Bu tanımlamalarda üç mühim unsur göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki, bir ekibin oluşturulabilmesi için iki veya daha fazla birey gerekmektedir. İkincisi, ekibi oluşturan bireyler birbirine bağımlıdır ve birlikte eyleme geçmektedir. Devamlı birbirini karşılıklı olarak etkileme halindedirler. Üçüncüsü ise, ekibi oluşturan kişiler belirli bir amacı uygulamaya koymak için emek harcamaktadır. Örneğin; sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastayı iyileştirmesi gibi (9).

Ekip, ortak bir amaç paylaşan, sık sık etkileşime giren ve bir hedefe ulaşmak için iş birliği yapan iki veya daha fazla sayıda organize edilmiş bireylerden oluşmaktadır. Ekibin bağlı olduğu ve temel değerleriyle kesişen ortak bir değer sistemi bulunmalıdır. Ortak değer sistemi tüm ekip üyeleri tarafından paylaşılır ve her üyenin ekip arkadaşlarına olan güveni ve sorunları kriz yolu açmadan çözülme yetenekleri ile gelişir (10,11).

Günümüzde kaliteli sağlık hizmeti sunmanın temel koşullarından biri, alanında uzman, birlikte çalışan ve ekip anlayışıyla iletişim kuran sağlık profesyonellerinin varlığıdır (10).

Sağlık ekibi, bireylerin ve onların ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, birinci sınıf kaliteli sağlık hizmeti sunmayı ortak hedef alan bir birlikten oluşur. Bu ekipte ortak çözüm kararları alınır, kaynaklar paylaşılır, iletişim halinde ve koordine olabilmek önemlidir (12,13).

Cohen ve Bailey (1997) ekibi, ilişkiler konusunda birbiriyle bağlantılı, sonuçların gelişmesini paylaşan, kendilerinin bir bütünde inanan ve aynı zamanda daha büyük sosyal sistemler içinde yer alan bireylerden oluşan bir ekip olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımıda, organizasyonlar içerisinde ilişkilerini yöneten bir topluluk olarak tanımlamaktadır (14).

Ekip çalışmasının avantajlarından biri, farklı yeteneklerin ve bakış açılarının bir araya gelmesiyle ortaya çıkan yaratıcı çözümlerdir. Bir ekip, bireysel olarak başarılı olamayacağı kadar büyük projeleri başarabilir çünkü her birey, kendi alanında uzmandır ve bu uzmanlık, ekip içindeki diğer üyelerin eksiklerini tamamlar (14). Ancak, ekip çalışması zorluğu da beraberinde getirebilir. Farklı kişiliklerin, beklentilerin ve çalışma tarzlarının bir araya gelmesi, çatışma ve olumsuzluklara neden olabilir (15). Bununla

birlikte, etkili bir liderlik, iyi iletişim ve kararlılık, bu tür sorunların üstesinden gelmede yardımcı olabilir (14,15).

Underwood ve Kenner (1991), ekip çalışmasının hastanelerde iyileştirilmesinin, işlevsellik hedeflerine ulaşılmasını, hizmetin maddi ve insani kaynakların harekete geçirilerek beslenmesini sağlayan unsurların olduğunu belirtmiştir (16). Burada amaçlanan bir örgüt, ne kadar gelişmiş araçlara ve birleştirilmiş kullanıcılara sahip olursa olsun, etkili bir rehberlik olmadan hedeflere ulaşılamayacağını söylemektedir (18). Ekibin her bireyinin kendi rolü ve diğer ekip üyeleri ile ilişkili rolleri vardır. Rollerin net bir şekilde anlaşılması, ekip üyeleri arasındaki iş birliğini arttırır ve ekip üyeleri tarafından belirlenen ortak hedeflere ulaşmayı sağlar (18,19). Ekip üyeleri arasındaki iş birliği, ekip süreçlerinin netliğini sağlar, böylece ekibin çalışmasının etkinliği sağlanır (20). Sağlık çalışanlarının sağlık ekibinin varlığı, gerekliliği ve amacına ilişkin ayrıntıların belirlenmesi ekibin çalışmasını geliştirebilir (18,20).

2.1.2. Ekip Kavramıyla Benzerlik Gösteren Kavramlar

Literatüre bakıldığında ekip kavramıyla benzer yönleri olan fakat içerisinde farklılık bulunan kavramlar olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki grup kavramı bir diğeri takım kavramıdır.

- **Ekip:** "Ekip" ortak bir amacın etrafında alanında uzman bireylerin bilgilerini birbirleriyle paylaşmak için bir araya gelmiş olan, her biri farklı bilgi ve beceriye sahip üyelerin oluşturduğu grup olarak tanımlanmaktadır (21,22).
- **Takım:** Bir "takım", belirli bir hedefe ulaşmak veya belirli bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelen bireylerden oluşan bir grup olarak tanımlanır. Takımlar genellikle ortak bir hedef etrafında birleşir ve bu hedefe ulaşmak için birlikte çalışırlar. Örneğin, spor takımları bir müsabakayı kazanmak, iş takımları bir proje tamamlamak veya araştırma takımları belirli bir konuda bir çalışma yapmak gibi çeşitli amaçlar için bir araya gelebilirler (23-25).

Takımlar genellikle üyelerinin beceri, bilgi ve deneyimlerini birleştirerek sinerji oluşturur. Her bir üye, takımın hedefine ulaşmak için katkı sağlar ve diğer üyelerle iş birliği yapar. Takım üyeleri arasında güven, iletişim ve iş birliği gibi önemli unsurların bulunması, takımın etkinliğini artırır (25).

Takımlar genellikle belirli rolleri ve sorumlulukları olan üyelerden oluşur ve bu roller, takımın hedefine ulaşmak için gereken görevleri daha etkin bir şekilde yerine getirmeye yardımcı olur. Takımlar, bireyler arasında motivasyonu artırabilir, problem çözme becerilerini geliştirebilir ve iş birliği yeteneklerini güçlendirebilir (22-24).

- **Grup;** genellikle belirli bir amaç doğrultusunda bir araya gelmiş insanların oluşturduğu bir topluluktur (23). Gruplar, ortak ilgi, amaç, değerler veya etkinlikler etrafında bir araya gelir. Bu gruplar farklı boyutlarda olabilir; küçük bir arkadaş grubu, bir sınıf, bir spor takımı, bir iş birimi veya daha büyük topluluklar gibi. Gruplar, üyeleri arasında etkileşim ve iş birliği sağlayarak bireylerin sosyal ihtiyaçlarını karşılar. Aynı zamanda, gruplar kişisel gelişimi teşvik edebilir, dayanışma duygularını güçlendirebilir ve belirli hedeflere ulaşmak için birlikte çalışabilir (23,29).

Gruplar norm ve ilkelerini paylaşan ve bu amaç doğrultusunda birbirleri ile iletişim içinde olan, karşılıklı olarak birbirlerini etkileyen iki veya daha fazla kişinin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan sosyal bir olgudur şeklinde tanımı yapılmıştır (19,29). Özalp İ. (1998) grubu, üyeler arasında belirli etkileşim olduğu sürece var olan, sosyal bir varlık olup, kuvvet, önderlik, rol, haberleşme gibi kavramlara sahip olarak tanımlamkatadır (29).

2.1.3. Ekip ve Grup Arasındaki Farklar

Ekip ve grup terimleri genellikle birbirine yakın anlamlarda kullanılıyor olsada bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar genel olarak aşağıdaki gibidir.

Ekip, belirli bir hedefe ulaşmak veya belirli bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelmiş bir grup insanı ifade eder (6,11,14). Genellikle belirli bir görev veya projenin tamamlanması için bir araya gelirler. Gruplar ise daha geniş bir kapsamda, ortak ilgi, değerler veya etkinlikler etrafında bir araya gelen insanları tanımlar (23,29). Gruplar, belirli bir hedefe ulaşmak zorunda olmayabilir. Burada en önemli farkın amaç ve odaklılığın üzerinde olduğunu görmekteyiz.

Ekipler, genellikle birlikte çalışarak belirli bir hedefe ulaşmak için güçlerini birleştirir (24,26). Bu, bireyler arasında yoğun iş birliği ve etkileşim gerektirir (25). Gruplar ise daha rastgele bir şekilde bir araya gelmiş olabilir ve birlikte çalışma düzeyleri ekipler kadar yüksek olmayabilir (23).

Ekiplerde, her bir üye genellikle belirli bir rol veya sorumluluğa sahiptir (22) ve bu roller, takımın amacına ulaşmak için belirlenmiştir (19,25). Gruplar ise genellikle daha serbest bir yapıya sahip olabilir (23,29) ve üyeler arasındaki roller daha belirsiz olabilir.

Ekipler arasında genellikle güçlü bir bağlılık ve güven vardır çünkü ortak bir hedefe ulaşmak için birlikte çalışırlar (11,14,15). Gruplar arasındaki bağlılık ve güven, grup üyelerinin birbirlerini ne kadar tanıdığı ve etkileşim düzeylerine bağlı olarak değişebilir (29).

Özetleyecek olursak bu iki kavram arasındaki ana farklar:

Ekipler (1,4-7):

- Belirli bir hedefe ulaşmak veya belirli bir projeyi tamamlamak için bir araya gelen insanlardan oluşur.
- Ekip üyeleri genellikle belirli roller ve sorumluluklar alır ve bu roller, takımın amacına ulaşmak için belirlenir.
- Yoğun bir iş birliği ve etkileşim içinde çalışırlar.
- Ekip üyeleri genellikle birbirlerine güvenir ve güçlü bir bağlılık hissederler.

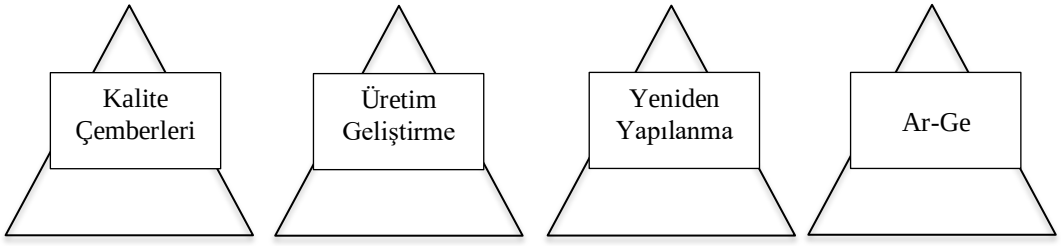
Gruplar (7,8,16,29):

- Ortak bir ilgi, değer veya etkinlik etrafında bir araya gelen insanlardan oluşur.
- Gruplar belirli bir hedefe ulaşmak zorunda değillerdir ve amaçları daha geniş olabilir.
- Gruplar, belirli bir görevi yerine getirmek için birlikte çalışma düzeyinde olmayabilir.
- Grup üyeleri arasında bağlılık ve güven seviyeleri, grup üyelerinin birbirlerini ne kadar tanıdığı ve etkileşim düzeylerine bağlı olarak değişebilir.

2.1.4. Ekip Türleri

Çeşitli disiplinlerde ve sektörlerde, başarıyı yakalamak ve hedeflere ulaşmak için ekiplerin önemi her geçen gün daha da artmaktadır. İş birliği ve koordinasyonun gücünü temsil eden bu ekip çeşitleri, farklı uzmanlık alanına sahip bireyleri bir araya getirerek karşılıklı destek ve motivasyon sağlar, böylece her bir bireyin katkısıyla ortak amaçlara ulaşılır (29).

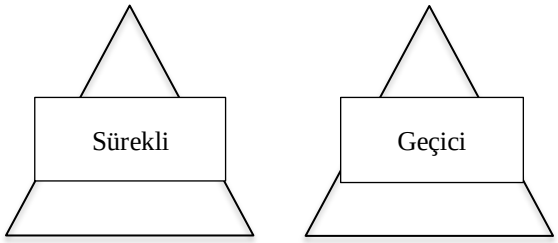
Ekipleri amaçları yönünden, yapıları yönünden, üyeleri yönünden ve süreklilik yönünden değişik faktörleri itibariyle sınıflandırmak mümkündür.



Şekil 2.1. Ekiplerin amaçları itibariyle sınıflandırılması



Şekil 2.2. Ekiplerin özellikleri açısından sınıflandırılması



Şekil 2.3. Ekiplerin süreklilikleri açısından sınıflandırılması

Kaynak: (29). Kaynaktan esinlenerek yazar tarafından oluşturulmuştur.

- **Kalite Çemberi:** Kalite yönetimi alanında kullanılan bir kavramdır (27,30). Genellikle bir işletmede veya bir iş grubunda, kaliteyi artırmak, verimliliği artırmak ve sürekli iyileştirme sağlamak amacıyla oluşturulan küçük bir grup veya ekip anlamına gelir. Bu grup genellikle aynı bölüm veya süreçte çalışan insanlardan oluşur ve belirli bir sorunun veya kalite hedefinin üstesinden gelmek için bir araya gelirler (27,28,30,31).

Burada aynı fonksiyon alanından olması ve gönüllülük esasına dayanması önemli bir farkıdır.

Kalite çemberleri genellikle belirli bir metodoloji veya yaklaşım altında çalışır (30). Örneğin, Kaizen (sürekli iyileştirme) felsefesini benimseyebilirler veya Tanımla, Ölç, Analiz Et, İyileştir, Kontrol Et (Define, Measure, Analyze, Improve, Control-DMAIC) gibi altı sigma metodolojilerini kullanabilirler (31).

Bu gruplar genellikle belirli bir problemi çözmek, bir süreci iyileştirmek veya kalite standartlarını artırmak için düzenli toplantılar yapar (30). Katılımcılar genellikle eğitim alır ve problem çözme tekniklerini uygular. Kalite çemberleri, işletmelerdeki çalışanların katılımını artırarak (28), kalite kültürünün gelişmesine (30) ve sürekli iyileştirmeye olanak sağlar (27,29,31).

- **Üretim Geliştirme Ekibi:** Bir işletmenin üretim süreçlerini daha verimli, kaliteli ve maliyet etkin hale getirmek amacıyla çalışan, disiplinler arası bir uzman grubudur. Bu ekip, üretim hatlarının analiz edilmesi, süreç optimizasyonu, yeni teknolojilerin entegrasyonu, ürün tasarımının iyileştirilmesi ve üretim maliyetlerinin azaltılması gibi konularda aktif rol oynar. Ekip üyeleri genellikle mühendisler, veri analistleri, kalite kontrol uzmanları ve üretim yöneticilerinden oluşur. Üretim geliştirme ekibi, sürekli iyileştirme prensiplerini benimseyerek, işletmenin rekabet gücünü artırmayı ve müşteri memnuniyetini sağlamayı hedefler (26,28,29).
- **Yeniden Yapılanma Ekibi:** Bir işletmenin organizasyonel yapısını, operasyonel süreçlerini ve stratejik yönelimlerini gözden geçirip yeniden düzenlemek amacıyla kurulan, çok disiplinli bir uzamanlar grubudur. Bu ekip, işletmenin mevcut durumu analiz eder, zayıf yönleri ve iyileştirme alanlarını belirler, ve daha verimli, esnek ve rekabetçi bir yapıya kavuşması için gerekli değişiklikleri planlar ve uygular. Yeniden yapılanma ekibi, finans, insan kaynakları, operasyon, bilgi teknolojileri ve strateji gibi farklı alanlardan profesyonelleri bünyesinde barındırır. Ekibin temel amacı, işletmenin uzun vadeli sürdürülebilirliğini ve büyüme potansiyelini artırarak, piyasa koşullarına daha hızlı ve etkili bir şekilde uyum sağlamasını temin etmektir (26,28,29).
- **Araştırma Ve Geliştirme (Ar-Ge) Ekibi:** Yenilikçi ürünler, hizmetler ve teknolojiler oluşturmak, mevcut ürün ve süreçleri iyileştirmek amacıyla bilimsel ve teknolojik araştırmalar yürüten, uzmanlardan oluşan bir gruptur. Bu ekip, yeni fikirlerin konsept aşamasından ticari ürün haline gelene kadar tüm süreçlerde aktif rol oynar. Ar-Ge ekibi, genellikle mühendisler, bilim insanları, tasarımcılar ve pazarlama

uzmanlarından oluşur ve disiplinler arası iş birliği yaparak yaratıcı çözümler geliştirir. İşletmenin rekabet gücünü artırmayı ve pazardaki değişimlere hızlı yanıt vermeyi hedefleyen Ar-Ge ekibi, yenilikçilik kültürünü teşvik eder ve uzun vadeli sürdürülebilir büyümeyi destekler (26,29).

- **Fonksiyonel Ekipler:** Fonksiyonel ekipler genellikle kuruluşlar tarafından kullanılır ve organizasyon yapısının temeli sayılmaktadır. Çalışanlar birincil üretim fonksiyonunu ve onları tanımlayan ek destek görevlerini tamamlar. Fonksiyonel ekipler, belirli bir fonksiyonel departmandaki yöneticilerden ve katılımcılardan oluşur. Pazarlama, üretim, satın alma, personel, halkla ilişkiler, Ar-Ge gibi fonksiyonel alanlar ile bankacılık, sigorta, teknoloji gibi alanlar fonksiyonel alanlara örnektir. Çalışanların yetkisi yoktur ve yönetici, fonksiyonel ekibi planlamak, organize etmek, yürütmek ve denetlemekle görevlidir. Bir yöneticinin gözetimi altında birçok farklı fonksiyonel alandan çalışanlardan oluşan fonksiyonel takımlarda yetki, liderlik ve fonksiyonel alanlar arasındaki etkileşim süreci basit ve anlaşılırdır (26,29).
- **Çapraz Fonksiyonel Ekipler:** Farklı işlev, eğitim ve deneyim alanlarına sahip oldukları için bu ekipler, problem çözümünde yaratıcı veya yenilikçi olmak da dahil birden fazla yaklaşıma sahip olabilir. Organizasyon içi karşılaşılan sorunlara yeni çözümler önerebilirler (26).
- **Kendi Kendini Yöneten Ekipler:** Kendi kendini yöneten ekipler, görev süreleri boyunca sorunların çözümünden, yaptıkları işin planlanmasından ve gözetiminden sorumludur ve işin başlangıcından bitişine kadar tüm alanların tüm sorumluluğu kendilerine verilir. Ayrıca iş bitene kadar işle ilgili tüm konularda karar verme yetkisine de sahiptirler (26).
- **Sürekli ekip:** İşletmenin günlük operasyonlarını ve uzun vadeli stratejik hedeflerini desteklemek amacıyla sürekli olarak çalışan bir uzmanlar grubudur. Bu ekip, mevcut süreçleri sürekli olarak değerlendirmek, iyileştirmek ve optimize etmek için çalışır. Sürekli ekipler, işletmenin verimliliğini artırmak, kaliteyi yükseltmek ve müşteri memnuniyetini sağlamak amacıyla faaliyet gösterir. Ekip üyeleri, genellikle işletmenin farklı departmanlarından gelen ve çeşitli uzmanlık alanlarına sahip profesyonellerden oluşur. Sürekli ekipler, işletmenin rekabet gücünü koruması ve geliştirmesi için yenilikçi çözümler ve sürekli iyileştirme kültürünü teşvik eder (29).
- **Geçici ekip:** Belirli bir proje veya görevin tamamlanması için geçici olarak oluşturulan ve görevin bitiminde dağılan uzmanlar grubudur. Bu ekip, projenin

gereksinimlerine uygun beceri ve bilgiye sahip üyelerden oluşur ve projenin hedeflerine ulaşmak için birlikte çalışır. Geçici ekipler, genellikle çeşitli departmanlardan veya dış kaynaklardan gelen profesyonelleri içerir ve esnek yapıları sayesinde hızlı bir şekilde oluşturulup dağıtılabilir. Bu ekipler, kısa vadeli projeler, kriz yönetimi, yeni ürün lansmanı veya belirli bir sorunun çözülmesi gibi durumlarda etkin bir şekilde kullanılır. Geçici ekiplerin temel amacı, belirlenen süre zarfında yüksek performans göstererek projeyi başarıyla tamamlamak ve işletmenin hedeflerine katkıda bulunmaktır (26,29).

2.1.5. Ekip Çalışmasının Önemi

Sanattan iş dünyasına, bilimsel araştırmalardan spora kadar insani çabaların geniş ortamında, başarının önemli bir bileşeni olarak altta yatan ve sürekli olarak ortaya çıkan faktörlerden biri de ekip çalışmasıdır. Ortak bir amaç doğrultusunda çalışan bir grup bireyin yine ortak çabası olarak tanımlanan ekip çalışması, sinerjiyi, iş birliğini ve karşılıklı desteği bünyesinde barındırmaktadır (32). Hedefe ulaşmak için farklı yeteneklere sahip uzmanlardan oluşan bir ekiple beraber hareket etmek, herhangi bir kişinin tek başına başarabileceğinden daha fazlasına olanak tanımaktadır.

Her şeyden önce ekip çalışması düşünce ve uzmanlık çeşitliliğini teşvik eder. Bir ekip içinde bireyler benzersiz beceriler, bakış açıları ve deneyimler ortaya koyar. Bu çeşitlilik, ekiplerin zorluklara birden fazla açıdan yaklaşmasına ve daha geniş bir çözüm yelpazesini dikkate almasına olanak tanıdığından sorun çözme süreçlerini zenginleştirir (37). Bir ekip, üyelerinin kolektif bilgeliğinden yararlanarak karmaşık sorunları çeviklik ve yaratıcılıkla çözebilir ve çoğu zaman bireysel analizden kaçan yenilikçi çözümleri ortaya çıkarabilir (33).

Dahası, ekip çalışması kişisel ve mesleki gelişime olanak sağlayan destekleyici bir ortam geliştirir. Bir ekip çerçevesinde bireyler birbirlerinden öğrenme, bilgi paylaşma ve yeni beceriler geliştirme fırsatına sahiptir (34). Ekip üyeleri daha yüksek performans standartlarına ulaşmak için birbirlerine meydan okudukça ve ilham verirken, iş birliği sürekli öğrenmeyi ve gelişmeyi teşvik eder. Yapıcı geri bildirim ve mentorluk yoluyla bireyler yeteneklerini geliştirebilir, genişletebilir ve tüm potansiyellerini açığa çıkarabilir (32,35).

Ayrıca ekip çalışması, iş bölümü ilkesinden yararlanarak üretkenliği ve verimliliği artırır (36). Ekipler, görevleri her üyenin güçlü yönlerine ve uzmanlığına göre dağıtarak süreçleri kolaylaştırır ve fazlalıkları en aza indirir. İş yükünün bu stratejik dağılımı,

kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasını ve teslim tarihlerine hızla uyulmasını sağlar (34,35,37). Ek olarak, ekip üyeleri kolektif sonucun sorumluluğunu paylaştıkça, ekip çalışması hesap verebilirliği teşvik eder, ortak hedeflere ulaşma konusunda sahiplenme duygusunu ve bağlılığı teşvik eder (37).

Ekip çalışması, somut yararlarının yanı sıra ekip üyeleri arasında dostluk ve aidiyet duygusunu da besler (38). İş birliği, bireyler ortak hedefler doğrultusunda yakın iş birliği içinde çalıştıkça güveni, saygıyı ve empatiyi geliştirir. Ekipler, uyumlu bir birim olarak başarıları kutlayarak ve zorlukların üstesinden gelerek profesyonel bağlamların ötesine geçen güçlü bağlar kurar. Bu dayanışma duygusu yalnızca moral ve motivasyonu artırmakla kalmaz, aynı zamanda bireylerin kendilerini değerli, saygı duyulan ve ellerinden gelenin en iyisini yapma konusunda yetkilendirilmiş hissettikleri destekleyici bir ağ yaratır (39).

Ekip çalışmasının önemi, iş süreçlerinin verimliliği ve yenilikçilik kapasitesinin artırılmasında oynadığı kritik rol nedeniyle göz ardı edilemez. İster iş dünyasında ister akademik alanda ister topluluk çabalarında olsun, iş birliği insani başarının kalbinde yer alır. Ekip çalışması, farklı bireylerin kolektif potansiyelini kullanarak zorluklarla dirençli, yaratıcı ve etkili bir şekilde mücadele etmemizi sağlar (40). Giderek daha karmaşık ve birbirine bağlı bir dünyada yol almaya devam ederken, ekip çalışmasının gücü vazgeçilmez olmaya devam edecek ve bizi ortak refah ve kolektif başarıya doğru yönlendirecektir.

2.1.6. Ekip Çalışmasının Avantajları

İnsani başarının temelinde ekip çalışması, iş birliğinin, sinerjinin ve karşılıklı desteğin iplerini bir araya getiren bir temel taş olarak durmaktadır (42). Çok uluslu şirketlerin yönetim kurulu odalarından spor sahalarına ve oyun alanlarına kadar, ekip çalışmasının avantajları farklı alanlara yansıyor, yeniliği ve büyümeyi teşvik ediyor aynı zamanda başarıyı katalize ediyor. Ekip çalışması, bireylerin kolektif potansiyelini kullanarak tek başına yapılan çalışmaların sınırlarını ve ekipleri hedeflerine doğru yönlendiren sayısız avantajın kilidini açar (40-42).

Her şeyden önce, ekip çalışması bireysel güçlü yönleri güçlendirir ve zayıf yönleri telafi ederek herhangi bir üyenin yeteneklerini aşan dinamik bir sinerji yaratır (36,38). Bir ekip içinde her birey, problem çözme ve karar verme süreçlerini geliştiren bir yetenek mozaiği oluşturarak benzersiz becerilere, bakış açılarına ve uzmanlığa katkıda bulunur.

Bir ekip, üyelerinin çeşitli yeteneklerinden yararlanarak karmaşık zorlukların üstesinden çeviklik ve yaratıcılıkla gelebilir, bireysel çabalardan kaçabilecek içgörüler ve çözümler üretebilir (43).

Dahası, ekip çalışması sürekli öğrenmeyi ve gelişmeyi teşvik eden bir iş birliği kültürünü geliştirir (44). Bir ekibin destekleyici çerçevesi içinde bireyler bilgiyi paylaşma, fikir alışverişinde bulunma ve becerilerini geliştirme fırsatına sahiptir. İş birliği açık iletişimi, yapıcı geri bildirimi ve mentorluğu teşvik ederek ekip üyelerinin yeteneklerini geliştirebilecekleri, yeni yeterlilikler geliştirebilecekleri ve profesyonel olarak gelişebilecekleri bir ortam yaratır. Sonuç olarak ekipler, kolektif hedeflere ulaşırken üyelerinin büyümesini ve gelişmesini destekler hale gelir (45).

Ayrıca ekip çalışması, iş bölümü ilkesinden yararlanarak üretkenliği ve verimliliği artırır (35). Ekipler, görevleri her üyenin güçlü yönlerine ve uzmanlığına göre atayarak kaynak tahsisini optimize eder ve iş akışını kolaylaştırır (38). Sorumlulukların bu stratejik dağılımı, görevlerin hızlı ve hassas bir şekilde tamamlanmasını, darboğazların en aza indirilmesini ve çıktının en üst düzeye çıkarılmasını sağlar (42). Ek olarak, ekip üyeleri kolektif sonucun sahipliğini paylaştıkça, ekip çalışması hesap verebilirliği teşvik eder, ortak hedeflere ulaşma konusunda bağlılık duygusunu geliştirir.

Ekip çalışması, somut yararlarının yanı sıra, ekip üyeleri arasında dostluk ve aidiyet duygusunu da geliştirir (36). İş birliği, bireyler ortak hedefler doğrultusunda birlikte çalışırken güveni, saygıyı ve empatiyi besler (40). Ekipler, uyumlu bir birim olarak başarıları kutlayarak ve zorlukların üstesinden gelerek profesyonel bağlamların ötesine geçen güçlü bağlar kurar. Bu dayanışma duygusu yalnızca moral ve motivasyonu arttırmakla kalmaz, aynı zamanda bireylerin kendilerini değerli, güçlendirilmiş ve ellerinden gelenin en iyisini yapmak için ilham aldıklarını hissettikleri destekleyici bir ağ yaratır (42).

Ekip çalışmasının çok çeşitli avantajlarından bahsetmek mümkündür. İster iş dünyasında ister akademi dünyasında ister toplumsal girişimlerde olsun, iş birliği insanlığın ilerlemesinin merkezinde yer alır. Bireyler kendi potansiyelini kullanarak ekip çalışması ile engelleri aşmasını, fırsatları yakalamasını ve olağanüstü başarılar elde etmesini sağlar. Sürekli gelişen zorluklar ve fırsatlar ortamında yol alırken, ekip çalışmasının gücü, ortak istek ve arzuları gerçekleştirmek için vazgeçilmez bir faktör olmaya devam etmektedir.

2.1.7. Ekip Çalışmasının Dezavantajları

Ekip çalışması sıklıkla yenilik, üretkenlik ve sinerji için bir faktör olarak takdir edilse de iş birliğinin de zorlukları olduğunu kabul etmek önemlidir. Pek çok avantajına rağmen ekip çalışması, ele alınmadığı takdirde ilerlemeyi engelleyebilecek ve başarıyı engelleyebilencek dezavantajlar da sunabilir. Bu potansiyel tuzakları inceleyerek, işbirlikçi çabaların doğasında bulunan karmaşıklıkları daha derinlemesine anlayabilir ve bunların etkilerini hafifletecek stratejiler geliştirilebilir.

Ekip çalışmasının önemli bir dezavantajı, ekip üyeleri arasında çatışmaların ve kişilerarası sürtüşmelerin ortaya çıkma potansiyelidir (49). İşbirliğine dayalı bir ortamda, farklı geçmişlere, kişiliklere ve çalışma tarzlarına sahip bireylerin karmaşık dinamikleri yönlendirmesi ve görüş farklılıklarını müzakere etmesi gerekir. Etkili iletişim ve çatışma çözme mekanizmaları mevcut olmadığında, anlaşmazlıklar ve gerginlikler artabilir, ekip içindeki güveni, morali ve uyumu aşındırabilir. Dahası, çözülmemiş çatışmalar iş akışını bozabilir, projeleri raydan çıkarabilir ve ortak hedeflere ulaşılmasına zarar verebilir (46).

Ekip çalışması bazen bireysel sorumluluğun kolektif içinde seyreldiği bir sorumluluk dağılımına yol açabilir (45). Büyük ekiplerde, özellikle de hiyerarşik yapılara veya belirsiz rollere sahip olanlarda, bazı üyelerin iş yükünü taşıma veya karar verme konusunda başkalarına çok fazla güvenme riski vardır (44,45,46). Sosyal kaytarma olarak bilinen bu olgu, bireysel çaba ve performansın azalmasına neden olmaktadır (47); çünkü bazı ekip üyeleri, çabalarının grup bağlamında daha az sonuç verici olduğunu algıladıklarında, tam olarak katkıda bulunma konusunda daha az motive olabilirler.

Ayrıca ekip çalışması, özellikle karmaşıklık, belirsizlik veya zaman kısıtlamalarıyla karakterize edilen ortamlarda koordinasyon ve karar verme açısından zorluklara neden olabilir. Birden fazla paydaşın yer aldığı büyük ekiplerde veya projelerde fikir birliğine varmak ve farklı bakış açılarını uyumlu hale getirmek zaman alıcı ve kaynak yoğun olabilir. Karar vermedeki gecikmeler veya kararsızlık ilerlemeyi engelleyebilir ve ekipleri kaçırılan fırsatlara veya rekabet tehditlerine karşı savunmasız bırakabilir. Ayrıca, kapsamlı koordinasyon ve iletişime duyulan ihtiyaç, verimsizliklere neden olabilir, iş temposunu yavaşlatabilir ve hata veya yanlış iletişim olasılığını artırabilir (49,58).

Özellikle uyum ve fikir birliğinin öncelikli olduğu ortamlarda, bağımsız düşünme ve risk alma yerine bu durum bazen bireysel yaratıcılığı ve özerkliği bastırabilir. Birbirine son derece bağlı ekiplerde veya farklı görüşlerin cesaretini kıran kültürlerde, bireyler grup

normlarına uyma veya ekip içindeki baskın seslere uyma konusunda baskı hissedebilmektedir (48,58), bu da yenilikçiliği ve düşünce çeşitliliğini bastırabilir. Sonuç olarak, çığır açan fikirler keşfedilmeden kalabilir ve potansiyel atılımlar gerçekleştirilmeden kalabilir, bu da ekibin hızla gelişen bağlamlara uyum sağlama ve yenilik yapma yeteneğini sınırlayabilir.

Ekip çalışması bizlere çok sayıda avantaj sunarken, işbirlikçi ortamlarda ortaya çıkabilecek potansiyel dezavantajların farkına varılması ve ele alınması önemlidir. Ekipler çatışmaları proaktif bir şekilde yöneterek, rolleri ve sorumlulukları açıklığa kavuşturarak, açık iletişimi teşvik ederek ve bireysel yetkilendirme ve yenilik kültürünü teşvik ederek iş birliğiyle ilişkili riskleri azaltabilir ve kolektif çabanın tüm potansiyelini ortaya çıkarabilir (58).

2.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması

Sağlık hizmetlerinde ekip; hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetini sağlamaktır. Hastanın kaliteli sağlık hizmeti alma arzusunu karşılamak ve bunu gerçekleştirmek için bilgi birikimini kullanarak farklı alanlardaki sağlık profesyonellerinin çeşitli yetenek, bilgi ve deneyimlerini birbirleriyle paylaşmak üzere bir araya geldiği üyelerden oluşmaktadır. Her bireyin kendi kaynaklarını, bilgilerini ve deneyimlerini gruba adadığı, kararların fikir birliğiyle alındığı ve birlikte uygulandığı bir birlikten bahsetmek mümkündür (31,38,40).

Sağlık hizmetlerinde ekiplerin amaç ve sorumlulukları farklılık gösterse de hem klinik alanlarda hem de idari faaliyetlerde ekip çalışması gerekmektedir. Klinik alanlarda etkin hasta bakımı ve hemşirelik hizmeti yönetimi, iletişim ve koordinasyon sorunu olmayan ekiplere bağlıdır. Ekip, klinikte sadece tıbbi sorunları ortadan kaldırmakla kalmayarak aynı zamanda tıbbi hatalara yol açabilecek sorunları da tespit ederek çözüm üretmek için çalışmaktadır (41).

Sağlık hizmetleri alanında ekip çalışması sadece avantajlı değil aynı zamanda çoğu zaman bir ölüm kalım meselesidir. Sağlık hizmeti sunumunun karmaşık ve hızlı ilerleyen doğası, doktorlar, hemşireler, teknisyenler ve destek personeli dahil olmak üzere çeşitli profesyoneller arasında kusursuz iş birliğini gerektirir. Hasta güvenliğini sağlamak, tedavi sonuçlarını optimize etmek ve yüksek kalitede bakım sunmak için sağlık hizmeti ortamlarında etkili ekip çalışması önemlidir (17).

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının önemli bir avantajı, disiplinler arası iş birliğini ve iletişimi kolaylaştırıyor olmasıdır. Bir hastane veya klinik ortamında hastalar genellikle farklı bölümlerdeki birden fazla uzmanın bakımına ihtiyaç duyar. Sağlık ekipleri, ekip çalışması kültürünü teşvik ederek, bilginin sorunsuz bir şekilde akışını sağlayarak hastanın sağlık ihtiyaçlarının tüm yönlerini ele alan koordineli ve kapsamlı bakımı mümkün kılabilir.

Ayrıca sağlık hizmetlerinde ekip çalışması verimliliği artırır ve tıbbi hata olasılığını azaltır (51). Sağlık ekipleri, açık roller ve sorumluluklar, etkili yetki devri ve kolaylaştırılmış iletişim kanalları sayesinde tedavideki gecikmeleri en aza indirebilir (52), tekrarlanan çabalardan kaçınabilir ve acil durumlara anında müdahale edebilir. Ek olarak, çok disiplinli bir ekibin uzmanlığı, hasta bakımına daha bütünsel bir yaklaşım sağlar; burada her üye, hasta sonuçlarını optimize eden özel tedavi planları geliştirmek için benzersiz içgörüler ve becerilerle katkıda bulunur (53).

2.1.9. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışmasının Önemi

Sağlık hizmetlerinin karmaşık ve zorlu ortamında ekip çalışması, yüksek kaliteli hasta bakımının sağlanmasında kritik bir faktör olarak ortaya çıkıyor. Acil servislerden ameliyathanelere kadar sağlık profesyonelleri arasında etkili iş birliği, tedavi sonuçlarının optimize edilmesi, hasta güvenliğinin artırılması ve genel sağlık hizmeti sunumunun iyileştirilmesi için gereklidir. Ekip çalışması, sinerjiyi teşvik ettiği, iletişimi kolaylaştırdığı ve farklı uzmanlık alanlarından yararlandığı için sağlık hizmetlerinde büyük önem taşır (17,54).

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının en önemli yönlerinden biri, hasta güvenliğini arttırmadaki rolüdür. Anlık kararların yaşamı değiştirebilecek sonuçlara yol açabileceği klinik ortamlarda etkili ekip çalışması, yaşamla ölüm arasındaki fark anlamına gelebilir. Sağlık ekipleri, açık iletişimi, karşılıklı saygıyı ve hasta refahına yönelik ortak taahhüdü teşvik ederek riskleri tanımlayıp azaltabilir, tıbbi hataları önleyebilir ve hastaların her zaman güvenli ve uygun bakım almasını sağlayabilir. Ayrıca, ekip üyeleri arasındaki koordineli çabalar, hastaları stabilize etmek ve olumsuz sonuçları en aza indirmek için hızlı ve etkili müdahaleleri kolaylaştırdığından (55), ekip çalışması acil durumlara hızlı müdahale edilmesinde önemli rol oynar.

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması verimliliği ve iş akışı optimizasyonunu artırır (55,56). Yüksek hasta hacimleri, sınırlı kaynaklar ve sıkışık teslim tarihleriyle karakterize

edilen ortamlarda, üretkenliği en üst düzeye çıkarmak ve tedavideki gecikmeleri en aza indirmek için sağlık uzmanları arasında etkili iş birliği önemlidir (56). Sağlık ekipleri, rollerin ve sorumlulukların net bir şekilde tanımlanması, görevlerin etkili bir şekilde dağıtılması ve kolaylaştırılmış iletişim kanalları sayesinde hasta ihtiyaçlarının derhal karşılanmasını ve bakımın zamanında ve koordineli bir şekilde sunulmasını sağlayabilir. Bu yalnızca hasta memnuniyetini artırmakla kalmaz, aynı zamanda kaynak kullanımını optimize eder ve sağlık kuruluşlarında operasyonel verimliliği artırır (57).

Ekip çalışması, sağlık çalışanları arasında sürekli öğrenme ve mesleki gelişim kültürünü teşvik eder (59). Multidisipliner takımlarda bireyler bilgi alışverişinde bulunma, en iyi uygulamaları paylaşma ve birbirlerinin deneyimlerinden öğrenme fırsatına sahiptir (61). Sağlık ekipleri, ekip üyelerinin kolektif uzmanlığından yararlanarak en son tıbbi gelişmeleri takip edebilir, klinik becerilerini geliştirebilir ve gelişen sağlık hizmetleri trendlerine ve teknolojilerine uyum sağlayabilir. Bu iş birliği ve öğrenme kültürü yalnızca bireysel pratisyenlere fayda sağlamakla kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmeti uygulamalarının genel olarak ilerlemesine de katkıda bulunur ve sonuçta hasta sonuçlarının iyileşmesine ve bakım kalitesinin artmasına yol açar (58-61).

2.2. HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastaların zarar görmesini önleme kavram ve uygulamasını ifade etmektedir. Hastalar için olumsuz olaylara, yaralanmalara veya komplikasyonlara yol açabilecek riskleri ve hataları en aza indirmeyi amaçlayan çok çeşitli stratejileri, protokolleri ve girişimleri kapsar. Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bakımları altındaki kişilerin refahına ve refahına öncelik verme yönündeki etik yükümlülüğünden kaynaklanan, sağlık hizmetlerinde temel bir ilkedir (62).

Hasta güvenliğinin sağlanması, hastaneler, klinikler, bakımevleri ve ayakta tedavi tesisleri dahil olmak üzere sağlık hizmeti ortamlarında uygulanan çeşitli önlemleri içerir. Bu önlemler enfeksiyon kontrolü, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, iletişim protokolleri ve hata raporlama sistemleri gibi hususları kapsar. Hasta güvenliği girişimleri, potansiyel tehlikeleri tanımlamayı, riskleri azaltmayı ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesini ve güvenliğini artırmak için sürekli iyileştirme kültürünü teşvik etmeyi amaçlamaktadır (63,64).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 yılında Cenevre'de küresel bir konferansa ev sahipliği yaptı ve bu konferans Avrupa Komisyonu tarafından desteklendi. Dünya genelinde yaklaşık 10 milyon kişinin önlenebilir tedavi prosedürü nedeniyle yaralandığı veya hastaneye kaldırıldığı belirtildi, hastaların güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması gerekliliğine çağrı yaptı (63).

Türkiye'de hasta güvenliğine yönelik çalışmalar Türk Sağlık Kalite Sistemi kapsamının bir parçasıdır. Sağlık hizmetlerinde korumanın sürdürülmesi amacıyla hazırlanan kriterler, Bakanlık tarafından yayınlanan kalite standartlarında yer almaktadır. Bu kriterler sağlık kuruluşları için gereklidir ve mutlaka uygulanmalıdır (63).

Hasta güvenliğinin temel bileşenleri arasında sağlık ekibi üyeleri arasında etkili iletişim, hasta bilgilerinin ve tıbbi müdahalelerin kapsamlı bir şekilde belgelenmesi, kanıta dayalı klinik kılavuzlara ve protokollere bağlılık ve hastaların kendi bakımlarına aktif katılımı yer alır. Ek olarak, hasta güvenliği çabaları, genellikle sağlık hizmeti sağlayıcılarının güvenlik ilkeleri, risk faktörleri ve hata önleme stratejileri konusundaki farkındalıklarını artırmaya yönelik eğitim ve öğretim programlarını içerir (64,65).

Hasta güvenliğinin amacı, hastaların sağlık hizmetlerini güvenle alabilecekleri, onların refahının en önemli öncelik olduğu bilinciyle ve onları zarardan korumak için her türlü çabanın gösterildiği bir ortam yaratmaktır. Sağlık kuruluşları, hasta güvenliğine öncelik vererek sonuçları iyileştirebilir, sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonları ve komplikasyonları azaltabilir. Hastalar ve aileleri arasında güven inşa edebilir (66,67).

2.2.1. Hasta Güvenliği Kavramının Tarihçesi

Bugün anladığımız şekliyle hasta güvenliği kavramının, yüzyıllar süren tıbbi uygulamalara ve toplumsal evrime uzanan derin kökleri vardır. Hasta güvenliğine yönelik modern yaklaşım 20. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkmış olsa da bunun temelleri, ilkel sağlık hizmetleri biçimlerinin uygulandığı eski uygarlıklara kadar uzanmaktadır. Tarih boyunca hastaları zarardan koruma düşüncesi değişen tıbbi bilgiler, teknolojik gelişmeler ve toplumsal beklentilere yanıt olarak gelişmiştir (68).

Sağlık alanında son yıllarda artan bakım kalitesine rağmen aslında kökleri daha eski bir tarihsel bağlama dayanmaktadır. 1960'lı yıllardan sonra hasta güvenliği sağlık güvenliğinin önüne geçti, ancak 1951 yılında Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu, Uluslararası Ortak Komisyonu (Joint Commission International- JCI)

oluşturuldu. Çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sağlanmasıydı (68).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir unsurudur ve bir hizmetin nitelikli ve kaliteli olup olmadığının belirlenmesinde en önemli ölçütlerden biridir. Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine- IOM) hasta güvenliğini "hastaların yaralanmasının önlenmesi" olarak tanımlarken (69), Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation- NPSF) ise "hastaların yaralanmasına neden olan sağlık hizmetleriyle ilgili hataların önlenmesi" olarak tanımlamaktadır (70).

Eski Mısır, Mezopotamya ve Antik Yunan gibi eski uygarlıklarda ilk tıp uygulayıcıları, tıbbi müdahaleler sırasında hastalara zarar vermekten kaçınmanın önemini fark ettiler. Hastalık ve tedavi konusundaki anlayışları, zamanın hâkim bilimsel bilgisiyle sınırlı olsa da eski şifacılar yine de hastalar için riskleri en aza indirmeyi amaçlayan etik kurallara ve ilkelere bağlı kaldılar. Antik Yunan hekimi Hipokrat'a atfedilen Hipokrat Yemini, hasta güvenliğine yönelik bu bağlılığı somutlaştırıyor, hekimin "zarar vermeme" ve hastaların refahını her şeyden önce önceliklendirme görevini vurguluyor (72).

Tıp bilimindeki ilerlemeler ve modern tıbbın yükselişi sağlık uygulamalarını dönüştürürken, hasta güvenliği kavramı Rönesans ve Aydınlanma dönemleri boyunca gelişmeye devam etti. Bu süre zarfında tıp etiği ve mesleki standartlar, tıbbi uygulamalarda bilgilendirilmiş onam, hijyen ve sorumluluğun önemini vurgulayarak hasta güvenliği ilkelerini düzenlemeye başladı. Ancak hasta güvenliğinin ayrı bir çalışma ve uygulama alanı olarak ortaya çıkması ancak 20. yüzyıla kadar mümkün olmadı; bu, sağlık bakım ortamlarında tıbbi hataların ve olumsuz olayların yaygınlığının giderek daha fazla tanınmasıyla ortaya çıktı (68-70).

20. yüzyılın ortalarında, talidomid trajedisi gibi ufuk açıcı olaylar ve Tıp Enstitüsü'nün "Hata İnsandır" raporu da dahil olmak üzere dönüm noktası niteliğindeki raporların yayınlanması, hasta güvenliği konularını kamu bilincinin ön sıralarına taşıdı. Bu olaylar, sistemik arızaların ele alınması ve hastaların zarar görmesini önleyecek stratejilerin uygulanması gerektiği konusunda yaygın bir farkındalığın oluşmasını sağladı. O zamandan bu yana, hasta güvenliği dünya çapında sağlık politikası, araştırma ve uygulamalarının merkezi bir odağı haline geldi ve bu da tıbbi hataları azaltmayı ve hastalar için sonuçları iyileştirmeyi amaçlayan standartlaştırılmış protokollerin, güvenlik girişimlerinin ve kalite iyileştirme çabalarının geliştirilmesine yol açtı (76).

Günümüzde hasta güvenliği, dünya çapında etik kurallarda, düzenleyici standartlarda ve profesyonel kılavuzlarda yer alan modern sağlık hizmetlerinin temel ilkesi olarak kabul edilmektedir. Yıllar geçtikçe hasta güvenliğinin geliştirilmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsada sağlık sistemlerinin karmaşıklığı, sağlık kuruluşlarında kültürel değişim ihtiyacı ve bakımın güvenliğini ve kalitesini artırmak için devam eden yenilikçi stratejiler gibi zorluklar devam etmektedir. Bu zorlukların üstesinden gelmeye devam ederken, hasta güvenliğinin tarihsel gelişimi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta bakımında güvenlik, şefkat ve mükemmellik ilkelerini destekleme konusundaki kalıcı kararlılığının bir hatırlatıcısı olarak hizmet etmektedir (73-75).

2.2.2. Hasta Güvenliğinin Önemi

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, kaliteli bakım sunumunun özünü destekleyen, tartışılamaz bir zorunluluktur. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastalara zarar verilmesinin önlenmesi olarak tanımlanan hasta güvenliği, tıbbi bakım altındaki bireylerin risklerini en aza indirmeyi, hataları önlemeyi ve sonuçları optimize etmeyi amaçlayan geniş bir yelpazedeki önlem, protokol ve girişimleri kapsamaktadır (77). Hastanelerden kliniklere, bakım evlerinden ayaktan bakım ortamlarına kadar hasta güvenliğinin önemi tüm sağlık hizmetleri sürecine yansıyor ve mükemmellik arayışındaki politikaları, uygulamaları ve öncelikleri şekillendiriyor (78).

Her şeyden önce hasta güvenliği, temel yararlılık ilkesine (hastaların çıkarlarına en uygun şekilde hareket etme yükümlülüğü) dayanan ahlaki ve etik bir zorunluluktur. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hasta refahını her şeyden önce önceliklendirmek ve bakım sunumunun her yönünün azami özen, yeterlilik ve şefkatle yürütülmesini sağlamak gibi kutsal bir görevi vardır (79). Sağlık uzmanları, sıkı güvenlik ve kalite standartlarını destekleyerek, hastalar ve ailelerinin kendilerine duyduğu güveni onurlandırarak, hiçbir zarar vermeme ve bakımları altındaki kişilerin refahını koruma taahhütlerini teyit ederler.

Ayrıca hasta güvenliği, sağlık sistemine olan güven ve itimadın korunması açısından da önemlidir (78). Hastalar hayatlarını ve sağlıklarını sağlık hizmeti sağlayıcılarına emanet ederek, onların güvenli, etkili ve güvenilir bakım sunmalarına güvenir. Hasta güvenliğindeki herhangi bir aksaklık, yalnızca bireysel hastaların sağlığını tehlikeye atmakla kalmaz, aynı zamanda bir bütün olarak sağlık sistemine olan güveni de zedeler. Tıbbi hatalar, olumsuz olaylar veya önlenebilir zararlar derin ve geniş kapsamlı sonuçlara yol açabilir; sağlık kuruluşlarında güven kaybına, davalara ve itibar kaybına

yol açabilir. Bu nedenle hasta güvenliğine öncelik vermek sadece etik bir sorumluluk meselesi değil, aynı zamanda kamunun güvenini ve itibarını korumak için de stratejik bir zorunluluktur (79).

Hasta güvenliği, tıbbi bakım alan bireylerin morbiditesini, mortalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen sağlık sonuçlarıyla yakından ilişkilidir. Önlenebilir tıbbi hatalar ve olumsuz olaylar, hastalar için uzun süreli hastanede kalışlara, kalıcı sakatlıklara ve hatta ölüme yol açabilecek yıkıcı sonuçlara yol açabilir. Sağlık kuruluşları, hasta güvenliğine odaklanan kanıta dayalı uygulamaları, standartlaştırılmış protokolleri ve sağlam kalite iyileştirme girişimlerini uygulayarak riskleri en aza indirebilir, klinik sonuçları iyileştirebilir ve genel bakım kalitesini artırabilir (80,81). Hasta güvenliğine yatırım yapmak yalnızca hasta sonuçlarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda komplikasyonların ve olumsuz olayların yönetimiyle ilişkili sağlık bakım maliyetlerini de azaltır ve sonuç olarak daha verimli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumuna yol açar (82).

Etik ve klinik önemine ek olarak hasta güvenliğinin halk sağlığı, toplum sağlığı ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından da daha geniş etkileri vardır. Önlenebilir tıbbi hatalar ve olumsuz olaylar, hastalık ve sakatlık yükünün artmasına neden olarak bireylere, ailelere ve bir bütün olarak topluma önemli sosyal ve ekonomik maliyetler getirmektedir. Sağlık kuruluşları, hasta güvenliğine öncelik vererek ve hataları ve zararları önlemeye yönelik stratejiler uygulayarak, genel hastalık yükünün azaltılmasına, toplum sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesine ve sağlık hizmetleri kaynaklarının tahsisinin optimize edilmesine katkıda bulunabilir (80-82). Ayrıca sağlık kuruluşları, güvenlik ve kalite kültürünü teşvik ederek iş gücü memnuniyetini ve elde tutma oranını artırabilir, hastaları ve paydaşları çekebilir ve sağlık hizmetlerinde mükemmellik arayışında kendilerini lider olarak konumlandırabilir (82,83).

Kaliteli sağlık hizmetlerinin üzerine inşa edildiği hasta güvenliğinin önemi göz ardı edilmemelidir. Sağlık kuruluşları, hasta güvenliğini temel bir değer ve yol gösterici ilke olarak önceliklendirerek, etik bakıma olan bağlılıklarını bir kez daha teyit eder, kamu güvenini korur ve klinik sonuçlarda sürekli iyileştirme sağlamaktadır. Modern sağlık hizmetlerinin karmaşıklıklarıyla mücadele ederken, hasta güvenliğine olan bağlılığımızda kararlı kalarak her hastanın güvenli, etkili ve şefkatli bakım almasını sağlamak gerekmektedir.

2.2.3. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetlerinde hata, hastaya zarar verebilecek herhangi bir kasıtsız eylem, ihmal veya bakım standardından sapma olarak tanımlanır (84). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nursing-ICN), hasta güvenliği kapsamında ele aldığı konuların en temelinde ve büyük kısmında tıbbi hatalara yer vermektedir (85). Bu hatalar, teşhis, tedavi, ilaç uygulaması, iletişim ve takip bakımı da dahil olmak üzere sağlık hizmeti sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir. Sağlık hizmetlerinde hatalar aşağıdakiler gibi çeşitli biçimlerde olabilir:

- **Teşhis Hataları**: Bunlar, sağlık hizmeti sağlayıcısının hastanın durumunu doğru bir şekilde teşhis edememesi veya yanlış teşhis koyması sonucu ortaya çıkar ve bu durum uygunsuz tedaviye veya müdahalenin gecikmesine yol açar (86).
- **İlaç Hataları:** İlaçların reçetelenmesi, dağıtılması, uygulanması veya izlenmesindeki hataları içerir. Bu, olumsuz ilaç olaylarına veya hastaya zarar verilmesine neden olabilecek yanlış ilacın uygulanmasını, yanlış dozajı veya ilaç etkileşimlerini içerebilir (87).
- **Cerrahi Hatalar:** Yanlış yerden cerrahi, yanlış prosedür, cerrahi alan enfeksiyonları veya çevredeki doku veya organların hasar görmesi gibi cerrahi prosedürler sırasında yapılan bir dizi hatayı kapsar.
- **İletişim Hataları:** Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalar ve bakım verenler arasındaki iletişim kesintileri, yanlış anlamalara, bilgilerin gözden kaçırılmasına veya bakımın yetersiz koordinasyonuna yol açarak hasta güvenliğinden ve bakım kalitesinden ödün verilmesine neden olabilir (88).
- **Ekipman Arızaları:** Arızalı veya yanlış kullanılan tıbbi ekipman, teşhis veya tedavide hatalara neden olabilir ve hasta güvenliği açısından risk oluşturabilir. Buna ekipman kalibrasyon hataları, cihaz arızaları veya tanısal test sonuçlarının yanlış yorumlanması gibi sorunlar dahildir.
- **Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyonlar:** Genellikle yetersiz enfeksiyon kontrol uygulamaları veya tıbbi cihaz veya tesislerin kontaminasyonu nedeniyle sağlık hizmeti sunumu sırasında edinilen enfeksiyonlar, sağlık hizmetlerinde başka bir hata türünü oluşturur (89,90).

- **Doküman Hataları:** Hasta bilgilerinin, tıbbi geçmişinin, tedavilerinin veya test sonuçlarının yanlış veya eksik belgelenmesi, klinik karar vermede, bakımın sürekliliğinde ve hasta güvenliğinde hatalara yol açabilir (91).

Genel olarak sağlık hizmetlerindeki hatalar, hastalara zarar verme potansiyeli olan en iyi uygulamalardan, protokollerden veya bakım standartlarından sapmaları temsil eder. Bu hataların tanınması, ele alınması ve önlenmesi, hasta güvenliğini ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesini iyileştirme çabalarının temel bileşenleridir (92).

2.2.4. Hasta Güvenliği İlkeleri

Ulusal ve uluslararası hasta güvenliği ilkeleri, sağlık kuruluşları, politika yapıcılar ve paydaşların hasta güvenliğini önceliklendirmeleri ve tıbbi hataları ve olumsuz olayları önleme çabalarına rehberlik etmeleri için bir çerçeve sağlar. Belirli ilkeler ülkelere ve bölgelere göre değişiklik gösterse de bazı temel ilkeler dünya çapında önde gelen sağlık kuruluşları ve düzenleyici kurumlar tarafından geniş çapta tanınmakta ve onaylanmaktadır (93,94). Bu ilkelerden bazıları şunlardır:

- **Hasta Odaklı Bakım:** Hasta güvenliği ilkeleri, hastayı bakımın merkezine yerleştirmenin önemini vurgulamaktadır (93). Bu, hastaların özerkliğine, tercihlerine ve değerlerine saygı duymayı ve onları sağlık hizmetleriyle ilgili karar alma süreçlerine dahil etmeyi içerir. Hasta merkezli bakım, bireysel hastaların benzersiz ihtiyaçlarını ve bakış açılarını tanır ve güvenlik ve sonuçları optimize etmek için bakım planlarını buna göre uyarlamaya çalışır (95).
- **Etkili İletişim:** Sağlık çalışanları (hekim, hemşire, tekniker vb.), hastalar ve bakım verenler arasında etkili iletişim, hasta güvenliğini sağlamak için çok önemlidir (96). Açık ve zamanında iletişim, yanlış anlamaların, hataların ve olumsuz olayların önlenmesine yardımcı olur. Hasta güvenliği ilkeleri, sağlık ekipleri içinde koordinasyonu ve iş birliğini geliştirmek için açık diyaloğun, aktif dinlemenin ve standart iletişim araçlarının ve protokollerinin kullanımının önemini vurgulamaktadır (97). Sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılması için çalışanlara düzenli olarak eğitim verilerek iletişim becerisi kazandırılması, bu konuda bilinç düzeylerini arttırarak, farkındalık yaratılması, hastaya verilen hizmet sunumu sırasında hizmet kalitesinde artış getirerek aynı zamanda hasta memnuniyetini de arttırmaktadır (98).
- **Ekip Çalışması ve İş birliği:** Çok disiplinli sağlık ekipleri arasındaki iş birliği, hasta güvenliğini arttırmada önemli rol oynamaktadır. Hasta güvenliği ilkeleri, sağlık

hizmeti sağlayıcıları arasında ekip çalışması, karşılıklı saygı ve ortak sorumluluk kültürünü geliştirmenin önemini vurgulamaktadır (99). Sağlık ekipleri etkili bir şekilde birlikte çalışarak riskleri belirleyebilir, hataları azaltabilir ve hastanın refahını ön planda tutan koordineli, yüksek kaliteli bakım sunabilir.

- **Sürekli Öğrenme ve İyileştirme:** Hasta güvenliği ilkeleri, sağlık kuruluşlarında sürekli öğrenme ve iyileştirme kültürünü savunur (100). Bu, iyileştirilecek alanları belirlemek ve kanıta dayalı uygulamalar ve müdahaleleri uygulamak için olumsuz olaylar, ramak kala olaylar ve kalite göstergeleri hakkındaki verilerin aktif olarak izlenmesini ve analiz edilmesini içerir. Sağlık kuruluşları, sürekli iyileştirme zihniyetini benimseyerek sistemik sorunları belirleyebilir, düzeltici eylemleri uygulayabilir ve güvenlik ve mükemmellik kültürünü teşvik edebilir.

- **Şeffaflık ve Hesap Verebilirlik:** Şeffaflık ve hesap verebilirlik hasta güvenliğinin temel ilkeleridir. Sağlık kuruluşlarının performansları, sonuçları ve güvenlik girişimleri konusunda hem şirket içinde hem de hastalara ve kamuoyuna karşı şeffaf olmaları teşvik edilmektedir. Şeffaflık güveni artırır, öğrenmeyi kolaylaştırır ve paydaşların sağlık kuruluşlarını güvenli, yüksek kaliteli bakım sunma konusunda sorumlu tutmasına olanak tanır. Ek olarak, hasta güvenliği ilkeleri, hesap verebilirliği teşvik etmek ve bakım sunumunda iyileştirmeleri teşvik etmek için hataların, ramak kala olayların ve olumsuz olayların raporlanması ve araştırılması için mekanizmalar oluşturmanın önemini vurgulamaktadır (101).

Bu ulusal ve uluslararası hasta güvenliği ilkeleri, sağlık hizmetlerinde güvenlik, kalite ve mükemmellik kültürünü teşvik etmek için kapsamlı bir çerçeve sağlar. Sağlık kuruluşları, bu ilkeleri benimseyerek ve bunları kurumsal politikalara, uygulamalara ve sistemlere entegre ederek hasta sonuçlarını iyileştirebilir, zararları önleyebilir ve sonuçta bakım sunumunun genel kalitesini ve güvenliğini geliştirebilir.

2.2.5. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları

Uluslararası Ortak Komisyonu (Joint Commission International-JCI), sağlık kuruluşlarını akredite eden ve dünya çapında hasta güvenliği ve kalite iyileştirme girişimlerini destekleyen küresel bir kuruluştur. JCI her yıl sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik öncelikli alanları ele almak üzere Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri (International Patient Safety Goals- IPSG) oluşturur. IPSG'ler, hasta güvenliğini artırmak ve olumsuz olay riskini en aza indirmek için sağlık kuruluşlarına

strateji ve girişimlerin uygulanmasında rehberlik edecek bir çerçeve görevi görür (101,105). JCI 2021 Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri birkaç temel alana odaklandı (102, 104, 105):

- *Hedef 1: Hastaları Doğru Kimliklendirilmesi:*

Bu amaç, hastaların doğru bakım ve tedaviyi almalarını sağlamak için doğru şekilde tanımlamanın önemini vurgulamaktadır. Sağlık kuruluşlarının hastalara bakım, tedavi ve hizmet sağlarken isim ve doğum tarihi gibi en az iki hasta tanımlayıcısını kullanması teşvik edilmektedir.

- *Hedef 2: Etkili İletişimin Geliştirilmesi:*

Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında etkili iletişim, hataların ve olumsuz olayların önlenmesi için esastır. Bu hedef, kritik bilgilerin doğru ve hızlı bir şekilde iletilmesini sağlamak için sağlık kuruluşlarındaki iletişim süreçlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Sağlık kuruluşları, iletişim süreçlerini standartlaştırmaya, standartlaştırılmış aktarım araçlarını kullanmaya ve sağlık ekibi üyeleri arasında açık iletişim ve iş birliği kültürünü teşvik etmeye teşvik edilmektedir.

- *Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Arttırılması:*

İlaç hataları, sağlık hizmeti ortamlarında olumsuz olayların önde gelen nedenidir. Bu hedef, ilaç güvenliğini artırmaya yönelik stratejilerin uygulanması yoluyla ilaç hatası riskinin azaltılmasına odaklanmaktadır. Sağlık kuruluşları, ilaç reçeteleme, dağıtım ve uygulama süreçlerini standartlaştırmaya, barkod doğrulama sistemlerini kullanmaya ve olumsuz ilaç olaylarını önlemek için hastaları ilaçları konusunda eğitmeye teşvik edilmektedir.

- *Hedef 4: Güvenli Cerrahinin Sağlanması:*

Cerrahi prosedürler doğası gereği riskler taşır ve güvenli cerrahinin sağlanması hasta güvenliği açısından çok önemlidir. Bu hedef, cerrahi ortamlarda standartlaştırılmış protokoller ve güvenlik uygulamaları uygulayarak cerrahi hata ve komplikasyon riskini en aza indirmeye odaklanır. Sağlık kuruluşlarının bir cerrahi güvenlik kontrol listesi kullanması, ameliyat öncesi doğrulama süreçlerini yürütmesi, ameliyat bölgelerini işaretlemesi ve yanlış taraf, yanlış prosedür ve yanlış kişi ameliyatlarını önlemek için önlemler uygulaması teşvik edilmektedir.

- *Hedef 5: Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyonlar (Healthcare Associated Infections- HAI) Riskinin Azaltılması:*

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), dünya çapında önemli bir hastalık ve ölüm nedenidir. Bu hedef, kanıta dayalı enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerini uygulayarak riskini en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Sağlık kuruluşları sıkı el hijyeni protokollerine uymaya, merkezi hatla ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarını (KDE) ve cerrahi alan enfeksiyonlarını (CAE) önlemeye yönelik önlemler uygulamaya ve antibiyotik direnci riskini azaltmak için antimikrobiyal yönetimi teşvik etmeye teşvik edilmektedir.

- *Hedef 6: Hastaların Düşmelerden Kaynaklı Zarar Görme Riskinin Azaltılması*

Düşmeler sağlık bakım ortamlarında, özellikle yaşlı hastalar ve hareket kabiliyeti kısıtlı veya belirli tıbbi rahatsızlıkları olanlar arasında önemli bir endişe kaynağıdır. Düşmeler, kırıklar, kafa travması ve iç kanama gibi ciddi yaralanmalara neden olabilir; bu da hastanede uzun süre kalışa, işlevsel bozulmaya ve hatta ölüme yol açabilir. Bu nedenle düşme riskinin azaltılması, hasta güvenliğinin artırılması ve önlenebilir zararların önlenmesi açısından önemlidir.

Sağlık kuruluşları, risk faktörlerini ele alan, hastaların kabul sırasında düşme riskini değerlendiren ve düşme olasılığını azaltmak için uygun müdahaleleri uygulayan kapsamlı düşme önleme programları uygulamaya teşvik edilmektedir (106). Bu müdahaleler, tutunma çubukları ve kaymaz zemin döşemeleri kurmak, düzenli hasta değerlendirmeleri yapmak, hareket yardımcılarının uygulanması, hastaları ve bakıcıları düşme riskleri ve önleme stratejileri konusunda eğitmek ve düşme önleme teknikleri konusunda personel eğitimi sağlamak gibi çevresel değişiklikleri içerebilir. Sağlık kuruluşları, düşmeyi önleme girişimlerine öncelik vererek hastalar için daha güvenli ortamlar yaratabilir ve düşmeye bağlı yaralanmaların görülme sıklığını azaltabilir, sonuçta hasta sonuçlarını iyileştirebilir ve genel bakım kalitesini artırabilir (106,107).

Bu Uluslararası Ortak Komisyonu, 2021 Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri, sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği girişimlerine öncelik vermesi ve bakım sunumunun kalitesini ve güvenliğini artırmaya yönelik stratejiler uygulaması için bir çerçeve sağlar. Sağlık kuruluşları, hasta tanımlama, iletişim, cerrahi güvenlik, enfeksiyon önleme ve ilaç güvenliği gibi temel alanlara odaklanarak olumsuz olay riskini azaltabilir ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir.

2.2.6. Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenlik kültürünün, sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından hayati önem taşıdığı kabul edilmektedir (108,111). Hasta güvenliği, hastanelerde kalitenin artırılması ve risklerin azaltılmasını kontrol etmektir. Herhangi bir sağlık kuruluşunda hasta güvenliğinin artırılması için kurum kültürünün bileşenlerinden biri olan hasta güvenliği kültürünün oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Bu durumda hasta güvenliği diğer süreçlerin ortak bir özelliği olduğunu ifade etmek mümkündür (109,111).

Hasta Güvenliği, sağlık kurumlarında meydana gelebilecek küçük hata ve yanlış anlamaların sağlık çalışanlarını ve hastaları etkilemesini önlemek, bu hataların sağlık çalışanları veya hastalarla karşılaşmadan önce tespit edilmesi, raporlanması ve düzeltilmesi için önlemler almaktır (110,111).

Sağlık hizmeti sunumunun karmaşık dokusunda hasta güvenliği kültürü, dünya çapında bireylere sağlanan bakımın kalitesini ve etkinliğini şekillendiren temel bir sütun olarak ortaya çıkıyor (112). Hasta refahını önceliklendirmeye yönelik kolektif bir kararlılığa dayanan hasta güvenliği kültürü, riskleri azaltmayı, hataları önlemeyi ve sürekli iyileştirme kültürünü teşvik etmeyi amaçlayan sağlık kuruluşlarında yerleşmiş değerleri, tutumları ve uygulamaları kapsar (113). Kapsamlı araştırmalardan ve en iyi uygulamalardan yararlanarak, sağlam bir hasta güvenliği kültürünü anlamak ve geliştirmek, sağlık hizmetlerinde mükemmelliğe ulaşmak için çok önemlidir (112,113).

Hasta güvenliği kültürünün kalbinde, sarsılmaz bağlılığı tüm organizasyonun gidişatını belirleyen liderlik yatmaktadır (114). Etkili liderler yalnızca hasta güvenliğini temel bir değer olarak savunmakla kalmaz, aynı zamanda güvenliğin en üst düzeyde olduğu bir ortamın geliştirilmesine aktif olarak katılmaktadır (115). Liderler, şeffaf iletişim, kaynak tahsisi ve güvenlik davranışlarının modellenmesi yoluyla güven uyandırır ve personele işlerinin her alanında hasta güvenliğini önceliklendirmeleri konusunda yetki verir (116). Onların bağlılığı, güvenliğin yalnızca bir öncelik değil aynı zamanda kurum aidiyetinin ayrılmaz bir parçası olan bir kültürün geliştirilmesi için bir katalizör görevi görmektedir. Dahası, sağlık çalışanlarının hastalarla ve meslektaşlarıyla günlük etkileşimleri yoluyla hasta güvenliği kültürünün şekillendirilmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (117).

Personelin güvenlikle ilgili endişeleri belirlemesi ve ele alması için bilgi, beceri ve kaynaklarla güçlendirilmesi, hasta güvenliği konusunda sahiplenme ve hesap verebilirlik duygusunu geliştirir. Sağlık kuruluşları, açık iletişimi teşvik ederek, hataların

ve ramak kala durumların raporlanmasını teşvik ederek ve eğitim ve öğretim fırsatları sağlayarak, personelini bir güvenlik kültürünün teşvik edilmesinde değişimin aktif temsilcileri haline gelme konusunda güçlendirmektedir (117,118).

Hasta katılımı, hastaların kendi bakımlarında ortak olarak önemli rollerinin kabul edildiği sağlam bir hasta güvenliği kültürünün temel taşı olarak ortaya çıkmaktadır (119). Hastaların karar alma süreçlerine katılmasını, soru sormasını ve güvenlikleriyle ilgili endişelerini dile getirmelerini sağlamak yalnızca şeffaflığı ve iletişimi artırmakla kalmaz, aynı zamanda hasta sonuçları konusunda ortak sorumluluk duygusunu da geliştirir (120). Sağlık kuruluşları, hastaları ve ailelerini güvenlik girişimlerine aktif olarak dahil etmeli, onların deneyimleri hakkında geri bildirim almalı ve hasta güvenliğinin bakım sunumunda ön planda kalmasını sağlamak için hasta bakış açılarını kalite iyileştirme çabalarına dahil etmelidir (121).

Sonuç olarak, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek yalnızca bir amaç değil, sağlık hizmetlerinde mükemmelliğe doğru bir yolculuktur (122). Sağlık kuruluşları, liderlik bağlılığını teşvik ederek, ön saflardaki personeli güçlendirerek ve hastaları bakımda ortak olarak görevlendirerek, hasta güvenliğinin temel bir ilke ve yol gösterici bir ahlak olarak benimsendiği ortamlar yaratabilir (123,124). Sağlık hizmeti sunumunun karmaşıklıklarıyla başa çıkmaya devam ederken, her hastanın güvenli, etkili ve şefkatli bir bakım almasını sağlayan sağlam bir hasta güvenliği kültürünü geliştirmek hayati bir önem taşımaktadır (125).

2.2.7. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi

Sağlık hizmetlerinin dinamik ortamında hasta güvenliği kültürü, kaliteli bakım sunumunun temel taşı olarak durmaktadır (126). Bir kuruluşun hasta güvenliğine yaklaşımını şekillendiren ortak inanç, tutum ve davranışlar olarak tanımlanan pozitif hasta güvenliği kültürü, risklerin en aza indirilmesi, hataların önlenmesi ve hastaların refahının artırılması için gerekmektedir (127, 128). Şeffaflık, hesap verebilirlik ve sürekli iyileştirme ilkelerine dayanan bir hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi (129), sağlık hizmeti sağlayıcılarını, liderleri ve her seviyedeki paydaşları bir araya getiren çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir (129,130).

Hasta güvenliği kültürü oluşturmanın merkezinde liderlik taahhüdü ve katılımı yer almaktadır (131). Etkili liderler, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin tonunu belirlemede, güvenliğe öncelik verme konusunda kararlılık göstermede, güvenlik

girişimleri için kaynak tahsis etmede ve açık iletişim ve öğrenme kültürünü teşvik etmede çok önemli bir rol oynamaktadır (132,133). Hasta güvenliği girişimlerini aktif olarak destekleyen ve personelin güvenlikle ilgili endişeleri hakkında konuşmasını sağlayan liderler, hasta güvenliğinin değerlendiği, desteklendiği ve günlük uygulamalara entegre edildiği bir ortam yaratmaktadır (134).

Üst yönetimin onayını almak, takım ruhunu oluşturmak, çalışanların onayını almak, sürekli eğitim sağlamak ve ekibin farkındalığını arttırma isteği tüm bunlar güvenlik kültürünün oluşması için gerekmektedir. Bakım konusunda güvenliğin sağlanarak hastalara zarar verilmemesi, bakım ünitelerinde güvenlik kültürünün ölçülmesi ve geliştirilmesi, hastalar için güvenli bir ortamın teşvik edilmesi, pozitif güvenlik kültürünün geliştirilmesi için önemlidir (127). Sağlık kuruluşları, personele hasta güvenliği ilkeleri, hata önleme stratejileri ve olumsuz olayların ve ramak kala olayların raporlanmasının önemi konusunda eğitim ve destek sağlamalıdır. Personelin ceza alma korkusu olmadan rahatça konuşabileceği bir psikolojik güvenlik kültürünün teşvik edilmesi, sürekli öğrenme ve iyileştirme kültürünün teşvik edilmesi açısından çok önemlidir.

Aynı zamanda hasta katılımı, sağlam bir hasta güvenliği kültürünün hayati bir bileşenidir (135). Hastaları kendi bakımlarında ortak olarak dahil etmek, onlara karar alma süreçlerine katılma, soru sorma ve güvenliklerini savunma konusunda güç vermektedir. Sağlık kuruluşları, hastaları ve ailelerini güvenlik girişimlerine dahil etmeli, onların deneyimleri hakkında geri bildirim almalı ve hasta bakış açılarını kalite iyileştirme çabalarına dahil etmelidir (136). Sağlık kuruluşları, hastalar ve sağlayıcılar arasındaki iş birliğini teşvik ederek şeffaflığı, iletişimi ve güveni artırabilir, sonuçta hasta sonuçlarını ve memnuniyetini iyileştirebilmektedir (137).

Tüm bunların sonucunda, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, sağlık kuruluşlarındaki tüm paydaşların bağlılığını, iş birliğini ve sürekli çabasını gerektiren devam eden bir yolculuktur (138). Sağlık kuruluşları, liderlik katılımına öncelik vererek, ön saflardaki personeli güçlendirerek ve hastaları bakımda ortak olarak görevlendirerek, hasta güvenliğinin temel bir değer ve yol gösterici ilke olarak desteklendiği ortamlar yaratabilir (139). Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmeye çalışırken, her hastanın güvenli, etkili ve şefkatli bakım almasını sağlayarak hasta güvenliği kültürünü geliştirmenin en önemli konu olmaya devam ettiği görülmektedir. Bu sebeple

iyi bir hasta güvenliği kültürü için alt yapısı kaliteli ve güvenli hizmetin öncüsü olduğu söylenebilir.

2.3. EKİP ÇALIŞMASI VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ekip çalışması, sağlık hizmetleri ortamlarında sağlam bir hasta güvenliği kültürünün teşvik edilmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Avrupa ve Amerika'da yapılan kesitsel çalışmalarda ekip üyeleri arasında kurulan pozitif iletişimin ve ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürü geliştirilmesinde önemli rol oynadığı ortaya konulmuştur (140). Ayrıca bir başka çalışmada, sağlık bakım alanında hasta güvenliği kültürünün geliştirilememesinde altta yatan sebebin ekip çalışmasının eksik olması gösterilmiştir (141). Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi kapsamlı bir konu olup ekipler arası uyumun, iletişimin ve eğitimin önemli olduğu vurgulanmaktadır (142).

Sağlık kuruluşlarında etkili bir hasta güvenliği kültürü için yapılması gerekenlerden biri de ekip çalışması ve iş birliği ruhunun geliştirilmesidir (143). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algılarına yönelik yapılan kesistsel bir çalışmada hasta güvenliği kültürünü, karşılıklı ve güçlü oranlarda anlamlı ilişkilerin olmasının etkilediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada en güçlü anlamlı ilişkinin ekip çalışması alt boyutunda olduğu ifade edilmiştir (144).

Sağlık kuruluşlarında bir güvenlik kültürü oluşturmak, iletmek ve teşvik etmek bir ekip işidir. Sağlık hizmetlerinde en büyük işgücü hemşirelere düşmektedir. Hemşireler ekibin önemli üyeleridir. Yüksek kaliteli sağlık sisteminde hemşireler, hasta güvenliğini sağlayarak ve hataları en aza indirerek hasta güvenliğini sağlama konusunda ön plana çıkmakta ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında ve yaygınlaştırılmasında en önemli rolü üstlenmektedir (145). Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışma bize ekip çalışmasının hasta güvenliğinde, hasta bakımı ve artan kaliteli hizmet anlayışında önemli rol oynadığını göstermektedir (146).

Ekip çalışmasının hasta güvenliğine etkisini olumlu yönde değerlendirilenler ekip çalışmasının hata oluşma riskini azaltığını, ekip çalışmasının işlerin sistematik bir şekilde ilerlemesine katkı sağladığını ve buna bağlı olarak iş yükünün azaldığını, sağlık hizmetlerinin multidisipliner bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir. Ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürü ile pozitif yönde doğrusal bir ilişki ortaya konmuştur (145).

Açık iletişim ve iş birliği sayesinde ekip üyeleri, farklı bakış açıları ve deneyimlerini birleştirerek daha etkili çözümler üretebilirler. Bu da hasta bakımının her aşamasında kaliteyi artırırken, hataların ve yanlış anlamaların azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca, etkili bir ekip çalışması, sağlık çalışanlarının birbirlerine güven duymasını ve birlikte sorumluluk almayı teşvik eder, böylece hasta güvenliği kültürünün güçlenmesine katkıda bulunur. Sonuç olarak, ekip çalışması, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlamak için vazgeçilmez bir öneme sahiptir ve bu alanda sürekli iyileşmeyi teşvik eder (147).

Yine bir başka çalışma, hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürüne etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiş ve ekip çalışması tutumu ile hasta güvenliği kültürü arasında güçlü, pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (148).

Güçlü bir ekip çalışması, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini belirgin bir şekilde etkiler. İyi bir ekip, açık iletişim, iş birliği ve karşılıklı güven üzerine kuruludur. Bu unsurlar, hataların azaltılmasına, risklerin önceden belirlenmesine ve hastaların güvenliğinin sağlanmasına katkıda bulunur. Ekip üyeleri, farklı uzmanlık alanlarından gelen bilgi ve deneyimlerini bir araya getirerek daha kapsamlı bir bakış açısı elde ederler, bu da hastaların bakımında daha etkili kararlar alınmasını sağlamaktadır (149). Ayrıca, sağlık çalışanlarının birbirlerine destek olmaları ve birlikte sorumluluk almaları, hataların açıkça tartışılmasını ve derslerin çıkarılmasını teşvik eder (145), böylece sürekli olarak güvenli bir hasta bakımı ortamının oluşturulmasına yardımcı olur (147). Güçlü bir ekip çalışması, hastaların güvenliğini sağlama çabalarında temel bir faktördür ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırarak hasta memnuniyetini ve iyileşme oranlarını olumlu yönde etkilemektedir (146- 148).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER

Araştırmaya ait model şekilde gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın modeli

Ağız ve Diş Sağlığı Hastane/Merkezlerinde ekip çalışmasının etkinliğinin hasta güvenliği kültürü üzerinde pozitif etkisi olduğu yönünde kurulan ilişkide araştırmanın sorusu ve hipotezi aşağıdaki Şekil 3.1'de gösterilmiştir.

Ekip çalışması etkinliği hasta güvenliği kültürünü etkiliyor mu?

H1; Ekip çalışması etkinliği" nin "hasta güvenliği kültürü" üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenini ekip çalışması etkinliği, araştırmanın bağımlı değişkenini ise hasta güvenliği kültürü oluşturmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırmada değişkenler ve değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinden dolayı tanımlayıcı, verilerin belirli bir süre aralığında toplanmasından dolayı ise kesitsel tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini Türkiye'deki Ağız ve Diş Sağlığı Hastane/Merkezlerinde görev yapan tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Sekaran'ın örneklem büyüklüklerini gösterdiği tablodan faydalanılarak 1,000,000 ve üzerini temsil eden evren büyüklüğü kullanılmıştır. Buna göre araştırmayı 384 rakamı ve üzerini ifade eden örneklem büyüklüğü temsil etmektedir.

Örneklem seçiminde kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırma, gönüllü katılım sağlayan 388 sağlık çalışanı ile yapılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üstü, Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Hastane/Merkezinde çalışan sağlık çalışanları

Araştırmaya Alınmama Kriterleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,18 yaş altı ve Ağız Diş Sağlığı Hastane/Merkezi dışında çalışan sağlık çalışanları

3.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Hastane/Merkezinde görev yapan tüm sağlık çalışanları bu araştırmanın kapsamını oluşturmaktadır. Çalışma Türkiye ve sağlık çalışanları ile sınırlı olup, Türkiye dışında diğer ülkelerde yaşayan sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ortalamaları üzerinde inceleme yapılmıştır.

Ekip çalışması etkinliği ve hasta güvenliği kültürü arasında ki ilişki belirli bir zaman dilimini kapsayacak şekilde incelenmiştir. Verilerin anlık ve sadece belirli bir zamanda elde edilmiş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Veriler etik kurul iznini takiben 01 Mart 2024- 01 Mayıs 2024 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu (EK-1) alınarak online anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünü araştırmacılar tarafından geliştirilen ve katılımcıların Sosyo-demografik özelliklerini içeren, 6 adet soru (cinsiyet, medeni durum, yaş, görevde hizmet süresi, görevi, çalıştığı sektör) oluşturmaktadır (EK-2). Anket formunun ikinci bölümünde ekip çalışması tutumları ölçeği (EK-3), üçüncü bölümünde hasta güvenliği kültürü ölçeği (EK-4) yer almaktadır.

3.6.1. Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeği

Ekip çalışması etkinliğini ölçmeyi hedefleyen bu bölüm, 22 maddeden oluşmaktadır. Tablo 3.1'de ekip çalışması etkinliğinin kavramsal boyutunda ele alınan "Ortak Amaç", "Ekip Atmosferi", "Ekip Yapısı ve Rolleri", "Ekip İşleyişi" ve "Liderlik" 5 boyuttan oluşan ölçek için (Çelen Ö., 2011) tarafından faktör analizi yapılmış olup,

"Liderlik" ve "Ortak Amaç" boyutlarını ifade eden maddeler kavramsal yapıya uygun olarak gruplanırken, yine kavramsal olarak "Ekip Atmosferi", "Ekip Yapısı ve Rolleri", "Ekip İşleyişi"ni ifade eden maddeler "Ekip Atmosferi ve İşleyişi" boyutu altında yer almıştır ve ölçeğimiz 3 boyut altında incelenmiştir. Bu üç boyut "Ortak Amaç", "Ekip Atmosferi ve İşleyişi", ve "Liderlik"ten oluşmaktadır ve 5'li likert tarzında ölçeklendirilmiştir. Bu ifadeler; (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde oluşmaktadır. Cronbach alpha değeri 0,91 olarak ölçülmüştür (Çelen Ö., 2011).

Tablo 3.1: Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeğinin alt boyutları

Ölçek Boyut	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**
Ortak Amaç	4 madde	1,2,3,4
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	13 madde	5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17
Liderlik	5 madde	18,19,20,21,22

3.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Tablo 3.2'de Ginsburg ve ark. (74) kullandığı "Hasta Güvenliği Kültürü Anketi" ile Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ) tarafından kullanılan "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" üzerinden Çelen (2011) tarafından oluşturulmuş olan 15 madde 3 boyut yer almaktadır. Ölçek 5'li likert tipindedir. Bu ifadeler; (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde oluşmaktadır.

Tablo 3.2: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin alt boyutları

Ölçek Boyut	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**
Hastane Yönetiminin Desteği	5	1,2,3,4,6
Süreç	8	7,8,9,10,11,12,13,14
Hasta Güvenliği Algısı	2	5,15

4. BULGULAR

4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Araştırmada kullanılan ölçeklere, ölçeklerin alt boyutlarına güvenirlik analizleri yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeklerin güvenirlik sonuçları oldukça yüksek bulunmuş olup Tablo 4.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1: Kullanılan ölçeklerin güvenirlik sonuçları

Kullanılan Ölçekler	Cronbach's alfa	Madde Sayısı
1. Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeği	,977	22
Ortak Amaç	,913	4
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	,961	13
Liderlik	,963	5
2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	,973	15
Hastane Yönetiminin Desteği	,873	5
Süreç	,968	8
Hasta Güvenliği Algısı	,739	2
Genel	**,945**	**37**

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi 3 boyut ve 22 maddeden oluşan Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeği'nin Cronbach's alfa güvenirlik değeri 0,977; 3 boyut ve 15 maddeden oluşan Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Cronbach's alfa güvenirlik değeri 0,973 olarak bulunmuştur. Ölçeklere ait alt boyutlar incelendiğinde Ekip Çalışması Etkinliği ölçeği alt boyutunda Cronbach's alfa değerleri; "Ortak Amaç" 0,913, "Ekip Atmosferi ve İşleyişi", 0,961, ve "Liderlik" alt boyutunda 0,963 olarak bulunmuştur. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği alt boyutlarında "Hastane Yönetiminin Desteği", 0,873, "Süreç", 0,968, ve "Hasta Güvenliği Algısı", 0,739 olarak bulunmuştur. Bulunan bu sonuçlara göre araştırmada kullanılan bu ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir.

4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı sektör, görevi ve görevde hizmet süresi değişkenleri

incelenmiştir. İncelenen değişkenlere ait sıklık (frekans) ve yüzde değerleri Tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular

Değişken		**N**	**%**
Cinsiyet	Kadın	259	66,9
	Erkek	128	33,1
	Toplam	**387**	**100**
Yaş	25 ve altı	70	18,1
	26-30	86	22,3
	31-35	75	19,4
	36-40	47	12,2
	41-45	47	12,2
	46 ve üstü	61	15,8
	Toplam	**386**	**100**
Medeni Durum	Evli	207	53,4
	Bekâr	181	46,6
	Toplam	**388**	**100**
Çalıştığı Sektör	Özel	237	61,7
	Kamu	147	37,9
	Toplam	**384**	**100**
Görevi	Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri	65	18,5
	Diş Hekimi	127	36,2
	Hekim Asistanı	84	23,9
	Diğer	75	21,4
	Toplam	**355**	**100**
Görevde Hizmet Süresi	1 yıldan az	51	13,5
	1-5 yıl	118	31,1
	6-10 yıl	86	22,7
	11-15 yıl	49	12,9
	16-20 yıl	34	9,0
	21 yıl ve üstü	41	10,8
	Toplam	**379**	**100**

Tablo 4.2'de belirtildiği üzere katılımcıların %66,9' unun kadın, %40,4'ünün 30 yaş ve altı, %53,4'ünün evli, %36,2'sinin diş hekimi, %61,7'sinin özel sektör çalışanı, %44,6'sının görevde hizmet süresinin 5 yıl ve altı olduğu görülmektedir.

4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK

Araştırmanın bu bölümünde; ölçeklerdeki maddelerin tanımlayıcı istatistikleri analiz edilerek ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık değerleri belirtilmiştir.

Tablo 4.3: Ölçeklerin tanımlayıcı değerleri

Ölçek	N	Min-max	X	Ss	Bsk.	Çrp.
Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeği	388	1-5	3,81	,718	,834	-,751
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	388	1-5	3,98	,689	,410	-,657

Tablo 4.3'de görülüğü gibi çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin ortalama, standart sapma, skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) tanımlayıcı istatistik çalışmaları yapılmıştır. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan 388 katılımcının Ekip Çalışması Etkinliği ortalamasının 3,81; Hasta Güvenliği Kültürü ortalamasının 3,98 olduğu görülmektedir. Çarpıklık değerine bakıldığında Ekip Çalışması Etkinliği -,751; Hasta Güvenliği Kültürü değeri -657 olduğu bulunmuştur. Basıklık değerine bakıldığında Ekip Çalışması Etkinliği ,834; Hasta Güvenliği Kültürü değeri ,410 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4: Ortak amaç boyutu için tanımlayıcı istatistikler

ORTAK AMAÇ					
KODU	**MADDE**	**ORT.**	**STD.S.**	**ÇRP.**	**BSK.**
OA1	Çalışanlar, hastane/merkezimizin amaç ve hedeflerini bilirler.	3,82	,868	-,817	,391
OA2	Hastane/merkezin çalışanları, kaliteli sağlık hizmeti vermek için ne yapmaları gerektiğini çok iyi bilirler.	3,92	,782	-,747	,248
OA3	Hastane/merkezin hedefleri ve değerleri, çalışanların hedefleri ve değerleri ile uyumludur.	3,70	,866	-,424	,247
OA4	Hastane/merkezin hedefleri, bölümümüz hedefleriyle uyumludur.	3,75	,834	-,433	,247
OA		**3,79**	**,837**	**-,605**	**,283**

Tablo 4.4'de ortak amaç boyutu için tanımlayıcı istatistiklere ait gözlemlenen değişkenlerin genel ortalaması 3,79 olup, en yüksek ortalamaya sahip değişken 3,92 ile "Hastane/merkezin çalışanları, kaliteli sağlık hizmeti vermek için ne yapmaları gerektiğini çok iyi bilirler." değişkeni olmuştur. "Hastane/merkezin hedefleri ve

değerleri, çalışanların hedefleri ve değerleri ile uyumludur.” Değişkeni ise 3,70 ortalama ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ortak Amaç boyutunun genel ortalamasının 5’li Likert değerlendirmesine göre yüksek değer olduğu görülmektedir

Tablo 4.5: Ekip atmosferi ve işleyişi için tanımlayıcı istatistikler

EKİP ATMOSFERİ VE İŞLEYİŞİ					
KODU	**MADDE**	**ORT.**	**STD.S.**	**ÇRP.**	**BSK.**
EÇ1	Hastane/merkez çalışanları, kendi alanları ile ilgili bilgileri diğer çalışanlarla paylaşırlar.	3,87	,861	-,958	,849
EÇ2	Hastane/merkez çalışanları çalışanları, ekip birliği ve ruhu ile hareket etme kabiliyetine sahiptirler.	3,81	,937	-1,092	,977
EÇ3	Bu Hastane/merkezde, karşılıklı anlayış ve saygıya dayalı iyi bir iletişim vardır.	3,84	,843	-,826	,583
EÇ4	Hastane/merkezimizde, ekip ruhunu geliştirecek aktivitelere (başarılı faaliyetlerin kutlanması, sosyal içerikli toplantılar vs.) önem verilmektedir.	3,51	1,001	-,518	-,402
EÇ5	Bu Hastane/merkez çalışanları düşünce ve duygularını çekinmeden ifade edebilirler.	3,76	,935	-,882	,365
EÇ6	Çalıştığım hastane/merkezde ortaya çıkan problemler çeşitli mekanizma ve metodlar kullanılarak çözülür.	3,81	,861	-,895	,871
EÇ7	Bu hastane/merkezde yaratıcılık veya risk alma becerisi yüksektir.	3,42	,971	-,378	-,547
EÇ8	Emniyetli çalışma, bu hastane/merkezde yüksek öncelikli konulardandır.	3,99	,813	-,918	1,223
EÇ9	Hastane/merkezimiz çalışanları, işlerin yürütülmesi ve problemlerin çözülmesinde hastanenin diğer birimleri ile tam bir iş birliği içerisindedir.	3,83	,884	-,913	,667
EÇ10	Hastane/merkezimiz çalışanları arasında görev dağılımları ve iş tanımları net olarak belirlenmiştir.	3,82	,881	-,972	,967
EÇ11	Hastane/merkezimizde gelişme ve ilerleme olanakları teşvik edilir.	3,82	,907	-1,033	,875
EÇ12	Yaptığım işin veya burada çalışıyor olmamın Hastane/merkezimize katkı sağladığını düşünüyorum.	4,05	,753	-,973	1,591
EÇ13	Hastane/merkezimizin çalışanları, çok yönlü ve esnek beceri ve yeteneklere sahiptirler.	3,84	,849	-,962	,895
EÇ		**3,79**	**,884**	**-,870**	**,685**

Tablo 4.5'de ekip atmosferi ve işleyişi boyutu için tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde değişkenlerin genel not ortalaması 3,79 olup en yüksek ortalamaya sahip gözlemlenen değişken 4,05 değerle "Yaptığım işin veya burada çalışıyor olmamın Hastane/Merkezimize katkı sağladığını düşünüyorum." ve en düşük ortalamaya sahip 3,42 değerle "Bu Hastane/merkezde yaratıcılık veya risk alma becerisi yüksektir." değişkenleri olmuştur. Ekip Atmosferi ve İşleyişi boyutunun genel ortalamasının 5'li Likert değerlendirmesine göre yüksek değer aldığı görülmektedir.

Tablo 4.6: Liderlik boyutu için tanımlayıcı istatistikler

LİDERLİK					
KODU	**MADDE**	**ORT.**	**STD.S.**	**ÇRP.**	**BSK.**
L1	Hastane/merkez yöneticisi, çalışanların katkı sağlamaya yönelik görüşlerine değer verir.	3,86	,873	-1,109	1,214
L2	Hastane/merkez yöneticisi değişen koşullara veya durumlara uygun hareket eder.	3,87	,870	-1,084	1,114
L3	Hastane/merkez yöneticisi otoritesi ve gücünü, yönlendirme, etkileme ve iş birliğini gerçekleştirmek için kullanır.	3,84	,875	-1,040	1,159
L4	Hastane/merkez yöneticisi, çalışanların farklı ihtiyaçlarına karşı yeterince duyarlıdır.	3,86	,874	-1,115	1,229
L5	Hastane/merkez yöneticisi, ekip olarak performansımızı izler ve değerlendirir.	3,88	,821	-1,090	1,688
L		**3,86**	**,862**	**-1,087**	**1,280**

Tablo 4.6'da liderlik boyutu için tanımlayıcı istatisklere ait gözlemlenen değişkenlerin genel not ortalaması 3,86 olup en yüksek ortalamaya sahip değişken 3,88 ile "Hastane/merkez yöneticisi, ekip olarak performansımızı izler ve değerlendirir." Ve en düşük ortalamaya dahip değişken 3,84 ile "Hastane/merkez yöneticisi otoritesi ve gücünü, yönlendirme, etkileme ve iş birliğini gerçekleştirmek için kullanır." olmuştur. Liderlik boyutunun genel ortalamasının 5'li Likert değerlendirmesine göre yüksek değer aldığı görülmektedir.

Tablo 4.7: Hastane yönetiminin desteği boyutu için tanımlayıcı istatistikler

HASTANE YÖNETİMİNİN DESTEĞİ					
KODU	**MADDE**	**ORT.**	**STD.S.**	**ÇRP.**	**BSK.**
HYD1	Bu hastanede hasta güvenliği öncelikli bir konudur.	4,03	,763	-1,042	2,063
HYD2	Hastane yönetimi, hasta bakımıyla ilişkili risk faktörlerine büyük önem vermektedir.	3,99	,832	-1,045	1,504
HYD3	Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştiren bir ortam sunmaktadır.	3,98	,817	-,964	1,152
HYD4	Çalışanlarımız, zamandan kazanmak için hasta güvenliğini tehlikeye atacak şeyler yapmazlar.	4,13	,690	-1,032	2,814
HYD5	Sağlık hizmeti hatalarının rapor edildiğine inanıyorum.	3,95	,847	-,887	,630
HYD		**4,01**	**0,789**	**-,994**	**1,632**

Tablo 4.7'de hastane yönetiminin desteği boyutu için tanımlayıcı istatisklere ait gözlemlenen değişkenlerin genel not ortalaması 4,01 olup en yüksek ortalamaya sahip değişken 4,13 ile "Çalışanlarımız, zamandan kazanmak için hasta güvenliğini tehlikeye atacak şeyler yapmazlar." ve en düşük ortalamaya dahip değişken 3,95 ile "Sağlık hizmeti hatalarının rapor edildiğine inanıyorum." olmuştur. Hastane yönetiminin desteği boyutunun genel ortalamasının 5'li Likert değerlendirmesine göre yüksek değer aldığı görülmektedir.

Tablo 4.8: Süreç boyutu için tanımlayıcı istatistikler

SÜREÇ					
KODU	**MADDE**	**ORT.**	**STD.S.**	**ÇRP.**	**BSK.**
SR1	Çalıştığım Hastane/merkezde hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif çalışmalar yapılmaktadır.	3,92	,879	-,917	,488
SR2	Bu Hastane/merkezde yapılan tıbbi hatalardan ders alınmaktadır.	3,95	,828	-,939	1,004
SR3	Ölüm veya kalıcı hasarla sonuçlanan önemli olaylardan öğrenilen tecrübeler, çeşitli yollarla (hizmet içi toplantılar, broşür, e-posta vs.) tüm hastane/merkez çalışanları ile paylaşılmaktadır.	3,65	,941	-,377	-,565

Tablo 4.8 (devam)

SR4	Hastane/merkez yöneticim hasta güvenliğine ilişkin problemleri kontrol altına alır.	3,99	,786	-,936	1,134
SR5	Hastane/merkez yöneticim, hasta güvenliği prosedürlerine uygun yapılan çalışma ve işleri teşvik eder.	3,98	,814	,956	1,016
SR6	Hastane/merkez yöneticim hasta güvenliğini geliştirmek için personelin önerilerini dikkate alır.	3,93	,869	-1,103	1,253
SR7	Bu Hastane/merkezde hasta güvenliğine ilişkin problemlerin rapor edilmesi için resmi bir süreç izlenmektedir.	3,97	,772	-,840	,876
SR8	Bir hasta güvenliği problemini rapor edersem, bu durum aleyhime kullanılmaz.	3,94	,859	-,918	,733
SR		**3,91**	**,843**	**-,634**	**,742**

Tablo 4.8'de süreç boyutu için tanımlayıcı istatisklere ait gözlemlenen değişkenlerin genel not ortalaması 3,91 olup en yüksek ortalamaya sahip değişken 3,99 ile "Hastane/merkez yöneticim hasta güvenliğine ilişkin problemleri kontrol altına alır." ve en düşük ortalamaya dahip değişken 3,65 ile "Ölüm veya kalıcı hasarla sonuçlanan önemli olaylardan öğrenilen tecrübeler, çeşitli yollarla (hizmet içi toplantılar, broşür, e-posta vs.) tüm hastane/merkez çalışanları ile paylaşılmaktadır." olmuştur. Süreç boyutunun genel ortalamasının 5'li Likert değerlendirmesine göre yüksek değer aldığı görülmektedir.

Tablo 4.9: Hasta güvenliği algısı boyutu için tanımlayıcı istatistikler

HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI					
KODU	**MADDE**	**ORT.**	**STD.S.**	**ÇRP.**	**BSK.**
HGA1	Sağlık hizmeti hatalarının, tedavi ettiğimiz hastalar için önemli bir risk oluşturduğuna inanıyorum.	4,27	,642	-,977	2,824
HGA2	Eğer önemli sonuçlar doğuran bir hata yaparsam, bu fark edilmese dahi, bu konuyu ilgili makamlara bildiririm.	4,08	,765	-,982	1,305
HGA		**4,17**	**,703**	**-,979**	**2,064**

Tablo 4.9'da hasta güvenliği algısı boyutu için tanımlayıcı istatisklere ait gözlemlenen değişkenlerin genel not ortalaması 4,17 olup çok yüksek ortalamaya sahip değişken 4,27 ile "Sağlık hizmeti hatalarının, tedavi ettiğimiz hastalar için önemli bir risk oluşturduğuna inanıyorum." ve en düşük ortalamaya dahip değişken 4,08 ile "Eğer önemli sonuçlar doğuran bir hata yaparsam, bu fark edilmese dahi, bu konuyu ilgili makamlara bildiririm." olmuştur. Hasta güvenliği algısı boyutunun genel ortalamasının 5'li Likert değerlendirmesine göre yüksek değer aldığı görülmektedir.

4.4. FARKLILIKLAR TESTİ

4.4.1. Katılımcıların Ekip Çalışması Etkinliği Algısının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Farklılıkları

Tablo 4.10: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin cinsiyete göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	X	Ss	T	P	Anlamlı Fark
Genel	Kadın	259	3,79	,707	-1,042	,298*	-
	Erkek	128	3,87	,740	-1,025		
Ortak Amaç	Kadın	259	3,81	,700	,377	,723*	-
	Erkek	128	3,78	,837	,355		
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	Kadın	259	3,77	,720	-1,194	,233*	-
	Erkek	128	3,86	,743	-1,182		
Liderlik	Kadın	259	3,81	,818	-1,564	,119*	-
	Erkek	128	3,95	,774	-1,593		

*p <0,05

Tablo 4.10'da çalışanların ekip çalışması etkinliği alt boyutlarının cinsiyetlere göre ortalama puanlarında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile t testi yapılmıştır. Tablo 4.10'daki T testi sonuçlarına göre; ekip çalışması etkinliği alt boyutlarında cinsiyet değişkeninde anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.11: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin medeni duruma göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	X	Ss	T	P	Anlamlı Fark
Genel	Evli	207	3,91	,739	2,887	,004*	A>B
	Bekar	181	3,70	,677	2,904		
Ortak Amaç	Evli	207	3,93	,767	3,625	,000*	A>B
	Bekar	181	3,65	,695	3,649		
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	Evli	207	3,90	,744	2,775	,006*	A>B
	Bekar	181	3,69	,696	2,787		
Liderlik	Evli	207	3,94	,844	2,102	,036*	A>B
	Bekar	181	3,77	,753	2,118		

*p <0,05 A=Evli, B=Bekar

Tablo 4.11'de çalışanların ekip çalışması etkinliği alt boyutlarının medeni duruma göre ortalama puanlarında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile t testi yapılmıştır. Tablo 4.11'de T testi sonuçlarına göre; Ekip çalışması etkinliğinde evli ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır (t=2,887, p<,05). Çalışanların ortak amaç alt boyutu için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır (t=3,625 p<,05). Çalışanların ekip atmosferi ve işleyişi alt boyutu için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır (t=2,775 p<,05). Çalışanların liderlik alt boyutu için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır (t=2,102 p<,05). Bu sonuca göre medeni durumun, çalışanların ortak amaç, ekip atmosferi ve işleyişi ve liderlik alt boyutlarını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Tablo 4.12: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin çalışılan sektöre göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Çalışılan Sektör	N	X	Ss	T	P	Anlamlı Fark
Genel	Kamu	147	3,67	,782	-3,310	,002*	B>A
	Özel	237	3,91	,655	-3,176		
Ortak Amaç	Kamu	147	3,67	,802	-2,870	,006*	B>A
	Özel	237	3,89	,700	-2,780		
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	Kamu	147	3,66	,787	-3,141	,003*	B>A
	Özel	237	3,90	,668	-3,024		
Liderlik	Kamu	147	3,69	,883	-3,441	,001*	B>A
	Özel	237	3,98	,731	-3,293		

*p <0,05 A=Kamu, B=Özel

Tablo 4.12'de çalışanların ekip çalışması etkinliği alt boyutlarının çalışılan sektöre göre ortalama puanlarında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile t testi yapılmıştır. Tablo 4.3'te T testi sonuçlarına göre; Ekip çalışması etkinliğinde özel ile kamu arasında anlamlı fark vardır (t=-3,176, p<,05). Çalışanların ortak amaç alt boyutu için t testi sonucuna göre özel ile kamu arasında anlamlı fark vardır (t=-2,780 p<,05). Çalışanların ekip atmosferi ve işleyişi alt boyutu için t testi sonucuna göre özel ile kamu arasında anlamlı fark vardır (t=-3,024 p<,05). Çalışanların liderlik alt boyutu için t testi sonucuna göre özel ile kamu arasında anlamlı fark vardır (t=-3,293 p<,05). Bu sonuca göre çalışılan sektörün, çalışanların ortak amaç, ekip atmosferi ve işleyişi ve liderlik alt boyutlarını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Tablo 4.13: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin yaşa göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Yaş	N	X	Ss	F	P	Anlamlı Fark
Genel	25 yaş ve altı	70	3,70	,619	5,812	,000*	A<F
	26-30	86	3,70	,779			B<F
	31-35	75	3,67	,721			C<F
	36-40	47	3,87	,753			E<F
	41-45	47	3,81	,626			
	46 yaş ve üstü	61	4,23	,639			
Ortak Amaç	25 yaş ve altı	70	3,71	,772	7,729	,000*	A<F
	26-30	86	3,62	,757			B<F
	31-35	75	3,96	,778			C<F
	36-40	47	3,70	,705			E<F
	41-45	47	4,27	,622			
	46 yaş ve üstü	61	3,80	,747			
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	25 yaş ve altı	70	3,67	,657	5,189	,000*	A<F
	26-30	86	3,70	,794			B<F
	31-35	75	3,68	,727			C<F
	36-40	47	3,84	,748			E<F
	41-45	47	3,80	,643			
	46 yaş ve üstü	61	4,20	,645			
Liderlik	25 yaş ve altı	70	3,83	,658	4,765	,000*	A<F
	26-30	86	3,70	,882			B<F
	31-35	75	3,69	,834			C<F
	36-40	47	3,88	,894			
	41-45	47	3,93	,661			
	46 yaş ve üstü	61	4,26	,737			

*p <0,05 A=25 ve altı, B=26-30, C=31-35, D=36-40, E=41-45, F=46 ve üstü

Tablo 4.13'de çalışanların ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarına ait algılarının yaşa göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek

faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür (F=5812, p< 0,05).

Ortak amaç alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucundaki arada farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F= 7729, p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 25 yaş altı ortalamasının 46 yaş ve üstü ortalamasına göre daha düşük olduğu, 26-30 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu, 31-35 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu ve 36-40 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışan ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre yaş ortak amaç algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Ekip atmosferi ve işleyişi alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucundaki arada farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F=5,189, p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 25 yaş altı çalışanların ortalamasının, 46 yaş ve üstü ortalamasına göre daha düşük olduğu, 26-30 yaş çalışanların ortalamasının, 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu, 31-35 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu ve 36-40 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş üstü çalışan ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre yaş, ekip atmosferi ve işleyişi algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Liderlik alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucunda arada ki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F=4,765, p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 25 yaş altı çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü ortalamasına göre daha düşük olduğu, 26-30 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu, 31-35 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre liderlik algısının 46 yaş ve üstü çalışanlarda daha yüksek olduğu söylenebilir. Yaş, liderlik algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Tablo 4.14: Ekip çalışması etkinliğinde değişkenlerin görevde hizmet süresine göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Hizmet Süresi	N	X	Ss	F	P	Anlamlı Fark
Genel	1 yıldan az	51	3,74	,589	4,696	,000*	A<F
	1-5 yıl	118	3,69	,689			B<F
	6-10 yıl	86	3,71	,822			C<F
	11-15 yıl	49	3,88	,677			
	16-20 yıl	34	4,02	,571			
	21 yıl ve üstü	41	4,22	,693			
Ortak Amaç	1 yıldan az	51	3,65	,703	5,227	,000*	A<F
	1-5 yıl	118	3,69	,693			B<F
	6-10 yıl	86	3,71	,816			C<F
	11-15 yıl	49	3,85	,748			D<F
	16-20 yıl	34	3,92	,667			
	21 yıl ve üstü	41	4,29	,661			
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	1 yıldan az	51	3,73	,627	4,442	,001*	A<F
	1-5 yıl	118	3,68	,705			B<F
	6-10 yıl	86	3,70	,818			C<F
	11-15 yıl	49	3,88	,687			
	16-20 yıl	34	4,01	,587			
	21 yıl ve üstü	41	4,20	,693			
Liderlik	1 yıldan az	51	3,85	,647	3,704	,003*	B<E
	1-5 yıl	118	3,73	,787			B<F
	6-10 yıl	86	3,73	,961			C<F
	11-15 yıl	49	3,91	,705			
	16-20 yıl	34	4,14	,624			
	21 yıl ve üstü	41	4,22	,806			

*p <0,05 A=1 yıldan az, B=1-5 yıl, C=6-10 yıl, D=11-15 yıl, E=16-20 yıl, F=21 yıl ve üstü

Tablo 4.14'de çalışanların ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarına ait algılarının görevde hizmet süresine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür ($F=4,696$, $p< 0,05$).

Ortak amaç alt boyutunda görevde hizmet süresine göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucunda aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($F= 5,227$, $p< 0,05$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 1 yıldan az çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üzerinde çalışanların ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Yine 1-5 yıl çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üstü çalışanların

ortalamasına göre daha düşük olup anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Aynı şekilde 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışanlarının ortalamasınında yine 21 yıl ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Buna göre görevde hizmet süresinin ortak amaç algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Ekip atmosferi ve işleyişi alt boyutunda görevde hizmet süresine göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucunda aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($F= 4,442$, $p< 0,05$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 1 yıldan az çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üzerinde çalışanların ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Yine 1-5 yıl çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üstü çalışanların ortalamasına göre daha düşük olup anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Aynı şekilde 6-10 yıl çalışanlarının ortalamasınında yine 21 yıl ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Buna göre görevde hizmet süresinin ekip atmosferi ve işleyişi algısını etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir.

Liderlik alt boyutunda görevde hizmet süresine göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucunda aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($F= 3,704$, $p< 0,05$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 1 yıldan az çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üzerinde çalışanların ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Aynı zamanda 1 yıldan az çalışanların ortalamasının 16-20 yıl çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu ve anlamlı farklılaştığı görüldü. Yine 1-5 yıl çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üstü çalışanların ortalamasına göre daha düşük olup anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Aynı şekilde 6-10 yıl çalışanlarının ortalamasınında yine 21 yıl ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Buna göre görevde hizmet süresinin liderlik etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir.

Tablo 4.15. Ekip çalışması etkinliği değişkeninin mesleklerine göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Meslek	N	X	Ss	F	P	Anlamlı Fark
Genel	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	3,64	,658	12,904	,000*	A<B
	Diş Hekimi	127	4,10	,655			C<B
	Hekim Asistanı	84	3,56	,647			
	Diğer	75	3,82	,797			
Ortak Amaç	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	3,60	,664	14,409	,000*	A<B
	Diş Hekimi	127	4,10	,683			C<B
	Hekim Asistanı	84	3,52	,665			C<D
	Diğer	75	3,87	,806			
Ekip Atmosferi ve İşleyişi	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	3,62	,681	11,667	,000*	A<B
	Diş Hekimi	127	4,08	,652			C<B
	Hekim Asistanı	84	3,55	,677			
	Diğer	75	3,80	,810			
Liderlik	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	3,71	,722	10,597	,000*	A<B
	Diş Hekimi	127	4,16	,745			C<B
	Hekim Asistanı	84	3,60	,757			D<B
	Diğer	75	3,81	,896			

*p <0,05 A=Ağız ve diş sağlığı teknikeri, B=Diş hekimi, C=Hekim asistanı, D=Diğer

Tablo 4,15'de çalışanların ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarına ait algılarının mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür (F=12,904, p< ,05).

Ortak amaç alt boyutunda mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (F=14,409, p<,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tukey" testi uygulanmıştır. Buna göre diş hekimi ortalamalarının ağız ve diş sağlığı teknikerleri ortalamalarından ve hekim asistanı ortalamalarında daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Aynı zamanda hekim asistanları ortalamasının diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre çalışanların mesleklerinin ortak amaç algısını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Ekip Atmosferi ve İşleyişi alt boyutunda mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (F=11,667, p<,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden

"Tukey" testi uygulanmıştır. Buna göre diş hekimi ortalamalarının ağız ve diş sağlığı teknikerleri ortalamalarından ve hekim asistanı ortalamalarında daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre çalışanların mesleklerinin ekip atmosferi ve işleyişi algısını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Liderlik alt boyutunda mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (F=11,667, p<,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tukey" testi uygulanmıştır. Buna göre diş hekimi ortalamalarının ağız ve diş sağlığı teknikerleri ortalamalarından, hekim asistanı ortalamalarından ve diğer meslek grubu ortalamasından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre çalışanların mesleklerinin liderlik algısını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

4.4.2. Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Farklılıkları

Tablo 4.16: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının cinsiyete göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	X	Ss	T	P	Anlamlı Fark
Genel	Kadın	259	3,98	,678	-,235	,814*	-
	Erkek	128	3,99	,711			
Hastane Yönetimi Desteği	Kadın	259	4,01	,709	-,196	,437*	-
	Erkek	128	4,02	,728			
Hasta Güvenliği Algısı	Kadın	259	4,18	,579	,562	,574*	-
	Erkek	128	4,15	,656			
Süreç	Kadın	259	3,90	,750	-,410	,682*	-
	Erkek	128	3,94	,760			

*p<0,05

Tablo 4,16'da çalışanların hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının cinsiyetlere göre ortalama puanlarında farklılık analizinde t testi sonuçlarına göre; hasta güvenliği kültürü alt boyutlarında cinsiyet değişkeninde anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.17: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının medeni duruma göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	X	Ss	T	P	Anlamlı Fark
Genel	Evli	207	4,08	,698	3,077	,002*	A>B
	Bekar	181	3,87	,662			
Hastane Yönetimi Desteği	Evli	207	4,11	,746	3,860	,005*	A>B
	Bekar	181	3,91	,661			
Hasta Güvenliği Algısı	Evli	207	4,26	,632	3,064	,002*	A>B
	Bekar	181	4,08	,560			
Süreç	Evli	207	4,02	,748	2,966	,003*	A>B
	Bekar	181	3,80	,742			

*p <0,05 A=Evli, B=Bekar

Tablo 4.17'de çalışanların hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının medeni duruma göre ortalama puanlarında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile t testi yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre; Hasta güvenliği kültürü ortalama puanları açısından evli ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır (t=3,077, p<,05). Çalışanların hastane yönetimi desteği alt boyutu için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında anlamlı fark bulunmaktadır (t=3,860 p<,05). Çalışanların hasta güvenliği algısı alt boyutu için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır (t=3,064 p<,05). Çalışanların süreç alt boyutu için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında anlamlı fark vardır (t=2,102 p<,05). Bu sonuca göre medeni durumun, çalışanların hastane yönetiminin desteği, hasta güvenliği algısı ve süreç alt boyutlarını etkileyen bir faktör olduğu, tüm alt boyutlarda evli çalışanların hasta güvenliği kültürü algıları bekarlara oranla daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.18: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının çalışılan sektöre göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Çalışılan Sektör	N	X	Ss	T	P	Anlamlı Fark
Genel	Kamu	147	3,85	,752	-3,184	,002*	A<B
	Özel	237	4,08	,625			
Hastane Yönetimi Desteği	Kamu	147	3,87	,755	-3,183	,002*	A<B
	Özel	237	4,12	,666			
Hasta Güvenliği Algısı	Kamu	147	4,08	,703	-2,400	,017*	A<B
	Özel	237	4,24	,531			
Süreç	Kamu	147	3,77	,822	-3,155	,002*	A<B
	Özel	237	4,02	,683			

*p <0,05 A=Kamu, B=Özel

Tablo 4.18'de çalışanların hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının çalışılan sektöre göre ortalama puanlarında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile t testi yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre; Hasta güvenliği kültürü algısında özel ile kamu çalışanları arasında anlamlı fark vardır (t=-3,184, p<,05). Çalışanların hastane yönetiminin desteği algısı alt boyutu için t testi sonucuna göre özel ile kamu çalışanları arasında anlamlı fark vardır (t=-3,183 p<,05). Çalışanların hasta güvenliği algısı alt boyutu için t testi sonucuna göre özel ile kamu arasında anlamlı fark vardır (t=-2,400 p<,05). Çalışanların süreç alt boyutu için t testi sonucuna göre özel ile kamu arasında anlamlı fark vardır (t=-3,155 p<,05). Bu sonuca göre çalışılan sektörün, çalışanların hastane yönetimi desteği, hasta güvenliği kültürü algısı ve süreç alt boyutlarını etkileyen bir faktör olduğu ve özel sektör çalışanlarının kamu çalışanlarına göre hasta güvenliği kültürü algılarının yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.19: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının yaş değişkenine göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Yaş	N	X	Ss	F	P	Anlamlı Fark
Genel	25 yaş ve altı	70	3,89	,669	5,291	,000*	A<F
	26-30	86	3,87	,685			B<F
	31-35	75	3,84	,701			C<F
	36-40	47	4,07	,720			E<F
	41-45	47	3,99	,626			
	46 yaş ve üstü	61	4,36	,639			
Hastane Yönetimi Desteği	25 yaş ve altı	70	3,93	,688	5,581	,000*	A<F
	26-30	86	3,85	,778			B<F
	31-35	75	3,88	,706			C<F
	36-40	47	4,11	,722			
	41-45	47	4,07	,606			
	46 yaş ve üstü	61	4,39	,604			
Hasta Güvenliği Algısı	25 yaş ve altı	70	4,05	,548	5,008	,000*	A<F
	26-30	86	4,07	,596			B<F
	31-35	75	4,12	,598			C<F
	36-40	47	4,30	,655			E<F
	41-45	47	4,11	,563			
	46 yaş ve üstü	61	4,48	,598			
Süreç	25 yaş ve altı	70	3,83	,735	4,500	,001*	A<F
	26-30	86	3,83	,741			B<F
	31-35	75	3,75	,782			C<F
	36-40	47	3,98	,775			
	41-45	47	3,90	,707			
	46 yaş ve üstü	61	4,30	,673			

*p <0,05 A=25 ve altı, B=26-30, C=31-35, D=36-40, E=41-45, F=46 ve üstü

Tablo 4.19'da çalışanların hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarına ait algılarının yaşa göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür (F=5,291, p< 0,05).

Hastane yönetiminin desteği alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucundaki arada farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F= 5,581, p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 25 yaş altı çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü ortalamasına göre daha düşük olduğu, 26-30 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu, 31-35 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre yaş değişkeni hastane yönetiminin desteği algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Hasta güvenliği algısı alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucundaki arada farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F=5,008 p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 25 yaş altı çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü ortalamasına göre daha düşük olduğu, , 26-30 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu, 31-35 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu ve 41-45 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışan ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre yaş değişkeni hasta güvenliği algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Süreç alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucundaki arada farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F=4,500 p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 25 yaş altı çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü ortalamasına göre daha düşük olduğu, 26-30 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha düşük olduğu, 31-35 yaş çalışanların ortalamasının 46 yaş ve üstü çalışanların ortalamasından daha

düşük olduğu görülmüştür. Buna göre yaş değişkeni süreç algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Tablo 4.20: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının meslekte hizmet süresi değişkenine göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Hizmet Süresi	N	X	Ss	F	P	Anlamlı Fark
Genel	1 yıldan az	51	3,95	,664	3,747	,003*	B<F
	1-5 yıl	118	3,88	,673			C<F
	6-10 yıl	86	3,88	,733			
Tablo 4.20 devam	11-15 yıl	49	4,04	,702			
	16-20 yıl	34	4,17	,566			
	21 yıl ve üstü	41	4,33	,654			
Hastane Yönetimi Desteği	1 yıldan az	51	3,98	,707	4,188	,001*	B<F
	1-5 yıl	118	3,91	,661			C<F
	6-10 yıl	86	3,88	,817			
	11-15 yıl	49	4,10	,689			
	16-20 yıl	34	4,24	,588			
	21 yıl ve üstü	41	4,38	,649			
Hasta Güvenliği Algısı	1 yıldan az	51	4,04	,540	2,443	,034*	-
	1-5 yıl	118	4,11	,635			
	6-10 yıl	86	4,15	,564			
	11-15 yıl	49	4,19	,667			
	16-20 yıl	34	4,36	,481			
	21 yıl ve üstü	41	4,39	,666			
Süreç	1 yıldan az	51	3,90	,728	3,322	,006*	B<F
	1-5 yıl	118	3,80	,745			C<F
	6-10 yıl	86	3,82	,804			
	11-15 yıl	49	3,97	,754			
	16-20 yıl	34	4,08	,617			
	21 yıl ve üstü	41	4,29	,703			

*p <0,05 A=1 yıldan az, B=1-5 yıl, C=6-10 yıl, D=11-15 yıl, E=16-20 yıl, F=21 yıl ve üstü

Tablo 4.20 ‘de çalışanların hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarına ait algılarının görevde hizmet süresine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür ($F=3,747$, $p< 0,05$).

Hastane Yönetimi desteği alt boyutunda görevde hizmet süresine göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucunda aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($F= 4,188$ $p< 0,05$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden “Tamhane” testi uygulanmış ve buna göre 1-5 yıl arası çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üzerinde

çalışanların ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Yine 6-10 yıl arası çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üstü çalışanların ortalamasına göre daha düşük olup anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Buna göre görevde hizmet süresinin hastane yönetimi desteği algısını etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Hasta güvenliği algısı alt boyutunda görevde hizmet süresine göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucunda aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F= 2,443 p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış olup ortalamalar arasında fark görülmemiştir.

Süreç alt boyutunda görevde hizmet süresine göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonucunda aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (F= 3,322 p< 0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tamhane" testi uygulanmış ve buna göre 1-5 yıl arası çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üzerinde çalışanların ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Yine 6-10 yıl arası çalışanların ortalamasının 21 yıl ve üstü çalışanların ortalamasına göre daha düşük olup anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Buna göre görevde hizmet süresinin süreç alt boyutunu etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir.

Tablo 4.21: Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının meslek değişkenine göre farklılıkları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Meslek	N	X	Ss	F	P	Anlamlı Fark
Genel	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	3,85	,634	9,959	,000*	A<B
	Diş Hekimi	127	4,24	,642			C<B
	Hekim Asistanı	84	3,76	,653			
	Diğer	75	4,00	,756			
Hastane Yönetimi Desteği	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	3,87	,662	10,428	,000*	A<B
	Diş Hekimi	127	4,28	,618			C<B
	Hekim Asistanı	84	3,79	,699			
	Diğer	75	4,01	,802			
Hasta Güvenliği Algısı	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	4,02	,589	7,316	,000*	A<B
	Diş Hekimi	127	4,36	,596			C<B
	Hekim Asistanı	84	4,02	,537			
	Diğer	75	4,20	,678			

Tablo 4.21 devamı

Süreç	Ağız ve Diş Sağ. Teknikeri	65	3,80	,663	8,768	,000*	A<B C<B
	Diş Hekimi	127	4,18	,702			
	Hekim Asistanı	84	3,68	,745			
	Diğer	75	3,94	,825			

*p <0,05 A=Ağız ve diş sağlığı teknikeri, B=Diş hekimi, C=Hekim asistanı, D=Diğer

Tablo 4.21'de çalışanların hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarına ait algılarının mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür (F=9,959 p< ,05).

Hastane yönetiminin desteği alt boyutunda mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (F=10,428 p<,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tukey" testi uygulanmıştır. Buna göre diş hekimi ortalamalarının ağız ve diş sağlığı teknikerleri ortalamalarından ve hekim asistanı ortalamalarında daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre çalışanların mesleklerinin hastane yönetimi desteği algısını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Hasta güvenliği algısı alt boyutunda mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (F=7,316 p<,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tukey" testi uygulanmıştır. Buna göre diş hekimi ortalamalarının ağız ve diş sağlığı teknikerleri ortalamalarından ve hekim asistanı ortalamalarında daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre çalışanların mesleklerinin hasta güvenliği algısını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Süreç alt boyutunda mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (F=8,768 p<,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Tukey" testi uygulanmıştır. Buna göre diş hekimi ortalamalarının ağız ve diş sağlığı teknikerleri ortalamalarından ve hekim asistanı ortalamalarında daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur.

Buna göre çalışanların mesleklerinin süreç algısını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

Tablo 4.22: Değişkenler arası ilişki

Değişken		Hasta Güvenliği Kültürü	Ekip Çalışması Etkinliği
Hasta Güvenliği Kültürü	r	1	
	p		
Ekip Çalışması Etkinliği	r	,894	1
	p	,000*	

*p<0,001

Araştırmada kullanılan değişkenlere ait korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.22'de gösterilmiştir. Buna göre ekip çalışması etkinliği ile hasta güvenliği kültürü arasında (r=0,894, p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve yüksek düzey bir ilişki olduğu araştırmamız sonucunda görülmüştür.

4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZİ

Tablo 4.23: Ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin analiz sonuçları

Değişken	**B**	**Standart hata**	**Beta**	**T**	**p**
Sabit	,707	,085		8,277	,000
Ekip Çalışması Etkinliği	,860	,022	,894	39,200	,000
r=,894, r^2 =,799 F=1536,621 p=,000, Durbin Watson=1,735					

Bağımlı Değişken: Hasta Güvenliği Kültürü

Regresyon analizi sonucunda Tablo 4,23'de görüldüğü üzere ekip çalışması ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı doğrusal yüksek düzey pozitif ilişki bulunmuştur (r ,894= r^2 = ,799 p>0,05). Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan ekip çalışması etkinliğinin bağımlı değişken olan hasta güvenliği kültüründe anlamlı etkisi olduğu görülmektedir (t=8,277, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmüştür (F=1536,621, p<0,05).

5. TARTIŞMA

5.1. EKİP ÇALIŞMASI ETKİNLİĞİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Çalışmada, katılımcıların ekip çalışması etkinliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Saygılı ve Özer (2020), Danışman (2018), Balcı (2023), Demir (2021), Arslan (2021), Doğan (2019), Demirel vd. (2019), Yöntem (2021), Karakaya (2020) ve Dönmez (2017) yapmış oldukları çalışmalarda ekip çalışmasının yüksek bir etkinlik düzeyine sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durum, çalışmamızın sonuçlarının güvenilirliğini artırmaktadır. Hem kendi çalışmamızın bulguları hem de literatürdeki veriler, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları arasında güçlü bir ekip çalışması kültürünün varlığını göstermektedir. Bu da sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği açısından önemli bir olgudur.

Çalışmada ekip çalışması etkinliği ortalamalarının kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Danışman (2018), Eken (2018), Balcı (2023), Yaşar (2023), Kılıç (2021), Düzgün ve ark. (2019), Karakaya (2020), Çelik ve Karaca (2017) yapmış olduğu çalışmalarda da cinsiyet değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, çalışmamızın sonuçlarını pekiştirmekte ve cinsiyetin ekip çalışması etkinliği üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Farklı olarak Çelen (2011) araştırmasında "liderlik" ve "ortak amaç" boyutlarının cinsiyete göre farklılık göstermediğini, ancak kadınların "ekip atmosferi ve işleyişi"ni erkeklere göre daha olumlu değerlendirdiğini belirtmiştir. Yine Saygılı ve Özer (2020), çalışmasında "karşılıklı destek" alt boyutunu erkeklerin kadınlara göre daha olumlu değerlendirdiğini belirtmiştir. Sağlık hizmetleri alanında cinsiyet eşitliğinin ve fırsat eşitliğinin önemi bu bulgularla vurgulanmaktadır. Ayrıca bu sonuçlar, kurumlarda ekip çalışmasının cinsiyetten bağımsız olduğunu ve tüm çalışanların eşit şekilde katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Bu durum, iş yerlerinde cinsiyete dayalı ayrımcılığın önlenmesi ve tüm çalışanların yeteneklerini en üst düzeyde kullanabilmeleri için eşit fırsatlar sunulmasının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarında medeni durum değişkeni incelendiğinde evli bireyler ile bekar bireyler arasında anlamlı fark tespit edildi. Evli sağlık çalışanlarının ekip çalışması etkinliğinin, bekarlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eken'in (2018) çalışmasında da medeni durum ile ekip çalışması etkinliği

alt boyutlarından ekip atmosferi ve işleyişi ile liderlik boyutları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir; evlilerin ekip atmosferi ve işleyişi ile liderlik boyutlarında bekarlara göre daha düşük puan aldıkları, ancak ortak amaç boyutunda evli ve bekarlar arasında fark olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular, medeni durumun ekip çalışması etkinliği ve alt boyutları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Farklı olarak Çelik ve Karaca (2017), Danışman (2018), Düzgün ve ark. (2019), Çelen (2011), Saygılı ve Özer (2020), Kılıç ve ark. (2021) araştırmalarında medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerin ekip çalışması tutumları ölçeği (EÇTÖ) toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, bazı araştırmalar evli bireylerin daha güçlü sosyal destek sistemlerine sahip olduklarını ve bu durumun iş yerinde daha iyi takım çalışması performansına yansıdığını göstermektedir (Smith ve Johnson, 2020). Bu çelişkili bulgular, medeni durumun ekip çalışması etkinliği üzerindeki etkilerini daha derinlemesine anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızın bir başka değişkeni olan sektör parametresi incelendiğinde, özel sektör çalışanlarının ekip çalışması etkinliği algısının kamu sektörüne göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bu bulgu, Demir ve Yıldız (2020) ile Aydın ve Kılıç (2018) gibi çalışmalarla uyumludur; bu çalışmalar özel sektörün daha dinamik ve rekabetçi yapısının ekip çalışmasını olumlu etkilediğini belirtmektedir. Özel sektörde performans değerlendirmeleri ve ödüllendirme sistemlerinin belirgin olması, çalışanların takım çalışmasına daha fazla önem vermesini sağlamaktadır. Farklı olarak Yılmaz ve ark. (2017), kamu sektöründe de güçlü ekip çalışması algılarının mevcut olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, sektörler arasındaki farklılıkları daha iyi anlamak için daha geniş çaplı ve detaylı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmada, ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarında yaş değişkeni incelendiğinde anlamlı fark tespit edildi. Buna göre; 46 yaş ve üstü çalışanların ekip çalışması etkinliğinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Demirci ve Yıldırım (2020), Çelik ve ark. (2018), Bekmez ve Karagözoğlu (2020), Saygılı ve Özer (2020), Çelen (2011), çalışmalarındaki yaş gruplarında ileri yaşlarda ekip çalışması etkinliğinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir ve bizim bulgularımızı desteklemektedir. Farklı olarak, Eken (2018), ekip çalışması etkinliği alt boyutlarından ortak amaç, liderlik, ekip atmosferi ve işleyişinin yaşa göre anlamlı fark gösterdiği, 18-24 yaş grubundaki çalışanların birimdeki ekip atmosferi ve işleyişi, ortak amaç ve liderlik

puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulmuştur. Kara ve ark. (2018) çalışması ise genç çalışanların da ekip çalışmasında etkili olabileceklerini belirtmiş, ancak genel olarak yaşlı çalışanların tecrübe ve bilgi birikiminin bu alanda belirgin bir avantaj sağladığı gözlemlenmiştir. Danışman (2018) ekip çalışmasında yaşa göre anlamlı fark görmemiştir. Bu bulgular, yaş gruplarının ekip çalışması etkinliği üzerindeki etkilerini daha detaylı anlamak için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Yaş faktörünün ekip çalışması üzerindeki etkisini tam olarak belirleyebilmek için farklı sektörlerde ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalar, ekip çalışmasının etkinliğini artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmada, ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarında görevde hizmet süresi değişkenine göre anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Bulgular, 21 yıl ve üstü görevde hizmet süresine sahip olanların ekip çalışması algısının, 10 yıl ve altında görevde hizmet süresine sahip olanlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, ulusal literatürde benzer bulgulara sahip çalışmalarla desteklenmektedir. Örneğin, Aydın ve Yılmaz (2018) ile Güler ve ark. (2019) çalışmaları, görevde uzun hizmet süresine sahip çalışanların ekip çalışmasında daha başarılı olduklarını ve deneyimli çalışanların daha fazla iş birliği yapma eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Eken (2018) çalışmasında ekip çalışması etkinliği alt boyutlarından ortak amaç ve liderliğin iş yerinde çalışma sürelerine göre değişmediği, ekip atmosferi ve işleyişi boyutunun ise farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, 6-10 yıl çalışanların ekip atmosferi ve işleyişi, 5 yılın altında olanlardan daha düşük olduğunu bulmuştur. Bazı araştırmalar ise kıdemli çalışanların ekip çalışmasındaki etkinliğinin düşük olduğunu öne sürmektedir. Örneğin, Demir ve ark. (2020), uzun süreli hizmetin değişime direnme eğilimlerini artırabileceğini ve bu durumun ekip çalışmasını olumsuz etkileyebileceğini vurgulamıştır. Çelen (2011), Bekmez ve Karagözoğlu (2020), Karakaya ve Daşlı (2021), Danışman (2018), ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarının iş yerinde çalışma süresine göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır. Dolayısıyla, görevde hizmet süresi ile ekip çalışması arasındaki ilişkinin karmaşıklığını anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu, işyerindeki iş birliğini ve verimliliği artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi için önemlidir.

Bu çalışmada meslek grupları incelendiğinde ekip çalışması etkinliğinde anlamlı fark tespit edilmiştir. Bulgulara göre, diş hekimlerinin ekip çalışması algısı, ağız ve diş

sağlığı teknikerleri ile hekim asistanlarından daha yüksek olarak belirlenmiştir. Yıldırım ve ark. (2019), Kaya ve ark. (2020) çalışması da diş hekimlerinin ekip çalışmasındaki liderlik rollerini daha etkin bir şekilde üstlendiklerini ve takım içi iletişimi güçlendirdiklerini vurgulamaktadır. Eken (2018), çalışmasında hemşirelerin algı düzeylerinin hekimlere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Burada hemşirelerin geri planda aldıkları sorumluluklarında ekip çalışmasında daha aktif rol almış olmalarının etkili olduğu söylenebilir. Farklı sonuçlar incelendiğinde; örneğin, Çelen (2011), Bekmez ve Karagözoğlu (2021) çalışmasında ekip çalışması etkinliği ve alt boyutlarının mesleklere göre değişmediği sonucuna ulaşmıştır. Bu durum, meslek grupları arasındaki ekip çalışması algısının karmaşıklığını ve çeşitliliğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, meslek grupları arasındaki ekip çalışması algısının daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Çalışmalar, bu faktörlerin yanı sıra meslek grupları arasındaki iş birliğini artırmak için daha etkili stratejilerin geliştirilmesine de katkıda bulunabilir.

5.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Çalışma sonucuna göre katılımcıların hasta güvenliği kültürü düzeyi yüksek bulunmuştur. Karayurt ve ark (2017), Tüfekçi ve ark. (2020) yaptığı çalışmada hasta güvenliği külütrü düzeyi benzer şekilde yüksek bulmuştur. Yaşar (2023), Sayhan (2019), Demir ve Ulusoy (2023), Demir (2021) Hsin-Chung Cheng ve ark. (2019), Eduardo Ensaldo-Carrasco ve ark. (2024) yaptığı çalışmada hasta güvenliği kültürü düzeylerini orta bulmuştur. Bu bulgular, hasta güvenliği kültürü algısının çeşitli faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterdiğini ve genel olarak orta düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada, hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarında kadın ile erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaşar (2023), Danışman (2018), Doğan (2019), Türk ve ark. (2018) ve Oksay ve ark. (2019), Demir (2021), Erdağı ve Özer (2015), Balık (2014), Teleş (2011), Tabrizchi ve Sedaghat (2012) çalışmalarında hasta güvenliği kültürü ortalamarında kadın ile erkek arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu çalışmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Farklı olarak, Eken (2018), Çelen (2011) çalışmalarında kadınların erkeklere göre hasta güvenliği kültürü algılarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum, cinsiyetler arasında hasta güvenliği kültürü açısından farklılaşma olmadığını göstermektedir. Bu bulgulara dayanarak hem erkek hem

de kadın çalışanların hasta güvenliği konusunda benzer farkındalık ve tutumlara sahip olduklarını söylemek mümkündür. Cinsiyetin hasta güvenliği kültürü üzerinde belirleyici bir etkisinin olmaması, iş yerinde sağlanan eğitimlerin ve uygulamaların eşit bir şekilde benimsendiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, sağlık hizmetlerinde cinsiyet eşitliğinin sağlanmış olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmada hasta güvenliği kültürü anketi ve alt boyutlarında, evliler ile bekarlar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre evlilerin hasta güvenliği kültürü algıları bekarlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Yaşar (2023) ve Demir (2021) çalışmasında evli bireylerin bekarlara göre hasta güvenliği kültürü algılarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Farklı olarak Durmaz (2016), Erdağ ve Özer (2015), Oksay ve ark. (2019) ve Dönmez (2017), Danışman (2018) hasta güvenliği kültürü algısında evli ve bekarlar arasında anlamlı fark saptamamışlardır. Evlilik, bireyin sorumluluk bilincini artıran bir faktör olarak düşünülebilir. Evliler, ailelerinin güvenliği ve refahı konusunda daha duyarlı oldukları için, bu duyarlılık iş ortamına da yansıyabilir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde sorumluluk bilincinin önemli bir parçasıdır. Evliler, bu bilinçle hareket ederek hasta güvenliği kültürüne daha fazla önem verebilir. Aile yaşantısında karşılaşılan sorumluluk ve özen gerektiren durumlar, evli bireylerin iş yerinde de benzer bir özen ve dikkat göstermesine katkı sağladığı söylenebilir.

Araştırmamızın bir başka değişkeni olan sektör parametresi incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarında özel sektör ile kamu sektörü arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, özel sektör çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısı kamu sektörüne göre daha yüksek bulunmuştur. Rençber ve Ceylan (2023), Gündoğdu ve Bahçecik (2012), Cheng ve ark. (2019) çalışmaları bulgularımızla uyumludur. Bununla birlikte, bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla da karşılaştırıldığında bazı çelişkiler ortaya çıkmaktadır. Örneğin, Çelik ve Öztürk (2021) çalışmasında kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının özel hastane çalışanlarına göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Demir (2021), (Dönmez 2017) yaptığı araştırmada, özel sektördeki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algısının kamu sektöründekilerle benzer olduğunu bulmuştur. Bu farklılıkların altında yatan nedenler, özel sektördeki işyeri kültürü, çalışma ortamı ve işyeri politikaları ile kamu sektöründeki uygulamalar arasındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Özel sektördeki sağlık kuruluşlarının genellikle rekabetçi bir ortamda faaliyet göstermeleri ve hasta memnuniyetine daha fazla odaklanmaları, hasta güvenliği kültürünü daha da önemseyebilecekleri bir ortam

oluşturabilir. Ancak, bu sonuçların daha fazla araştırma ve detaylı analiz gerektirdiği unutulmamalıdır.

Çalışmada hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarında yaş değişkenine göre anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre 46 yaş ve üstü çalışanların hasta güvenliği kültürü algısı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bulut ve ark. (2023) çalışmasında 30 yaş ve üzeri'nin diğer yaş gruplarına göre hasta güvenliği kültürü algısının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çelik ve Öztürk (2021) çalışmasında 51 yaş ve üstünün diğer yaş gruplarına göre daha yüksek algı düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Erdem (2023), Demir (2021) yaş ilerledikçe hasta güvenliği algısının arttığını tespit etmiştir. Farklı olarak, Yaşar (2023), Danışman (2018), Rençber ve Ceylan (2023), Durmaz (2016) Erdağı ve Özer (2015), Balık (2014) hasta güvenliği kültürü algısında yaşa göre karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmamıştır. Oksay ve ark. (2019) 18-25 yaş çalışanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek algısının olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yaş ile gelen mesleki deneyim, hasta güvenliği kültürünün benimsenmesinde önemli bir faktördür. 46 yaş ve üstü çalışanlar, mesleki kariyerlerinde daha fazla deneyim kazanmışlardır ve bu deneyim, hasta güvenliği konusundaki farkındalıklarını ve uygulamalarını olumlu yönde etkilemiştir. Deneyim, çalışanların hasta güvenliği ile ilgili olası riskleri daha iyi tanımalarına ve bu riskleri önleyici tedbirler almalarına katkıda bulunur.

Araştırmamızın bir başka değişkeni olan meslek incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarında mesleklere göre anlamlı fark tespit edildi. Bu sonuca göre, diş hekimlerinin hasta güvenliği kültürü algısı, ağız ve diş sağlığı teknikerleri ve hekim asistanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur. Örneğin, Hsin-Chung Cheng ve ark. (2019), Eduardo Ensaldo-Carrasco ve ark. (2024), Çelik ve Öztürk (2021), Oksay ve ark. (2019) çalışmasında da hekimler diğer meslek gruplarına göre hasta güvenliği kültürü daha yüksektir. Diş hekimlerinin genellikle daha uzun süreli ve derinlemesine eğitim almaları, onların hasta güvenliği konusundaki farkındalığını artırabilir. Farklı olarak, Dönmez (2017) ve Demir (2021) gibi bazı çalışmalar, hasta güvenliği kültürü algısının tüm meslek gruplarında benzer olduğunu belirtmişlerdir. Bu farklılıklar, çeşitli sağlık kuruluşlarındaki eğitim ve uygulama politikalarından kaynaklanabilir. Sonuç olarak, diş hekimlerinin daha yüksek hasta güvenliği kültürü algısına sahip olması, onların eğitim ve mesleki deneyimlerinden

kaynaklanıyor olabilir ve bu durum, mesleki eğitim programlarının hasta güvenliği konusundaki önemini vurgulamaktadır.

Araştırmamızın bir başka değişkeni olan görevde hizmet süresi incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarında görevde hizmet süresinde anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan sağlık çalışanları ile 21 yıl ve üstü çalışan sağlık çalışanları arasında anlamlı farklar bulunmaktadır. 21 yıl üstü çalışanların hasta güvenliği kültürü algısı, diğer iki gruba göre daha yüksektir. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu bir şekilde değerlendirilebilir. Örneğin, Çelik ve Öztürk (2021), Hsin-Chung Cheng ve ark. (2019), Eduardo Ensaldo-Carrasco ve ark. (2024) yaptığı çalışma, mesleki deneyimin artmasıyla hasta güvenliği kültürü algısının geliştiğini göstermektedir. Ancak, bu sonuçlarla çelişen bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Türk ve ark. (2018), Dönmez (2017) ve Demir (2021) gibi araştırmalar, meslekte hizmet süresi ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Bu farklılıkların altında yatan nedenler, çalışılan kurumun kültürel yapısı, eğitim politikaları ve çalışma koşulları gibi çeşitli faktörler olabilir. Sonuç olarak, uzun yıllar hizmet veren sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne olan katkıları ve deneyimlerinin değeri, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynayabilir ve bu nedenle mesleki deneyiminin dikkate alınması gerekliliği vurgulanmalıdır.

5.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Yapılan çalışmada, ekip çalışması etkinliği ile hasta güvenliği kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Benson (2010) da etkin ekip çalışmasının hasta güvenliği üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ve bu iki kavram arasında güçlü bir ilişki olduğunu vurgulamıştır. Özmen ve Başol (2010) ise ekip çalışması ile hasta güvenliği değerlendirilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir

Yapılan çalışmada etki analizi sonucunda ekip çalışması ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı doğrusal yüksek düzey pozitif etki bulunmuştur. Febriansyah ve ark. (2020) Endonezya'da bir hastanede hemşireler üzerinde yaptığı araştırma, ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürüne pozitif ve büyük bir etkisi olduğunu göstermiştir. Eken (2018) ve Adıgüzel (2010), Çelen (2011), Baker ve ark. (2005), Hellyar ve ark. (2019), Önler (2022), Ercan (2019), gibi çalışmalar da ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürüne pozitif etkisini ortaya koymaktadır. Danışman (2018) çalışmasında, ekip

çalışmasının hasta güvenliği kültürü üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu ve ekip çalışmasında etkin olmayanların büyük bir çoğunluğunun hasta güvenliği kültürüne de sahip olmadığını belirtmiştir.

Bazı araştırmalar, sağlık kurumlarında etkin bir ekip çalışması düşüncesinin sahaya yansıtılamadığı ve bunun sonucunda güvenli hasta bakımı ve hizmet kalitesine negatif etkilerinin olduğunu belirtmektedir. Manser (2008) çalışmasında, hasta güvenliği ve ekip çalışması ile ilgili istenmeyen durumların ortaya çıkmasını etkileyen faktörlerin, klinik beceri yetersizliğinden ziyade, ekip çalışması eksikliği ile ilgili olduğunu vurgulamıştır. Sonuç olarak, mevcut literatür ve araştırma bulgularımız, ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürü üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu açıkça göstermektedir. Ancak, bu olumlu etkinin sahada yeterince yansıtılamaması, sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüşlere yol açabilmektedir. Bu nedenle, sağlık kurumlarında etkin ekip çalışmasının teşvik edilmesi ve bu kültürün daha geniş bir şekilde benimsenmesi, hasta güvenliği ve hizmet kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışma hipotezini ve sorusunu incelediğimizde, ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürü üzerinde pozitif bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ağız ve Diş Sağlığı Hastane/Merkezlerinde yapılan çalışmada, ekip çalışması etkinliğini düzeyi ve hasta güvenliği kültürü düzeyi yüksek seviyede bulunmuştur.

Ekip çalışması etkinliği düzeyi ve hasta güvenliği kültürü düzeyi, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır. Ancak ekip çalışması etkinliği ve hasta güvenliği kültürü düzeyi, medeni durum, yaş, meslek, çalışılan sektör ve görevde hizmet süresi gibi diğer değişkenlere göre anlamlı farklılık oluşturmaktadır.

Öneriler

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürüne etkisini vurgulayan kaynaklarda da yer alan bilgilere göre, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde görev yapan çalışanlar arasında pozitif hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde ekip çalışmasının önemli bir rol oynadığı açıkça gösterilmiştir. Bu sonuca dayanarak şöyle bir öneride bulunabiliriz:

- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için sağlık çalışanları arasında ekip çalışmasının ön planda tutulması ve güçlendirilmesi,
- Çok disiplinli ekipler içinde etkili iletişimi, iş birliğini ve karşılıklı desteği teşvik eden stratejilerin uygulanması hasta güvenliği sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirebilir,
- Ekip üyelerinin hataları bildirme ve geri bildirim paylaşma konusunda kendilerini rahat hissettikleri bir açık iletişim kültürünün teşvik edilmesi, potansiyel risklerin belirlenmesine ve olumsuz olayların önlenmesine yardımcı olabilir.
- Ekip çalışması becerileri ve hasta güvenliği uygulamaları konusunda düzenli eğitim ve öğretim sağlamak, genel güvenlik kültürünü daha da geliştirebilir.

- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, ekip çalışmasının önemini vurgulayarak ve iş birliğine ve ortak sorumluluğa değer veren destekleyici bir ortam yaratarak, hasta güvenliği ve kaliteli bakımı ön planda tutan bir kültür geliştirebilir.

Ekip çalışması dinamiklerinin, geri bildirim mekanizmalarının ve iletişim süreçlerinin sürekli değerlendirilmesi, iyileştirilecek alanların belirlenmesine yardımcı olabilir ve bu sağlık bakım ortamlarında hasta güvenliğinin en önemli öncelik olarak kalmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Çetin, C., Yöneticilerin Liderlik Stilleri, Değişim Yönetimi ve Ekip Çalışması Arasındaki İlişkilerin Çok Yönlü Olarak Değerlendirilmesi. İstanbul Ticaret Odası Yayınları. İstanbul, 2008.

2. Bingöl, D., İnsan Kaynakları Yönetimi, Arıkan Yayınevi. İstanbul, 2006.

3. Keçecioğlu, T., Takım Kimyası Ve Mimarisi. Literatür Yayınları. İstanbul, 2002.

4. Saygılı, M. ve Özer, Ö. (2020). Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumlarının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi,* 11 (27), 444-454.

5. Rosen, M. A., Diazgranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., ve Weaver, S. J. (2018). Teamwork İn Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *American Psychologist Journal,* 73 (4), 433–450.

6. Michalopoulos, A. ve Michalopoulos, H. (2006). Management's Possible Benefits from Teamwork and The Nursing Process, *Nurse Leader,* 4 (3), 52-55.

7. John R. Katzenbach ve Douglas K. Smıth, (1993) "The Discipline of Teams", Harvard Business Review, C.L xxı, S.2 S.112.

8. Ricky W. Grıffen, Management (Boston: Houghton Mifflin Company, 1993), S.431.

9. Öğüt, A., ve Çetin, D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Ve Teknik Araştırmalar Dergisi* (1), 87-96.

10. Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G., ve Ersun, A. (2012). Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 13 (2), 131-7.

11. Terzioğlu M., Ekip Kaynak Yönetimi, Cinius Yayınları. İstanbul, 2010.

12. Ulusoy H, ve Tokgöz D. (2009). Hekim Ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi,* 2, 55- 61.

13. Hall P., ve Weaver L. (2001). Interdisciplinary Education and Teamwork: A Long and Winding Road. *Med Educ,* 35:867- 875.

14. Çıraklı, Ü., Çelik, Y., ve Beylik, U. (2015). Etkili Ekip Çalışmasının Sağlıktaki Önemi Ve Faydaları: Bir Literatür Çalışması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (3), 140-146.

15. Özçelik, Ş., ve Ergun Özler, N. D. (2023). Ekip Çalışmasının Sosyal Kaytarma Üzerindeki Etkisi: Özel Banka Çalışanları Örneği. *Uluslararası Sosyal Ve Ekonomik Çalışmalar Dergisi*, 4 (1), 1-21.

16. Underwood H. ve Kenner M A. (1991) Leadership Behaviour of Pediatric Nursing, *Pediatric Nursing*, 17 (6): 587-589.

17. Dener, H., ve Elçin M. (2023). Ekip Çalışması Ve Hasta Güvenliği Üzerine Bir Eğitim Programı Tasarımı: Teamsteppss. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,* 31 (6):469-78.

18. Özsoy S, Bayık A, Uysal A, Ergül Ş, ve Özer M. (2003), Sağlık Çalışanlarının Sağlık Hizmetlerinde Ekip Kavramına İlişkin Görüşlerini İncelenmesi, *Sağlık Ve Toplum Dergisi*, 13 (4), 24-31.

19. Lin F, Chaboyer W, ve Wallis M. A (2009), Literature Review of Organisational, Individual and Teamwork Factors Contributing to The Icu Discharge Process. *Australian Critical Care,* 22: 29- 43.

20. Aktan, C.C., Ekip Çalışması Ve Sinerji. Erişim: Http://Www.Canaktan.Org/Yonetim/Sinerjik-Yonetim/Ekip-Calismasi.Htm, Erişim Tarihi: 03.09.1009

21. Öğüt, A., ve Çetin, D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Ve Teknik Araştırmalar Dergisi* (1), 87-96

22. Özçelik, Ş., ve Ergun Özler, N. D. (2023). Ekip Çalışmasının Sosyal Kaytarma Üzerindeki Etkisi: Özel Banka Çalışanları Örneği. *Uluslararası Sosyal Ve Ekonomik Çalışmalar Dergisi*, 4(1), 1-21.

23. Halkla İlişkiler ve Organizasyon Hizmetleri, Grup İletişimi, T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2012.

24. Dengiz M., Takım Çalışması Teknikleri, Academy Plus, Ekim 2000.

25. Özer M., Proje Takımlarında Takım Özerkliği, Örgütsel Destek, Takım Dayanışması Ve Takım Başarısı Arasındaki İlişki, İstanbul, 2019.

26. Canlı F., Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı,2010, Adana

27. Bayazıt, Ö. (1998). Toplam Kalite Yönetimi'nin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç: Kalite Çemberleri. *Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi*, 53 (1).

28. Işık, B., ve Tulunoğlu, Ö. (2007). Pedodonti Kliniğinde Sedasyon Ünitesi Oluşturulmasında Kalite Çemberleri Yönteminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 24(1), 31-36.

29. Özalp, İ. (1998). İşletmelerde Grup Ve Ekip Kavramı. *Anadolu Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14 (1), 1-16.

30. Ağbuğa, O. (2007). Toplam Kalite Yönetiminde Kalite Çemberleri Ve İki Farklı İşletmede Kalite Çemberi Uygulaması, İstanbul Ticaret Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

31. Öğüt, A. ve Kaya, D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Kadınhan İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal Ve Teknik Araştırma Dergisi,* 1 (1), 89-94.

32. Yumrutaş M., Ekip Çalışması, https://Acikders.Ankara.Edu.Tr, Erişim Tarihi: 23.04.2024

33. Arkan S. (2008), Ekip Çalışmasının Etkinliğinde İletişiminin Rolü: Müşterilerle Doğrudan İlişki İçerisinde Olan Ekiplerde Bir Uygulama, Mersin Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

34. Ghaferi, A. A., ve Dimick, J. B. (2016). Importance Of Teamwork, Communication and Culture on Failure-To-Rescue İn The Elderly. *Journal Of British Surgery*, 103 (2), E47-E51.

35. Ogbonnaya, C., Tillman, C. J. ve Gonzalez, K. (2018). Perceived Organizational Support İn Health Care: The İmportance Of Teamwork and Training for Employee Well-Being and Patient Satisfaction. *Group and Organization Management*, 43 (3), 475-503.

36. Buła, P., Thompson, A. ve Żak, A. A. (2024). Nurturing Teamwork and Team Dynamics İn A Hybrid Work Model. *Central European Management Journal.*

37. Square, R. (2024). Nursing Students' Perceptions of The Impact of Teamwork and Collaboration on Patient Care.

38. Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R. D., Whelan, J. S., Östlundh, ve L., Bellou, A. (2022). Impact Of Teamwork and Communication Training İnterventions On Safety Culture and Patient Safety İn Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal Of Patient Safety*, 18(1), E351-E361.

39. Febriansyah, F., Kusumapradja, R. ve Ahmad, H. (2020). The Role of Teamwork in Improving Patient Safety Culture. *Jmmr (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit)*, 9 (1), 41-52.

40. Goh, Sc, Chan, C. ve Kuziemsky, C. (2013), "Takım Çalışması, Organizasyonel Öğrenme, Hasta Güvenliği Ve İş Sonuçları", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Cilt. 26 (5), 420-432.

41. Baker, D. P., Gustafson, S., Beaubien, J., Salas, E. ve Barach, P. (2005). Medical Teamwork and Patient Safety: *The Evidence-Based Relation. Ahrq Publication*, 5 (53), 1-64.

42. Aktan, C. C. (2012). Sinerjik Yönetim: Organizasyonlarda Sinerji Etkisi. *Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 260-272.

43. Stevens, E. L., Hulme, A. ve Salmon, P. M. (2021). The İmpact Of Power On Health Care Team Performance and Patient Safety: A Review of The Literature. *Ergonomics*, 64 (8), 1072-1090.

44. Tunçer, P. (2013). Örgütsel Değişim Sürecinde Öğrenen Örgütler Ve Örgüt Geliştirme. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi,* 8 (1), 214-244.

45. Erdem, A. (2011). İletişim Sürecinde Geri Bildirimin Önemi Ve İletişime Katkısı. *Erciyes İletişim Dergisi*, 1 (3).

46. Özbunar Ş. (2020). Ekip Çalışmasının Sosyal Kaytarma Üzerindeki Etkisini İncelemeye Yönelik Bir Araştırma, Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.

47. Boydak Özan, M., Gündüzalp, S., Yaraş, Z. ve Polat, H. (2020). Eğitim Kurumlarında Sosyal Kaytarma. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* (36), 1-9.

48. Aksu, D. M. B. (1996). İnsan İlişkilerinde Bir Boyut: Grup Davranışı. Kuram Ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 7 (7), 311-328.

49. Özgüleş B. ve Çapar H., Sağlık Çalışanlarında Mutsuzluk-Negatif Örgütsel Davranışlar, Ankara. 2023.

50. Er N.Ş., (2019). Sağlık Çalışanlarının Ve Hastaların Hasta Güvenliği Algısı Ve Tutumu: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği, İstanbul Medipol Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

51. 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.

52. Gürdoğan, H. (2016). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Örgütsel İş Birliği. İstanbul Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

53. Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rolleri. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi,* 5 (2), 253-258.

54. Büyüktuna Gündüz, R. (2019). Sağlık Hizmeti, Sağlık Sistemi Ve Kalite, Beykent Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

55. Satman, C. ve Duyan, V. (2012). Ekip Değerlendirme Ölçeği, Ekip İlişkilerinin Yararlı Ve Yararlı Olmayan Yönleri Ölçeği Ve Ekipte Motivasyon Ve Doyum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2), 1-15.

56. Serinkan, C. ve Arat, G. (2015). Hizmet Sektöründe Çalışan Personelin Ekip Çalışmasına İlişkin Algılamalarının Değerlendirilmesi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi,* 4 (5), 278-293.

57. Özler D.E. ve Koparan E. (2006). Takım Performansına Etki Eden Takım Çalışmasına İlişkin Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimleri Dergisi,* (8), 4-14.

58. Karmyshakova K. (2006). Ekip Çalışmasında Liderin Duygusal Zekasının Önemi Ve Bir Uygulama, İstanbul Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

59. Hall, P. (2005). Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers. *Journal Of Interprofessional Care*, 19 (1), 188-196.

60. Goh, S. C., Chan, C. ve Kuziemsky, C. (2013). Teamwork, Organizational Learning, Patient Safety and Job Outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26 (5), 420-432.

61. Jackson, S. E. (1996). The Consequences of Diversity İn Multidisciplinary Work Teams. *Handbook Of Work Group Psychology*, 53-75.

62. Morath, J. M. ve Turnbull, J. E. (2005). To Do No Harm: Ensuring Patient Safety İn Health Care Organizations. John Wiley and Sons.

63. Tarhan, D., Yıldırım, T. ve Hakbilen, G. (2022). Avrupa Birliği Ülkeleri Ve Türkiye'de Hasta Güvenliği, Tıbbi Hatalardan Öğrenme Kültürü. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi,* 19 (2), 46-98.

64. Çelik, G., (2020). Sağlıkta Kalite Yönetimi Bağlamında Çalışanların Hasta Ve Çalışan Güvenliği Kültürü Algıları: Özel Ve Kamu Hastaneleri Karşılaştırması. Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

65. Oksay, A., Kılınç, M. ve Sayhan, M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19 (2), 455-475.

66. Dicuccio, M.H., (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal Of Patient Safety*, 11 (3). 135-142.

67. Türkmen, E., Altuntaş, S., Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş. ve Altuntaş, S., (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 38-46

68. Çiçek Korkmaz, A. (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (1), 10-19.

69. Benson A. (2010). Creating a culture to support patient safety. the contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working, Evid Z., *FortbildQual.Gesundh.* 104, 10-7

70. Korkmaz E. (2022). Hasta Güvenliğine Genel Bir Bakış. *Journal of Anatolian Medical Research.* 7 (1), 19-25.

71. Aspden P., Corrigan J., Wolcott J. ve Erickson Sm. (2004). Patient Safety: Achieving A New Standard for Care. Washington, Dc: *National Academies Press*. 29-40

72. Agency For Healthcare Research and Quality-Ahrq. Guide To the Patient Safety Indicators. Department Of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality Report, 2003, P.1-9

73. Wears, Rl, Sutcliffe, Km ve Van Rite, E. (2016). Patient Safety: A Brief but Vibrant History. In Patient Safety Routledge. (3)-22.

74. Vincent, C. (2011). Hasta Güvenliği. John Wiley Ve Oğulları.

75. Shojania, Kg ve Marang-Van De Mheen, Pj (2020). Olumsuz Olayların Belirlenmesi: 20 Yıllık Hasta Güvenliği Araştırmasından Sonra Kusurlu Bir Altın Standart Üzerine Düşünceler. *Bmj Kalite Ve Güvenlik*, 29 (4), 265-270.

76. Oksay, A., Kılınç, M. ve Sayhan, M., (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 19 (2). 455-476.

77. Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. ve Vleugels, A. (2007). Challenging Patient Safety Culture: Survey Results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20 (7). 620-632.

78. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Hasta Güvenliği Neden Önemlidir, Https://Yeditepehastaneleri.Com, Erişim Tarihi 18.04.2024.

79. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. (2007). Challenging Patient Safetyculture: Survey Results. *Int J Health Care Qual Assur*, 20, 620-632.

80. Korkutan, M. ve Kurt, M. (2021). Hasta Güvenliği Kültürünün Türkiye'deki Mevcut Durumu ve Önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7 (1), 19-31.

81. Who. Patient Safety, Learning from Error. Fransa: Who Library Cataloguing-İnpublication Data. 2010.

82. Manser T. (2008) Teamwork and Patient Safety İn Dynamic Domains of Healthcare: A Review of The Literature. Acta Anaesthesiol Scand, 53, 2. 143-51.

83. Güvenlik Raporlama Sistemi (Grs). Güvenlik Raporlama Sistemi'ne Hoş Geldiniz, Http://Grs.Saglik.Gov.Tr/ Erişim Tarihi: 22.05.2024.

84. Saygin, T. (2014). Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Tıbbi Hatalar Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

85. Seren İntepeler Ş. ve Dursun M. (2012). Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.15 (2), 129-35.

86. Gökkaya, D. (2023). Hasta Ve Çalışan Güvenliği. Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Yönetimi, 247.

87. Bol, P. (2012). İlaç Uygulama Hataları Ve Hataların Raporlanmasına İlişkin Hemşirelerin Tutumlarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek lisans tezi. İzmir.

88. Eraslan, P. (2018). Hekim Ve Hemşirelerin İş Birliği: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği, İstanbul Okan Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul.

89. Macit, M., Orhan, S. ve Gümüş, M. (2021). Türkiye'de Sağlik Kurumlarinda Uygulan Tibbi Hatalar Üzerine Yapilan Araştirmalar: Ulusal Makaleler Ve Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Derleme. *Pearson Journal*, 6 (11), 241-256.

90. Tunçel, K. (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

91. Taş, E. (2019). Sağlık Kurumlarında Kalite İyileştirme Uygulamaları; Sağlık Bakımı İlişkili Enfeksiyonların Yönetimi Üzerine Bir Araştırma, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

92. Tansüyer, T. (2010). Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

93. Byers, J. F. ve White, S. V. (Eds.). (2004). Patient Safety: Principles And Practice. Springer Publishing Company.

94. Al Doweri, H. F., Al Raoush, A. T., Alkhatib, A. J. ve Batiha, M. A. (2015). Patient's Safety Culture: Principles And Applications. *Eur Sci J*, 11(15), 83-94.

95. Özkan, O. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. Hitit Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 1759-1770.

96. Aydoğan, M. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi Ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

97. Çelik, F. (2008). Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

98. Korkmaz, Z. ve Yalçın, B. (2018). Sağlık Hizmetlerinde İletişim Becerilerinin Önemi Ve Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Analizi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi *Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(4), 367-392.

99. Stavrianopoulos, T. (2012). The Development of Patient Safety Culture. *Health Science Journal*, 6(2),201

100. Eraslan N, Hayran O. ve Yüksel S. (2022). Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkisinin Yapisal Eşitlik Modellemesiyle İncelenmesi. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*. 7 (3):444-60.

101. Yazıcı, G, ve Karabulut, A. B. (2018). Kalite Yönetiminde Hasta Güvenliği İçin Anahtar Noktalar. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1 (2), 10-15

102. Sarp, N. (2018). Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü Ve Katılımının Sağlanması. *Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 22-29.

103. World Health Organization (Who). Who Guidelines on Hand Hygiene İn Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care İs Safer Care. Erişim Tarihi: 23.04.2024.

104. Jointcommissionınternational. Https://Www.Jointcommissioninternational.Org/ Erişim Tarihi: 23.04.2024.

105. Hwang, Y. S., Lee, H. W., Kim, E. H. ve Min, P. K. (2021). A Joint Commission İnternational-Accredited Small-Scale Clinic: A Case Report. *Journal Of Health Informatics and Statistics*, 46(2), 141-

106. Öden, T. N. ve Yavuz Van Giersbergen, M. (2021). Düşme Ve Düşmelere Bağlı Yaralanmaların Azaltılması İçin Kanıt Temelli Uygulama Önerileri. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi,* 18(1), 17-40.

107. Yılmaz, S. ve Khorshıd, L. (2019). Yaşlı Hastalarda Düşmeler Ve Risk Faktörleri. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 117-121.

108. Feng, X., Acord, L., Cheng, Y., Zeng, J. ve Song, J. (2001). "The Relationship Between Management Safety Commitment and Patient Safety Culture." *International Nursing Review*,58: 249–254.

109. Sözer, E. (2012). Hasta Güvenliği Kültürü Ve Ölçüm Yöntemleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

110. Erkul, M., Bilişli, Y. ve Özdoğan N. (2015). "Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algısı: Üniversite Hastanesi Örneği." *The Journal of Academic Social Science*, (12): 330-337.

111. Arslanoğlu, A. (2019). Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. *Assam Uluslararası Hakemli Dergi*, 6(13), 102-111.

112. Işıl, T. Ü. R. K., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S. ve Zekioğlu, A. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Araştırma: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 25-34.

113. Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

114. Yönt, G. H. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(1), 77-82.

115. Kutanis, P. (2018). A Research to Determine the Effect of Self-Leadership Style on Job Satisfaction and Job Autonomy, master's Thesis, Institute of Social Sciences.

116. Adalan, H. Ç. (2016). Liderlik Yaklaşımının Çalışan Motivasyonuna Etkisi: Kamu Sektörüne Yönelik Bir Uygulama. Nişantaşı Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

117. Arslanoğlu, A. (2018). İçsel Pazarlama Uygulamalarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisinde İç Girişimcilik Ve Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü. Haliç Üniversitesi. Doktora Tezi. İstanbul.

118. Arslanoğlu, A. (2019). Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi Ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması. *İnsan Ve İnsan,* 6 (21), 431-451.

119. Teleş, M. (2011). Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları İle Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi, Haccetepe Üniverstesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

120. Güvener, D. H. Hasta Güvenliği Kültürü Ve Yansıtıcılığın Hasta Bakım Kalitesine Etkisi.2023

121. Barsbay, S. Health Personnel's Perceptions of Patient Safety Culture: A Clinical Scale Study (Master's Thesis, Institute of Social Sciences).

122. Kuman, O. Ö. Process Management as a Quality Management Element in Health Organizations (Master's Thesis, Institute of Social Sciences).

123. Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A. ve Dy, S. M. (2013). Promoting A Culture of Safety as A Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Annals Of İnternal Medicine*, 158(5_Part_2), 369-374.

124. Ginsburg, L., Norton, P. G., Casebeer, A. ve Lewis, S. (2005). An Educational İntervention To Enhance Nurse Leaders' Perceptions of Patient Safety Culture. Health Services Research, 40 (4), 997-1020.

125. Jia, P., Zhang, L., Mao, X. ve Zhang, M. (2014). Fostering Patient Safety Culture İn Hospital To İmprove Health Service: Hospital Survey on Patient Safety Culture. Value İn Health, 17(7), A796-A797.

126. Öztaş, S. (2014). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetim Sistemleri Ve Akreditasyon Çalışmaları Analizi, Atılım Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

127. Rençber, S. Y. ve Ceylan, A. (2024). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısı: Kamu Hastane Ve Özel Hastanesi Karşılaştırması (Batman İli Örneği). *Mas Journal of Applied Sciences*, 9(1), 178-186.

128. Ulrich, B. ve Kear, T. (2014). Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456.

129. Eraslan, N. (2022). Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkisinin İncelenmesi.

130. Bölükbaşi, F. B. (2019). Hekim Ve Hemşirelerde İş Tatmini İle Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

131. Balçik Akman, A. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Istanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

132. Bektemür, G. (2018). İç Girişimciliğin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Bir Özel Hastane Uygulaması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(3), 161-177.

133. Emül, E. ve Demirel, E. T. (2018). Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Elâzığ Örneği. *Electronic Turkish Studies*, 13(7).

134. Ebik, G. E. (2017). Hemşirelikte Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi, Okan Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

135. Öztürk, H. ve Akyürek, Ç. E. (2024). Hemşirelerin Kimlik Doğrulama Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Bir Kamu Üniversitesi Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi,* 10(1), 15-25.

136. Özlük, B. ve Çakır, M. Hasta Güvenliğine Bir Bakış: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 33(1), 98-105.

137. Datpınar, M. ve Torun, N. (2023). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Farkındalıkları: Güçlü Ve Zayıf Yönleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(2), 145-153.

138. Er, M. N. ve Saydamlı, H. Ş. (2023). Hasta Güvenlik Kültürünün Hemşireler Tarafından Algılanması: Özel Bir Hastane Örneği. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 6(3), 165-179.

139. Erdem, M. (2023). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Hakkındaki Algılarının Belirlenmesi, İzmir Ekonomi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

140. Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K. ve Sermeus, W. (2013). The Rn4cast Consortium. Nurses' Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care İn 12 Countries İn Europe. *International Journal of Nursing Studies,* 50, 143–53.

141. Acency for Healthcare Research and Quality (Ahrq). (2014). Patient Safety Culture. Erişim: 09.10.2015. Https://Psnet.Ahrq.Gov/Primers/Primer/5.

142. Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., As, T. ve Et Al. (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 9(1), 9-15.

143. Soylu Y. ve İleri H. (2010) Hastanelerde Stratejik Yönetim Uygulamaları Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 13(1-2): 79-96

144. Top M. ve Tekingündüz S. (2015) Patient Safety Culture İn A Turkish Public Hospital: A Study of Nurses' Perceptions About Patient Safety. *Systemic Practice Action Research* 28: 87-110.

145. Sütcü, N. (2019). Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi. Marmara Üniversitesi.

146. Bayer, E. ve Çevik, G. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Bir Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 22(3), 653-676.

147. Çelen, Ö., Teke, A. ve Cihangiroğlu, N. (2014). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Düzeylerinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi,* 56 (2): 85-92.

148. Ercan B., (2019). Hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürüne etkisi, Koç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

149. Bernard, H.R. (2000)., Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches, *Sage Publications*, 285-311, California.

150. Erdoğan, A. (2015). İstatistikî Metodlar ve Matematik Modeller. İstanbul: DER Yayınları.

151. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Erişim Tarihi: 24.05.2024.

152. Bodur, S.ve Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish versionof hospital survey on patient safety culture and perception ofpatient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health ServicesResearch*. 10 (1), 28-36.

153. Ginsburg, L., Gilin, D., Tregunno, D., Norton, P.G., Flemons, W. ve Fleming, M. (2009). Advancing measurement of patient safety culture, *HSR: Health Service Research,* 44 (1): 205-224.

154. Yıldız, E. ve Seren İntepeler, Ş. (2024). Cerrahi Ekiplerde Ekip Çalışması Tutumunun İş Doyumu ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 134-147.

155. Balcı, B. (2023). Ameliyathane Çalışanlarının Ekip Çalışmasına Ilişkin Görüşlerinin Belirlenmesi: Nitel Bir Çalışma, Namık Kemal Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

156. Leong P, Afrow J, Weber HP. ve Howell H. (2008) Attitudes toward patient safety standards in U.S. dental schools: a pilot study. J Dent Educ; 72:431.

157. Carrasco, E. E., Álvarez-Hernandez, Luis Peralta P., María ve Aceves-González, Carlos. (2024). Patient safety climate research in primary care dentistry: A systematic scoping review. *Journal of Public Health Dentistry.*

158. Demir, A.K. ve Ulusoy, H. (2023). Bir Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin ve Diş Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Turizm Dergisi*, 8(1), 1-16.

159. Kim, A. ve Lee, H. (2022). Ameliyathane Hemşirelerinde Ekip Çalışmasının ve İş Tükenmişliğinin Hasta Güvenliği Yönetimi Faaliyetlerine Etkisi. *Kore Hemşirelik Yönetimi Akademisi Dergisi*, 28 (5).

160. O'Leary, K. J., Manojlovich, M., Johnson, J. K., Estrella, R., Hanrahan, K., Leykum, L. K. ve Williams, M. V. (2020). A multisite study of interprofessional teamwork and collaboration on general medical services. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 46(12), 667-672.

161. Düzgün F, Uzelli Yılmaz D, Karaman D. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *J Contemp Med*. 9(1), 32-36.

162. Türe Yılmaz A. ve Yıldırım A. (2018). Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *JAcad Soc Sci*, 67(67):40-52.

163. Manser T. (2008). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53, 2:143-51.

164. Özmen, S. ve Başol, O. (2010) "Hasta güvenliği kültürü: Bursa"da özel bir hastane uygulama örneği", II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 81-97.

165. Karahan, A. (2008). "Hastanelerde Takım Halinde Öğrenme", *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 10 (*2):* 237-255.

166. Çelik, G. ve Öztürk, Z. (2021). Sağlikta Kalite Yönetimi Bağlaminda Çalişanlarin Hasta Ve Çalişan Güvenliği Kültürü Algisi: Özel Hastane Ve Kamu Hastanesi Karşilaştirmasi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 9(*1),* 51-86.

167. Ertürk, C., Dönmez, P. ve Özmen, D. (2016). Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32*(1*), 19-33.

168. Erdağı S. ve Özer N. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalişan Hemşirelerin Çalişma Ortamlarinin, Hasta Güvenliği Kültürü Algilarinin Ve Tükenmişlik Durumlarinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 18(*2*):94-106.

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.02.2024-25994

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 16.02.2024
Toplantı Sayısı : 2024/2
Karar Sayısı : 2/30

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU'nun sorumlu, Öznur YILMAZ'ın yardımcı araştırmacı olduğu 24/130 kayıt numaralı ***"Ekip Çalışması Etkinliğinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi"*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 16.02.2024 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Papatya KELEŞ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇİKLER
Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hasan DEMİRCİ
Öğretim Üyesi

21.02.2024 Memur

Feyzanur SEZGİN

Evrakı Doğrulamak İçin : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BSPL4RSZAE&eS=25994

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Doç. Dr. Ali Arslanoğlu danışmanlığında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yüksek Lisans Öğrencisi Öznur Yılmaz'ın yüksek lisans tez çalışması kapsamında yürütülen 'Ekip Çalışması Kültürünün Hasta Güvenliği Kültürü Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma sonucunda ileride yapılacak müdahalelerde önleyici stratejilerin gelişmesine katkıda bulunacak ve literatür için yol gösterici olacaktır. Araştırmacı tarafından kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Araştırmanın amacına ulaşabilmesi, sizlerin sorulara vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır. Bu nedenle her soruyu özenle cevaplamanız bizim için çok önemlidir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılma durumunuzda, size ait veriler çıkarılacak ve imha edilecektir. Araştırmadan elde edilecek bilgilerin araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız herhangi bir risk teşkil etmemektedir. Soruları cevaplamayı arzu etmediğiniz takdirde istediğiniz aşamada herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilginin dışında şimdi veya daha sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Gönüllü Katılımcı	**Araştırmacı**
İmza	**Imza**

Anket Formu

1. Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

2. Medeni Durumunuz

1. Evli 2. Bekar

3. Yaşınız

……..

4. Görevde Hizmet Süreniz

……..

5. Göreviniz

1. Diş Hekimi 2. Hekim Asistanı 3. Ağız Diş Sağlığı Teknikeri
4. Diğer…….....

6. Çalıştığınız Sektör

1. Özel 2. Kamu

EK-3. Ekip Çalışması Etkinliği Ölçeği

EKİP ÇALIŞMASI ETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Çalışanlar, Anabilim/Bilim Dalımızın amaç ve hedeflerini bilirler.					
Anabilim/Bilim Dalımızın çalışanları, kaliteli sağlık hizmeti vermek için ne yapmaları gerektiğini çok iyi bilirler.					
Anabilim/Bilim Dalımızın hedefleri ve değerleri, çalışanların hedefleri ve değerleri ile uyumludur.					
Anabilim/Bilim Dalımızın hedefleri, hastanenin hedefleriyle uyumludur.					
Anabilim/Bilim Dalımızın çalışanları, kendi alanları ile ilgili bilgileri diğer çalışanlarla paylaşırlar.					
Anabilim/Bilim Dalımızın çalışanları, ekip birliği ve ruhu ile hareket etme kabiliyetine sahiptirler.					
Bu Anabilim/Bilim Dalında, karşılıklı anlayış ve saygıya dayalı iyi bir iletişim vardır.					
Anabilim/Bilim Dalımızda ekip ruhunu geliştirecek aktivitelere (başarılı faaliyetlerin kutlanması, sosyal içerikli toplantılar vs.) önem verilmektedir.					
Bu Anabilim/Bilim Dalı çalışanları düşünce ve duygularını çekinmeden ifade edebilirler.					
Çalıştığım Anabilim/Bilim Dalında ortaya çıkan problemler çeşitli mekanizma ve metodlar kullanılarak çözülür.					
Bu Anabilim/Bilim Dalında yaratıcılık veya risk alma becerisi yüksektir.					
Emniyetli çalışma, bu Anabilim/Bilim Dalında yüksek öncelikli konulardandır.					
Anabilim/Bilim Dalımızın çalışanları, işlerin yürütülmesi ve problemlerin çözülmesinde hastanenin diğer birimleri ile tam bir işbirliği içerisindedir.					
Anabilim/Bilim Dalımızın çalışanları arasında görev dağılımları ve iş tanımları net olarak belirlenmiştir.					
Anabilim/Bilim Dalımızda gelişme ve ilerleme olanakları teşvik edilir.					
Yaptığım işin veya burada çalışıyor olmamın Anabilim/Bilim Dalımıza katkı sağladığını düşünüyorum.					
Anabilim/Bilim Dalımızın çalışanları, çok yönlü ve esnek beceri ve yeteneklere sahiptirler.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım, çalışanların Anabilim/Bilim Dalına katkı sağlamaya yönelik görüşlerine değer verir.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım değişen koşullara veya durumlara uygun hareket eder.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım otoritesi ve gücünü, yönlendirme, etkileme ve işbirliğini gerçekleştirmek için kullanır.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım, çalışanların farklı ihtiyaçlarına karşı yeterince duyarlıdır.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım, ekip olarak performansımızı izler ve değerlendirir.					

EK-4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

HASTzA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Bu hastanede hasta güvenliği öncelikli bir konudur.					
Hastane yönetimi, hasta bakımıyla ilişkili risk faktörlerine büyük önem vermektedir.					
Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştiren bir ortam sunmaktadır.					
Çalışanlarımız, zamandan kazanmak için hasta güvenliğini tehlikeye atacak şeyler yapmazlar.					
Sağlık hizmeti hatalarının, tedavi ettiğimiz hastalar için önemli bir risk oluşturduğuna inanıyorum.					
Sağlık hizmeti hatalarının rapor edildiğine inanıyorum.					
Çalıştığım Anabilim/Bilim Dalında hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif çalışmalar yapılmaktadır.					
Bu Anabilim/Bilim Dalında yapılan tıbbi hatalardan ders alınmaktadır.					
Ölüm veya kalıcı hasarla sonuçlanan önemli olaylardan öğrenilen tecrübeler, çeşitli yollarla (hizmet içi toplantılar, broşür, e-mail vs.) tüm Anabilim/Bilim Dalı çalışanları ile paylaşılmaktadır.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım hasta güvenliğine ilişkin problemleri kontrol altına alır.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım, hasta güvenliği prosedürlerine uygun yapılan çalışma ve işleri teşvik eder.					
Anabilim/Bilim Dalı Başkanım hasta güvenliğini geliştirmek için personelin önerilerini dikkate alır					
Bu Anabilim/Bilim Dalında hasta güvenliğine ilişkin problemlerin rapor edilmesi için resmi bir süreç izlenmektedir.					
Bir hasta güvenliği problemini rapor edersem, bu durum aleyhime kullanılmaz.					
Eğer önemli sonuçlar doğuran bir hata yaparsam, bu fark edilmese dahi, bu konuyu ilgili makamlara bildiririm.					