

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI

**TAKIM ETKİNLİĞİNDE MESLEKLER ARASI İŞ BİRLİĞİ VE ÇATIŞMANIN
ROLÜ**

Doktora Tezi

BAHRİYE TERLEMEZ

İSTANBUL, 2022

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI

**TAKIM ETKİNLİĞİNDE MESLEKLER ARASI İŞ BİRLİĞİ VE ÇATIŞMANIN
ROLÜ**

Doktora Tezi
BAHRİYE TERLEMEZ

Danışman: PROF. DR. HAVVA İNCİ ERDEM ARTAN

İSTANBUL, 2022

GENEL BİLGİLER

İsim ve Soyisim : Bahriye TERLEMEZ
Anabilim Dalı : İşletme
Programı : Yönetim ve Organizasyon
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Havva İnci ERDEM ARTAN
Tez Türü ve Tarihi : Doktora – Haziran 2022
Anahtar Kelimeler : Ekip Çalışması, Meslekler Arası İş Birliği, Çatışma Yönetimi, Ölçek Uyarlama, Hastane Hasta Güvenliği Kültürü, Örgütsel Dayanıklılık,

ÖZET

TAKIM ETKİNLİĞİNDE MESLEKLER ARASI İŞ BİRLİĞİ VE ÇATIŞMANIN ROLÜ

Bu araştırmada, sağlık uzmanlarının hastane hasta güvenliği kültürü ile ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının rolü incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın evreni, yoğun uzmanlık bilgisi ile yüksek teknolojinin kullanıldığı ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu bir Üniversite Hastanesinde görevli sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Veriler anket yöntemi kullanılarak toplanmış, araştırmanın amacına uygun olarak oluşturulan araştırma modeli ve hipotezleri tanımlayıcı araştırma yönteminde anket tekniği kullanılarak ölçümlenmiş, nicel tekniklerle analiz edilmiştir. Bu araştırma kapsamında Türkçeye uyarlanan Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Bulgulara göre; çatışma yönetim tarzları değişkeninin hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık değişkenleri ile ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık değişkenleri arasında aracı değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Meslekler arası ekip iş birliği değişkeninin hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık değişkenleri ile ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık değişkenleri arasında aracı değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Bahriye TERLEMEZ
Field : Business Administration
Programme : Management and Organization
Supervisor : Professor Havva İnci ERDEM ARTAN
Degree Awarded and Date : Doctorate (PhD) – June 2022
Keywords : Teamwork, Interprofessional Collaboration, Conflict Management, Scale Adaptation, Hospital Patient Safety Culture, Organizational Resilience

ABSTRACT

THE EFFECT OF INTERPROFESSIONAL COLLABORATION AND CONFLICT ON THE TEAM EFFICIENCY

The purpose of this research is to examine the role of interprofessional team collaboration and conflict management styles in the effect of hospital patient safety culture and teamwork attitudes of a healthcare professional on organizational resilience. The population of the research is healthcare professionals working in a University Hospital. Which provides tertiary healthcare services, using intense expertise and high technology. The data were collected using the survey method, and the models and hypotheses formed in accordance with the purpose of the research were measured with the descriptive research method and survey technique and analyzed with quantitative methods. It was determined that the Interprofessional Team Collaboration Assessment Scale, which was adapted into Turkish within the scope of this research, is a valid and reliable scale. According to the findings; it has been concluded that the conflict management styles variable was the mediator variable between the hospital patient safety culture and organizational resilience variables, and the teamwork attitudes and organizational resilience variables. It has been concluded that the interprofessional team collaboration variable is a mediating variable between the hospital patient safety culture and organizational resilience variables, and teamwork attitudes and organizational resilience variables.

ÖNSÖZ

Doktora tez araştırmam öncesinde ve sırasında tavsiyeleriyle yoluma ışık tutan tez danışmanım kıymetli Hocam Prof. Dr. Havva İnci ERDEM ARTAN'a her daim yanımda olduğu için en içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Tez izleme süreçlerinde yardımlarını esirgemeyen, desteklerini hissettiğim Prof. Dr. Deniz BÖRÜ ve Prof. Dr. İlknur ÖZALP TÜRETGEN'e, tez savunma jürime vermiş oldukları katkılardan dolayı Prof. Dr. Gönen DÜNDAR ve Prof. Dr. Bige AŞKUN YILDIRIM'a gönülden teşekkür ederim.

Doktora eğitim sürecime değerli katkılarını sunan Marmara Üniversitesi İşletme Fakültesinin kıymetli Hocalarına; ayrıca bugüne kadarki tüm eğitim-öğretim yolculuğumun her adımında bana yol gösteren tüm hocalarıma ve öğretmen minnetimi sunarım.

Doktora ders süreci ve tez aşamamdaki uzun ve meşakkatli yolda desteklerini hissettiğim; sabır ve sevgiyle yanımda olan ailemin her bir bireyine; hem çalışma arkadaşı hem de ailemin üyesi olarak gördüğüm, varlığına minnettar olduğum Öğr. Gör. Dr. Ersin KOCAMAN'a, her konuda destekleriyle yanımda olan çalışma arkadaşlarım Öğr. Gör. Adnan BAÇ ve Öğr. Gör. Kaan DEMİROĞLU'na çok teşekkür ederim. İyi ki hayatımdasınız ve varlığınızla hayatımı anlamlı kılmaktasınız.

Ömür boyu bir ekip olmalarını umut ettiğim minik yeğenlerim Ayşe Nil, Ece ve Can'a ithaf ettiğim tez çalışmamın ilgilenenlere yardımcı olması, akademiye ve uygulayıcılara katkısı olması dileklerle.

Bahriye TERLEMEZ

İstanbul, 2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

GENEL BİLGİLER	i
ÖZET	i
GENERAL KNOWLEDGE	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
GRAFİKLER LİSTESİ	xiv
EKLER LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı.....	1
1.2. Tezde Uygulanan Yöntem.....	11
1.3. Araştırmanın Literatüre Katkısı.....	12
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	15
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Etkinliği.....	15
2.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramları.....	15
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Etkinliği Modellerinin Değişimi	17
2.2. Ekip Çalışması Tutumları	32
2.2.1. Sağlık Hizmetleri Ekibi	32
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması Yetkinlikleri	33
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü	41
2.3.1. Hasta Güvenliği Kavramı	41
2.3.1.1. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Uygulamalar ve Tıbbi Hatalar	42
2.3.1.2. Hasta Güvenliği Olayları ve Tıbbi Hatalarla İlgili Veriler.....	45
2.3.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Hasta Güvenliği Uygulamaları.....	48
2.3.1.1. Güvenlik-I ve Güvenlik-II	55
2.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü.....	59
2.4. Meslekler Arası İş birliği	64
2.4.1. Sağlık Hizmetleri Ekibi Etkileşim Modelleri	64
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası Uygulamalar.....	66
2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası Ekip Çalışması	70
2.4.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası İş Birliği	72
2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası Eğitim ve Uygulama Yetkinlikleri.....	79

2.5. Çatışma Yönetimi	83
2.5.1. Çatışma Kavramı	83
2.5.1.1. Çatışma Süreci.....	84
2.5.1.2. Çatışma Türleri.....	85
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Kaynakları, Sonuçları ve Yönetimi	86
2.5.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Kaynakları	88
2.5.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Sonuçları.....	89
2.5.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Yönetimi.....	91
2.6. Örgütsel Dayanıklılık	98
2.6.1. Örgütsel Dayanıklılık Kavramı	98
2.6.1.1. Örgütsel Dayanıklılık ile İlişkili Kavramlar.....	101
2.6.1.2. Örgütsel Dayanıklılık Boyutları	103
2.6.1. Örgütsel Dayanıklılık Yönetimi	105
2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Dayanıklılık-I ve Dayanıklılık-II.....	108
3. KURAMSAL ÇERÇEVE	119
3.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması Tutumları Konusu ile İlgili Araştırmalar	119
3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Konusu ile İlgili Araştırmalar.....	121
3.3. Meslekler Arası İş Birliği Konusu ile İlgili Araştırmalar	123
3.4. Çatışma Yönetimi Konusu ile İlgili Araştırmalar	125
3.5. Örgütsel Dayanıklılık Konusu ile İlgili Araştırmalar	127
4. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	130
4.1. Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık.....	130
4.2. Hasta Güvenliği Kültürü ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği	133
4.3. Meslekler Arası İş Birliği ve Örgütsel Dayanıklılık	137
4.4. Hasta Güvenliği Kültürü ve Çatışma Yönetim Tarzları.....	140
4.5. Çatışma Yönetim Tarzları ve Örgütsel Dayanıklılık	143
4.6. Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık.....	146
4.7. Ekip Çalışması Tutumları ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği	149
4.8. Ekip Çalışması Tutumları ve Çatışma Yönetim Tarzları.....	153
5. YÖNTEM	158
5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	158
5.2. Araştırmanın, Sınırlılıkları, Varsayımları ve Etik Yönü.....	162
5.2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	162
5.2.2. Araştırmanın Varsayımları	162
5.2.3. Araştırmanın Etik Yönü	163
5.3. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	163

5.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	164
5.5.	Araştırmanın Veri Toplama Yöntem ve Araçları	165
5.6.	Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analiz Yöntemi	167
6.	BULGULAR	169
6.1.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	169
6.2.	Araştırmanın Veri Toplama Araçları Olan Ölçeklere Ait Bulgular	171
6.2.1.	Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması (MAEI)-(T-AITCS-II)	171
6.2.2.	Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Güvenirlik ve DFA Analizi-(HHGK)	181
6.2.3.	Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği Güvenirlik ve DFA Analizi- (OD)	185
6.2.4.	Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Güvenirlik ve DFA Analizi-(ECT)	187
6.2.5.	Örgütsel Çatışma Envanteri Güvenirlik ve DFA Analizi-(OC)	190
6.3.	Araştırma Değişkenlerine İlişkin Ortalama, Standart Sapma, CR, AVE ve Korelasyon Analizi Bulguları.....	193
6.4.	Normallik Testi Bulguları.....	195
6.5.	Araştırma Modeline Ait Bulgular	197
6.5.1.	H ₁ : Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.	197
6.5.2.	H ₂ : Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.	203
6.5.3.	H ₃ : Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.	208
6.5.4.	H ₄ : Ekip Çalışması Tutumlarının Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.	213
	Ek Analiz 1: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisinin İncelenmesi	219
	Ek analiz 2: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır. ..	224
6.6.	Araştırmanın Değerlendirilmesi ve Tartışma	229
7.	SONUÇ VE ÖNERİLER	236
7.1.	Sonuç.....	236
7.2.	Öneriler	237
7.2.1.	Uygulamaya Yönelik Öneriler	237
7.2.2.	Araştırmacılara Yönelik Öneriler	240
	KAYNAKÇA	214
	EKLER	238

KISALTMALAR LİSTESİ

ABC	Tutum-Davranış-Biliş
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AHRQ	Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi Ajansı
BSI	İngiliz Standartları Enstitüsü
CIHC	Kanada Meslekler Arası Sağlık İşbirliği
COVID-19	Yeni Koronavirüs Hastalığı
CRM	Ekip kaynak yönetimi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
ECT	Ekip Çalışması Tutumlarının
GPSC	Küresel Hasta Güvenliği İş birliği
HHGK	Hastane Hasta Güvenlik Kültürü
IMOİ	Girdi-Süreç-Çıktı-Geribildirim
IOM	Tıp Enstitüsü
IPC	Meslekler Arası İş birliği
IPCP	Meslekler Arası İşbirlikçi Uygulama
IPE	Meslekler Arası Eğitim
IPEC	Meslekler Arası Eğitim İş birliği
IPO	Girdi-Süreç-Çıktı (Input-Process-Outcome)
ISO	Uluslararası Standardizasyon Örgütü
ITC	Meslekler Arası Ekip İş birliği
JCI	Uluslararası Ortak Komisyon
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KMO	Kaiser Meyer Olkin
KSA	Biliş-Beceri-Tutum
LfE	Mükemmellikten Öğrenme
MAEI	Meslekler Arası Ekip İş Birliği
MTS	Çok Ekipli Sistem
NTS	Teknik Olmayan Beceri
NPSA	Birleşik Krallık Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu
NPSF	Amerika Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı
OC	Çatışma Yönetim Tarzları
OD	Örgütsel Dayanıklılık

OECD	Uluslararası Kalkınma ve İş birliği Örgütü
PSC	Hasta Güvenliği Kültürü
RE	Dayanıklılık Mühendisliği
RHC	Dayanıklı Sağlık Hizmetleri
SKS	Sağlıkta Kalite Sistemi
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik Programı
T-AITCS-II	Türkçe Meslekler Arası Ekip İşbirliği Ölçeği
TDK	Türk Dil Kurumu
TeamSTEPPS	Performans ve Hasta Güvenliğini Artırıcı Ekip Stratejileri ve Araçları
UHC	Evrensel Sağlık Kapsamı
vb.	ve benzeri
vd.	ve diğerleri
WAI	Work-As Imagined
WAD	Work as Done
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1.1: Ekip Etkinliğine Konusuna İlişkin Belli Başlı Araştırmalar.....	1
Tablo 1.2: Sağlık Hizmetlerinde Ekip Etkinliği Konusuna İlişkin Belli Başlı Araştırmalar	4
Tablo 2.1: Yazarlara Göre Meslekler Arası Uygulama Biçimleri.....	69
Tablo 2.2: IPEC Meslekler Arası İş birlikçi Uygulama Yetkinlikleri.....	81
Tablo 2.3: CIHC Meslekler Arası İşbirlikçi Uygulama Temel Yetkinlik Alanları.....	81
Tablo 3.1: Sağlık Hizmetleri Ekipleri ve Ekip Çalışması Konusu ile İlgili Araştırmalar	119
Tablo 3.2: Hasta Güvenliği Konusu ile İlgili Araştırmalar	121
Tablo 3.3: Meslekler Arası İş Birliği Konusu ile İlgili Araştırmalar	123
Tablo 3.4: Çatışma Yönetimi Konusu ile İlgili Araştırmalar	125
Tablo 3.5: Örgütsel Dayanıklılık Konusu ile İlgili Araştırmalar	128
Tablo 4.1: Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmalar..	130
Tablo 4.2: Hasta Güvenliği Kültürü ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmalar	134
Tablo 4.3: Meslekler Arası İş Birliği ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmalar	137
Tablo 4.4: Hasta Güvenliği Kültürü ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi İle İlgili Araştırmalar	141
Tablo 4.5: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmalar	146
Tablo 4.6: Ekip Çalışması Tutumları ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmalar	149
Tablo 4.7: Ekip Çalışması Tutumları ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi ile İlgili Araştırmalar	154
Tablo 5.1: Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Özet Bilgiler Tablosu.....	166
Tablo 5.2: Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum İndeksi Kriterleri	168
Tablo 6.1: Açıklayıcı Faktör Analizi İçin Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	169
Tablo 6.2: Araştırma Modeli/DFA Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	170
Tablo 6.3: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeğine İlişkin Madde İstatistikleri	175
Tablo 6.4: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeğinin Korelasyon Değerleri.....	177
Tablo 6.5: Tablo Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum İndeksleri Sınırlılıkları ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeğinin Uyum İndeksi Değerleri.....	179
Tablo 6.6: Meslekler Arası Ekip İş Birliği İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu.....	180
Tablo 6.7: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Türkçe Formuna İlişkin Güvenirlik Düzeyleri	180
Tablo 6.8: Hastane Hasta Güvenlik Kültürüne İlişkin Güvenirlik Düzeyleri	182
Tablo 6.9: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü Ölçeği Uyum İndeksi Kriteri Bulguları	184
Tablo 6.10: Hastane Hasta Güvenlik Kültürüne İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu.....	184
Tablo 6.11: Örgütsel Dayanıklılığa İlişkin Güvenirlik Düzeyleri.....	185
Tablo 6.12: Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları	186

Tablo 6.13: Örgütsel Dayanıklılığa İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu.....	187
Tablo 6.14: Ekip Çalışması Tutumlarına İlişkin Güvenirlilik Düzeyleri	188
Tablo 6.15: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Uyum İndeksi Kriteri Bulguları	190
Tablo 6.16: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğine İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu	190
Tablo 6.17: Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeğine İlişkin Güvenirlilik Düzeyleri	191
Tablo 6.18: Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları	193
Tablo 6.19: Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeğine İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu.....	193
Tablo 6.20: Araştırma Kapsamında İncelenen Merkezi Eğilim Ölçümleri Sonucu Elde Edilen Verilerin Dağılımına İlişkin Bulgular	195
Tablo 6.21: K-S Testi Sonucu Araştırma Kapsamında Verilerin Dağılımına İlişkin Bulgular	196
Tablo 6.22: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri	201
Tablo 6.23: Araştırmanın Birinci Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, t-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri	201
Tablo 6.24: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri	207
Tablo 6.25: Araştırmanın İkinci Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, t-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri	207
Tablo 6.26: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri.....	212
Tablo 6.27: Araştırmanın Üçüncü Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, T-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri	212
Tablo 6.28: Ekip Çalışması Tutumlarının Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri.....	217
Tablo 6.29: Araştırmanın Dördüncü Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, t-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri	217
Tablo 6.30: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri.....	223
Tablo 6.31: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri.....	227

Şekil 2.1: Girdi-Süreç-Çıktı (Input-Process-Outcome-IPO) - Ekip Etkinliği Çerçevesi	19
Şekil 2.2: Girdi-Aracı-Çıktı-Geribildirim (Input-Mediator-Outcome-IMOI)	21
Şekil 2.3: Girdi-Aracı-Çıktı-Geribildirim (Input-Mediator-Outcome-IMOI)	24
Şekil 2.4: Etkin Ekip Çalışmasında Büyük Beş Modeli	25
Şekil 2.5: Sağlık Hizmetlerinin Çok Ekipli Sistem (MTS) ve Etkinliği.....	26
Şekil 2.6: Kanseri Tedavisi MTS Etkinlik Modeli Örneği	27
Şekil 2.7: Çok Ekipli Sistemlerde Yer Alan Ekip Çalışmasının Organizasyon Çerçevesi ve Çok Ekipli Sisteminin Etkinliğine Katkıda Bulunan Temel Bileşenler.....	28
Şekil 2.8: Ekip Bileşimi, Yapısal Özellikler, Aracı Mekanizmalar, Dış Etkiler ve Etkileşimi ..	29
Şekil 2.9: Kapsamlı Ekip Etkinliği Çerçevesi	30
Şekil 2.10: Ekip Çalışmasının ABC'si: Yetkinlikler.....	35
Şekil 2.11: Teknik Olmayan Beceriler ve EKY Temel İlkeleri.....	37
Şekil 2.12: Ekip Çalışması Eğitiminin TeamSTEPPS Modeli	38
Şekil 2.13: Hasta Güvenliği Olaylarını Derecelendirmek İçin Zararın Ciddiyet Düzeyleri.....	43
Şekil 2.14: 2021-2030 Hasta Güvenliği Küresel Eylem Planı Genel Çerçevesi	51
Şekil 2.15: 2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı Eylem Çerçevesi 7x5 Matrisi	52
Şekil 2.16: Sağlıkta Kalite Sistemi (SKS) Hastane Hedefleri	53
Şekil 2.17: SKS 6.0'a Göre Güvenli Hastane Bileşenleri.....	54
Şekil 2.18: Güvenlik Kültürünün Gelişimi	60
Şekil 2.19: Sağlık Hizmetleri Ekip Modelleri	64
Şekil 2.20: Meslekler Arası Uygulama Biçimleri.....	67
Şekil 2.21: Meslekler Arası Ekip Çalışmasını Anlamak İçin Kavramsal Bir Çerçeve.....	71
Şekil 2.22: Meslekler Arası İş Birliği Alanları.....	75
Şekil 2.23: Sağlık Hizmetleri Meslekler Arası Bakım Modeli.....	77
Şekil 2.24: Meslekler Arası İş Birliklerini Etkileyen Faktörler.....	78
Şekil 2.25: Meslekler Arası Eğitim ve İşbirlikçi Uygulama Alanı Olarak Mesleklerarasılık	79
Şekil 2.26: Meslekler Arası Eğitim ve İşbirlikçi Uygulama İçin Eylem Çerçevesi	80
Şekil 2.27: Çatışma Türleri ve Sınıflandırılması	85
Şekil 2.28: Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Çerçevesi: Bireysel, Bireyler Arası, Örgütsel Düzeyde Çatışmanın Kaynakları, Sonuçları ve Çatışma Yönetim Tarzları.....	88
Şekil 2.29: Çatışma Yönetim Süreci.....	91
Şekil 2.30: Bireyler Arası Çatışma Yönetim Tarzları.....	92
Şekil 2.31: Bireyler Arası Çatışma Yönetim Tarzlarının Sorun Çözme ve Pazarlık Boyutları..	94
Şekil 2.32: Sağlık Hizmetlerinde Meslekler İçi ve Meslekler Arası Çatışma Çerçevesi: Bireysel, Bireyler Arası, Örgütsel Düzeyde Çatışmanın Kaynakları, Sonuçları ve	96

Şekil 2.33: Örgütsel Dayanıklılığın İçeriden Kavramsallaştırılması	104
Şekil 2.34: Örgütsel Dayanıklılık Üzerine Bütünleştirilmiş Bir Model	104
Şekil 2.35: Örgütsel Dayanıklılık Yönetimi Döngüsü.....	105
Şekil 2.36: Dayanıklılık Mühendisliği Modelinin Uygulanmasına İlişkin Kavramlar	112
Şekil 2.37: Dayanıklı Sağlık Hizmeti İçin On C Modelinde Uyum	115
Şekil 4.1: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri.....	133
Şekil 4.2: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri.....	136
Şekil 4.3: Meslekler Arası İş Birliği ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri.....	139
Şekil 4.4: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri.....	143
Şekil 4.5: Ekip Çalışması ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri	148
Şekil 4.6: Ekip Çalışması ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri.....	152
Şekil 4.7: Ekip Çalışması Tutumları ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri.....	156
Şekil 5.1: Araştırma Teorik Modelleri ve Hipotezlerinin Gösterimi.....	164
Şekil 5.2: Aracılık Modelleri Aşamaları.....	168
Şekil 6.1: Ölçek Uyarlama Adımları	172
Şekil 6.2: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeği'nin DFA Path Diyagramı	178
Şekil 6.3: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı..	183
Şekil 6.4: Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı	186
Şekil 6.5: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı.....	189
Şekil 6.6: Çatışma Yönetim Tarzları Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı	192
Şekil 6.7: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli	198
Şekil 6.8: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1).....	198
Şekil 6.9: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü, Örgütsel Dayanıklılık ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkenlerinin Bulunduğu Modelin Test Edilmesi (Model 2)	199
Şekil 6.10: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değişkenin Aracılık Rolü (Model 3)	200
Şekil 6.11: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları.....	202
Şekil 6.12: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli	203

Şekil 6.13: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1).....	204
Şekil 6.14: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü, Örgütsel Dayanıklılık ve Çatışma Yönetimi Değişkenin Bulunduğu Modelin Test Edilmesi (Model 2)	205
Şekil 6.15: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi Tarzları Değişkenin Aracılık Rolü (Model 3).....	206
Şekil 6.16: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Çatışma Yönetim Tarzları Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları	208
Şekil 6.17: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli	209
Şekil 6.18: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)	209
Şekil 6.19: Ekip Çalışması Tutumu, Örgütsel Dayanıklılık ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Modelin Test Edilmesi (Model 2).....	210
Şekil 6.20: Ekip Çalışması Tutumunun Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkenin Aracılık Rolü (Model 3)	211
Şekil 6.21: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları	213
Şekil 6.22: Ekip Çalışması Tutumlarının Çatışma Yönetimi Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli	214
Şekil 6.23: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)	214
Şekil 6.24: Ekip Çalışması Tutumu, Örgütsel Dayanıklılık ve Çatışma Yönetim Tarzları Modelinin Test Edilmesi (Model 2).....	215
Şekil 6.25: Ekip Çalışması Tutumunun Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi Değişkenin Aracılık Rolü (Model 3).....	216
Şekil 6.26: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Çatışma Yönetim Tarzları Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları	218
Şekil 6.27: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş birliği ve Çatışma Yönetimi Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli.....	219
Şekil 6.28: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1).....	220
Şekil 6.29: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü, Örgütsel Dayanıklılık, Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Modelinin Test Edilmesi (Model 2).....	221
Şekil 6.30: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İş birliği Değişkenlerinin Aracılık Rolü (Model 3)	222
Şekil 6.31: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği ile Çatışma Yönetim Tarzları Değişkenlerinin Aracı Rolüne Ait Analiz Sonuçları.....	223
Şekil 6.32: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş birliği ve Çatışma Yönetimi Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli	224

Şekil 6.33: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)	225
Şekil 6.34: Ekip Çalışması Tutumu, Örgütsel Dayanıklılık, Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İşbirliği Modelinin Test Edilmesi (Model 2)	226
Şekil 6.35: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İş birliği Değişkenlerinin Aracılık Rolü (Model 3).....	227
Şekil 6.36: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği ile Çatışma Yönetim Tarzları Değişkenlerinin Aracı Rolüne Ait Analiz Sonuçları	228



GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No.

Grafik 6.1: Meslekler Arası İş Birliği Ölçeği'ne Ait Yamaç-Birikinti Grafiği..... 176



EKLER LİSTESİ

Ek 1: Ölçek Kullanma İzin Belgeleri

Ek 2: Etik Kurul Onay Belgeleri

Ek 3: Kurum İzin Belgesi

Ek 4: Anket Formu

Ek 5: Değişkenlere İlişkin Veri Tablosu

Ek 6: Özgeçmiş



1. GİRİŞ

Araştırmanın bu bölümünde sırasıyla; araştırma konusu ve amacı açıklanmış, araştırma konusu ile ilgili araştırmalar gözden geçirilmiş, araştırma yöntemi hakkında bilgi verilmiş ve tezin literatüre olan katkısına değinilmiştir.

1.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

1999 yılında Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine (IOM)) “insan hatadır” (To Err is Human) adında bir rapor yayımlamış ve tıbbi hata hakkında istatistikler ortaya çıkarılmıştır. Bu rapora göre yıllık 98.000 civarında hasta ölümünün sebebi, tıbbi hata kaynaklıdır (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 1999). Sağlık profesyonellerinden oluşan sağlık ekibinin etkinliğindeki eksiklikler, koordinasyon, iş birliği ve iletişim eksikleri raporun en çok üzerinde durduğu konular arasında yer almaktadır (Battles vd. 2010). Günümüzde sağlık hizmetlerini nitelikli bir şekilde sunabilme; alanında uzman olan sağlık profesyonelleri ve birbirleriyle ekip anlayışı doğrultusunda çalışmayı başaran sağlık profesyonelleri sayesinde sağlanabilmektedir (Baykal, 2010: 39). İç içe geçmiş yapısı, yoğun uzmanlık gerektirmesi, ani ve büyük çaplı durumlara uyum gerektirmesi ve tüm bu durumlara ekip olarak hazır olması gerekli olan sağlık hizmetleri alanında ekip etkinliği konusu oldukça önem arz etmektedir. Ekiplerin etkinliğinin tek bir faktörle ortaya çıkmadığı değişkenlerin etkileşim halinde olduğu süreç ve ekip çalışması aşamasında ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Ekip etkinliği yalnızca görevin tamamlanması ile değil; aynı zamanda ekip süreçleri ve ekip çalışması ile ele alınmalıdır. Bu durum daha bütünsel bir yaklaşıma sahiptir ve ekibin etkinliğini daha iyi açıklayabilmektedir (Salas, Sims, Burke, 2005).

Araştırma konusu olarak seçilen ekip etkinliği kavramı hakkında yapılan literatür taramaları sonucunda ekip etkinliği modelleri ile karşılaşılmıştır. Modellerin zaman içerisinde doğrusal modellerden karmaşık uyarlanabilir sistemleri inceleyen modellere doğru yönelim gösterdiği görülmüştür. Ekip etkinliği konusuna ve bu konu ile ilişkilendirilen değişkenlere ilişkin belli başlı araştırmalar **Tablo 1.1**'de yer almaktadır.

Tablo 1.1: Ekip Etkinliğine Konusuna İlişkin Belli Başlı Araştırmalar

Araştırma Adı	Yazar	Yıl
“Work Groups and Teams in Organizations”	S. Kozlowski, B. Bell	2003
“Teams in Organizations: from Input-Process-Output Models to IMOI Models.”	D. R. Ilgen, J. Hollenbeck, Michael Johnson, Dustin K. Jundt	2005
“Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams.”	S. Kozlowski, D. R. Ilgen	2006

“Deep-Level Composition Variables as Predictors of Team Performance: A Meta-Analysis.”	S. Bell	2007
“Team Effectiveness 1997-2007: A Review of Recent Advancements and a Glimpse into the Future.”	J. Mathieu, M. Maynard, Tammy L. Rapp, L. Gilson	2008
“A Meta-Analysis of Teamwork Processes: Tests of a Multidimensional Model and Relationships With Team Effectiveness Criteria.”	Jefferey A. LePine, Ronald F. Piccolo, Christine L. Jackson, J. Mathieu, J. R. Saul	2008
“Efectividad de los Equipos de Trabajo, una Revisión de la Última Década de Investigación (1999-2009)”	R. Rico, Carlos María Alcover de la Hera, Carmen Tabernero	2010
“Efectividad de los Equipos de Trabajo, una Revisión de la Última Década de Investigación (1999-2009) Work Team Effectiveness, a Review of Research over the last Decade (1999-2009).”	R. Rico, C. María, Carmen Tabernero	2010
“The cognitive underpinnings of effective teamwork: a meta-analysis.”	Leslie A. DeChurch, Jessica R. Mesmer-Magnus	2010
“Work team effectiveness, a review of research from the last decade (1999-2009)”	Ramón Rico, C. D. L. Hera, María Aránzazu Tabernero Urbieto	2011
“Tactical Innovation in New Zealand Representative Rugby: A Grounded Theory of Developing.”	K. Kwok	2011
“Dynamics in Groups: Are We There Yet?”	M. Cronin, L. Weingart, G. Todorova	2011
“Chaotic Dynamics and Team Effectiveness: Evidence From Professional Basketball.”	Pedro J. Ramos-Villagrasa, J. Navarro, Antonio L. García-Izquierdo	2012
“Time and Change in Teams: Where We Are and Where We Are Moving.”	R. Roe, C. Gockel, Bertolt Meyer	2012
“17 Work Groups and Teams in Organizations.”	S. Kozlowski, B. Bell	2012
“Beyond Team Types and Taxonomies: A Dimensional Scaling Conceptualization for Team Description.”	J. Hollenbeck, B. Beersma, M. Schouten	2012
“Introducing an Intrateam Longitudinal Approach to the Study of Team Process Dynamics.”	Jia Li, R. Roe	2012
“Work Groups and Teams in Organizations: Review Update.”	S. Kozlowski, B. Bell	2013
“Team Microdynamics: Toward an Organizing Approach to Teamwork.”	Stephen E. Humphrey, Federico Aime	2014
“Toward an Organizing Approach to Teamwork.”	Stephen E. Humphrey, Federico Aime	2014
“Advancing Research on Team Process Dynamics.”	S. Kozlowski	2015
“Measuring and Monitoring the Dynamics of Team Cohesion: Methods, Emerging Tools, and Advanced Technologies.”	J. Santoro, A. J. Dixon, C. Chang, S. Kozlowski	2015
“Understanding and Improving Teamwork in Organizations: a Scientifically Based Practical Guide.”	E. Salas, Marissa L. Shuffler, Amanda L. Thayer, Wendy L. Bedwell, E. Lazzara	2015
“Conceptualizing Emergent States: A Strategy to Advance the Study of Group Dynamics.”	M. Waller, Gerardo A. Okhuysen, Marzieh Saghaian	2016
“A Cusp Catastrophe Model for Team Learning, Team Potency and Team Culture.”	T. Rebelo, D. Stamovlasis, P. Lourenço, I. Dimas, M. Pinheiro	2016
“Using recurrence analysis to examine group dynamics.”	A. Knight, D. Kennedy, S. McComb	2016
“A century of work teams in the Journal of Applied Psychology.”	J. Mathieu, J. Hollenbeck, D. van Knippenberg, D. R. Ilgen	2017
“Shared Authentic Leadership in Research Teams: Testing a Multiple Mediation Model.”	Hannes Guenter, W. Gardner, Kelly Davis McCauley, B. Randolph-seng, Veena P. Prabhu	2017
“Team adaptation in context: An integrated conceptual	J. Christian, Michael Christian,	2017

model and meta-analytic review.”	M. Pearsall, E. Long	
“Teams as Complex Adaptive Systems: Reviewing 17 Years of Research.”	Pedro J. Ramos-Villagrasa, Pedro Marques-Quinteiro, J. Navarro, Ramón Rico	2018
“Developing, Sustaining, And Maximizing Team Effectiveness: An Integrative, Dynamic Perspective Of Team Development Interventions.”	Marissa L. Shuffler, Deborah DiazGranados, M. Maynard, E. Salas	2018
“The Evolution of Work Team Research Since Hawthorne.”	J. Mathieu, M. Wolfson, Semin Park	2018
“Team Composition and the ABCs of Teamwork.”	S. Bell, Shanique G. Brown, Anthony Colaneri, Neal B. Outland	2018
“Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams: A Reflection.”	S. Kozlowski	2018
“Multiteam Systems: A Structural Framework and Meso-Theory of System Functioning.”	Margaret M Luciano, Leslie A. DeChurch, J. Mathieu	2018
“Foundations of Teamwork and Collaboration.”	J. Driskell, E. Salas, Tripp Driskell	2018
“Embracing Complexity: Reviewing the Past Decade of Team Effectiveness Research.”	J. Mathieu, P. Gallagher, Monique Alexandria Alvarez Domingo, Elizabeth A. Klock	2019
“There Is Light and There Is Darkness: On the Temporal Dynamics of Cohesion, Coordination, and Performance in Business Teams.”	Pedro Marques-Quinteiro, Ramón Rico, A. Passos, Luis Curral	2019
“Evidence-Based Principles and Strategies for Optimizing Team Functioning and Performance in Science Teams.”	S. Kozlowski, B. Bell	2019
“Team adaptability and task cohesion as resources to the non-linear dynamics of workload and sickness absenteeism in firefighter teams.”	Pedro Marques-Quinteiro, C. Santos, Patrícia L. Costa, A. Graça, J. Marôco, Ramón Rico	2020
“Struggling to Fix Teams in Real Work Settings: A Challenge Assessment and an Intervention Toolbox.”	Carlos-María Alcover, Ramón Rico, M. West	2021

Konu ile ilgili araştırmalarda ekiplerin etkinliğinin tek bir faktörle ortaya çıkmadığı değişkenlerin etkileşim halinde olduğu süreç aşamasında ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Birçok araştırmacı tarafından da ekip etkinliğinin ekip süreçlerine bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gladstein 1984; Hackman 1987; McGrath 1964). IPO çerçevesinin oluşumunda büyük katkıları olan Hackman (1992) daha sonraki çalışmalarında IPO modelinin unsurları ile ekiplerin başarılı olmasını sağlayan koşullar arasındaki sinerji ihtiyacı bulunduğunu vurgulayarak ekip etkinliğinde süreç modelinden uzaklaşmıştır (Mathieu vd. 2018; Mathieu vd. 2017). IPO modeli zaman içerisinde ekip etkinliğini ortaya koymak için yetersiz görülmüş ve yerini Girdi-Aracı-Çıktı-Girdi (IMOI) modeline bırakmıştır (Ilgen vd. 2005). IMOI modeli, IPO modelindeki süreçlerini (processes) araçlar (mediators) olarak isimlendirmekte ve ortaya çıkan/gelişen durumlar (emergent states) ile ekip çalışması süreçleri (teamwork processes) olarak ikiye ayırmaktadır (Marks vd. 2001). IMOI modeli, birey, ekip, örgüt düzey ve bağlamdaki girdiler (inputs) araçlardan (mediators-ekip çalışması süreçleri ve ortaya

çıkan/gelişen durumlar) etkilenecek, grup performansında çıktı (outcomes) üretilmesini sağladığı ve üyelerin verdiği tepkiler aracılığıyla girdilere döngüsel geri bildirim sağladığı belirtilmektedir (Lemieux-Charles, McGuire 2006).

Tez konusu hakkında gerçekleştirilen literatür taraması sırasında özellikle son yıllardaki ekip etkinliği modellerin çok ekipli sistemler üzerine kurgulandığı görülmüştür. Modeller zamanla hem tanım hem de anlam bakımından değişim göstermiştir. Ekip etkinliği araştırmalarının son on yıl içerisindeki değişimine bakıldığında; ekip çalışması, iş birliği, karmaşık sistemler mantığıyla ele alındığı tespit edilmiştir (Teles vd. 2014: 24). Ekip etkinliği hakkında yapılan literatür taramasında çalışmalarının üzerinde durduğu konular incelendiğinde yüksek güvenilirlik gerektiren yüksek riskli sektörler olarak adlandırılan havacılık, askeri, sağlık, denizcilik ekipleri gibi ekiplerde çok daha ön plana çıktığı ile karşılaşılmıştır (Hollnagel vd. 2013). Bu sebeple çalışmanın bu sektörlerden birinde yürütülmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

Sağlık hizmetleri, “karmaşık bir uyarlanabilir sistem” olarak tanımlanmaktadır (Hollnagel vd. 2013). Sağlık hizmetlerinin yüksek risk taşıyan karmaşık sistemler içinde yer alması, sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde, bir hastanın ihtiyaçlarının hiç kimse tarafından tek başına karşılanamaması gerçeğini gün yüzüne çıkarmaktadır (Kelly vd. 2014: 132). Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin iç içe geçmiş yapısı, yoğun uzmanlık gerektirmesi, ani ve büyük çaplı durumlara uyum gerektirmesi ve tüm bu durumlara ekip olarak hazır olması gerekmektedir. Özellikle son yıllarda sağlık alanında yaşanan ani değişimler ve son yıllardaki ekip etkinliği modellerinin sağlık alanında yoğunlaşma göstermesi gibi gerekçelerle sağlık hizmetleri alanı araştırma alanı olarak belirlenmiş ve sağlık alanında ekip etkinliği literatürü araştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği konusuna ve bu konu ile ilişkilendirilen değişkenlere ilişkin belli başlı araştırmalar **Tablo 1.2’de** yer almaktadır.

Tablo 1.2: Sağlık Hizmetlerinde Ekip Etkinliği Konusuna İlişkin Belli Başlı Araştırmalar

Makale Adı	Yazar	Yıl
“Developing Team-Based Working In NHS Trusts.”	M. Carter, M. West, J. Dawson, J. Richardson, M. Dunckley	2008
“An Integrative Solution to the Conflict Over Conflict.”	Albert E. Mannes	2008
“Quality Needs Competence and Responsibility - Challenges and Perspectives of Advanced Nursing Practice for the Health Care System From a Nursing Science Perspective.”	U. Gaidys	2011
“Conflict in Small Groups: the Meaning and Consequences of Process Conflict.”	Kristin Behfar, E. Mannix, R. Peterson, W. Trochim	2011
“Process Conflict in Small Groups: the Meaning and Consequences of Process	Kristin Behfar, E. Mannix, R. Peterson, M. William	2011

Conflict.”		
“Team Viability for Long-Term and Ongoing Organizational Teams.”	S. Bell, B. Marentette	2011
“The Paradox of Intragroup Conflict: A Meta-Analysis.”	Frank de Wit, L. Greer, K. Jehn	2012
“Examining The “Pros” And “Cons” of Team Conflict: A Team-Level Meta-Analysis of Task, Relationship, and Process Conflict.”	T. O’Neill, N. Allen, S. Hastings	2013
“Task Conflict, Information Processing, and Decision-Making: the Damaging Effect of Relationship Conflict.”	F. D. Wit, K. Jehn, D. Scheepers	2013
“Moving Beyond Relationship and Task Conflict: Toward A Process-State Perspective.”	Leslie A. DeChurch, Jessica Mesmer-Magnus, Daniel A. Doty	2013
“A Comprehensive Model of the Intragroup Work Conflict Framework: Examining Substantive Conflict, Information Exchange, Task And Relationship Conflict, and Conflict Management In Relation to Performance Effectiveness.”	Marc A. Lukasik	2013
“Why Won’t Task Conflict Cooperate? Deciphering Stubborn Results.”	M. Loughry, Allen C. Amason	2014
“The Effect of Task Conflict and Cooperation on Performance of Teams: Are the Results Similar for Different Task Types?”	Jonas F. Puck, Ursula Pregernig	2014
“Leveraging Social Science-Healthcare Collaborations to Improve Teamwork and Patient Safety.”	Rosemarie Fernandez, James A Grand	2015
“24-Karat or Fool’s Gold? Consequences of Real Team and Co-Acting Group Membership In Healthcare Organizations.”	Joanne Lyubovnikova, M. West, J. Dawson, M. Carter	2015
“When Conflict Helps: Integrating Evidence for Beneficial Conflict in Groups and Teams under Three Perspectives.”	Bret Bradley, Heather Anderson, J. Baur, A. Klotz	2015
“Assessing Team Leadership in Emergency Medicine: the Milestones and Beyond.”	Elizabeth D. Rosenman, J. Branzetti, Rosemarie Fernandez	2016
“Reflexivity In Teams: A Review and New Perspectives.”	U. Konradt, Kai-Philip Otte, M. Schippers, Corinna Steenfatt	2016
“Optimizing Team Conflict Dynamics for High Performance Teamwork.”	T. O’Neill, Matthew J. W. McLarnon	2017
“Developing Team Cognition: A Role for Simulation.”	Rosemarie Fernandez, Sachita Shah, Elizabeth D. Rosenman, S. Kozlowski, S. H. Parker, James A Grand	2017
“The Multilevel Nomological Net of Team Conflict Profiles.”	T. O’Neill, Matthew J. W. McLarnon, Genevieve Hoffart, Denis Onen, W. Rosehart	2017
“Team Conflict Dynamics: Implications of a Dyadic View of Conflict for Team Performance.”	Stephen E. Humphrey, Federico Aime, Lily Cushenbery, A. Hill, Joshua Fairchild	2017
“Conflict in Teams.”	L. Greer, Jennifer E Dannals	2017
“Transforming Health Care One Team at a Time: Ten Observations and The Trail Ahead.”	E. Salas, Stephanie Zajac, Shannon L. Marlow	2018
“Changing Systems Through Effective Teams: a Role for Simulation.”	Elizabeth D. Rosenman, Rosemarie Fernandez, A. Wong, M. Cassara, D. Cooper, M. Kou, T. Laack, I. Motola, J. Parsons, B. Levine, James A Grand	2018
“Conceptualization and Validation of Organizational Commitment: Focused on Full	안정원, Soonmook Lee	2018

Time Workers of Domestic Banks in Korea.”		
“The Structure And Function of Team Conflict State Profiles.”	T. O’Neill, Matthew J. W. McLarnon, Genevieve Hoffart, Hayden J. R. Woodley, N. Allen	2018
“Foundations of Teamwork and Collaboration	J. Driskell, E. Salas, Tripp Driskell	2018
“Conflict In Teams: Modeling Early And Late Conflict States and the Interactive Effects of Conflict Processes.”	M. Maltarich, Michael Kukenberger, Greg Reilly, J. Mathieu	2018
“How Team-Level And Individual-Level Conflict Influences Team Commitment: a Multilevel Investigation	Sanghyun Lee, Seungwoo Kwon, S. Shin, Minsoo Kim, In-Jo Park	2018
“Intra-Team Conflict: the Moderating Effect of Emotional Self-Leadership.”	Hector R. Flores, Xueting Jiang, Charles C. Manz	2018
“Toward the Development of the Perfect Medical Team: Critical Components for Adaptation.”	M. Gregory, A. Hughes, Lauren E. Benishek, Shirley Sonesh, E. Lazzara, L. Woodard, E. Salas	2019
“Teams in a New Era: Some Considerations And Implications.”	Lauren E. Benishek, E. Lazzara	2019
“Evidence-Based Principles and Strategies for Optimizing Team Functioning and Performance in Science Teams.”	S. Kozlowski, B. Bell	2019
“A Tale of Two Patient Safety Programs: Comparing Tools and Skills In Two Programs For Integration into Interprofessional Clinical Simulation-Based Training.”	Victoria Kennel, Julie Feddersen, N. Skinner, B. Lowndes	2019
“Conceptualizing the Distinctiveness of Team Coaching”	Rebecca J. Jones, Uwe Napiersky, Joanne Lyubovnikova	2019
“Cross-Disciplinary Care: a Systematic Review On Teamwork Processes in Health Care:”	J. Dinh, Allison M Traylor, Molly P. Kilcullen, J. A. Perez, Ethan J. Schweissing, Akshaya Venkatesh, E. Salas	2020
“Team Leader Coaching Intervention: an Investigation of the Impact on Team Processes and Performance within a Surgical Context.”	M. Maynard, J. Mathieu, Tammy L. Rapp, L. Gilson, C. Kleiner	2020
“Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: a Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance.”	Stephanie Zajac, A. Woods, S. Tannenbaum, E. Salas, Courtney L Holladay	2021
“Knowing Well, Being Well: Well-Being Born of Understanding: the Science of Teamwork.”	Sara S Johnson, R. Grossman, Jack P. Miller, Kim Christfort, Allison M Traylor, Ethan J. Schweissing, Claudia Di Bonaventura, Eduardo Salas, Liana M. Kremer, G. Stock, S. Rogelberg, Adam R. Hickman	2021

Son on yılda ekip etkinliği ve sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği araştırmalarına bakıldığında; ekip çalışması, koordinasyon mantığı altında ele alındığı görülmektedir. Çatışma konusunun da oldukça ön plana çıktığı görülmektedir. Literatür incelemesinde sağlık hizmetleri alanında yapılan ekip etkinliği çalışmalarının tek değişken ile test edilebilen bir yapıdan ziyade görev, grup ve örgüt faktörlerinin, çevresel faktörlerin, iç süreçlerin, dış süreçlerin ve grup psikososyal özellikleri gibi değişkenlerin oluşturduğu modelin bir işlevi olarak tasvir edilebildiği ile karşılaşılmıştır (Turner 2020).

Sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği için IMOI modeli, birleştirici bir çerçeve görevi görmektedir. Günümüzde ekip etkinliği çok düzeyli bir bağlamda yer alan ve çevresel değişkenlerle birlikte gelişen dinamik faaliyet ağlarına dönüşmüştür (Mathieu vd. 2019: 40). Ekiplere daha genelden bakıldığında ise her bir ekibin kendine ait etkinlik süreci bulunmakta birbirleriyle etkileşim süreçlerinin daha genel olan çok ekipli sisteminin etkinliğinde rol oynamaktadır. Bu ekiplere çok ekipli sistemler (MTS) ismi verilmiş ve bu ekiplerde tek bir ekibin etkinliğinden ziyade tüm ekiplerin etkinliği gerekli kılınmıştır (Rosen vd. 2019). Bu değişimlerle sağlık hizmetlerinde IMOI modeli çok ekipli sistemlere uyarlanmıştır. Sağlık hizmetlerindeki ekip etkinliğinin çok boyutlu yapısı sebebiyle literatürde yer alan araştırma, etkinlik modelleri ve ilişkili değişkenler karşılaştırılarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ekip etkinliği ve sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği birey, ekip ve örgüt düzleminde ele alınarak IMOI çerçevesinde sağlık hizmetlerinde MTS olarak görülen çoklu ekip sistemleri etkinliği modeli temel alınmıştır. Araştırma modelinde yer alan değişkenler bu modelin parçalarından oluşturulmuştur. Araştırmada etkinlik modeli olarak seçilen IMOI çerçevesine göre; hastane hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütün dayanıklılığı ve dayanıklılık kültürü oluşumundaki etkisi incelenmektedir. MTS ekiplerinde karmaşık hedefler daha büyük bir yapbozun yönetilebilir parçalarına bölünerek, birden fazla ekibin iyi koordine edilmiş çabaları sayesinde yerine getirilmesi sağlanabilmektedir. Bu noktada çok ekipli sistemlerle ve bunlar arasındaki iş birliğinin sağlanması ve olası çatışmaların iyi yönetilmesiyle etkinlik sağlanabilmektedir (Shuffler, Carter 2018). Güçlü bir hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, performans iyileştirme ve hasta güvenliğinin ortak bir değer ve ortak bir hedef olduğu, iş birliğine dayalı, güvenli bir ortam yaratmak anlamına gelmektedir (de Bienassis vd. 2020). Bir MTS ekibi etkinliği olarak hastane hasta güvenliği kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılığa etkisinde alt ekiplerin ve bu ekipler arasındaki süreçlerin ilişkisi ön plana çıkmaktadır. Bu süreçte alt ekiplerin meslekler arası iş birliği ve olası çatışmaları yönetimi önemli değişkenler olarak belirlenmiştir (Bouaziz, Hachicha 2018). Son dönem çalışmalarından olan Zajac ve diğerleri (2021) tarafından oluşturulan ekip etkinliği modeliyle de seçilen değişkenler desteklenmiştir.

Sağlık hizmetlerindeki son beş yıl çalışmaları incelendiğinde; ekip çalışmalarının sadece bir ekibin etkin olmasının yeterli olmadığı özellikle sağlık hizmetleri gibi yüksek risk taşıyan çoklu ekip sistemlerinde sistemin geneli ve alt sistemlerinin etkinliğinin gerekli olduğuna yönelik sonuçlarla karşılaşmıştır. Bu çalışmalar dayanıklılığı genel sistem etkinliği çerçevesinde de ele almaktadır. Dayanıklılığın bireyden ekibe, ekipten sistemin geneline

ulaştığını ifade etmektedir (Rangachari, Woods 2020; Liang, Chao 2021). Dolayısıyla etkin ekiplerin dayanıklı örgütler oluşturduğunu ve MTS sisteminin genel etkinliğini sağladığını ifade etmektedir. Ma ve diğerleri (2018) ile Gonçalves ve diğerleri (2021) örgütsel dayanıklılığın düzeyler arasında kendi kendini güçlendiren ve algıdan davranışa ve bağlamsal ağa kadar sürekli gelişen birey, ekip ve örgüt düzeylerine kadar farklı düzeylerde; bilişsel dayanıklılıktan davranışsal dayanıklılığa ve bağlamsal dayanıklılığı kadar farklı boyutlarda gelişimi mümkün olduğunu ifade etmektedir. Lyubovnikova ve diğerlerine göre (2015) ekiplerin etkinliği sadece hastaları risklerden korumak ve sonuçları iyileştirmekle kalmamakta; aynı zamanda daha olumlu, ilgi çekici ve dayanıklı bir iş yeri yaratmaktadır. Zajac ve diğerleri (2021) ise ekip etkinliğini, ekibin neler başarabildiği (çıktılar-ekip performansı), ekibin çalışırken nasıl çalıştığı (süreçleri/işleyişi-ekip çalışması) ve ekibin başarılı olup olmayacağına yönelik inancının (varlığını sürdürebilme/canlılığı/dayanıklılığı) birleşimi olarak tanımlamış ve bir arada olduğunda ekip etkinliğinin sağlanabileceğini belirtmektedir. COVID-19 küresel salgını yalnızca bir hastanenin, bir ülkenin değil tüm dünyanın sağlık sisteminin etkinliğini sınamış ve dayanıklılık kavramı ile tüm dünyayı karşı karşıya bırakmıştır. Bu araştırmada bağımlı değişken olarak dayanıklılık değişkeni ele alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinde güvenliği sağlamak için gerekli sistem özellikleri olarak olaylara ve standardizasyona odaklanmaktan, dayanıklılık ve adaptasyonu ön plana çıkarmaya doğru bir eğilim bulunmaktadır (Braithwaite vd. 2015; Hollnagel vd. 2013). Literatürde yer alan çalışmalarda hasta güvenliği kültürü dayanıklılık sağlanması adına bir tedavi yöntemi olarak görülmekte, dayanıklılık üzerinde oldukça etkili olduğu öne sürülmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Hasta güvenliği kültürü güvenli sağlık bakım sistemlerinin oluşturulmasında ve sürdürülmesinde temel bir bileşen olarak ve hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik bir strateji olarak kabul görmektedir (de Bienassis vd. 2020). Daha pozitif hasta güvenliği kültürlerine sahip sağlık sistemleri, COVID-19 küresel salgını sırasında yaşananlar gibi değişen koşullara daha dayanıklı ve uyarlanabilir olabilir ve ikili olarak daha iyi hasta, personel ve örgüt sonuçları elde edebilmekte; dayanıklı örgüt oluşmasını sağlayabilmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Literatürde yazan bu gerekçelere rağmen ülkemizde hasta güvenliği kültürü ve dayanıklılık değişkenleri arasındaki ilişkiyi direkt olarak inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu gerekçelerle hastane hasta güvenliği kültürü bu araştırmada bağımsız değişken olarak ele alınmıştır.

Sağlık ekiplerinin etkinliğinde sağlık ekibi üyelerinin tutum ve algılarının da etkili olduğu üzerinde durulmaktadır (Manser 2009). Ekip çalışmasının ABC'leri olarak bilinen ekip

yetkinliklerinden birisi de ekip çalışması tutumlarıdır (Salas vd. 2009). Ekip çalışması tutumları bir ekip üyesinin belirli bir şekilde hareket etme kararını etkileşen içsel durumdur (Baker vd. 2003). Mevcut duruma bakıldığında sağlık ekibinin çeşitli üyeleri geleneksel olarak aynı eğitim olanaklarına sahip olmadığından, iletişimin paylaşılmasındaki tutarsızlıklar var olmaya devam etmektedir (Palada 2016: 24). Disiplinler arası meslek grupları ve uzmanlık alanları arasında algılanan ekip çalışması kalitesinde belirgin farklılıklar eğitim süreci farklılığı, kötü iletişim gibi sebeplerle olabileceği gibi sağlık profesyonelleri arasındaki ekip çalışması ile ilgili olumsuz tutum ve algılardan da kaynaklanabilmektedir (Umebayashi 2015). Dayanıklı sağlık sisteminin oluşumunda ekiplerin ve ekip çalışmasının rolü büyüktür (Anderson vd. 2020). COVID-19 küresel salgını sonrasında ayakta kalan, dayanıklı sağlık hizmetini oluşturan faktörlere yönelik araştırmalarda ekip çalışması ve ekipler birincil faktör olarak ön plana çıkmıştır. Ancak ekip çalışması tutumlarının dayanıklılığa ve etkisini inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlı olmakla birlikte Türkçe literatürde karşılaşılmamıştır. Bu gerekçe ile ekip çalışması tutumları değişkeni bu araştırmanın bağımsız değişkenlerinden biri olarak ele alınmıştır.

Sağlık hizmetleri alanındaki ekip etkinliği araştırmalarının son on yıl içerisindeki değişimlere bakılmıştır. Değişimlere göre; ekip çalışması ve ekip süreçleri ile ilgili mesleki eylemlere karşılıklı bağlılık, kullanıcı ihtiyaçlarına odaklanma, meslekler arasında müzakere, kararları ortak alma, karşılıklı saygı ve güven; meslekler arasında ve farklı meslek gruplarının rolleri ve çalışmasının kabulü gibi özellikler vurgulanmaktadır (Teles vd. 2014). Meslekler arası iş birliği, sağlık hizmeti kalitesini artırmak için bir uygulama modelidir (Wei vd. 2022). Meslekler arası iş birliği klinik ortamlarda daha güvenli, yüksek kalitenin yanı sıra daha uygun bakımı sağlamak için önemli bir durum olarak görülmekte (Vittadello vd. 2018: 2); yüksek kaliteli, güvenli, hasta odaklı bakımın temel taşı olarak tanımlanmaktadır (Interprofessional Education Collaborative 2016: 3). Çok disiplinli yaklaşım, dayanıklılık ve tıbbi hatanın azaltılması için ekip çalışmasının temel olması, psikolojik güvenlik, bağlam, hasta odaklı sonuç, çok ekipli sistemler, hasta bakımında çok disiplinli iş birliği gerekmektedir (Salas vd. 2018b). Beaird, Baernholdt, Byon, White (2021) ekip etkinliğini sağlamada iş birliğinin önemli bir unsur olduğunu tespit etmiştir. Mathieu (2018) örgütsel dayanıklılık için meslekler arası iş birliğinin aracı faktörler boyutunda yer aldığını ortaya çıkarmıştır. Hasta güvenliği kültürü etkin iş birliği aracılığıyla dayanıklı bir örgüt oluşmasını destekleyecektir. Vatn, Dahl'a göre (2021) meslekler arası iş birliğinin, önümüzdeki yıllarda hasta güvenliğini artırmaya yardımcı olabilecek ana faktörlerden biri olarak görülmektedir. Etkili meslekler arası ekip iş birlikleri, geçmiş deneyimleri göz önünde bulundurarak tüm bakış açılarından seçenekleri değerlendirerek eldeki durum hakkında düşünebilmekte ve karşılıklı saygı atmosferinde seçenekleri görebilmeyi

sağlayarak geleceğe hazırlamaktadır (Kelly vd. 2014: 137). Bu gerekçelerle meslekler arası ekip iş birliği değişkeni bu araştırmada aracı değişken olarak ele alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği çalışmalarında bireyler arası süreçlerde çatışma ve çatışma yönetimi faktörlerinin ön plana çıktığı ile karşılaşılmaktadır. Çatışma etkileşimin olduğunda var olan, davranışların bir sonucu, insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır (Turhan, Tiftik 2022: 183). Sınırlı kaynaklara ve zamana sahip sağlık profesyonellerinin, mesleki roller, sorumluluklar ve en uygun hasta bakımı hakkındaki çelişkili algıların karşılıklı etkileşimi gibi faktörlerle kolaylıkla çatışma ile de karşı karşıya kalabilmektedir (Bochatay vd. 2017). Çözümlememiş sorunlar, ilişkileri, ekip etkinliğini, hasta güvenliğini ve bakımın kalitesini olumsuz etkileyen öfke, kaygı, stres veya iletişim sorunlarına neden olabilmektedir (Raykova vd. 2020). Mathieu ve diğerleri (2019: 27) ise ekip etkinliği modelinde çatışma yönetim tarzlarının aracı faktör olduğunu belirtmiştir. Sağlık alanında işlevsel olmayan çatışmanın ortadan kaldırılması mümkün olmasa da bu tür bir çatışmanın uygun bir şekilde yönetilmesi mümkündür (Patton 2014). Çatışma yönetimi, ekip çalışması ve iş birliğini, sağlık sektöründe etkinliği ve dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmede bir faktör olarak kabul edilmektedir (Zajac vd. 2021; Anderson vd. 2020; Iflaife vd. 2020). Sağlık profesyonelleri arasında çatışma çıkmasının kaçınılmaz olduğu düşünüldüğünde çatışmanın sonucu olumlu ya da olumsuz olsa da taraflar çatışmaya yönelik yönetim tarzı tercih edeceklerdir. Bajwa ve diğerlerine göre (2020) çatışmaların kaynakları, sonuçları ve çatışma yönetimi tarzlarının, çatışmanın meslek içi mi yoksa meslekler arası mı olduğuna bağlı olarak değişen derecelerde etkiye sahiptir. Sağlık sektöründe meslekler arası alanlarda ihlal ve çatışma yerine, uygun iş birliği sağlanarak ve çatışma yönetim tarzı aracılığıyla yaratılacak sinerjiden yararlanma yoluna gidilmeli, tıbbi hataların azaltılmasını sağlayan, sorumluluğu paylaştıran bir yol tercih edilmeli; tıbbi hataların azaltılması, yüksek kaliteli ve güvenli bakımın verilmesi sağlanmalıdır. Bu sebeple çatışma yönetim tarzları değişkeni bu araştırmada aracı değişken olarak ele alınmıştır.

Araştırma kapsamında yukarıda yer alan gerekçelerle örgütsel dayanıklılık bağımlı değişken; hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumları bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Meslekler arası ekip iş birliği ile çatışma yönetim tarzları ise aracı değişkenler olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda bu araştırmada, bir Tekirdağ ilinde bulunan bir Üniversite Hastanesi özelinde sağlık profesyonellerinin hastane hasta güvenliği kültürü ile ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Tezde Uygulanan Yöntem

Araştırma, Tekirdağ ilinde bir Üniversite Hastanesinde görev yapan sağlık profesyonellerini kapsamaktadır. Araştırma nicel analiz yönteminde, tanımlayıcı (betimsel), açıklayıcı ve metodolojik türde bir araştırmadır. Bu araştırma katılımcıların tutum, algı ve görüşlerinin alınması yönüyle tanımlayıcı (betimsel); araştırma modelinde yer alan değişkenlerin ilişki ve etkilerini açıklaması sebebiyle açıklayıcı araştırma türündedir (Saruhan ve Özdemirci, 2016: 188). Araştırma “Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi” ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması sebebiyle metodolojik bir araştırmadır. Bu araştırma üniversite hastanesindeki sağlık ekiplerinin araştırma modelinde yer alan değişkenlere yönelik görüşlerinin anlık olarak alınması yönüyle kesitsel araştırma niteliğindedir (Saruhan ve Özdemirci, 2016: 210).

Araştırmanın evren ve örnekleminin seçiminde, farklı mesleklerin bir arada çalıştığı, yoğun uzmanlık bilgisinin ve yüksek teknolojinin kullanıldığı, yoğun emek gerektiren bir sektör olması göz önüne alınmıştır. Sağlık sektörünün yüksek riskli karmaşık uyarlanabilir sektörler arasında yer alması ve alt sistemlerden oluşması sebebiyle bu sektörün evren için uygun olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın evreni, Tekirdağ ilinde bulunan yoğun uzmanlık bilgisi ve yüksek teknoloji kullanan, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanede görev yapan 894 sağlık profesyoneli oluşturmaktadır. Araştırma verilerin analizi tüm hastane için geçerli olabilecektir. Ancak sağlık hizmetleri yüksek risk taşıyan karmaşık sistemler içinde yer almaktadır. Bu sistemlerde neden ve sonuç arasında basit bir ilişki olmadığı için doğrusal olmama ve öngörülemezlik çoğalmaktadır. Bu sebeple sonuçlar genellemek doğru olmayacaktır. Araştırmada örneklem seçilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış, araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık profesyonelleri ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri 01.11.2020-20.12.2020 tarihleri arasında katılımcılara anket uygulanması yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma verilerin toplanması için altı bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket ile katılımcıların hastane hasta güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeyleri, ekip çalışması tutumlarına ilişkin algı düzeyleri, meslekler arası ekip iş birliğine ilişkin algı düzeyleri ile çatışma yönetim tarzlarına ilişkin algı düzeyleri ile örgütsel dayanıklılık algı düzeyleri hakkında veri toplanmıştır. Anket uygulanması araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş, uygulama esnasında araştırmaya katılmayı kabul eden ve sözlü, yazılı onamları alınan ekip üyeleriyle bir araya gelinmiş, anket süresi yaklaşık on dakika sürmüştür. Araştırmanın amacına uygun şekilde oluşturulan model ve hipotezler tanımlayıcı araştırma yöntemi ve anket tekniği ile ölçümlenip, nicel yöntemlerle analiz edilmiştir.

1.3. Araştırmanın Literatüre Katkısı

Araştırma Tekirdağ ilinde bulunan bir Üniversite Hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerini kapsamaktadır. Araştırmaya katılan çalışanlar yoğun uzmanlık bilgisinin ve yüksek teknolojinin kullanıldığı, iş birliği ve koordinasyon gerektiren birimleri bünyesinde barındıran, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastane niteliği taşıyan bir uygulama ve araştırma merkezinde çalışan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden sağlık ekibi üyelerinden seçilmiştir. Bu nedenle verilerin analizi tüm hastane için geçerli olabilecektir. Özellikle katılımcıların sağlık ekibinde yer alan personelden seçilmiş olması araştırmanın kapsam önemini göstermektedir.

Güvenlik kültürü sergilenen ekip çalışması ve iş birliği davranışlarını etkilemektedir (Bisbey vd. 2021). Bununla birlikte güvenlik kültürü dayanıklılığa ulaşmada bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Güvenlik kültürünün sağlık örgütlerindeki karşılığı hasta güvenlik kültürü olarak görülmektedir (Kilcullen vd. 2022). Meslekler arası iş birliği, dünya çapında son yıllarda sağlık meslekleri arasında iş birliği uygulamalarını geliştirmek için etkili bir yöntem olarak popülerlik kazanmıştır (WHO 2010). WHO 2016 yılında yayınladığı raporla sağlık sistemlerinde dayanıklılık konusuna dikkat çekmiş ve 2030 sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin arasına katmıştır. WHO (2016) yayını sonrası ve özellikle COVID-19 küresel salgın dönemi itibarıyla sağlık alanında dayanıklılık araştırmaları ve pratiğe yönelmiştir. Ülkeler ve üniversiteler bünyelerinde araştırma ve uygulama merkezleri oluşturmaktadır. Bu merkezler sağlık hizmetlerinin tüm düzeylerde dayanıklılık konusunda yeni bilgiler geliştirmek ve yaymak amacıyla kurulmaktadır. Bünyelerinde hekimler, hemşireler, psikologlar, fizik tedavi uzmanı, mesleki tedavi uzmanı, avukatlar, sosyologlar, mühendisler ve güvenlik bilimcileri farklı disiplinlerden gelen iş birliğine dayalı uzman araştırmacılar bulunmaktadır. Merkezlerde örgütsel dayanıklılık müdahaleleriyle sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği artırılmaya çalışılmakta, bu yönde araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırma da COVID-19 öncesinde belirlenmiş, COVID-19 sürecinde gerçekleştirilmiş olması ve sağlık alanında dayanıklılık araştırmalarına katkı sağlaması açısından önemlidir.

Güvenlik kültürü dayanıklılık sağlanması için oldukça önemli görülmekte; ancak bu iki değişkenin sağlık alanındaki etkileşimlerine yönelik özellikle ülkemizde hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Literatürde bu çok boyutlu ilişkiyi inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Bu araştırma bu alanda çok boyutlu ilişkiyi inceleyen nadir çalışmalardan biri olması sebebiyle önemlidir.

Sağlık sistemlerinde dayanıklılıkla ilgili yapılan araştırmalar oldukça yenidir ve Birleşmiş Milletlerin (the United Nations) gelecekteki sağlık krizini önlemek için “uyandırma çağrısı (wake-up call)” olarak gördüğü Batı Afrika’daki 2014 Ebola krizinden bu yana çoğalmaktadır. 2020 yılında dayanıklı sağlık hizmetleri üzerine çok düzeyli etkilere yönelik ülkeler arası (Avustralya, Norveç, Japonya, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık) protokol karşılaştırmaları odağında bir araştırma başlatılmıştır (Anderson vd. 2020). Araştırma, hastane kurumlarında kilit dayanıklılık mekanizması olarak ekiplere odaklanmaktadır. Ekip yetkinliklerinin değişikliğe uyum sağlama yeteneğini ne şekilde etkilediğine yönelik 2023 yılında bitmesi planlanan uzun soluklu bir kohort araştırma gerçekleştirilmektedir. Bu araştırma ekip yetkinlikleri arasında yer alan ekip çalışması tutumları ile uyum sağlamayı da kapsayan dayanıklılık değişkenleri arasında ilişkinin araştırılması bakımından literatüre katkı sağlamaktadır.

Özellikle IOM (tıp enstitüsü) (2010) raporundan ve WHO (dünya sağlık örgütü) (2010) çerçevesinden sonra meslekler arası iş birliği ile ilgili çalışmalarda artış gözlemlenmesine rağmen Türkiye’de bu konu ile ilgili yapılan çalışma sayısı da oldukça azdır. Bu sebeple çalışmanın meslekler arası iş birliğini inceleyen bir çalışma olması bu boşluğun dolmasına katkı sağlaması açısından önem içermektedir. Ayrıca Türkiye’de meslekler arası iş birliğini inceleme amacıyla oluşturulmuş ölçüm araçları hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğini ölçümleyen ölçeklerle sınırlıdır. Bu araştırma ile Türkçe literatüre tüm sağlık profesyonellerinin yanında hasta ve hasta yakınının da ekip içinde gören ve iş birliği düzeylerinin ölçülmesini sağlayan Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi ölçeği de Türkçeye kazandırılmış olacaktır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bu araştırmanın bir diğer önemli tarafını oluşturmaktadır.

Araştırma, karmaşık uyarlanabilir sistem olarak görülen sağlık hizmetleri ekibinin ve ekibin hasta güvenliği kültürünün, sağlık örgütünün dayanıklılığına etkisinin var olup olmadığını incelemekte ve böylece Literatürde geçen Güvenlik-I ve Güvenlik-II bakış açılarını teorik anlamda test etmektedir. Ayrıca meslekler arası iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla literatürde Dayanıklılık-I ve Dayanıklılık-II olarak geçen dönüşümü sınamaktadır. Araştırma modelinin karmaşıklığı karmaşık uyarlanabilir sağlık sisteminin karmaşıklığını içermesi açısından önemlidir.

Araştırma evreninin oluşturan üniversite hastanesi sağlık profesyonellerinin yoğun uzmanlık bilgisi ile yüksek teknolojinin kullanıldığı ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanede görev yapmaktadır. Bu sebeple araştırma sonuçlarının evren olarak seçilen hastane ile

sınırlı olmasıyla birlikte hastanenin tüm birimlerini ve sağlık profesyonellerini içermesi sebebiyle doğrusal ve tek ekipli değil; çoklu ekip sistemi olarak incelemeye tabi tutulması sebebiyle araştırma sonuçları önemlidir.

Araştırmanın veri toplama aşamasının COVID-19 küresel salgını sürecinde tamamlanmış olması da araştırma modelinde yer alan değişkenlerin sağlık sisteminin dayanıklılığındaki yerinin sınanmasını ve örgütün dayanıklılığında COVID-19 küresel salgını sürecinin etkisinin de sınanmasını sağlaması açısından önemlidir.

Bu çerçevede araştırmanın birinci bölümünde kavramsal çerçeveyi oluşturmak için literatürde yer alan, hastane hasta güvenlik kültürü, ekip çalışması tutumları, meslekler arası ekip iş birliği, çatışma yönetim tarzları, örgütsel dayanıklılık kavramları tanımları, kavramlara ilişkin araştırma ve literatür bilgisi derlenmiştir. Araştırmanın kuramsal çerçeve bölümünde; araştırma modeline ait değişkenlere ilişkin yapılmış araştırmaların incelenmesi, hipotezlerin geliştirilmesi, araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri destekleyen geçmiş araştırmaların incelenmesi ve araştırmanın modeli ve araştırma hipotezlerin belirlenmesi yer almaktadır. Araştırmanın yöntem bölümünde ise; araştırmaya dair örnekleme süreci ve veri toplama yöntemi, araştırmanın veri toplama araçları, araştırma modeli ve araştırma hipotezleri yer almakta; bulgular bölümünde verilerin analizi ve araştırma bulguları, araştırma bulgularının değerlendirilmesi ve tartışılması, araştırma varsayımları, sınırlılıkları, etik yönü yer almaktadır. Son olarak sonuç ve öneriler bölümünde ise araştırma sonucu hakkında genel değerlendirme ile uygulayıcılara ve araştırmacılara öneriler yer almaktadır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmanın bu bölümünde tez konusuna ilişkin değişkenler hakkında bilgi verilmiştir. Bu kapsamda öncelikle sağlık hizmetlerinde ekip etkinliğinin gelişim süreci hakkında bilgi verilmiş ardından sağlık ve sağlık hizmetler ekipleri hakkında bilgi verilmiş, hasta güvenliği ve kültürü konularına değinilmiş; sağlık hizmetlerinde meslekler arası çalışmalar konusu ve çatışma konusu açıklanmıştır. Son olarak örgütsel dayanıklılık ve sağlık hizmetlerinde örgütsel dayanıklılık konusundan bahsedilerek kavramsal çerçeve bölümü tamamlanmıştır.

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Etkinliği

Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarından bahsedilmiş, sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği ve ekip etkinliğine olan bakış açısının ve zaman içerisinde ekip etkinliği modellerindeki değişimi anlatılmıştır.

2.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramları

Sağlık canlılar için en değerli hazine olarak görülmektedir. WHO (1948), sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Sağlıkla ilgili bir kavram olan hasta ise “Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse” olarak tanımlanmaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998).

Sağlık hizmetleri, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi, toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhen yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için verilen hizmetler bütünüdür.” (Sağlık Bakanlığı 2005). Sağlık hizmetleri; “Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri” olarak dört ana başlıkta sınıflandırılmaktadır (Tengilimoğlu vd. 2014).

Sağlık hizmetleri insan yaşamını doğrudan ilgilendirir, belirsizliklere duyarlıdır, çok boyutlu karmaşık ve süreklidir, sıfır hata ile çalışmayı gerektirir (Yardımcı, Başbakkal 2012a: 13). Soyutluk, heterojenlik ve bütünlük özellikleri bulunmaktadır (Hayran 2016). Bunlarla birlikte sağlık hizmetleri; tüketiminin rastlantısal olması, ikamesinin bulunmaması, ertelenemezliği, hizmet boyutunun ve kapsamının sunucu tarafından belirlendiği, tüketicilerinin davranışlarının irrasyonel olduğu, önceden hizmet doyumu ve kalitesinin belirlenmesinin zor

olduğu, toplumsal nitelik ve kamu malı niteliğinde olması ile çıktısının paraya çevrilememesi özellikleri ile diğer hizmet alanlarından ayrılmaktadır (Burns vd. 2011).

Sağlık hizmetlerinin yapısı geleneksel anlamda sunucu odağında yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunanlar arasında hekimler ayrıcalıklı bir yere sahiptir; ancak zamanla insanların yaşam sürelerinin artması, toplumların yaşlanmaya başlaması; tıp bilimi ve bilişim teknolojilerinde yaşanan hızlı değişimler, hasta beklentilerinin değişmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunu şekillendirmekte ve hekim odaklılıktan hasta odaklılığa dönüşüm yaşanmaktadır (Hayran 2016: 76-78). Yaşanan dönüşümler sonucunda sağlık hizmetlerinde kalite istenen ve aranan nitelikler olarak yerini almaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin kalitesini artırmak için Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de sağlıkta kalite standartları belirlenmektedir. Sağlıkta kalite standartları, hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla oluşturulmuştur. Sağlıkta kalite standartları bünyesinde kalite hedefleri bulundurmaktadır. Bu hedefler arasında “Etkililik, etkinlik, verimlilik, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık, süreklilik” yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2020b). Sağlıkta kalite standardı hedeflerinden de anlaşılabileceği üzere sağlık hizmetlerinin sunumunun karmaşıklığı, sunum sürecinde kalite için birçok değişkenin göz önünde bulundurulması gerekliliği, yüksek risk içermesi gibi sebeplerle sağlık sistemleri yüksek risk taşıyan karmaşık sistemler arasında yer almaktadır (Rosen vd. 2019: 1).

Dayanıklılık mühendisliği terimleriyle sağlık hizmetleri ise, karmaşık bir uyarlanabilir sistem olarak tanımlanmaktadır. Karmaşık uyarlanabilir bir sistemin özellikleri arasında “ortaya çıkma, adaptasyon ve kendi kendine örgütlenmeden kaynaklanan kendiliğinden ortaya çıkan davranışlar” yer almaktadır. Karmaşık uyarlanabilir sistemler doğrusal olmayan bir şekilde çalışır, dengede değildir ve sürekli hareket eden ve birbirine tepki veren personel ağlarıyla sürekli evrim halindedir. Sistemin bileşenleri, çevrelerini ve çevredeki birçok aracıyı hem etkiler hem de onlardan etkilenir. Kontrol merkezi değil, dağınıktır (Pettersson, Deutsch 2015).

Karmaşık sistemlerin dört temel özelliği bulunmaktadır. Bu özelliklerin ilki, anlamlandırma yetenekleri olan ve geçmiş deneyimlerden öğrenen bireysel (Örneğin sağlık hizmeti için hekim, hemşire, hasta, yardımcı sağlık personeli gibi) temsilcilerden oluşmaktadır. Bu sistemler sadece yukarıdan aşağıya değil; bağlama, yerel koşullara göre de yorumlanmakta, özelleşmekte ve uyumlanmaktadır. İkinci olarak bu sistemler birbirleriyle ve birbirlerinin ekipmanlarıyla sürekli etkileşim halindedir ve birden fazla düzeyde karşılıklı bağlantı bulunmaktadır. Üçüncüsü karmaşık sistemler dinamiktir. Bu sistemlerin hareketli parçaları olan bireyler ve insan gruplarının ağları öğrenme, geri bildirim ve adaptasyon yoluyla zaman

içerisinde değişim göstermektedir. Bu sistemlerde neden ve sonuç arasında basit bir ilişki olmadığı için doğrusal olmama ve öngörülemezlik çoğalmaktadır. Son olarak, karmaşık sistemler, hekimlerin çalışmalarını varsayılan olarak rollerini “yöneten” politikalara sıkı sıkıya bağlı kalmak yerine, esas olarak kendi zımni, içselleştirilmiş ilkeleriyle yürüttüğü, kendi kendine örgütlenme gibi aşağıdan yukarıya, gayri resmi kurallara ve yönetim düzenlemelerine sahiptir (Braithwaite vd. 2017b: 392). Sağlık hizmetlerinin yüksek risk taşıyan karmaşık sistemler içinde yer alması, sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde, bir hastanın ihtiyaçlarının hiç kimse tarafından tek başına karşılanamaması gerçeğini gün yüzüne çıkarmaktadır (Kelly vd. 2014: 132).

Sağlık hizmetleri bir bütün olarak, amaç açısından ve işleyiş bakımından birbirinden farklı olan kurum, meslek, kişilerin karmaşık yapıdaki ilişkilerinden oluşmaktadır (Tengilimoğlu vd. 2014: 54). Sağlık hizmeti sunumu süreci doğası gereği disiplinler arasıdır ve farklı uzmanlık alanından hekim, hemşire ve yardımcı sağlık profesyonelinin ekip halinde çalışmasını gerektirir (IOM 2000).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Etkinliği Modellerinin Değişimi

Teknolojideki, eğitimdeki ve örgütsel yapılarıdaki gelişmeler, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilme ve sunulma biçiminde de değişikliklere neden olmaktadır. Günümüzün sağlık hizmetleri sistemleri, karmaşık, ekip tabanlı bakım sağlama yöntemlerine giderek daha fazla güvenmektedir (Dinh vd. 2020: 126). Sağlık hizmetlerinin farklı alanlarında bireyler birlikte çalışmaktadır. Sağlık profesyonelleri hastalara güvenli bir hizmet sunmak için koordineli çalışmak zorundadır. Çünkü etkin ekipler bireylerden daha az hata yapmaktadır (Sayek 2011). Karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarında iş yapabilmek için etkin ekip çalışmasının varlığı önem arz etmektedir (Başoğlu 2021).

Klinikte bakım hizmetlerinin yönetimi ve etkin hasta bakımı, iletişimin kuvvetli olduğu, koordinasyon probleminin olmadığı ekiplerle mümkündür. Ekipler tıbbi sorunları ortadan kaldırmanın yanında tıbbi hatalara neden olabilecek problemleri tespit etmek ve bu problemler çözüm aramak üzerine de çalışmaktadır (Saygılı, Özlem 2020). Etkin ekipler de sadece hastaları risklerden korumak ve sonuçları iyileştirmekle kalmamakta; aynı zamanda daha olumlu, ilgi çekici ve dayanıklı bir iş yeri yaratmaktadır. Personelinin daha yüksek düzeylerde ekip çalışması sergilediği hastaneler, işyeri yaralanmaları ve hastalıklarda, işyerinde taciz ve şiddet deneyimlerinin yanı sıra kurumdan ayrılma düzeylerinde daha düşük oranlara sahiptir (Lyubovnikova vd. 2015).

Sağlık hizmetlerinde etkin ekip çalışması, sağlık hizmeti profesyonellerinin verimli, uygun maliyetli, kaliteli hasta bakımı sunması için önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Etkin ekip çalışması; ortak amaç, ortak sorumluluk, ortak karar alma, ölçülebilir hedefler, açık iletişim, katılımcı liderlik biçimi, görev odaklı çalışma, yaratıcılık, iyi uyum ve karşılıklı saygı, durum takibi, kişinin kendisini değerlendirmesi, dayanıklılık, çatışma ve sorunlarla başa çıkabilme becerisi, karşılıklı etki, güven, yüksek katılım gibi ekibi bir arada tutan ve başarı elde etmesini sağlayan özellikleri barındırmaktadır (Enzinger 2017: 7).

Etkin ekip çalışmasının faydalarına rağmen önünde bazı engeller bulunabilmektedir. Ekip çalışmasının çeşitli sebep veya engellerden dolayı yetersiz olduğu veya etkin olmadığı birimlerde tanı ve tedavide gecikme, hizmette kalite düşmesi, hastayla ilgili çelişkili bilgiler oluşması gibi sorunların yaşanmasına sebep olabilmektedir (Manser 2009). Ayrıca kötü ekip çalışmasına sahip birimlerdeki üyeler, daha yüksek yorgunluk düzeyine sahip olabilmektedir (Rosen vd. 2019: 6).

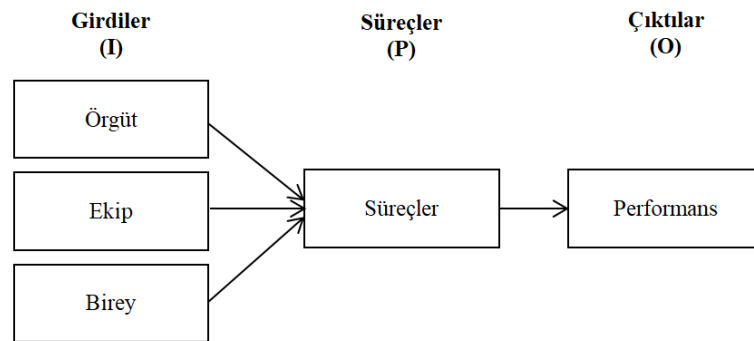
Etkin ekip çalışmasının engelleyen engellere bakıldığında yapısal, ideolojik, örgütsel ve ilişkisel engellerle karşılaşılabilir. **Yapısal ve ideolojik engeller;** hastanın yaşam tarzıyla ilgili faktörler, sağlık sistemi uygulamaları, personel eğitimi eksikliği, hiyerarşi ve sorumluluk zinciri ve fizik tedavi ve mesleki tedavi gibi ağ hizmetlerinin eksikliğinden oluşabilmektedir. **Örgütsel engeller;** aşırı iş yükü, çalışma ilişkilerinde güç mücadeleleri, bakımdaki boşluklar, verimlilik, uygulamaların organizasyonu, hasta akışını düzenleme ve profesyoneller çalışanların eksikliği olarak sayılabilmektedir. **İlişkisel engel olarak ise;** bir sağlık profesyonelinin kendisini hastasının sahibiymiş gibi düşünmesi başka sağlık profesyoneli ile kendi vakası hakkında konuşmaması, hasta hakkında ona bilgi vermemesi, ortak hedefler haline getirip ve fikir alışverişinde bulunmaması ve bir çatışma kaynağı olarak ekip uyumunun olmaması sayılabilmektedir (Sangaleti vd. 2017: 2732).

Ekip etkinliği ve ekip performansı çoğu zaman birbirleriyle karıştırılan ve aynı olduğu düşünülerek birbirinin yerine kullanılan kavramlardır. Ancak bu iki kavram farklı şeyler ifade etmektedir (Roberts vd. 2022: 163). Ekip performansı, ekibin girdi, süreç ve çıktılarına odaklanan; görevin nasıl yerine getirildiğinden çok ne yerine getirdiği yani ekip sonuçlarının ne olduğuna odaklanan yapıdır (Eken 2018: 46). Ekip performansı sonuca ulaşmak için ekibin nasıl etkileşime girdiğini hesaba katmamakta ve ekibin kontrolü dışındaki dış faktörlerden etkilenebilmektedir (Salas, Sims, Burke 2005). Sağlık sektörü, yüksek güvenilirlik bağlamında çalışmakta ve ekip performansını sürekli olarak geliştirmeye kritik derecede ihtiyaç duymaktadır. Sağlık hizmetlerinin farklı işlevlerinde ekip performansını destekleyen faktörleri

anlamak, sağlık hizmetlerinde ekip etkinliğini teşvik etmek için esas kabul edilmektedir (Zajac vd. 2021: 3).

Ekip etkinliği ise, görev, grup ve örgüt tasarım faktörlerinin, çevresel faktörlerin, iç süreçlerin, dış süreçlerin, grup psikososyal özelliklerinin bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Turner 2020). Bir ekibin sonucunu (davranışsal ve performansla ilgili önlemler), üretmek için kullanılan etkileşimleri (ekip çalışması) ve süreçlerini (ekip çalışması ve görev çalışması) kapsamaktadır (Kozlowski, Ilgen 2006: 95). Yani bir ekibin sadece nasıl performans gösterip göstermediği değil; aynı zamanda ekibin bir ekip olarak nasıl etkileşime girdiğini de dikkate almaktadır (Salas vd. 2005: 557). Zajac ve diğerlerine göre (2021) ise ekip etkinliği, ekibin neler başarabildiği (çıktılar-ekip performansı), ekibin çalışırken nasıl çalıştığı (süreçleri/işleyişi-ekip çalışması) ve ekibin başarılı olup olmayacağına yönelik inancının (varlığını sürdürülebilirlik/canlılığı/dayanıklılığı) birleşimi olarak tanımlanmaktadır.

Ekip etkinliği temelleri çalışma grupları ve ekipleri inceleyen düşünce okullarına kadar geri gitmektedir. Çalışma grupları ve ekipleri inceleyen ve bunlar hakkında farklı bakış açıları barındıran üç temel düşünce okulu bulunmaktadır. Bu düşünce okulları Mayo/Harvard düşünce okulu, Lewin/Michigan düşünce okulu ve McGrath/Illinois düşünce okulundan oluşmaktadır (Mathieu vd. 2018: 308). McGrath/Illinois düşünce okulu kapsamında bulunan Illinois yaklaşımı, ekip etkinliğini etkileyebilecek evrensel grup özelliklerini tanımlamanın yanı sıra grup karar verme süreçlerine de vurgu yapmakta ve ekip etkinliği için birleştirici bir çerçeve olarak Giriş-Süreç-Çıktı (IPO) modelini sunmaktadır (Mathieu vd. 2008; Salas vd. 2017b; Roberts vd. 2022).



Şekil 2.1: Girdi-Süreç-Çıktı (Input-Process-Outcome-IPO) - Ekip Etkinliği Çerçevesi

Kaynak: (Mathieu vd. 2008)

McGrath/Illinois düşünce okuluna bağlı olarak önce McGrath (1964) tarafından çizilen daha sonra Hackman ve Morris (1975) tarafından düzenlenen IPO modeline göre, birey, ekip ve örgüt düzeylerinden gelen girdiler, etkileşim süreçlerine girmekte, böylece süreçlerdeki üyelerin tepkileri, ekip etkinliği gibi sonuç çıktılarını etkilemektedir (Mathieu vd. 2018: 310). Bu modeldeki yapılara ayrı ayrı bakıldığında;

-Ekip Girdileri: Ekip üyelerinin etkileşimlerini mümkün kılan veya sınırlayan öncül faktörler olarak tanımlanmaktadır (Mathieu vd. 2018: 18). Ekip girdileri, gerçekleştirilecek görevin özelliklerini, işin gerçekleştiği bağlamın unsurlarını ve ekip üyelerinin bir ekip durumuna getirdiği tutumları içermektedir (Baker vd. 2003: 10).

-Ekip Süreçleri: Bireysel, ekipsel ve örgütsel değişkenleri performans kalitesi ve miktarı gibi ölçütlerle ve üyelerin tepkileri ile ilişkilendiren aracı mekanizmalar olarak görülmektedir (Marks vd. 2001: 356). Ekibin belirli hedeflere ulaşması için gerekli olan üyeler arasındaki etkileşim ve koordinasyonu oluşturmaktadır (Baker vd. 2003: 10).

-Ekip Çıktıları: Bir veya daha fazla seçim bölgesi tarafından değer verilen ekip etkinliğinin sonuçları ve yan ürünleri olarak tanımlanmakta (Mathieu vd. 2000); ekibin ortaklaşa ulaştığı son hedef/hedeflerden oluşmaktadır (Sayek 2011: 110). Ekip çıktıları genellikle çok boyutludur (Lemieux-Charles, McGuire 2006). Genel olarak performans (nitel-nicel), üyelerin duygusal tepkileri (memnuniyet, bağlılık, uygulanabilirlik vb.) gibi boyutları kapsamaktadır (Mathieu vd. 2018: 19). Mathieu ve Gilson (2012), ekip etkinliğini yukarıda özetlenen mantığı takiben, (A) somut çıktılar veya ekip etkileşiminin ürünleri (B) ekip üyeleri üzerindeki etkiler olarak iki tür çıktı açısından değerlendirmiştir (Mathieu vd. 2019: 20);

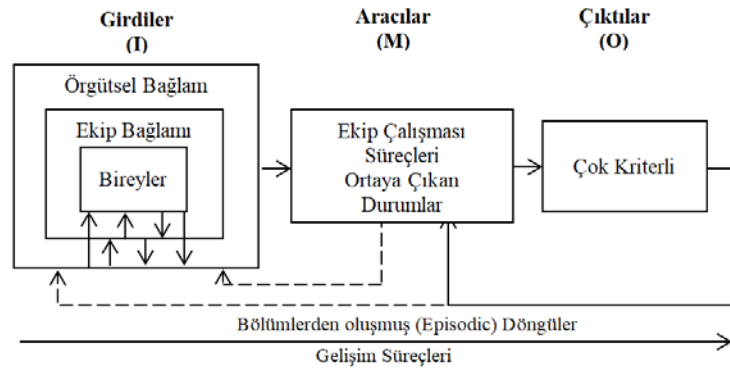
(A) Somut çıktılar veya ekip etkileşiminin ürünleri (Sonuçlar): Üretkenlik, verimlilik, kalite olarak üç grubu ayrılmaktadır; **(a) Üretkenlik (Productivity)**, bir ekibin ürettiği bazı birimlerin nicel olarak (kaydedilen satışlar, hizmet verilen müşteri veya tamamlanan görev vb.) tanımlanmasıdır. **(b) Verimlilik (Efficiency)**, bazı standartlara veya kıyaslama ölçütlerine göre üretilen birimlerin nicel olarak (tüketilen hammaddelere göre ürünler, bir karara varmak için gereken süreye ayrılan zaman, kotalara göre satışlar vb.) tanımlanmasıdır. **(c) Kalite (Quality)**, çıktıların değeri veya değerinin değerlendirilmesini (ürün ret oranları, karar kalitesi, müşteri memnuniyeti, güvenlik oranları vb.) temsil etmektedir (Mathieu vd. 2018: 20).

(B) Ekip üyeleri üzerindeki etkiler: Kolektif analiz düzeyi ve bireysel analiz düzeyi olarak iki türe ayrılmaktadır **(a) Kolektif analiz düzeyi çıktıları**, kavramsal olarak tüm üyeler tarafından benzer şekilde deneyimlenen uyum veya psikolojik güvenlik gibi paylaşılan deneyimleri

içermektedir. **(b) Bireysel analiz düzeyi çıktıları**, ise yalnızca ekipler arasında değil ekipler içinde de farklılık gösterebilen bireylerin tutumlarına, tepkilerine, öğrenmelerine ve davranışlarına atıfta bulunmaktadır (Mathieu, Gilson 2012; Mathieu vd. 2019: 20).

Geçtiğimiz çeyrek yüzyıl boyunca yapılan meta-analizlerle birlikte çalışma grubu araştırmalarının yanı sıra sayısız teorik gelişme, ekip etkinliğinin itici güçleri hakkında çok fazla bilgi sağlanmasını ve fikir edinilmesini sağlamaktadır (Mathieu vd. 2018). Ekip etkinliğinde IPO modelinin ardından çıktıların ekip çalışması girdileriyle sinerjik, döngüsel bir ilişkisi olduğu, bu nedenle tek taraflı kurulan bir ilişkinin yeterli olmadığı öne sürülmektedir (Ilgen vd. 2005). Yapılan araştırmalar genel olarak, klasik IPO çerçevesine yönelik memnuniyetsizlik yaşanması ve daha dinamik ve çok düzeyli bir çerçeve gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

IPO çerçevesinin oluşumunda büyük katkıları olan Hackman (1992) kariyerinin sonraki aşamalarında, IPO çerçevesinden uzaklaşarak modelin unsurları ile ekiplerin başarılı olmasını sağlayan koşullar arasındaki sinerji ihtiyacını vurgulamaktadır (Mathieu vd. 2017). Sonraki çalışmalar özellikle ekiplerin çok düzeyli ve dinamik doğasının gözden kaçırılması gibi gerekçelerle, IPO modelinin bazı eksikliklerini ele almaktadır. Örneğin, Ilgen ve diğerleri (2005), girdilerin sonuçlara aktarımını etkileyen değişkenler dizisinin yalnızca süreçler olmadığını, zamanla gelişen bir dizi bilişsel, motivasyonel ve tutumsal durumları (oluşan durumlar) içerdiğini belirtmekte ve ekip etkinliği için Girdi-Aracı-Çıktı-Geribildirim (IMOI) modelini önermektedir (Ilgen vd. 2005; Salas, Passmore vd. 2017: 75).



Şekil 2.2: Girdi-Aracı-Çıktı-Geribildirim (Input-Mediator-Outcome-IMOI)

Kaynak: (Ilgen vd. 2005; Mathieu vd. 2008)

IMOI modeli, IPO modelindeki süreçleri (processes) aracılar (mediators) olarak isimlendirmekte ve ekip çalışması süreçleri (teamwork processes) ile ortaya çıkan/gelişen

durumlar (emergent states) olarak ikiye ayırmaktadır (Marks vd. 2001). IMOI modeli, çıktıların girdileri nasıl etkilediğini açıklamak için döngüsel geribildirim fikrini kullanmaktadır (Turner vd. 2020; Ilgen vd. 2005). Ayrıca araçları oluşturan ekip çalışması süreçlerini ve ortaya çıkan durumları oluşturan faktörlerin birbirini nasıl etkileyebileceğini de ele almakta ve bu faktörlerin değerlendirilmesi ile de ilgilenmektedir (Ilgen vd. 2005; Salas 2018a). IMOI modeline göre, bireysel, ekip, örgütsel düzey ve bağlamdaki girdiler (inputs), araçlardan (mediators-ekip çalışması süreçleri ve ortaya çıkan/gelişen durumlar) etkilenecek, ekip performansında çıktı (outcomes) üretilmesini sağlamakta ve üyelerin verdiği tepkiler aracılığıyla girdilere döngüsel olarak geri bildirim sağlamaktadır (Lemieux-Charles, McGuire 2006). IMOI modeline göre;

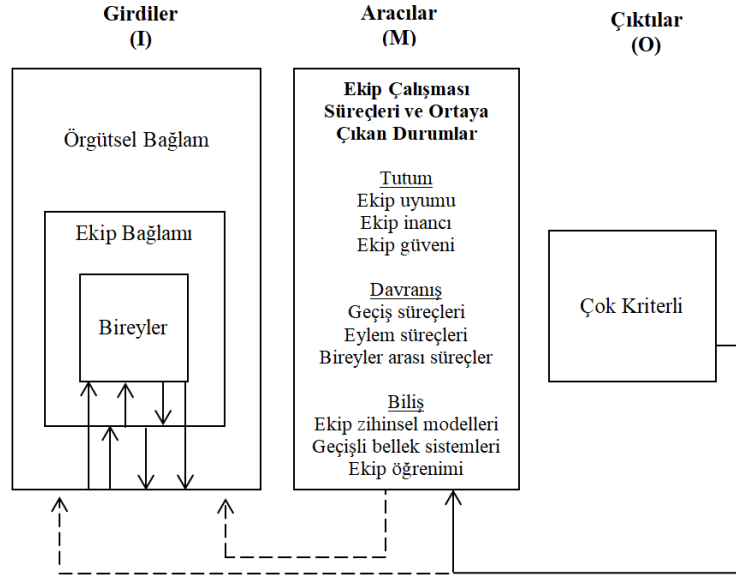
-Ekip çalışması süreçleri (Teamwork Processes): Marks ve diğerleri (2001), ekiplerin görev yürütme sırasında farklı zamanlarda farklı süreçleri yürüttüğü bir model sunarak, ekip etkinliğine IPO modelinden sona ilk epizodik yaklaşımı önermiştir. IMOI yaklaşımı da bu yaklaşımla şekillendirilmiştir. Ekip çalışması (teamwork) süreçleri, çalışanların ortak hedeflere ulaşmak için yerine getirdikleri görev çalışmasını (taskwork) organize etmeye yönelik olan üyelerin birbirine bağlı eylemleri kapsamında oluşan süreçler olarak tanımlanmaktadır (Marks vd. 2001). Ekip çalışması süreçlerinin örgütsel düzeyde ekiplerin nasıl işlediğini anlama ve ekip üyeleri arasındaki bireyler arası ilişkilere yönelik bakış açısı oluşturmada önemli role sahip olduğuna inanılmaktadır (Dülger 2020: 649). Ekip çalışması süreçleri geçiş süreçleri (**transition processes**), eylem süreçleri (**action processes**) ve bireyler arası süreçler (**interpersonal processes**) olarak üç ana başlıkta sınıflandırılmaktadır (LePine vd. 2008; Dinh vd. 2020: 129).

- o **Geçiş Süreçleri:** Ekiplerin amaçlarına ulaşmak amacıyla yönlendirilmesi gereken faaliyetleri değerlendirdiği ve/veya planladığı zaman dilimlerinden oluşmaktadır (Dülger 2020: 650). Performans bölümleri arasında gerçekleştirilen eylemleri kapsamaktadır (LePine vd. 2008). Geçiş süreçlerinde ekip üyeleri, gelecekteki çalışmalarını planlamak için hedef belirleme ve görev analizi gibi süreçleri kullanmaktadır (Roberts vd. 2022: 164). Geçiş süreci özellikle meslekler arası ekiplerde bilgi aktarımı ve iletişimdeki aksaklıklara sebep olabileceğinden oldukça önemlidir.
- o **Eylem süreçleri:** Ekiplerin amaçlarına ulaşmasında direkt katkıya sahip görev yapma gibi faaliyetleri gerçekleştirdikleri zaman dilimlerinden oluşmaktadır (Dülger 2020: 650). Ekipler hedefleri doğrultusunda çalışırken ilerlemeyi izleme, sistemi izleme, ekibi izleme, koordinasyondan oluşan dört temel eylemi yerine getirmektedir (LePine vd. 2008; Marks vd. 2001). Eylem süreçleri içerisinde izleme ve koordinasyon gibi süreçler ekip görevlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Roberts vd. 2022: 164). Eylem süreçleri bakımın sürekliliğini sağlayarak, hasta güvenliği ve memnuniyetini sağlama açısından oldukça kritiktir.

- o **Bireyler Arası Süreçler:** Geçiş ve eylem süreçlerinde ekip üyelerinin arasında gerçekleşen ilişkilerle ilgilidir (Dülger 2020: 650). Her iki süreçte de her epizodik aşamada göze çarpmakta ve ortaya çıkabilmektedir (Roberts vd. 2022: 164). Bireyler arası süreçler ekip üyeleri arasındaki ilişkileri, çatışma yönetimini, motivasyon ve etki yönetiminin dikkate alınmasını kapsamaktadır (LePine vd. 2008; Marks vd. 2001).

- **Ortaya Çıkan Durumlar/Gelişen Durumlar (Emergent States):** Ekip üyelerinin tutumu (affect/attitude) ve bilişleri (cognitions) (ABC) ve ekibin üyelerinin özellikleri ile oluşan durumlar ise ekibin ortaya çıkan durumları (emergent states) olarak adlandırılmakta; bir ekibin bilişsel, motivasyonel ve duygusal durumları olarak tanımlanmaktadır (Marks vd. 2001: 357). Kısaca bireysel ekip üyesi özelliklerinden ve ABC'lerden veya ekiplerin zaman içinde nasıl etkileşime girdiğinden kaynaklanan ortaya çıkan özelliklerdir (Zajac vd. 2021). Ekip girdilerini sonuçlara bağlayan aracılık mekanizmaları olarak görülmektedir (Ilgen vd. 2005). Ortaya çıkan durumlar deneyimlerin ürünleridir. Sonraki süreçlerde ve sonuçlarda yeni girdiler olarak yer bulmaktadır. Bir ekip içindeki güven, çatışma gibi durumlar bireyler arası ekip çalışması süreçlerinden etkilenecek meydana gelen, ortaya çıkan durumlara örnek olarak verilebilmektedir (Dinh vd. 2020: 128).

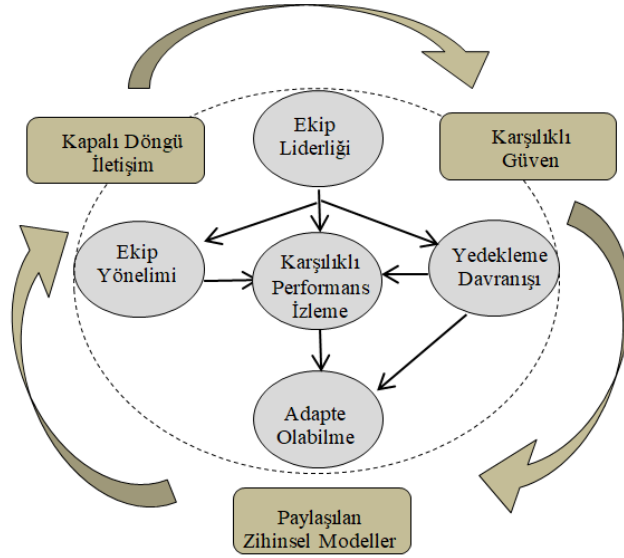
Salas ve diğerlerine göre (2017) IMOI modelinde yer alan ekip aracılığı olan ekip çalışması süreçleri ve ortaya çıkan durumlarını ekip üyelerinin "ABC'leri" (yukarıda bahsedilen yetkinlikler) olarak isimlendirmekte ve tutum (attitude), davranış (behavior) ve biliş (cognition) olarak sınıflandırmaktadır.



Şekil 2.3: Girdi-Aracı-Çıktı-Geribildirim (Input-Mediator-Outcome-IMOI)
Kaynak: (Salas vd. 2017: 247)

Ekip etkinliği ve sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği konuları ile ilgili yapılan araştırmalar zaman içinde kavramlara yüklenen anlamları geliştirmiştir. Salas, Sims, Burke (2005), etkin ekip çalışmasının sağlanabilmesi ve yetkinliklerin farkına varılarak koordinasyonunun sağlanması için “Büyük Beş” adında bir model önermiştir. “Ekip Çalışmasında Büyük Beş Modeli” güvenilir bir ekip çalışmasını isteklendirmek için gereken temel yetkinlikleri belirtmektedir (Paige 2010: 573).

Salas, Sims ve Burke’e (2005) göre etkili ekipler, üç ek koordinasyon mekanizması tarafından kolaylaştırılan beş temel ekip çalışması sürecine girmektedir. Modelde yer alan beş temel yetkinlik ekip büyüklüğü ne olursa olsun bütün ekipler için önemlidir. Temel yetkinliklerin bir araya gelmesi ve koordinasyon mekanizmaları sayesinde de bütünleşmesiyle etkin ekip çalışması sağlayabilmektedir. Etkin ekip çalışması sayesinde de yukarıda da belirtildiği üzere iş birliğine dayalı bakımda kazançlar, eylemlerin sürekliliği, ilişkilerde gelişme sağlamakta, zamandan tasarruf sağlamakta ve sürekli öğrenme teşvik edilmektedir (Sangaleti vd. 2017: 2735).



Şekil 2.4: Etkin Ekip Çalışmasında Büyük Beş Modeli

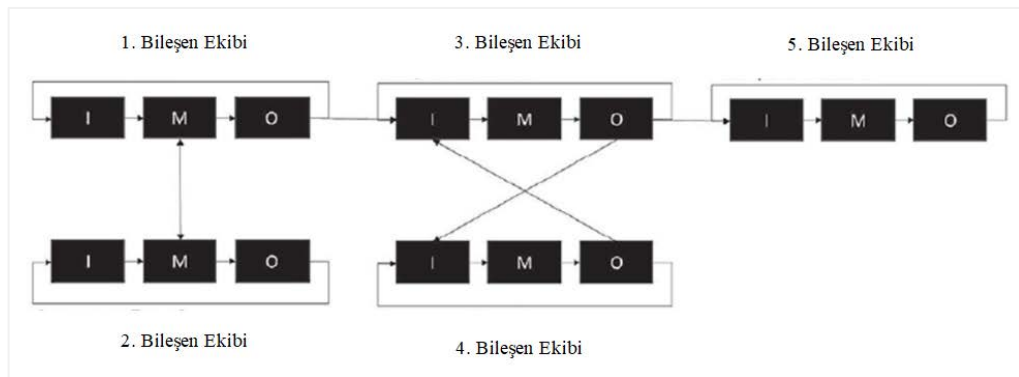
Kaynak: (Salas vd. 2005: 571)

“Büyük Beş” **liderlik**, üyelerin faaliyetlerini yönlendirme, motive etme ve koordine etme yeteneği; **karşılıklı performans izleme**, ekip arkadaşı performansını izlemek için stratejilerin uygulanması; **yedekleme davranışı**, yüksek iş yükü/baskı koşullarında üyeler arasında iş yükünü dengeleme yeteneği; **uyarlanabilirlik/adapte olabilme**, beklenen eylemden sapmaları tanıma ve toplu eylemleri ayarlama yeteneği ve **ekip yönelimi/oryantasyonu**, ekip hedeflerinin bireysel hedefler üzerindeki önemine olan inancı içermektedir (Roberts vd. 2022). Bu temel yetkinlikler **karşılıklı güven**, **kapalı döngü iletişim** ve **paylaşılan zihinsel modeller** koordinasyon mekanizmaları tarafından desteklenmektedir (Baker vd. 2010: 1).

Koordinasyon mekanizmalarının, ekip çalışmasının beş bileşeninin hayata geçirilmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Salas vd. 2009: 43). Üç koordinasyon mekanizması, **paylaşılan zihinsel modeller**, bir ekibin ortamındaki temel görev ve ekiple ilgili unsurlar hakkında paylaşılan bilgiyi açıklamaktadır. **Karşılıklı güven**, ekip üyeleri arasında oluşan, birbirlerinin rollerini yerine getirmeye ve diğerlerinin çıkarlarını korumaya yönelik ortak inanç ve **kapalı döngü iletişim**, iki veya daha fazla ekip üyesi arasında bilgi alışverişi sürecinden oluşmaktadır (Salas, Sims, Burke 2005; Roberts vd. 2022). IMOİ çerçevesi açısından, bu ekip çalışması değişkenleri, iki acil durum ve bir süreç olarak kategorize edilebilir ve bir ekibin gelişim aşamaları ve operasyon bağlamı boyunca önem bakımından farklılık gösterdiğine inanılır (İlgen vd. 2005; Roberst vd. 2022). Salas incelemesine dayanarak, Alonso, Baker ve diğerleri (2006), dört ekip çalışması yetkinliğinin (liderlik, karşılıklı destek, durum izleme ve iletişim) bakımın

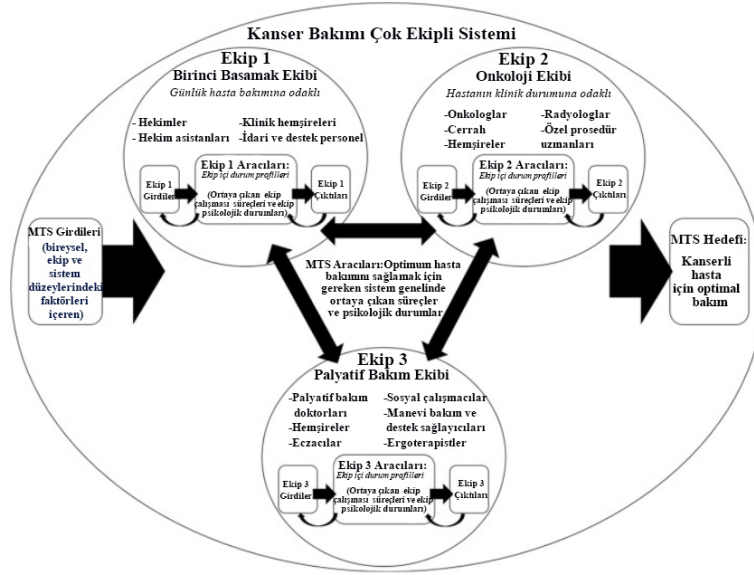
güvenli bir şekilde sunulmasında kritik öneme sahip olduğunu belirtmiştir (Alonso vd. 2006; Baker vd. 2010: 1).

Özellikle son on yıl içerisindeki ekip etkinliği araştırmalarına bakıldığında ise; ekip çalışması, meslekler arası uygulama veya iş birliği mantığıyla ele alınması ile karşılaşılmaktadır. Bu araştırmalarda mesleki eylemlere karşılıklı bağımlılık, kullanıcı ihtiyaçlarına odaklanma, meslekler arasında müzakere, kararları ortak alma, karşılıklı saygı ve güven; meslekler arasında ve farklı meslek gruplarının rolleri ve çalışmasının kabulü gibi özellikler vurgulanmaktadır (Teles vd. 2014: 24). Durum böyle olunca ekip etkinliğini ortaya çıkaran faktörler yukarıdaki şekillerde verildiği gibi doğrusal düzlemde görülmemeye; ekip çalışması ve iş birlikleri de yalnızca tek bir ekip içi veya farklı ekipler arasında görülmemeye, çok ekipli yapılarla incelenir hale gelmektedir. **Şekil 2.5’de** sağlık hizmeti veren çok ekipli sisteme (MTS) ait bir ekip etkinliği modeli örneği bulunmaktadır. **Şekil 2.5** aynı zamanda ekiplerin karşılıklı bağımlılık yapılarının ne şekilde olduğunu da göstermektedir. **Şekil 2.5’de** yer alan 1. ve 2. ekipler teşhis ve tedavi planlaması üzerinde iş birliği içinde çalışan bir birinci basamak ekibi ve kararda yer alan danışmanlar grubu gibi yoğun koordinasyon sergileyen ekiplere örnek gösterilebilmektedir. **Şekil 2.5** yer alan 1. 3. ve 5. ekipler ameliyat öncesi cerrahi klinik ekibi, ameliyathane ve cerrahi hastalara bakan yoğun bakım ünitesi içindeki bakım ekipleri gibi sıralı karşılıklı bağımlılık sergileyen ekiplere örnek olarak verilebilmektedir. **Şekil 2.5** yer alan 3. ve 4. ekipler ise bir yatan hasta bakım ünitesinde (servis) hastaları ayağa kaldırmak için çalışan fizik tedavi ekipleri ile hemşire ekipleri gibi birbirlerine karşılıklı bağımlılık sergileyen ekiplere örnek olarak gösterilebilmektedir (Rosen vd. 2019).



Şekil 2.5: Sağlık Hizmetlerinin Çok Ekipli Sistem (MTS) ve Etkinliği
Kaynak: (Rosen vd. 2019)

Şekil 2.5’de verilen bu örnekte de gösterildiği üzere bakım sürecinde bulunan bu çok ekipli yapı, bakımı doğru gerçekleştirmek üzere tek bir etkinliği oluşturmak için çaba gösterse bile; bu ekiplerin her biri kendi hem görev hem ekip çalışması açılarından ayrı ayrı etkinlikler oluşturmaktadır. Şekil 2.6’da yer alan örnekte ise bir MTS olarak kanser tedavisinin karmaşıklığını ve hiçbir uzman ekibinin tek başına hasta bakımı ve tedavisi görevini yerine getiremeyeceğini görünür kılmaktadır.

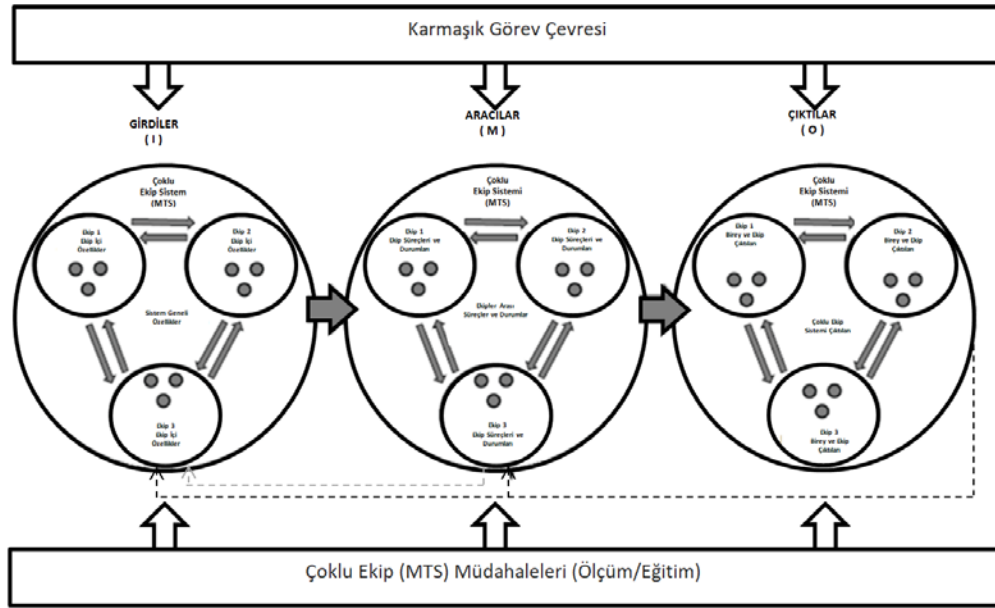


Şekil 2.6: Kanser Tedavisi MTS Etkinlik Modeli Örneği
Kaynak: (Shuffler, Kramer, Carter, Thayer, Rosen 2018: 370)

Şekil 2.6’da görülen kanser bakımı için oluşturulmuş MTS örneğinde; hastanın birinci basamak hekimi ve beraberindeki idari ve klinik destek personelinden oluşan bir birinci basamak ekibi (Ekip 1); onkologlar, cerrahlar, hemşireler, radyologlar ve diğer uzmanlardan oluşan bir onkoloji ekibi (Ekip 2) ve hekim, hemşire, eczacı, sosyal hizmet uzmanı ve pastoral bakım¹ görevlisini içeren bir palyatif bakım ekibinden (Ekip 3) oluşmaktadır (Shuffler vd. 2018: 370).

¹ Manevi bakım (Schuhmann, Damen 2020).

Şekil 2.8’de yer alan örnekteki gibi MTS ekiplerinde karmaşık hedefler daha büyük bir yapbozun yönetilebilir parçalarına bölünerek, birden fazla ekibin iyi koordine edilmiş çabaları sayesinde yerine getirilmesi sağlanabilir. Bu noktada etkinlik çok ekipli sistemleri ve bunlar arasındaki iş birliğinin sağlanmasıyla sağlanabilmektedir. Her bir ekibin kendine ait etkinlik süreci bulunan; çok ekipli sistemlere daha genelden bakıldığında birbirleriyle etkileşim süreçlerinin daha genel olan çok ekipli sistemin etkinliğinde rol oynayan hale dönüşüm başladığı görülmektedir (Shuffler, Carter 2018).

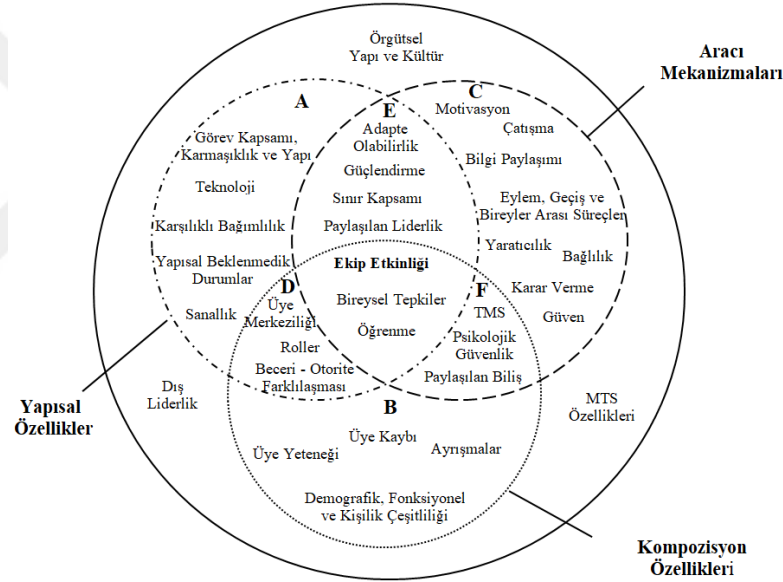


Şekil 2.7: Çok Ekipli Sistemlerde Yer Alan Ekip Çalışmasının Organizasyon Çerçevesi ve Çok Ekipli Sisteminin Etkinliğine Katkıda Bulunan Temel Bileşenler
Kaynak: (Shuffler, Carter 2018: 394).

Şekil 2.8’de MTS’lerin alt ekip sistemlerinden oluştuğu ve birbirlerini nasıl etkilediğine yönelik bir örnek niteliğindedir. Ekip etkinliği ve sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği araştırmalarının zaman içindeki değişimden görüldüğü üzere ekip etkinliği, çok düzeyli bir bağlamda yer alan ve çevresel değişkenlerle birlikte gelişen dinamik faaliyet ağlarına dönüşmektedir (Mathieu vd. 2019: 40). Mathieu ve diğerleri (2017) bu karmaşık sistemleri olan yapıların ekip etkinliğinde daha yeni bir bakış açısından bakmaktadır. Bu bakış açısına göre etkinlik oluşturmak için toplu olarak bir araya gelen ekiplerin birbiriyle örtüşen, birlikte gelişen yönlerini göstermektedir. Ekip etkinliğini oluşturan bu çok boyutlu bakış açısında üç ana boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar; yapısal özellikler (**structural features**) **boyutu**, kompozisyon

özellikleri (*compositional features*) boyutu ve aracı mekanizmalar (*mediating mechanisms*) boyutu olarak sınıflandırılmaktadır (Mathieu vd. 2018: 315).

- **Yapısal Özellikler-(A)**, görev kapsamı ve karmaşıklığı, üyelerin karşılıklı bağımlılığı, ekip sanallığı, görev türleri veya boyutları, yetkilendirme, liderlik, bir ekibin yapısal olasılıkları gibi değişkenleri içermektedir (Mathieu vd. 2019: 315).
- **Kompozisyon Özellikleri-(B)**, üye özelliklerinin kombinasyonu olarak tanımlanmakta ve ortalama üye özellikleri, farklı çeşitlilik biçimleri, ayrışmalar (alt grup ayrımları) gibi daha karmaşık yapılandırmaları kapsamaktadır (Mathieu vd. 2017).
- **Aracı Mekanizmaları (C)**, ekip üyelerinin girdileri sonuçlara dönüştürürken ki süreçlerde aracılık eden etmenlerden oluşmaktadır. Aracı mekanizmalar arasında ekip süreçleri (eylem, geçiş, bireyler arası süreçler) ve çatışma, uyum, iş birliği, güven gibi ortaya çıkan durumlar bulunmaktadır (Mathieu vd. 2019: 27).



Şekil 2.8: Ekip Bileşimi, Yapısal Özellikler, Aracı Mekanizmalar, Dış Etkiler ve Etkileşimi

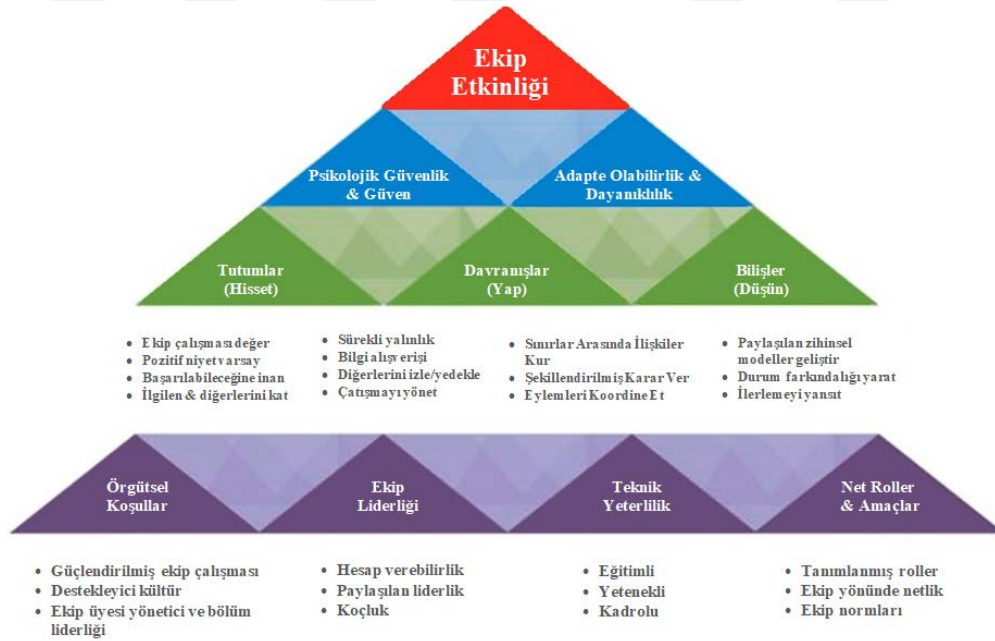
*MTS, çok ekipli sistemler (multiteam systems); TMS, işlemsel bellek sistemi (transactive memory system)

Kaynak: (Mathieu vd. 2017; Mathieu vd. 2019).

Çok boyutlu bir yapıya sahip olan bu yaklaşım “Venn diyagramı yaklaşımı” olarak adlandırılmaktadır. Şekil 2.8’de gösterilen haliyle IMOİ çerçevesinin temel unsurlarını, temel girdiler olarak yapısal ve kompozisyonel özelliklerle (Bölgeler A ve B), ekip süreci ve ortaya çıkan durum işlevleri olarak işlev gören aracı mekanizmalar (Bölge C) ile korumaktadır. Venn diyagramı yaklaşımı ilişkilerin tekrarlayan, zamana bağlı doğasını da kabul etmekte ve birçok

göze çarpan ekip değişkeninin (D, E ve F Bölgeleri tarafından belirtildiği gibi) kesişen, geleneksel IMOİ sınırlarının enine kesitlerinde yattığını göstermektedir. Örneğin, güçlendirme (empowerment) kavramı hem bir örgütteki yetki ve sorumluluk dağılımı (yetkilendirme) gibi yapısal özellikleri hem de üyelerin algıları ve motivasyonları ile ilgili aracılık mekanizması bünyesinde bulunmaktadır (Matheiu vd. 2019: 20). Yukarıda verilen örneklerde de gösterildiği üzere sağlık hizmetleri bakım sürecinde bulunan çok ekipli yapılardaki ekiplerin her biri kendi ekiplerinde hem görev hep ekip çalışması açılarından ayrı ayrı etkinlikler oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu ekiplerde tek bir ekibin kendi etkinliğinden ziyade tüm ekiplerin birleşerek oluşturduğu sistemin etkinliğinin sağlanması önem arz etmektedir. Birden fazla ekip kendi ekip çalışmasını ve görev çalışması sayesinde etkinliklerini yönetirken, aynı zamanda MTS'nin hedefine ulaşmak için kendi ekipleri içinde ve diğer ekipler arasındaki etkinlikleri koordine ederek genel etkinliğe ulaşabilmektedir (Turner vd. 2020).

Son araştırmalardan biri olan Zajac ve diğerlerinin (2021) araştırmalarında da sağlık hizmetlerinde ekip etkinliğine yönelik genel çerçeve sunulmaktadır. **Şekil 2.9'da** yer alan çerçeve, ideal ekip durumlarının geliştirilmesine yönelik basamaksal bir süreci yansıtacak şekilde yapıya sahiptir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisindeki gibi çerçevede yer alan her basamak bir öncekinin üzerine inşa edilmektedir.



Şekil 2.9: Kapsamlı Ekip Etkinliği Çerçevesi

Kaynak: (Zajac vd. 2021)

Çerçevede yer alan en alttaki basamak, ortaya çıkan tutum, davranış ve bilişlerin temelini oluşturan ve şekillendiren yetkinlikleri içermektedir. Bir ekip hissettiğinde (tutum-attitudes), davranış gösterdiğinde (davranış-behaviors) ve düşündüğünde (biliş-cognitions) (ekip çalışmasının ABC'si) psikolojik güvenlik ve güven ile adapte olabilirlik ve dayanıklılığın durumlarının gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bu durumlar, ekibin şu anda paylaşılan hedeflerini (performans ve sonuçlar) başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi ve gelecekte etkin olarak birlikte çalışmaya devam edebilmesi (var olmaya devam etme), böylece genel ekip etkinliğinin sağlanabilmesi için ihtiyaç duyulan nihai şeyler olarak görülmektedir (Zajac vd. 2021).

Roberts ve diğerlerinin (2022) belirtildiği bu araştırmada da açıklandığı gibi çok sayıda ekip etkinliği çerçevesi bulunmakla birlikte ekip çalışmasını destekleyen kesin faktörler konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Ancak bugüne kadarki yapılan araştırmalarda etkinlikle ilgili ilgi çeken ve en sık araştırma konusu olan değişkenlerin ekip süreçleri ve ortaya çıkan durumlardan oluştuğu görülmektedir.

Bu araştırmada yukarıda gelişim süreci açıklanan ekip etkinliği ve sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği birey, ekip ve örgüt düzleminde ele alınarak IMOİ çerçevesinde sağlık hizmetlerinde MTS olarak görülen çoklu ekip sistemleri etkinliği modeli temel alınmıştır. Araştırma modelinde yer alan değişkenler bu modelin parçalarından oluşturulmuştur. Son dönem çalışmalarından olan Zajac ve diğerleri (2021) tarafından oluşturulan ekip etkinliği modeliyle de seçilen değişkenler desteklenmiştir. IMOİ çerçevesine göre süreçte girdi olarak hastane hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütün dayanıklılığı ve dayanıklılık kültürü oluşumundaki etkisi araştırılmaktadır. Bu etki üzerinde her bir bireyin, ekibin örgüt genelini oluşturan MTS ekipleri olarak dayanıklılığa ulaşmasında meslekler arası iş birliği sayesinde aracılık etmesi ve olası çatışmalara karşı kullanılan yönetim tarzları aracılığıyla etkinliğe katkı sağlaması incelenmektedir. Araştırma modelinde yer alan değişkenler sırasıyla aşağıda yer almaktadır.

2.2. Ekip Çalışması Tutumları

Sağlık hizmetleri ve ekipleri bölümünde sağlık ve sağlık hizmeti kavramlarının tanımları yapılmış; sonrasında sağlık hizmetlerinde ekip modellerinden bahsedilerek sağlık hizmetleri ekibi ve sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği konuları açıklanmıştır.

2.2.1. Sağlık Hizmetleri Ekibi

Örgütler, bilginin yoğun olarak üretildiği ve kullanıldığı alanlarda ekipleri daha fazla kullanmayı tercih etmektedir. Ekipler havacılık, sağlık, finansal hizmetler, nükleer santraller ve ordu başta olmak üzere hizmet ve üretim sektörlerinde oldukça sık kullanılmaktadır (Dülger 2020: 647). Ekipler hayatın her alanında bulunmakta, uçakları çalıştırmakta, askeri emirleri yerine getirmekte, toplumsal sorunları çözmekte, yaşamı değiştiren bir sonraki teknolojiyi icat etmekte ve hastanelerde hayat kurtarmaktadır (Lacerenza 2018). Kötü tasarlanmış ve sorunlu ekiplerin sonuçları, yetersiz iş süreçleriyle ilişkili verimsizlikler ve ekonomik maliyetlerden, büyük ölçekli can kayıplarıyla ilişkili feci kişisel, sosyal ve ekonomik maliyetlere kadar değişebilmektedir (Roberts vd. 2022: 161).

AHRQ ekibinin beş temel özelliğini sıralamıştır. Bu sıralamaya göre ekip en az iki ya da daha fazla kişiden oluşmaktadır. Ekip, ortak bir hedefe ulaşmak için etkileşime giren belirli rollere ve görevlere sahip üyelerden oluşmaktadır. Ekipler karar verme becerisine sahiptir. Ekipler sıklıkla yüksek iş yükü altında çalışmakta ve özel bilgi ve beceriler kullanmaktadır. Ekibin görev karşılıklı bağımlılığından kaynaklanan kolektif eylemleri bulunmaktadır. Bu özelliklere sahip ekipler kokpit ekiplerinden, yangın kurtarma ekiplerine, askeri ekiplerden sağlık hizmetleri ekiplerine kadar uzanmaktadır (Baker vd. 2003: 9) .

Ekip bir hedefi gerçekleştirmek, belirli zamanlarda bir sorunu çözmek, bir amacı yerine getirmek için bir arada bulunan, problemleri çözme, karar verebilme, etkili çalışma teknikleri uygulayan ve diğer ekip üyelerine karşı sorumlu olan insan topluluğudur (Rosen vd. 2019). Sağlık hizmetleri ekibi ise; “Ortak hedefi bireye en kapsamlı, en kaliteli sağlık bakımının verilmesi olan, sağlık meslek mensuplarının bir araya gelerek, her ekip üyesinin kendi görevini yerine getirdiği; birbirleri arasında bilgilerin, deneyimlerin sürekli olarak paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve alınan kararların birlikte uygulandığı bir bütün” olarak tanımlanmaktadır (Sütçü 2019: 19).

Sağlık hizmetleri ekibi içerisinde farklı meslek mensupları yer almaktadır. Türkiye meslekler sözlüğüne göre “sağlıkla ilgili meslekler, profesyonel meslekler ve sağlıkla ilgili yardımcı profesyonel mesleklerden oluşmaktadır (Türk Meslek Sözlüğü 2021). Sağlıkla ilgili

profesyonel meslekler mensupları; Hekimler, hemşireler, ebeler, geleneksel ve tamamlayıcı tıp profesyonelleri, paramedikal uygulayıcılar, veterinerler ve sağlıkla ilgili olan diğer profesyonel meslek mensupları sınıfına giren diş hekimleri, eczacılar, çevre, iş sağlığı ve hijyen ile ilgili profesyonel meslek mensupları, fizik tedavi uzmanları, diyetisyenler ve beslenme uzmanları, işitme ve konuşma terapistleri, optometrisler ve optalmatik optisyenler ile sınıflandırılmamış diğer profesyonel meslek mensupları (çocuk gelişimcisi/uzmanı, podiatrist/podolog, osteopat olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlıkla ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları ise; tıbbi görüntüleme ve tedavi edici cihaz teknisyenleri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknisyenleri, eczacılık teknisyenleri ve teknisyen yardımcıları, tıbbi protez teknisyenleri, diş protez teknisyenleri, hemşirelik ve ebelik yardımcı profesyonelleri, geleneksel ve tamamlayıcı tıp yardımcı profesyonelleri, veteriner teknisyenleri ve yardımcıları ile diğer yardımcı profesyonel meslek mensupları, toplum sağlığı çalışanları, optisyenler, fizik tedavi teknisyenleri ve yardımcıları, tıp yardımcıları gibi meslek mensuplarından” oluşmaktadır. Bu mesleklere destek olan meslekler arasında ise psikologlar, sağlık yönetimi ve destek hizmetleri meslekleri bulunmaktadır (Hayran 2016: 91; Türk Meslek Sözlüğü 2021).

1999 yılında IOM tarafından yayınlanan raporda da belirtildiği gibi sağlık hizmetleri her aşamasında bir ekip hizmetidir (IOM 2000). WHO’de daha güvenli sağlık hizmeti sunumu için bir ekip yaklaşımının temel olduğunu belirtmektedir (Dellafiore vd. 2019: 762).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması Yetkinlikleri

Bireyler kendi başlarına elde edemedikleri performansa ulaşmak için iş birliğine gitmektedir. Bu birlikte çalışma yeteneği, kurumların başarısı için kritik öneme sahiptir ve bu yetenek *ekip çalışması* olarak adlandırılmaktadır (Roberts vd. 2022: 163). Ekip çalışması; rol, görev ve hedeflerde netliğin olduğu; dayanışma, paylaşılan kimliğin olduğu; iş entegrasyonu ve ortak sorumluluk temel süreçlerine sahip üyelerin bir arada çalışması olarak tanımlanmaktadır (Petit dit Daniel vd. 2018: 2). Ekip çalışmasının temel unsurları arasında ortak bir çalışma ürününe sahip üyeler, birbirine bağlı görevler, sonuç üretmek için paylaşılan sorumluluk, ortak bir yaklaşıma bağlılık ve örgütsel sınırlar boyunca ilişkilerin kolektif yönetimi yer almaktadır (Franklin vd. 2015: 2).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde görev alan ekiplerin amaç ve görevleri birbirlerinden farklılık içerse de yer aldıkları klinik ve yönetsel faaliyet süreçlerinde ekip çalışması gerektirmektedir (Saygılı, Özlem 2020). Güvenli ve etkili hasta bakımı, sağlık

uzmanlarının ekip çalışmasına bağlıdır (Zajac vd. 2021). Sağlık hizmetlerinde faaliyetlerin çok yönlü olduğu ve birlikte hareket eden ilişkilere sahip olan, farklı uzmanlıklara ve farklı eğitim düzeylerinden gelen sağlık profesyonellerinin bir ekip olarak hareket etmesini gerekli kılmaktadır (Kılınç vd. 2018: 43). Ekip üyeleri teknik olarak görevlerini yerine (görev çalışması) getirebilmenin yanında, ayrıca ekip çalışması yetkinlikleri ve liderlik yetenekleri sergilemeli ve bir bütün olarak etkin bireyler arası ve ekip işleme sürecine (ekip çalışması) dâhil olması gerekmektedir. Örneğin ameliyathanede çalışan bir ekibin teknik (hasta konumlandırma, dikiş atma vb.), bilişsel (karar verme, planlama, analitik düşünme vb.) ve bireyler arası becerilere (iletişim, kendine güven, çatışma çözümü vb.) sahip olması oldukça önem arz etmektedir (Paige 2010). Sağlık hizmetlerinde meydana gelen kazalar, tıbbi hatalar ve istenmeyen olayların ortaya çıkmasında iletişim ve ekip çalışması önemli bir role sahiptir. İstenmeyen olayların görev çalışmasında gerekli olan klinik beceri (teknik beceri) eksikliğinden çok hatalı ekip çalışmasından (teknik olmayan beceri) kaynaklandığı açıklanmaktadır (Manser 2009: 145).

Ekip üyeleri ekip sonuçlarına tam olarak katkıda bulunmak için ekip yetkinliklerine ihtiyaç duymaktadır (Rosen vd. 2019: 6). Örneğin bir cerrahın sağlık ortamında başarılı olmak için usta bir teknisyenden daha fazlası olması gerekmekte; yüksek risk içeren ortamda, her ekip üyesinin kendi uzmanlığı olan klinik bilgisinin yanı sıra birkaç farklı yetkinlik kategorisinden de faydalanması gerekmektedir. Cannon-Bowers ve diğerlerine göre (1995), etkin ekip çalışması için kritik olan üç tür yetkinlik bulunmaktadır. (KSA) olarak isimlendirilen bu yetkinlikler; ekip çalışmasıyla ilgili bilgiler (**K**nowledge), ekip çalışmasıyla ilgili beceriler (**S**kills) ve ekip çalışmasıyla ilgili tutumlardan (**A**ttitude) oluşmaktadır (Baker vd. 2003: 11).

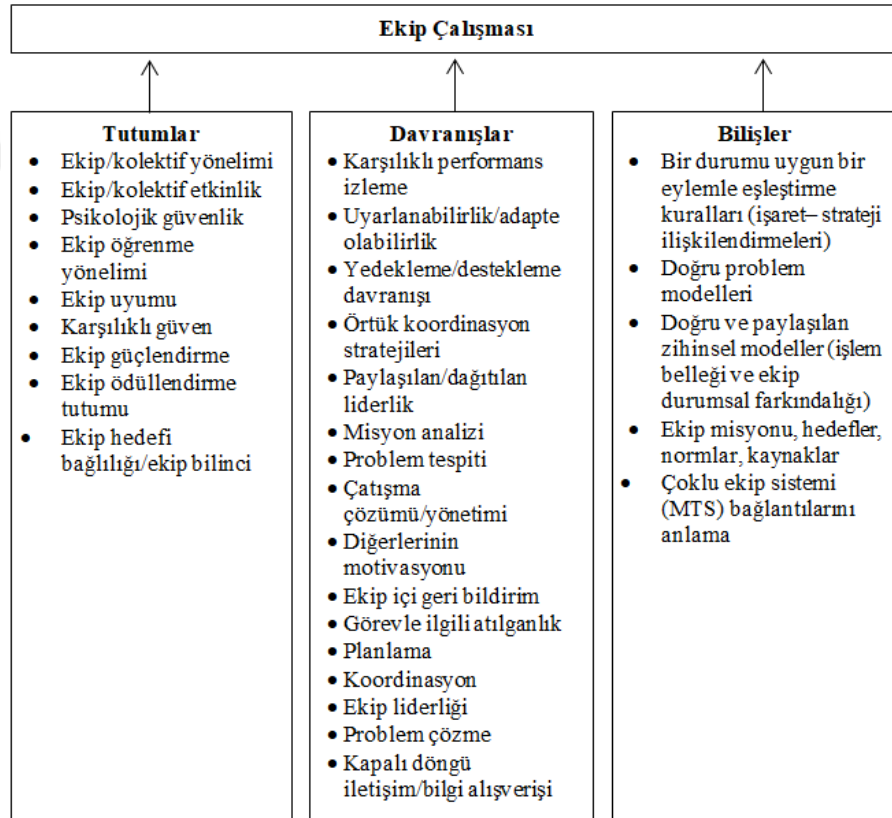
Bilgi Temelli Yetkinlikler (K), bir ekibin etkin görev performansı sergilemesinin temelinde yer alan kavramlar ve ilkeler olarak tanımlanmaktadır (Baker vd. 2003: 13). İpuçları aracılığıyla strateji belirleyebilme bilgisi, durum ortak bir bakış açısıyla değerlendirebilme ve işin gerekliliklerine uygun stratejileri belirleyebilme bilgisi, ekip arkadaşlarının bilgileri, becerileri hakkında sahip olunan bilgi, kaynaklarıyla ilgili sahip olunan bilgi, ekibin misyonu, ekip hedefleri, sorumluluklar ve görev dağılımı bilgisini kapsamaktadır (Sayek 2011: 111).

Beceri Temelli Yetkinlikler (S), diğer ekip üyeleriyle asgari düzeyde bir yeterlilikte etkileşim kurmak için öğrenilmiş bir kapasite olarak tanımlanmaktadır (Baker vd. 2003: 13). Koordinasyon, iletişim, çatışma çözümü, paylaşılan liderlik, karşılıklı performans gözetimi becerisi, ekip liderliği becerisi, destekleme becerisi, geribildirim becerisi, esneklik ve uyum

becerisi, kapalı döngü iletişim ve bilgi alışverişinde bulunma becerisi ve benzeri becerileri kapsamaktadır (Lacerenza vd. 2018).

Tutum Temelli Yetkinlikler (A), bir ekip üyesinin seçimlerini, belirli bir şekilde hareket etme kararlarını etkileyen içsel durumlar olarak tanımlanmaktadır (Baker vd. 2003: 11). Ekibi yönlendirme tutumu, ortaklaşa etkinlik için ortak vizyon, sergilenen tutum, ekibe bağlılık, karşılıklı güven, ortak yönelim, ekip çalışması önemi ile ilgili tutumlar ve benzeri tutumları kapsamaktadır (Sayek 2011: 111).

Salas ve diğerlerine göre (2009) ise ekip yetkinliklerini ekip çalışmasının **ABC'leri** (KSA) olarak isimlendirmektedir. Ekip çalışmasının **ABC'leri**, ekiplerin nasıl düşündüğünü, hissettiğini, hareket ettiğini ifade etmektedir (Zajac vd. 2021: 6). Ekip yetkinlikleri, tutumlar (**Attitudes**), etkili ekip performansı için gerekli olan duyuşsal niteliklerdir. Davranışlar (**Behaviours**), ekip çalışması için gerekli beceriler ve prosedürlerdir. Bilişler (**Cognitions**) ise, ekip çalışmasının etkinliği için gerekli olan bilgi ve deneyimin gerekli unsurlardan oluşmaktadır (Salas vd. 2009).



Şekil 2.10: Ekip Çalışmasının ABC'si: Yetkinlikler
Kaynak: (Salas vd. 2009: 52-63)

Ekip çalışması tutumları (A); ekip/kolektif yönelimi, ekip/kolektif etkinlik, psikolojik güvenlik, ekip öğrenme yönelimi, ekip uyumu, karşılıklı güven, ekip güçlendirme, ekip ödüllendirme tutumu, ekip hedefi bağlılığı/ekip bilinci olarak sıralamaktadır (Salas vd. 2009: 52; Zajac vd. 2021: 6).

Ekip çalışması davranışları (B); karşılıklı performans izleme, adapte olabirlik, yedekleme/destekleme davranışı, örtük koordinasyon stratejileri, paylaşılan liderlik, misyon analizi, sorun tespiti, çatışma çözümü/yönetimi, başkalarının motivasyonu, ekip içi geri bildirim, görevle ilgili girişkenlik, planlama, koordinasyon, ekip liderliği, problem çözme, kapalı döngü iletişim/bilgi alışverişi olarak sıralamaktadır (Salas vd. 2009: 52; Zajac vd. 2021: 6).

Ekip çalışması bilişleri (C); bir durumu uygun bir eylemle eşleştirme kuralları (işaret-strateji ilişkilendirmeleri), Doğru problem modelleri, Doğru ve paylaşılan zihinsel modeller (işlemsel bellek ve ekip durumsal farkındalığı), ekip misyonu, hedefleri, normları, kaynakları, Multiteam Sistem (MTS) bağlantılarını anlama olarak sıralamaktadır (Salas vd. 2009: 50; Zajac vd. 2021: 6).

Ekip çalışmasının ABC'sinin anlaşılması, görevlerin ve ekipmanın tasarlanması, eğitimin yürütülmesi, performansın değerlendirilmesi ve seçim kriterlerinin tanımlanması için esas kabul edilmektedir (Salas vd. 2009: 50). Bununla birlikte bilgi, beceri ve tutumlar ekip için oldukça önemli olsa da ekibin başarısının tek belirleyicisi değildir. Görevin yapısı ve ekiplerin işlev gördüğü bağlam, ekip çalışmasını anlamak ve geliştirmek için kritik öneme sahiptir (Rosen vd. 2019: 4).

Görev ve ekip çalışması ile ilgili hedefler belirlenerek gelişim sağlanarak etkinlik artırılabilir. Sürekli öğrenme aracılığıyla ekip yetkinlikleri ekipler tarafından kazanılabilir. Belirli ekip yetkinliklerini hedefleyen önceden belirlenmiş hedefler ve müfredat ile resmileştirilmiş, yapılandırılmış bir öğrenme sağlanarak ekip eğitimi sayesinde ekiplerin etkinlikleri artırılabilir (Lacerenza 2018: 519). Bu yetkinlikler sağlık uzmanları, eğitimciler ve araştırmacılardan oluşan uluslararası bir konsorsiyum olan Tıp Eğitiminde Teknik Olmayan Beceriler Özel İlgi Grubu (NOME SIG), teknik olmayan becerileri (Non Technical Skills (NTS)) karmaşık sağlık sistemi içinde yüksek kaliteli, güvenli, etkili ve verimli meslekler arası bakımı destekleyen bir dizi sosyal (iletişim ve ekip çalışması) ve bilişsel (analitik ve kişisel davranış) beceriler olarak tanımlanmıştır (Gordon vd. 2015: 572). NTS, her ekip üyesinin güvenli ve etkili bir operasyonel müdahaleye katkıda bulunmak için teknik becerilerini tamamlayan bilişsel ve bireyler arası becerilerin birleşimidir (Paige 2010: 570).

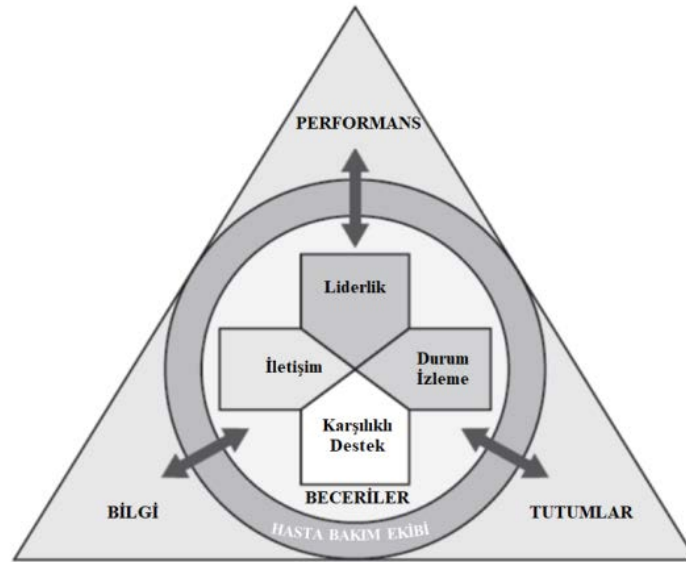
Teknik olmayan beceriler, teknik yeterliliği destekleyen ve özellikle hataların önlenmesinde önemli kabul edilen bilişsel (karar verme, durumsal farkındalık) ve bireyler arası (iletişim, ekip çalışması, liderlik) becerilerdir (Lioce vd. 2020: 58). Teknik olmayan beceriler (teknik olmayan yetkinlikler/ekip çalışması/teamwork) teknik beceriler (teknik yetkinlikler/görev çalışması/taskwork) gibi öğrenilebilmekte, öğretme ve eğitim yoluyla edinilebilmektedir (Baker vd. 2006). Ekip kaynak yönetimi, operasyonların insani yönünün daha fazla hata potansiyeli yaratabileceği yüksek stresli sistemlerde çalışan bireyleri eğitmek anlamına gelmektedir (Terzioğlu, 2010). Ekip kaynak yönetimi programları teknik olmayan becerilerin ekipleri kazandırılması için hazırlanmıştır (Kelly vd. 2014: 139).

İlkeler	Unsurlar/Faktörler
Ekip Çalışması	Takım inşası ve bunun sürdürülmesi
	Diğerlerini düşünme
	Diğerlerini destekleme
	Çatışma çözümü
Liderlik	Otorite kullanma
	Standartların sürdürülmesi
	Planlama ve koordinasyon
	İş yükü yönetimi
Durumsal Farkındalık	Sistemin bilincinde olma
	Çevre bilinci
	Zaman değerlendirmesi
	Risk algılaması
Karar Verme	Problemin tanımlanması
	Seçenek/opsiyon oluşturma
	Risk değerlendirmesi
	Sonuçların yorumlanması
İletişim	Dört kategorinin birleşimi
	Serbest bir şekilde konuşma
	Dinlemek/soru sormak
	Uygun geribildirimde bulunmak

Şekil 2.11: Teknik Olmayan Beceriler ve EKY Temel İlkeleri

Kaynak: (O’Conor vd. 2002; Williams vd. 2014)

Sağlık bakımı içinde, TeamSTEPPS, CRM tarafından teşvik edilenlere benzer etkili iletişim teknikleri konusunda eğitim vermek için geliştirilmiş bir programdır (Baker vd. 2010). Bir ekip kaynak yönetimi iletişimi, liderlik ve karar verme güvenliği stratejileri durumsal farkındalığı geliştirmek için bilişsel ve kişilerarası becerilere odaklanmaktadır (Kelly vd. 2014: 139). Bir ekip kaynak yönetimi eğitimi olan TeamSTEPPS (Performans ve Hasta Güvenliğini Artırıcı Ekip Stratejileri ve Araçları) bu konuda tasarlanmış ve ekip performansına yönelik olarak yapılan 25 yılı aşkın araştırmalar sonucunda oluşturulmuş iyi bir uygulama örneğidir (Eken 2018: 46). TeamSTEPPS başarısı kanıtlanmış bir eğitim müfredatı olarak görülmektedir (Umebayashi 2015). Programın amacı bilgiyi, insanı ve kaynakları en iyi klinik sonuçları elde etmek için etkin kullanabilen yüksek verimliliği olan bir ekip yaratmaktır (Sayek 2011). Hasta güvenliğini ve performansını geliştirmek üzere ekip çalışmasının önemini vurgulamaktadır. Bu sebeple ekip çalışması stratejileri geliştirmeye yönelik araçlar ve programlar oluşturmaktadır (Yardımcı vd. 2012).



Şekil 2.12: Ekip Çalışması Eğitiminin TeamSTEPPS Modeli
Kaynak: (Baker vd. 2006 (AHRQ))

TeamSTEPPS, mevcut literatürde doğrulanmış, ekip çalışmasının dört ana bileşenini olan liderlik, iletişim, karşılıklı destek ve durum izleme üzerine kurgulanmış ayrıca ekiplerin ne kadar etkili olarak yapılandırıldığını da değerlendirilmesine yönelik ekip yapısı değerlendirmesini de inceleyen bir bileşeni bulunmaktadır. Böylece mevcut durumun değerlendirilmesi ve gelişiminin sağlanması için eğitim süreçlerini sağlamaktadır (Salas, Sims, Burke 2005). Alonso, Baker ve diğerleri (2006) liderlik, karşılıklı destek, durum izleme ve

iletişim olmak üzere dört ekip çalışması becerisinin bakımın güvenli bir şekilde sunulmasında kritik öneme sahip olduğunu öne sürmektedir (Baker vd. 2010:1). Bu kapsamda TeamSTEPPS programında da temel alınan başlıca tutumlar liderlik, iletişim, karşılıklı destek ve durum izleme olarak ele alınmaktadır.

Liderlik, bireylerin, ekibin hedeflerine ulaşmasında, diğer yeleri etkileme yetenekleri anlamına gelmektedir (elik 2013: 153). Ekip üyelerini yönlendirme/koordinasyon, ekip performansını değerlendirme, görevleri dağıtma, astları motive etme, olumlu bir ekip ortamı planlama/organize etme ve sürdürme becerisi olarak şekillenmektedir (Baker vd. 2010). Planlama, sorun çözme ve süreç iyileştirme araçlarıyla sağlanmaktadır (Sayek 2011).

İletişim, bilgi alış-verişinin olmadığı bir ekip etkili bir ekip olarak adlandırılmamaktadır. Uygun iletişim yapısının olmaması durumunda önemli olan bilgiler kaybedilebilmekte veya eksik bilgiler iletilebilmektedir. Bu sebeple öncelikle iyi bir iletişim yapısının belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık ekiplerinin çoğunlukla multidisipliner ekipler olduğu ve nöbet gibi sebeplerle değişik zamanlarda bir araya gelebildikleri düşünüldüğünde iletişim bu ekiplerin temelleri arasında yer almakta olduğu söylenebilmektedir (elik 2013: 158). Gönderici tarafından bir mesajın başlatılması, mesajın alıcı tarafından alınması ve onaylanması ve ilk gönderici tarafından mesajın doğrulanması süreciyle oluşmaktadır (Baker vd. 2010). Sağlık ekiplerinde SBAR, ağırmak (Resüsitasyon esnasında olabilir), geri okuma ve sorumluluğu devretme gibi araçlar sayesinde kurulmaktadır (Sayek 2011).

Karşılıklı Destek: Performansı artırmak için veya bir gecikme tespit edildiğinde geri bildirim ve koçluk sağlamak; ekip arkadaşlarına bir görevi yerine getirmede yardımcı olmak ve aşırı yük tespit edildiğinde ekip yesi için bir görevi tamamlamak anlamına gelmektedir (Baker vd. 2010). Yardımlaşma, geribildirim, savunma ve tekrar ne sürme, fıkri 2 kere ne sürmek, iş birliği, çelişkileri çözmek için kullanılan DESC aracı (zel durumu tanımla, eylem ile ilgili kaygıları ifade et, alternatif sun ve sonuçları değerlendir) sayesinde oluşmaktadır (Sayek 2011).

Durum İzleme: İşin beklendiği gibi yürüdüğünden ve uygun prosedürlerin izlendiğinden emin olmak için ekip üyelerinin performansını izlemek anlamına gelmektedir (Baker vd. 2010). Çapraz gözlem ve ortak akıl modeli araçlarıyla oluşmaktadır (Sayek 2011).

TeamSTEPPS programında kullanılan araçlar kritik iletişim davranışlarını belirleyerek tutum, algı, kültür değişikliği sağlayabilmektedir. Ortak dil ve davranış varlığında, ekibin engelleri açması ve kendini ifade edebilmesi daha kolay hale gelebilmektedir (Sayek 2011). Ekip tutumları yüksek stresli sistemlerde çalışan bireyler için önemlidir. Teknik olmayan

becerilerin ekiplere kazandırılması ile sistem olasılıklara daha hazır daha dayanıklı hale getirilebilmektedir (Kelly vd. 2014: 139). Ekip düzeyinde dayanıklılık üzerine araştırmalar artmaktadır. Her bir ekip üyesinin dayanıklılık özelliklerinin dinamikleri, çalkantılı zamanlarda yüksek düzeyde üretkenlik sağlamaktadır (Liang, Chao 2021). Bir bireyin dayanıklılığı, örgütsel dayanıklılık süreçlerini olumlu yönde etkileyebildiği kadar (Mallak 1998; Coutu 2002), bu bağlantının ekip düzeyinde dayanıklılık için benzer olduğu varsayılabilmektedir. Dayanıklı ekipler bu nedenle örgütsel dayanıklılık süreçlerini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Fietz vd. 2021). Bu sebeple dayanıklı ekipleri sağlayan bireylerin içinde bulundukları ekibe karşı tutumları önemli bir adım olarak değerlendirilmelidir.



2.3. Hasta Güvenliği Kùltürü

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle emniyet ve güvenlik kavramları açıklanmaktadır. Sonrasında hasta güvenliği kavramının neleri içerdiiği, hasta güvenliğini tehdit eden hatalar arasında büyük bir payı olan tıbbi hataların türlerinden bahsedilmiş ve son olarak hasta güvenliğini sağlamak için gerekli olan hasta güvenliği kùltüründen bahsedilmektedir.

2.3.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Günümüz sağlık sektöründe kalite, ÷lkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri olarak kabul edilmekte; sağlıkta, kalite programlarının en önemli konuları arasında da hasta güvenliği yer almaktadır (Yazıcı, Karabulut 2018: 10). WHO'a göre hasta güvenliği, "Sağlık hizmetleri sistemlerinde gelişen karmaşıklık ve sonucunda sağlık tesislerinde hasta zararının artmasıyla ortaya çıkan bir sağlık bakım disiplini" olarak gör÷lmektedir (WHO 2020b: 1). "Tıbbi bakım ve tıbbi hatalara bağlı olarak ortaya çıkabilecek, hastaları ve hasta yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek olayların meydana gelmemesi veya sağlık bakım hizmetleri sırasında bireylere verilebilecek zararları önlemek amacıyla sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurum ve kuruluşlarda görevlerini yerine getiren çalışanlar tarafından alınan bütün önlemler" olarak tanımlanmaktadır (IOM 2000).

ABD'de NPSF hasta güvenliğini, "Sağlık bakım sürecindeki olumsuz sonuçların veya zararlı engellerin iyileştirilmesi, önlenilmesi ya da bunlardan sakınılma" olarak tanımlamaktadır (IOM 2000: 57). Türkiye Sağlık Bakanlığı ise; "Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngör÷lebilen tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir risk düzeyinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir." olarak tanımlanmakta ve hasta güvenliğine sağlıkta kalite standartları hedefleri arasında yer vermektedir (Sağlık Bakanlığı 2020a).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sürecinde meydana gelebilecek riskleri, ortaya çıkabilecek hata ve zararları önlemeyi, oluşunları ise azaltmayı (WHO 2020a); hastaları, hastane çalışanlarını ve hasta yakınlarının güvenliğini hem fiziki hem de psikolojik olarak uygun bir ortam yaratarak sağlamayı amaçlamaktadır (Yardımcı, Başbakkal 2012: 13). Sağlık hizmeti verilirken tedavinin sonucunu etkileyen olumsuz olaylar hasta güvenliği için risk oluşturmaktadır (IOM 2000). Bir hastaya zarar vermenin etkileri oldukça fazladır. Bu etkiler hasta ve aileleri için, duygusal ve fiziksel yıkıcı sonuçları olabileceği gibi ilgili personel için de üzücü, moral bozucu olabilmektedir. Güvenlik olayları ayrıca hukuki süreçlerin başlaması (dava) ve ekstra tedavi gibi durumlar yoluyla ek maliyetlere de neden olabilmektedir

(Slawomirski, Klazinga 2020; Natianol Patient Safety Agency 2004). Bu nedenle sağlık kurumlarının kaliteli sağlık hizmeti sunmasında, hasta güvenliğinin güvence altına alınmasının önemi büyüktür (Baykal vd. 2010: 40). Hasta güvenliği modern sağlık hizmetlerinde stratejik bir önceliktir. Ülkelerin evrensel sağlık kapsamına (United Health Insurance/Evrensel Sağlık Kapsamı) yönelik çabalarının merkezinde yer almaktadır (WHO 2020a: 1).

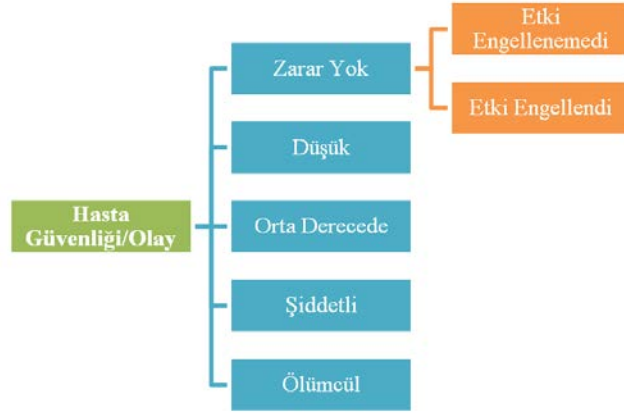
2.3.1.1. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Uygulamalar ve Tıbbi Hatalar

Sağlık sistemlerindeki taleplerde meydana gelen büyük değişiklik ve etkileşimlerin karmaşıklığı nedeniyle tüm çalışma koşullarını belirlemek mümkün değildir (Hollnagel 2015). Sağlık hizmeti her an çeşitli tehditlerle karşı karşıyadır ve sağlık uzmanlarının eğitimine, özverisine rağmen hastalar için istenmeyen sonuçlara yol açabilecek “tehditler” sayısız biçimde oluşabilmektedir.

Hasta güvenliğine ve sağlık sistemine yönelik tehditler düzenli, düzensiz ve örneksiz olarak sınıflandırılabilir gibi sistem içi ve dışı olarak da sınıflandırılabilir. Tehditleri öngörme, yanıt verme ve uyum sağlama yeteneği, dayanıklı sistemlerin özellikleri olarak görülmektedir. **Düzenli bir tehdit**, kurumunun veya sistemin standart bir yanıt geliştirmesine yetecek sıklıkta meydana gelen bir tehdittir. İç veya dış tehditlerle meydana gelebilmekte ve sistem buna genel olarak hazırlıklı konumda yer almaktadır. Bu türden tehditler belirli prosedürler ve kontrol listeleri ile kontrol altında tutulmaya çalışılmaktadır. Bir diğer tür olan **Düzensiz tehditler** ise, düşük olasılıklı; ancak potansiyel olarak yıkıcı olaylar olarak tanımlanmaktadır. Bu olaylar imkansız olarak kabul edilmemekte; ancak son derece olası meydana da gelmemektedir. Bu tehditlerin nadirliği, standart bir süreç geliştirmeyi imkansız hale getirmektedir. Bu tehdit türünden olayların meydana geldiğinde doğaçlama yaparak tepki vermek gerekmektedir (Pettersson, Deutsch 2015). Patlama yaşanması, tren kazası meydana gelmesi vb. sonucu sağlık örgütündeki sistemin standart süreç harici tepki vermek zorunda kalması durumu bu türden tehdiye örnek olabilmektedir. Bu tehditlerin haricinde **Örneklendirilmemiş tehditler** de meydana gelebilmektedir. Örneğin 11 Eylül saldırıları veya son dönemde bütün Dünyayı olağanca belirsizliği ile avucu içine almış COVID-19 küresel salgını bu türden tehditlere örnek olarak verilebilmektedir. Bu tür tehditlerin daha önce yaşanmaması veya bu çapta yaşanmamış olması örneklendirilmemiş ve akıl almaz bir şekilde adapte olma, uyum süreçleri içine girme gibi tepkiler vermeyi gerektirmektedir.

Dünyadaki sağlık bakım hizmetleri sistemlerinin hepsi, kendilerine başvuran hastalara istemeden de olsa zarar verebilmektedir (Korkmazer vd. 2016: 141). Hasta güvenliği ile ilgili tehditler/olayları ile alakalı olarak meydana gelen zararın ciddiyet düzeylerine bakıldığında zararın olmadığı ama etkisinin olduğu durumun söz konusu olabileceği gibi olayların ölümcül

şiddete varabilmesi de mümkündür (National Patient Safety Agency 2004). Sağlık bakımında da birçok tıbbi uygulama, hata ve risk, hasta güvenliği için büyük zorluk oluşturmakta ve güvenli olmayan bakımdan kaynaklanan zarar yükünü artırmaktadır. (WHO 2020d; WHO 2020e).



Şekil 2.13: Hasta Güvenliği Olaylarını Derecelendirmek İçin Zararın Ciddiyet Düzeyleri
Kaynak: (National Patient Safety Agency 2004: 101).

Bu zararlar farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili durumlar; istenmeyen olaylar, uygulama hataları gibi sebeplerle oluşabilmektedir (IOM 2000). Sağlık hizmetlerine bağlı hata (tıbbi hata-*medical error*), hastaya sağlık hizmeti sunumu sürecinde aksama sebebiyle kasıtsız, beklenilmeyen sonuçların oluşmasıdır (Korkmazer vd. 2016: 146).

Tıbbi hatalarla ilgili ana nedenler insan faktörü, örgütsel faktörler ve teknik faktörler olarak sınıflandırılabilir (Sayek 2011: 60). Sağlık hizmetlerinde, tıbbi hataların teknik becerilerden çok ekip çalışmasının iletişim, iş birliği gibi önemli bileşenleri olan teknik olmayan becerilerdeki (NTS) yetersizliklerden kaynaklandığı (Manser 2009: 145; Söğüt 2019: 2), bu sebeple de insan faktörlerinin tıbbi hatalar açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir. İnsan Faktörleri, mal veya hizmetlerin güvenli ve etkili bir şekilde üretilmesi için; insanlar, teknoloji ve örgütler arasındaki etkileşime odaklanan psikoloji, teknoloji ve mühendislik yanı sıra sosyoloji ve örgüt teorisi arasında disiplinler arası bilimsel bir alandır. İnsan Faktörleri, uygun çalışma pozisyonları ile ilgili temel ergonomik sorulardan, yönetimin hedefleri ifade etme yöntemleri ile bunun bir örgütteki günlük işleri nasıl etkilediğine kadar karmaşık ilişkileri barındıran her şeyle ilgili olabilmektedir. İnsan hatalarının nedenleri arasında yorgunluk, iş yükü ve korkunun yanı sıra bilişsel aşırı yüklenme, bireyler arası iletişimin zayıf olması, hatalı bilgi işleme ve hatalı karar verme sayılabilmektedir (Helmreich 2000).

Tıbbi hatalar kök nedenlerine bağlı olarak yapılan sınıflandırmaya göre ***İşleme bağlı hatalar, ihmale bağlı hatalar, uygulamaya bağlı hatalar*** olmak üzere üç başlıkta

sınıflandırılmaktadır (Korkmazer vd. 2016: 146). Sağlık hizmeti sunumu sürecinde ortaya çıkış aşamalarına göre ise tanı aşamasında, tedavi aşamasında ya da diğer basamaklarda ortaya çıkan hatalar olmak üç ana gruba ayrılmakta; sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilmektedir. **Tanı aşamasında** ortaya çıkan hatalar; yanlış tanı koyma veya tanı koyma sürecinde geç kalma, gerekli olan ve uygun olan tetkiklerin tercih edilmemiş olması, güncel olmayan yöntemlerin kullanılması ya da tetkik sonuçlarına uygun olmayan önlemlerin alınması olarak sıralanabilmektedir. **Tedavi aşamasında** ortaya çıkan hatalar en sık karşılaşılan, genellikle de en ağır sonuçlara sebep olan hatalar olarak tanımlanmakta ve cerrahi girişimde yanlışlık, işlem ya da tedavide yanlışlık, ilaç dozunda ya da verilisinde yanlışlık, uygun olmayan tedavi planı yapılması veya tedavinin uygulanmasında gecikme yaşanması gibi hataları içermektedir. Son olarak diğer **basamaklarda** ortaya çıkan hatalar ise tedavi gerçekleştikten sonra yetersiz takip yapılması, kullanılan aletlerde eksiklik veya yetersizlik olması gibi hataları içermektedir (Sayek 2011: 14). Sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilecek olan hataların türleri ise şu başlıklar altında gruplanabilmektedir;

1. İlaç (Medikasyon) Hataları: Verilen ilaçların hastaya uygulanmasına ilişkin olan bu türden hataların çoğu önlenabilir nitelikte yar almaktadır. İlaç hataları, sağlık sistemlerinde yaralanmanın ve önlenabilir zararın önde gelen nedeni olarak görülmektedir (WHO 2020d). Yanlış doz verilmesi, ilacın veri şeklinde yanlışlık, aynı zamanda kullanılan başka ilaçlarla etkileşim, hastanın alerji geçmişini bilmeden ilaç verilmesi gibi yanlışlıklar bu sınıflandırmada bulunmaktadır. Bu hataların genelinin, % 34-56'ı önlenabilir nitelikte olan hatalar arasında yer almaktadır (Sayek 2011: 17).

2. Cerrahi hatalar: Araştırmalar cerrahi hataların her 50 hastada bir oluşabildiğini, hataların ölüme bile sebep olabileceğini göstermektedir. Yanlış taraf cerrahisi, anestezi komplikasyonları, cerrahi enfeksiyonlar beklenmedik ameliyat komplikasyonu vb. cerrahi hatalar türüne örnek olarak verilebilmektedir (Sayek 2011: 17). WHO verilerine göre yaklaşık 7 milyon cerrahi hasta cerrahi işlem sonrasında sonucu ölüme varan komplikasyon yaşamaktadır. Bu oranın 1 milyonu ise ameliyat sırasında veya hemen sonrasında ölmek üzere ortaya çıkmaktadır (WHO 2020d).

3. Tanı koyma hataları: WHO verilerine göre; ayakta tedavi kurumlarında tanı hataları yetişkinlerin yaklaşık % 5'inde meydana gelmekte ve bu oranın yarısından fazlası ciddi zarar verme potansiyeline sahip olan hatalar sınıfında yer almaktadır (WHO 2020d). Bu türden hatalar sık rastlanılan sebepler arasında yer alan laboratuvar testlerinde yanlış uygulama

yapılması veya yanlış yorumlanması gibi sebeplerle yanlış tanı, yanlış tedavi, yeterli olmayan tedavi, lüzumsuz ek tetkik gibi sebeplerle ortaya çıkabilmektedir (Sayek 2011: 17).

4. Sistem yetersizlikliğine bağlı hatalar: Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde oluşan ve belirlenmesi çok zor olan sisteme bağlı hatalardır. Bu hatalar işlemler sırasında alet bozuklukları gibi sebeplerle oluşabilmekte; fakat çok önemli sonuçlara sebep olabilmektedir. İlaç uygulamaları hatalarının büyük oranı da sistem temelli hatalar olarak tanımlanmaktadır (Sayek 2011: 18).

5. Diğer: Hasta güvenliğine zarar veren diğer hatalar arasında sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar, sedyeden düşme, sıra bekleme sebebiyle gerçekleşen ölüm, yanlış gaz veya gaz karışımı verilmesi, hastanede intihar, yatak yaraları, bebeğin yanlış aileye verilmesi, hastanın kaçması, tehlikeli kısaltmalar, enjeksiyon hataları, transfüzyon hataları, radyasyon hataları, sepsis durumu, Venöz tromboembolizm (kan pıhtıları) gibi hatalar yer almaktadır (Sayek 2011: 18).

2.3.1.2. Hasta Güvenliği Olayları ve Tıbbi Hatalarla İlgili Veriler

Her yıl milyonlarca hasta, güvenli ve kaliteli olmayan sağlık bakımı sürecinde yaralanmakta veya ölmektedir. Tıp enstitüsü raporu hasta güvenliği konusunda yapılmış oldukça önemli içeriğe sahip, öncü bir araştırmadır. Bu raporda yer alan bilgilere göre 1997’de tıbbi hatalar sebebiyle hastanelerde 44.000-98.000 kişi vefat etmiştir (Helmreich 2000). Bununla birlikte hasta güvenliği olaylarının meme kanseri, trafik kazaları ve AIDS’den daha fazla yaşam kayıplarına sebep olmaktadır. Rapora göre hasta güvenliği ölüm sebepleri arasında ilk 10 sebepte sekizinci sırada yer alan motorlu taşıt kazalarının önünde 7. sırada yer almaktadır (Alharbi vd. 2020: 2976; Hayran 2016). Bu sayılar 306 milyon ABD vatandaşına karşılık 71,5 Türk vatandaşına oranlandığında (%23.37), yılda 10.280-22.900 ölüm olabileceği ifade edilmektedir (Sayek 2011: 15). Rapor ayrıca konuyu mali açıdan da değerlendirmiş ve önlenebilir nitelikteki tıbbi hataların sebep olduğu sakatlık ve ölümlere yönelik sunulan ek sağlık hizmetinin Amerika’ya yayınlandığı tarihte yılda 17-29 milyar dolara mal olduğunu belirtmektedir (Sayek 2011: 13)

WHO tarafından yayınlanmış Hasta Güvenliği ile İlgili 10 Gerçek isimli rapora göre hasta güvenliği ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Rapora göre 2019 yılında uçakta seyahat ederken ölme riski 3 milyonda 1 iken; sağlık hizmeti alım sürecinde ölüm riski 300 de 1 oranındadır. Rapordaki diğer verilere göre; yüksek gelirli ülke sınıfında olan ülkelerde hastane

bakımı sırasında her 10 hastada bir hastanın zarar gördüğü; bu zararın, yaklaşık % 50'si önlenabilir nitelikte olan olumsuz olay sebebiyle gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Dünya genelinde öne çıkan 10 ölüm ve sakatlık nedeninden birinin güvenli olmayan bakım sürecinden kaynaklanan olumsuz olaylar sebebiyle meydana gelmektedir. Güvenli olmayan bakım süreci sebebiyle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hastanelerde her yıl 134 milyon olumsuz olay ortaya çıkmakta ve bu oranın 2,6 milyonu ölümle sonuçlanmaktadır (WHO 2019b).

Dünya genelinde her 10 hastanın 4'ü birinci basamakta ve ayakta tedavi sürecindeki sağlık hizmetleri sürecinde zarara uğramaktadır. Bu zararın da %80'i önlenabilir nitelikte olduğu; en zararlı olan hataların ise teşhis, reçete ve ilaç kullanımıyla ilgili olduğu görülmektedir. OECD ülkelerindeki toplam harcamaların ve faaliyetlerin %15'inin doğrudan olumsuz olayların bir sonucu olduğu, bunlar arasında da kan pıhtıları ve yatak yaraları en ağır olan olaylar olduğu görülmektedir. Hasta güvenliğine yapılan yatırım, önemli ölçüde mali tasarruf sağlayabilmektedir. Daha fazla hasta katılımının sağlanması hasta güvenliğinin temel anahtarıdır. İyi bir hasta katılımının sağlanması zarar yükünü %15 oranına kadar azaltabilmektedir. Küresel olarak ilaç hatalarına ilişkin maliyetlerin kaybedilen ücret, üretkenlik veya sağlık bakım maliyetleri hesaba katılmadan yıllık olarak 42 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Bu oran küresel sağlık harcamalarının neredeyse %1 ini temsil etmektedir (WHO 2019b).

Hastane enfeksiyonları, hastanede yatan her 100 hastanın 10'unu etkilemektedir. Her yıl 1 milyondan fazla hasta ameliyat nedeniyle meydana gelen komplikasyonlardan ölmektedir. WHO bulguları küresel olarak cerrahinin hala yüksek oranda hastalık ve ölümle sonuçlandığını göstermektedir. Güvenli olmayan cerrahi prosedürler hastaların % 25'i oranına kadar komplikasyona sebep olabilmektedir. Radyasyona tıbbi maruziyet bir halk sağlığı ve hasta güvenliği sorunudur. Tıbbi radyasyonun uygunsuz veya vasıfsız kullanımı hastalar ve sağlık personeli için tehlikelere yol açabilmektedir (WHO 2019b).

2020 yılına gelindiğinde 10 hastadan 1'inden fazlası bakımları sırasında güvenlik kusurlarından zarar görmeye devam ettiği ve küresel olarak, güvenli olmayan bakımın, her yıl 3 milyondan fazla ölümle sonuçlandığı ile karşılaşılmaktadır (Slawomirski, Klazinga 2020). WHO (2020d) verilerine bakıldığında ise, "Sağlık hizmeti ortamlarındaki **güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları**, HIV/AIDS, hepatit B ve C dâhil enfeksiyonları bulaştırabilmekte, hastalar ve sağlık profesyonelleri için doğrudan tehlike oluşturabilmektedir. Dünya genelinde engellilik ve ölüm nedeniyle kaybedilen 9.2 milyon yıllık yaşam süresi olarak tahmin edilen zarar yükünü oluşturmaktadır. **Güvenli olmayan transfüzyon uygulamaları**, hastaları advers

transfüzyon reaksiyonları ve enfeksiyon bulaşma riskine maruz bırakmaktadır. 21 ülkeden oluşan bir gruptan alınan advers transfüzyon reaksiyonları ile ilgili veriler, 100.000 dağıtılan kan bileşeni başına ortalama 8,7 ciddi reaksiyon insidansı göstermektedir. **Radyasyon hataları**, radyasyona aşırı maruz kalma ve yanlış hasta ve yanlış bölge belirleme vakalarını. Radyoterapide güvenlikle ilgili yayınlanmış 30 yıllık verilerin incelenmesi, genel hata insidansının 10.000 tedavi başına 15 civarında olduğunu tahmin edilmektedir. **Sepsis** çok sık bir hastanın hayatını kurtarabilecek kadar erken teşhis edilememektedir. Bu enfeksiyonlar genellikle antibiyotiklere dirençli olduğundan, klinik koşulların hızla kötüleşmesine, dünya genelinde tahmini 31 milyon insanı etkilemesine ve yılda 5 milyondan fazla ölüme neden olabilmektedir. **Venöz tromboembolizm (kan pıhtıları)**, hastaya zarar vermenin en yaygın ve önlenabilir nedenlerinden biridir ve hastaneye yatışa atfedilen komplikasyonların üçte birine katkıda bulunmaktadır”. WHO verilerine göre yıllık olarak, yüksek gelirli sınıfta yer alan ülkelerde tahmini vaka sayısı 3.9 milyon, düşük ve orta gelirli sınıfta yer alan ülkelerde vaka sayısı 6 milyon olarak yer almaktadır (WHO 2020d).

Dünyadaki hastanelerde tıbbi hatalar nedeniyle ölen kişi sayısı 1997 yılında 44.000-98.000 arasındayken 2021 yılında sadece ABD için 250,000-440,000 kişi sayısına çıkmıştır. Ölüm nedenlerinde üçüncü sıradadır. Dünya genelinde tıbbi hatalar sebebiyle ölüm 3 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir. Hatalardaki bu sayı HIV, tüberküloz, sıtma gibi hastalıklar nedeniyle ölüm oranlarından daha fazladır. Hastanelerde her gün 8.220, her dakika 6 kişi civarında önlenebilecek nedenler sebebiyle hayatlarını kaybetmektedir (Patient Safety Movement 2022; Slawomirski, Klazinga 2020).

COVID-19 olarak bilinen SARS-Cov-2 küresel salgını, diğer pek çok şeyin yanı sıra, hastaya gerçek zarar verme riskini de beraberinde getirmektedir (Slawomirski, Klazinga 2020). Tıbbi hata oranları COVID-19 ölüm oranlarıyla karşılaştırıldığında 2020 yılında ABD’de 385.000; Dünya genelinde 3 milyon civarında; 2021 yılında ABD’de 386.000; Dünya genelinde 2.5 milyon civarında olduğu göz önüne alındığında tıbbi hata veya önlenebilecekken önlenemeyen hatalar sebebiyle ölüm oranlarının fazlalığı çok daha dehşet verici olduğu anlaşılabilmektedir (Patient Safety Movement 2022). Hastane kaynaklı COVID-19 vakalarının tahmini oranı %12,5 ile % 44 arasında değiştiği ve bu vakaların üçte birinin de sağlık personeli olduğu bildirilmektedir. Önceki SARS ve MERS küresel salgınlarında, teşhis edilen tüm vakaların %33’ü ve %56’sı da hastane kaynaklı olduğu bilinmektedir (Slawomirski, Klazinga 2020).

Maliyetlere bakıldığında 1997 yılında önlenebilir nitelikteki tıbbi hataların sebep olduğu sakatlık ve ölümlere yönelik sunulan ek hizmetlerin Amerika'ya yılda 17-29 milyar dolara mal olmaktaydı (Sayek 2011: 13). 2019 yılında küresel olarak ilaç hatalarına ilişkin maliyetlerin kaybedilen ücret, üretkenlik veya sağlık bakım maliyetleri hesaba katılmadan yıllık olarak 42 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Bu oran küresel sağlık harcamalarının neredeyse %1 ini temsil etmektedir (WHO 2019). 2020'de ise gelişmiş ülkelerde, bakımları sırasında zarar gören hastaları tedavi etmenin doğrudan maliyeti, sağlık harcamalarının %13'üne yaklaşmaktadır. Önlenemeyen güvenlik gecikmeleri hariç tutulduğunda, bu rakam sağlık harcamalarının % 8,7'sine denk gelmektedir. Bu, OECD ülkelerinin toplam ekonomik çıktısının %1'inden biraz fazlasına denk gelen yılda 606 Milyar ABD Doları tutarındadır (Slawomirski, Klazinga 2020).

Maliyet ve kayıplar bu kadar yüksekken hasta güvenliği konusunda farkındalık oldukça düşüktür. Örneğin İngilizce konuşan altı ülkede 1500 katılımcıyla gerçekleştirilen araştırma sonucuna göre katılımcıların % 87.7'ü 2020 yılında yerel bölgelerinde tıbbi hata veya hastaya verilen zarar hakkında çok az şey duyduğunu veya hiç duymadığı ortaya çıkarılmıştır (Lounsbury, Longley, Walker, 2021).

Hasta güvenliği olayları ve tıbbi hatalarla ilgili veriler bu denli büyük ve maliyetli olması ülkelerin çeşitli önlemler almasını ve standartlar oluşturarak zararı önlemeye veya meydana geldikten sonra etkisini azaltmaya çalışmalarına neden olmaktadır.

2.3.1.1. Dünya'da ve Türkiye'de Hasta Güvenliği Uygulamaları

Tıp biliminin ilk öğretilerinden birisi “önce zarar verme” ilkesidir. Sağlık hizmeti verilirken hastaların ve sağlık profesyonellerinin güvenliği ilk planda olmalıdır. Hasta güvenliği ilk olarak “Hekimin hastasını öldürmesi ya da tehlikeli bir şekilde yaralaması durumunda, her iki elinin kesileceği...” ifadesi ile Hammurabi Kanunlarında yer almaktadır. Tıbbi ihmal kavramı ise ilk olarak 1883 yılında İngiltere'de kanunlarda yerini almaktadır. Florence Nightingale de “Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmamaktır” sözü ile hasta güvenliği ile enfeksiyonlar arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Osmanlı Devletinde eczanelerde satılan ilaçların ağzının mühürlenmiş bir şekilde satılması zorunluluğunun getirilmesi gibi çalışmalar hasta güvenliği ve ilaç güvenliği arasındaki ayrılmazlık vurgulanmaktadır (Seçer 2019: 1). Hasta güvenliğinin sağlık sektöründe öncelikli konu haline gelmesi ise ABD'de tıp enstitüsü tarafından 1999 yılında “To Err Is Human: Building a Safer Health System” isimli raporun yayımlanması ile olmuştur (IOM 2000: 1).

Tıp enstitüsü raporu hasta güvenliği konusunda yapılmış oldukça önemli içeriğe sahip, öncü bir araştırmadır. Yukarıda verileri yer alan 1999 yılında yayınlanan ilk rapor sonrasında Tıp enstitüsü tarafından 21. yüzyılda sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konular belirlenmiştir. Rapora göre bu konular herkes ve her ülke için doğruluğu kabul edilen ilkeler olarak kabul edilmektedir. Raporda yer alan temel konular; “**Güvenli**, (hastalara zarar vermeden yardım etme), **Kanıt dayalı**, (bilimsel bilgiler ışığında ve kanıt dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu ile sağlık hizmetinin eksik kalmasının ya da gereksiz kullanımının önlenmesi), **Hasta Odaklı**, (hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda davranılması ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilmesi), **Zamanında ve Ulaşılabilir**, (gerek olduğunda hizmete ulaşılabilmesi ve beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenmesi), **Verimli ve Etkin**, (hem malzeme, hem de insan gücü israfının önlenmesi ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulması) ve **Hizmet Bekleyenlere Eşit Dağılmış**, (hizmet kalitesinin cinsiyet, ırk, renk, coğrafya ve sosyo ekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit)” olması gerektiğini vurgulamaktadır (IOM 2001; Sayek 2011: 14).

Tıp enstitüsü 2003 raporunda ise sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli seçilen 20 alanın üçü hasta güvenliği konusuyla ilgilidir. Bu alanlar “medikasyon (ilaç) yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığı” olarak belirtilmektedir. Bu raporlardaki vurgulamalardan da anlaşılacağı üzere hasta güvenliği konusu sağlık hizmetlerinde geliştirilmesi gereken konular arasında ön plana çıkmaktadır (IOM 2003).

WHO’de rapor sonuçlarıyla ilgili olarak hasta güvenliğinde sürdürülebilir iyileştirmeleri kolaylaştırmak için rapordaki kilit alanlara odaklanarak, hasta deneyimini geliştirmeyi, riskleri ve zararları azaltmayı, daha iyi sağlık sonuçları elde etmeyi ve maliyetleri düşürmeyi amacıyla 2004 yılında Dünya Hasta Güvenliği İttifakını (WHA 72.6) kurulmuştur (WHO 2019c; WHO: 2020f). Bu ittifak sonucu WHO her iki yılda bir düzenlediği Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi toplantılarında Küresel Hasta Güvenliği Mücadele konularını (“2005-Temiz Bakım Daha Güvenli Bakımdır”, “2008- Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” belirlenen konulardan bazılarıdır) ve üye devletlere gelişmelerinde kolaylık sağlamayı amaçlamıştır (WHO 2020d).

İngiltere’de de 2008 yılında yaşanan Mid Staffordshire NHS Foundation Trust’ta bakım standartları ile ilgili Stafford Hastanesi skandalı olarak medyada dikkat çeken olay ardından gerçekleşen kamu soruşturması sonucunda bir komisyon raporu yayınlanmıştır. 2009’da yayımlanan rapora göre ilgili kurumda 2005 ile 2009 arasında 1200 kadar hastanın bakım standartları sebebiyle öldüğü ileri sürülmüş ve standartlarla ilgili eksiklikler bildirilmiştir (Francis 2013). Raporun ardından, ulusal sağlık sisteminin sürekli öğrenme ve hasta bakımının

iyileştirilmesine adanmış bir sistem haline gelmesi gerekliliğini önerilmiştir (Sujan, Huang, Braithwaite 2017: 115).

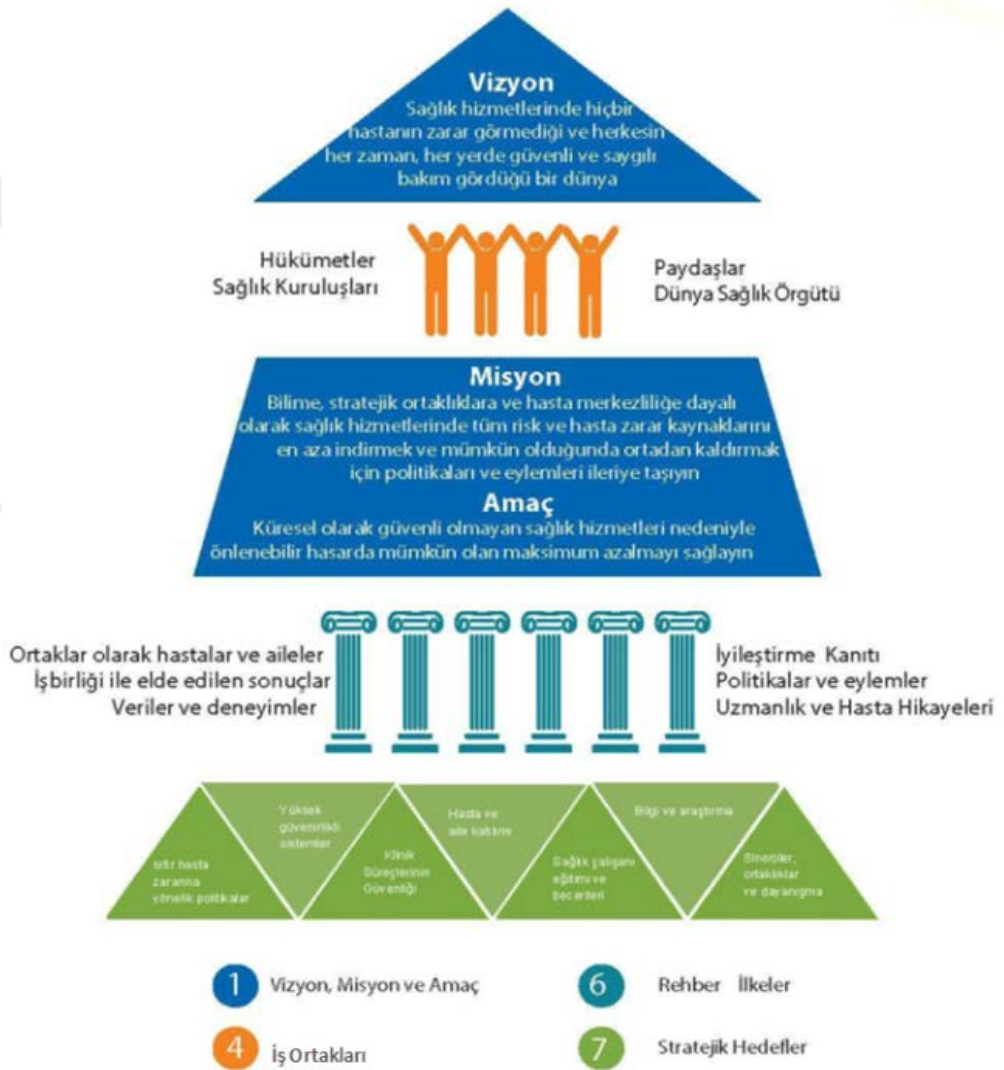
Yukarıda verilmiş raporlar haricinde gelişmiş ülkeler tarafından gerçekleştirilen araştırmalar; sağlık hizmeti alan hastaların önemli bir çoğunluğunun hizmet alırken zarar gördüğünü, durumun böyle olması hastanede kalış sürelerinin uzamasını, sakatlık, ölüm gibi istenmeyen sonuçlara sebep olduğunu ortaya çıkarmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise, sağlık alt yapısındaki yetersizlikler, hasta bakımında eksikliklerin meydana gelmesi, temel sağlık ekipmanlarındaki eksiklik veya yokluk, hijyen ve sanitasyon koşullarının yeterli olmaması gibi sorunlarla karşılaşıldığını göstermiştir (WHO 2017: 3).

WHO tarafından 2019 yılında hasta güvenliği ile ilgili 10 gerçek isimli bir dosya yayınlanmıştır. Dosyada hasta güvenliğinin oldukça ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu vurgulanmaktadır (WHO 2019). WHO hasta güvenliği ile ilgili dünya genelinde karşılaşılan sorunları yayınlamaya devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırma odağında olan, bağımsız, kar amacı gütmeyen, uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş bir örgüt olan Uluslararası Ortak Komisyon (JCI) da hasta güvenliği ile ilgili her yıl hedefler yayınlamaktadır. Hedefler, sağlık güvenliğindeki sorunlara ve bunların nasıl çözüleceğine odaklanmakta, çeşitli sağlık hizmeti alanına yönelik sınıflandırılmaktadır (JCI 2015). Hastaneler için yayınlanan 2021 Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri arasında; hastaların doğru şekilde tanımlanması, personel iletişiminin geliştirilmesi, ilaçların güvenli kullanılması, uyarı sistemlerinin güvenli kullanılması, enfeksiyonun önlenmesi, hasta güvenliği risklerinin belirlenmesi, ameliyatta hataların önlenmesi bulunmaktadır (JCI 2020).

Hasta güvenliğine dair farklı ülkelerde, farklı zamanlarda olsa bile benzer sorunların yaşanıyor olması, pek çok ulusal ve uluslararası sağlıkla ilgili örgüt tarafından dünya çapında stratejiler geliştirilmesini tetiklenmiştir (Türk vd. 2018: 26). Raporlar araştırmalar ardından sağlıkta Hasta Güvenliği Dönemi başlamıştır (Seçer 2019: 1). Uluslararası çapta hasta güvenliğinin iyileştirilebilmesi için, hasta güvenliği birliğinin kurulması (WHO 2019c), toplantılarının yapılması, her yıl uluslararası hasta güvenliği hedeflerinin belirlenmesi hasta güvenliği farkındalık günü (WHO 2019a; WHO 2020b) gibi uygulamalar bu tür uygulamalara örnek olarak verilebilir (WHO 2019b). Hasta güvenliği konusunda uluslararası çaptaki girişimler arasında yakın tarihli olarak 2020 yılında oluşturulan **Hasta Güvenliği Küresel Eylem Planı** yer almaktadır (WHO 2020a).

Hasta Güvenliği Küresel Eylem Planı; 2021-2030 Küresel hasta güvenliği eylem planında yer alan rehber politikalar; (WHO 2020a: 1) küresel paydaşları ve üye devletleri, dünyadaki herkesin sağlık hizmetlerine erişmesine yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. Bu politikalar; hastalara ve ailelere güvenli bakımın ortakları gibi davranılması, iş birliğine dayalı çalışmayla sonuçlara ulaşılması, öğrenmeyi oluşturmak için verilerin ve deneyimlerin analiz edilmesine, kanıtın ölçülebilir gelişmeye çevrilmesine, bakım ortamının doğasına ilişkin temel politikalar ve eylemlere, eğitmek ve savunmak için hem bilimsel uzmanlığı hem de bakım hikâyelerinin kullanılmasına odaklanmaktadır.



Şekil 2.14: 2021-2030 Hasta Güvenliği Küresel Eylem Planı Genel Çerçevesi

Kaynak: (WHO 2021-2030 Küresel Eylem Planı 2020a)

2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Küresel Eylem Planı genel çerçevesinde belirlenen 7 temel stratejik hedef ile 35 özel hedef 7x15 matrisi aracılığıyla net olarak küresel temelde gerçekleştirilmesi planlananları belirtilmektedir (WHO 2020a).



Şekil 2.15: 2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı Eylem Çerçevesi 7x5 Matrisi
Kaynak: (WHO 2021-2030 Küresel Eylem Planı 2020a)

2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Küresel Eylem Planı çerçevesinde belirlenen bu matrisi aracılığıyla stratejik hedefler kapsamında neler yapılacağı net olarak belirlenmiş ve bu süre sonunda nerede olunmak istendiği tüm üye devlet ve sağlık kurumlarına gösterilmiştir (WHO 2020a).

Türkiye’de hasta güvenliğine yönelik yapılan uygulamalar ilk olarak 2003 yılında açıklanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde faaliyete konulan, “Hizmet Kalite Standartları” doğrultusunda, “Hasta ve Çalışan Güvenliği” başlığı altında 34 adet standart madde yar almaktadır. Maddeler JCI ve WHO’nun oluşturmuş olduğu hasta güvenliği hedeflerini içermektedir (Sağlık Bakanlığı 2016). Resmi anlamda hasta güvenliği konusunun ilk gündeme gelmesi ve çalışmalarının yapılması ise Hasta Güvenliği Derneği’nin 2006 yılında kurulmasıyla başlamaktadır.

Sağlık Bakanlığının hasta güvenliği konusunda, başlattığı çalışmalar ise 29 Nisan 2009 tarihli, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve

Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile ilk kez yasal boyutta ele alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bu tebliğ, 6 Nisan 2011 tarihi itibari ile “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik” şeklinde revize edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011). Sonrasında 27 Haziran 2015 tarihli Resmi Gazetede “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2015b). Yönetmelikle sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumu noktasında, hasta güvenliği ve memnuniyeti ile birlikte çalışan güvenliğinin ve çalışan memnuniyetinin de esas alınarak Sağlıkta Kalite Standartları’nın uygulanmasını amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015a). Bu yönetmelik ile birlikte Ocak 2016 tarihi itibari ile SKS-Hastane (Versiyon 5) esas alınarak “Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri” gerçekleştirilmiştir. Bu yönetmelik 26 Ekim 2020’de güncellenmiştir. Bu güncellemeyle ulusal ve uluslararası uygulamalar ve güncel gelişmeler ışığında revizyon yapılmış ve 2015 (Sağlık Bakanlığı 2015a) yılında yayınlanan Sağlıkta Kalite Sistemi (SKS) Hastane (Sürüm 5) standartlar 2020 yılında yayımlanan SKS Hastane (Sürüm 6.0) ile revize edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2020a). 03 Kasım 2021’de de bazı değişiklikler ile SKS Hastane) (Sürüm 6.1) olarak son hali verilmiştir. Bu standartlar; “Türkiye’de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlarken; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst düzeye çıkarmayı amaçlanmaktadır” (Sağlık Bakanlığı 2020b).

SKS Hastane (2020b), hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla WHO Hasta Güvenliği hedeflerini dikkate alarak Türkiye’nin ihtiyaçlarını, öncelikleriyle bütünleştirerek oluşturulmuştur. **Şekil 2.16’da** SKS Hastane hedefleri yer almaktadır.

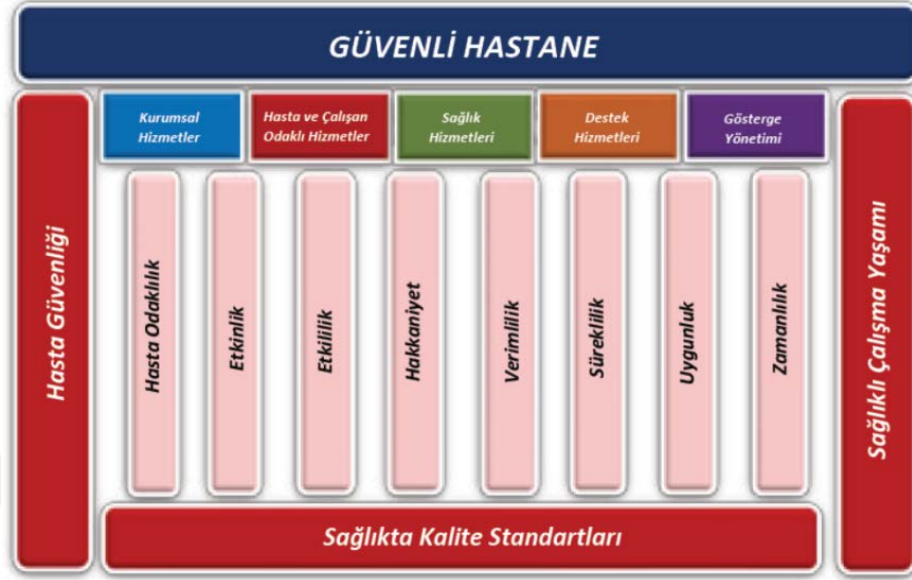


Şekil 2.16: Sağlıkta Kalite Sistemi (SKS) Hastane Hedefleri

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2020b)

Sağlık hizmetlerinin kalitesi için SKS hedeflerinin parçadan ziyade bir bütün olarak değerlendirilmesi ve uygulanması önem arz etmektedir. SKS hedefleri arasında bir sıralama yer

almamakta, hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. SKS hedeflerinin gerçekleştirilmesiyle ortaya çıkarılmak istenen güvenli hastane bileşenleri ise **Şekil 2.17’de** verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2020b).



Şekil 2.17: SKS 6.0’a Göre Güvenli Hastane Bileşenleri
Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2020b).

Hasta güvenliği bazı uygulamalar ve tıbbi hatalar sebebiyle risk altındadır. Daha düşük riskler, önlenebilir hasar oluşumunu azaltır, hatayı daha az olası hale getirir ve meydana geldiğinde etkisini azaltmaktadır. Tüm sağlık sistemleri ile sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların tümü için zorluk, güvenlik risklerini tespit etmek ve iyileştirmenin yanı sıra tüm olası zarar kaynaklarını ele almak için daha yüksek bir farkındalık sağlamaktır (WHO 2020a: 1).

Son araştırmalar hasta güvenliği gibi konularda iyileştirmelerin sadece yapısal değişikliklerle olmayacağını çözümün kültürde olduğunu ifade etmekte; “kültürel dönüşümün” gerekli olduğunu ileri sürmektedir (Türk vd. 2018: 25). WHO, 2021-2030 Küresel Eylem Planında da güvenlik kültürünün oluşturulmasının önemi yer almaktadır. ABD’de Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından desteklenen hasta güvenliği projelerinden elde edilen bulgular üzerine ortaya çıkan; hastanelerde hasta güvenliğini geliştirmek için önerilen 10 öneriden birincisi “hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi ve geliştirilmesi” olarak belirtilmektedir”. Birleşik Krallık Ulusal Hasta Güvenliği Kurumunun (NPSA) hasta güvenliğini iyileştirmek amacıyla yayınladığı 7 adımlı rehberin birinci adımında “hasta

güvenliği kültürünün oluşturulması” yer almaktadır”. Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Konseyinin açıkladığı hasta güvenliği hedeflerinin ilki kültür olarak belirlenmiştir (Korkmazer vd. 2016: 145). Özellikle COVID-19 sonrasında, hasta güvenliği kültürü (PSC), güvenli sağlık bakım sistemlerinin oluşturulmasında ve sürdürülmesinde temel bir bileşen, hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik bir strateji olarak giderek daha da fazla kabul görmektedir (de Bienassis ve diğerleri, 2020; de Bienassis, Klazinga 2022). Hasta güvenliği kültürü aracılığıyla, tıbbi hata veya istenmeyen olaylarda iyileşme sağlanabileceğini, “dayanıklılık kültürü” yaratılabileceği (Bouaziz, Hachicha 2018) iddia edilmekte ve kanıtlar sunulmaktadır (Patient Safety Movement 2022; Slawomirski, Klazinga 2020).

2.3.1.1. Güvenlik-I ve Güvenlik-II

Sağlık kurumlarında güvenlik arayışı, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini artırmak için daha geniş çabaların anahtar bileşeni olarak görülmektedir (Kelly vd. 2016: 788). Tıp Enstitüsü tarafından “insan hatadır” raporuyla önem kazanan hasta güvenliği konusu hakkında baskın düşünme tarzı, geleneksel olarak, yetersizlik, ihmal ve dikkatsizlik, pervasızlık gibi hatalar ve olumsuz olaylarla ilişkilendirilmiştir (Mannion, Braithwaite 2017: 686). Hasta güvenliğinde ilk yaklaşım hataları saymaya yönelik olan doğrusal önlemlerdir. Literatürde bu bakış açısında atılan adımlar Güvenlik-I (Safety-I) yaklaşımı olarak adlandırılmaktadır (Hollnagel vd. 2014).

Güvenlik-I, olumsuz sonuç sayısının mümkün olduğunca düşük olmasını sağlamak için (Hollnagel 2014) önlemler olarak, engeller koyarak, prosedür ve politikalarla hasta zararlarını ölçmeyi ve azaltmayı amaçlamaktadır (Sujan vd. 2017: 118). Bu yaklaşım gerçekte nasıl yapılması gerektiğine yönelik öngörülerle, uygulayıcı olmayanlar tarafından, ikinci veya üçüncü elden yapılan hesaplamalara dayanmakta ve genellikle önemli gecikmelerle gelen toplu veriler üzerinden oluşturulmaktadır (Braithwaite vd. 2015: 419). Olumsuz olayları ve nedenlerini belirlemek için olay raporlamasını ve kök neden analizini savunmakta (Hollnagel, Wears, Braithwaite 2015), istenmeyen olayların tekrarlanmasını önlemek için çoğunlukla başarısızlıkların ve olayların geriye dönük analizinden öğrenmeye çalışmaktadır (Pettersson, Deutsch 2015; Sujan 2018: 662). Hasta güvenliğine yönelik bu reaktif yaklaşım (Güvenlik-I) bir “bul ve düzelt” modeline dayandırılmaktadır. Olaydan sonra yanlış giden şeyleri tanımlamayı ve bunları açığa çıkarmayı amaçlamaktadır (Braithwaite vd. 2015: 418). Bu sebeple Hollnagel (2016) Güvenlik-I yaklaşımı için “Work-as-Imagined (WAI)-Hayal Edildiği Gibi/ Hayal Edilen” tabirini kullanmaktadır.

Sağlık hizmetleri, Güvenlik-I yaklaşımının kapsadığı böylesine doğrusal bir modelin önerdiğinden çok daha karmaşıktır (Mannion vd. 2017: 687). Sağlık hizmetlerinin iç içe geçmiş ve karmaşık yapısı düşünüldüğünde Güvenlik-I olarak adlandırılan adımlar çoğu sağlık hizmeti

sürecinde yeterli gelmemekte veya olumsuz durumların oluşmasına da sebep olabilmektedir. Karmaşık uyarlanabilir sağlık sistemindeki Güvenlik-I'e ait olan katı politikalar, daha fazla kuralın ve ek kısıtlamaların sonucunda sistemde çalışan insanların uyum sağlama yeteneklerini sınırlayarak, istemeden de olsa daha kırılğan ve dayanıklılığı daha az olan bir sistem yaratılmasına sebep olmaktadır. Ek kısıtlamaların net sonucunda, sistemdeki manevra olasılıkları da (hatayı telafi etmek veya düzenlemeler yapmak için gerekli kaynakları) sınırlandırılmaktadır (Hollangel vd. 2013). Diğer taraftan sağlık sistemindeki bazı durumları kontrol listeleri aracılığıyla güvenli kılmaya yönelik adımlar bir noktaya kadar güvenilir olmakla birlikte, bir kontrol listesi yanlış bir güvenlik duygusu da oluşturabilmektedir. Kontrol listeleri ezbere tamamlanabilmekte ve ayrıca ekip üyelerinin organik olarak ortaya çıkarmış olabileceği gözlemleri ve düzenlemeleri de ortadan kaldırılabilmektedir. Tüm önemli öğelerin kontrol listesinde yer aldığına dair bir varsayım bulunmaktadır. Ancak mevcut koşullar, kontrol listesinin tasarlandığı koşullardan farklı olabilmekte veya kontrol listeleri bu durumlarda eksik kalabilmektedir. Mevcut bağlamda bireysel adaptasyon yeteneği, bir kontrol listesini tamamlamanın fırsat maliyeti nedeniyle kaybedilebilmektedir (Pettersson, Deutsch 2015). Örneğin ameliyathane kontrol listeleri veya yoğun bakım ünitesi enfeksiyon oranı gibi özel alanların kontrolünde yetersiz kalabilmektedir (Braithwaite vd. 2015: 418-419). Bu yetersizliğe sebep olan engeller arasında suçlanma korkusu ve personelde ikinci mağdur olgusunu yaşayabilme durumu, olay raporlama sistemlerinin zayıflığı, hekimler arasında olay raporlama hakkında oluşan algı, olayları bildiren personele geri bildirim eksikliği ve yerel çalışma ortamında gözle görülür iyileştirmelerin olmaması sayılabilmektedir (Sujan, Huang, Braithwaite 2017: 116). Ayrıca gerçekleşen olay ardından stres bozukluğu, durumdan kaçınma ve uyku bozukluğu gibi, uzun süre devam eden sorunlara maruz kalma, işten ayrılma veya intihar etme gibi sonuçlarla karşılaşılabilir. Bir olayın raporlanması sonucunda disiplin cezası veya işyeri ayrımcılığının meydana gelebileceğine ilişkin personel algıları, gelecekteki olay raporlamasına katılımı da azaltabilmektedir (Kelly, Blake, Plunkett 2016: 788). Bu sebeplerle sağlık sistemlerinde yalnızca Güvenlik-I yaklaşımına bağlı kalmak kısa ve uzun vadede yetersiz kalmaktadır (Braithwaite vd. 2015: 420).

Günlük klinik çalışmanın aslında ortaya çıkma biçiminin sağlık sistemlerini tasarlayan ve yönetenlerin varsayımlarından “hayal edilenden” (Work as Imagined (WAI)) farklı olduğu konusunda birçok örnek sunan araştırma bulunmaktadır (Hollnagel vd. 2013; Wears vd. 2015; Braithwaite vd. 2016; Sujan vd. 2017: 117). Bu araştırmalar “nelerin doğru gittiği”ne (Work as Done (WAD)) ilişkin daha fazla olayı anlamaya ve desteklemeye çalışma gerektiği ilkesine dayananan Güvenlik-II yaklaşımını ileri sürmektedir (Pettersson, Deutsch 2015).

Güvenlik-II yaklaşımı, güvenliğin dayanıklılık veya sağlamlık olarak anlaşılması

gerektiğini iddia etmektedir (Hollnagel, 2014; Pedersen, Mesman 2021). Dayanıklılık mühendisliği temelinde olan Güvenlik-II yaklaşımı, değişen talepleri karşılamak ve rahatsızlık ve sürprizlerle başa çıkmak için dinamik değiş tokuşlar yapma ve performansı uyum sağlama/adapte olma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Fairbanks vd. 2014; Hollnagel 2014; Sujan, vd. 2017: 116).

Güvenlik-II, Güvenlik-I'in tamamlayıcısı olarak tasarlanmıştır denilebilmektedir. Bu tamamlayıcı yaklaşım, sağlık sistemlerini daha zorlu, daha karmaşık ve birbirine bağımlı olarak görmekte ve arzu edilen sonuçların, insanların eylemlerini hayal edilenden (“Work as Imagined”) ziyade gerçek çalışma (“Work as Done”) koşullarına yanıt verecek şekilde uyarlanabilmesi nedeniyle ortaya çıktığını iddia etmektedir (Braithwaite vd. 2015: 419). Güvenlik-I'deki gibi olay gerçekleştikten sonra ders çıkarıp bir sonraki olası olayı önlemek tek odak noktası değildir (Braithwaite, Wears, Hollnagel 2015: 418). Güvenliğin nasıl olumlu bir şekilde elde edildiğini de anlamaya odaklanan proaktif bir bakış açısına sahiptir (Pedersen, Mesman 2021; Wears vd. 2015). Performansı kısıtlama çabalarını hızlandırmak veya işin nasıl yapılması gerektiğini zorunlu kılmak yerine klinik bakımın nasıl desteklenebileceğine dikkat etme üzerinde durmaktadır.

Güvenlik-II yaklaşımının amacı, iyi uygulamadan ve işlevsel uyarlamalardan koşullardaki değişikliğe kadar tanıyarak ve öğrenerek mümkün olduğunca başarılı sonuçlar elde etmektir. Güvenlik-II yaklaşımı sayesinde örgütün her düzeyinden farklı paydaşlar sürece dâhil edilerek, sorunların analizine katılımı için fırsat verilmiş ve öğrenme süreci tek döngülü öğrenme modelinden çift döngülü öğrenme modeline dönüştürülmektedir (Carroll, Edmondson 2002). Güvenlik-II yaklaşımı aracılığıyla sağlık sektöründeki olaylardan öğrenmeye yeni bir bakış açısı kazandırılmıştır. Böyle bir bakış açısı değişikliği, öğrenmeyi hasta güvenliği için iyileştirmelere dönüştürmeyle ilgili bazı pratik sorunların üstesinden gelmek için yararlı bilgiler sağlayabilmektedir (Sujan vd. 2017: 116). Bireyler ve sistemler, beklenen (düzenli) ve beklenmeyen (düzensiz) tehditlere etkin olarak yanıt verebilmek için dayanıklılık ve adaptasyon kapasitelerini kullanmaktadır. Sürekli olarak bir dizi küçük tehdide maruz kalma ve bu tehditlere karşı gerekli yanıtların geliştirilmesi, sistem içindeki muhtemel öğrenmeyi artırmakta ve sistemin daha büyük aksaklıklara, tehditlere daha etkin olarak yanıt vermesine olanak tanımaktadır (Pettersson, Deutsch 2015).

Güvenlik-II yaklaşımına dayanarak, karmaşık uyarlanabilir sistemlerin nasıl güvenli bakım sağladığına dair daha zengin bilgiler sağlayabilen sağlık kurumlarında örgütsel öğrenmeye yönelik yeni yaklaşımlar tasarlamak mümkün olabilmekte; sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında örgütsel öğrenmeye katılım ve sahiplenme artabilmektedir (Sujan 2017).

Böylece hem öngörülebilir hem de öngörülemez tehditlere karşı alt yapı hazırlanmış olmaktadır.

Sağlık hizmetleri profesyonelleri genellikle hem Güvenlik-I hem de Güvenlik-II ilkelerini kullanarak değişen koşullar altında çalışmaktadır; ancak politika yapıcılar, düzenleyiciler ve/veya sağlık yöneticileri genellikle çabalarını Güvenlik-I ilkelerine dayalı olarak iş uygulamalarını standartlaştırmaya odaklanmaktadır (Iflaife vd. 2020). Ancak politika düzeyinde karar vericiler, klinisyenlere uygulanan bürokrasiyi daha da arttırarak sağlık hizmetlerindeki olay sayısını azaltmanın mümkün olmayabileceğini kabul etmelidir (Braithwaite vd. 2015). Yalnızca olumsuz olaylardan öğrenmek değil; olayların doğru gittiği çok daha sık görülen durumlardan öğrenmek, bunları destekleme, artırma ve teşvik etme yolları geliştirilmelidir (Hollnagel vd. 2013; Braithwaite vd. 2015: 420). Bu sebeple Güvenlik-II ye bağlı deneyimden öğrenmek ve Work-As-Done ile Work-As Imagined arasındaki boşluğu görünür kılan sürekli bir süreç olarak görülmelidir (Sujan vd. 2017: 118). Güvenlik konusundaki iki yaklaşımında gelecek için bir arada bulundurulmalıdır (Hollnagel vd. 2013).

Sağlık hizmetlerinde güvenliği sağlamak için gerekli sistem özellikleri olarak olaylara ve standardizasyona odaklanmaktan, dayanıklılık ve adaptasyonu ön plana çıkarmaya doğru bir kayma bulunmaktadır (Braithwaite vd 2015; Hollnagel vd. 2013; Wears vd. 2015). Güvenlik-II yapısında sağlık uzmanları tehditleri öngörebildikleri, izleyebildikleri, yanıt verebildikleri ve bunlara uyum sağlayabildikleri için çözülmesi veya standartlaştırılması gereken bir sorundan ziyade kaynaklar ve varlıklar olarak görülmektedir. Bu nedenle, yalnızca öngörülemeyen kazalar veya olaylardan ziyade günlük klinik çalışmanın nasıl yapıldığına da odaklanmaktadır (Hollnagel vd. 2015; Petterson, Deutch 2015). Sağlık uzmanları, performans deneyimlerine, uzmanlıklarına ve durumun belirli özelliklerine bağlı olarak (Braithwaite vd. 2017a) kendi aralarındaki dinamik değiş tokuşlar fikir alışverişleri aracılığıyla günlük başarılarını sağlamaktadır. Bu tür gerekli performans düzenlemeleri örgütsel dayanıklılığa katkıda bulunmaktadır (Fairbanks vd. 2014).

Sosyal kimlik kuramına göre; sosyal kimlik süreçleri, bireylerin örgüt tarafından nasıl şekillendirilebileceğini ve üye olmanın ne anlama geldiğini açıklamaktadır. Çalışanlar, örgütlerinin üyeleri olarak kimlikler oluşturmakta, toplu olarak uyumlu hale gelebilecek grubun varsayılan değerlerini, normlarını ve varsayımlarını yavaş yavaş somutlaştırmakta ve ortak, tutarlı çalışma deneyimleri, ödüller ve sonuçlar yoluyla güçlendirmektedir (Bisbey vd. 2021: 95). Sistem dayanıklılığının temelleri ve zararı en aza indirme kapasitesi, güçlü güvenlik yönetişimi, 21. yüzyıl bilgi altyapısı, destekleyici ve adil bir güvenlik kültürü içinde çalışan karmaşık, dinamik ortamlarda güvenlik risklerini ele alma becerisine sahip, sürekli öğrenmeye ve gelişmeye değer veren bir işgücüne sahip olan yeterli sayıda personelde bulunmaktadır

(OECD 2020). Bu sebeple çalışanları güçlendirecek, paydaşları sürece dâhil edecek meslekler arası çalışma ve iş birliği kültürünün yerleştiği bir örgüt kültürü sağlanarak hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesine destek sağlanmalıdır. Böylece sağlık örgütünün dayanıklılığına da katkı sağlanmış olacaktır.

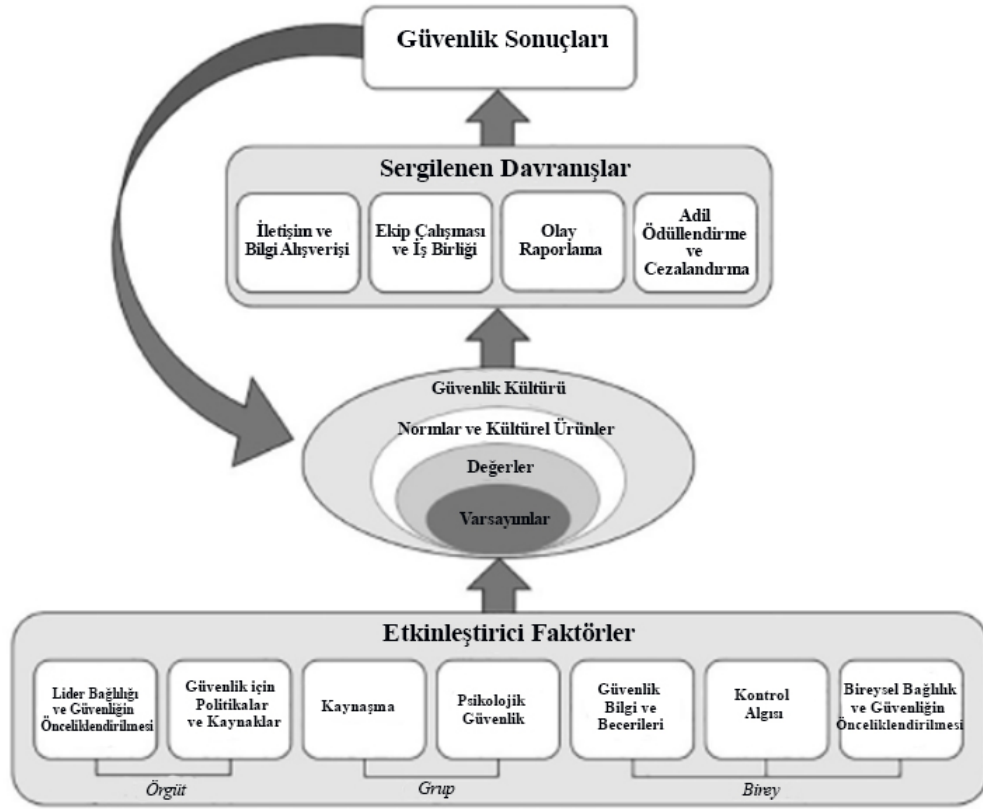
2.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü

AHRQ, bir kurumun güvenlik kültürünü “Bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığı, tarzını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yetkinliklerinin ve davranış kalıplarının ürünü” olarak tanımlamaktadır (Alharbi vd. 2020: 2975). Güvenlik kültürü kavramsal açıdan ele alındığında; bir örgütteki personelin, hizmet verme süreçlerinin tamamında hata yapma ihtimallerinin sürekli ve aktif olarak farkında oldukları bir kültürdür denilebilmektedir (National Patient Safety Agency 2004).

Güvenlik kültürünün evrensel kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Güvenlik kültürü tanımları temelde çalışanlar, gruplar, ekipler, örgütler, sistemler, yöneticiler, müşteriler ile birlikte değerler, inançlar, normlar, tutumlar, roller, uygulamalar, algılar, varsayımlar, yeterlilikler, davranış kalıpları ve halktan bireylerin özellikleri, öncelikler ve örgütsel özelliklerden bahsetmekte ve bunların etkileşimlerine dayanmaktadır (Bisbey vd. 2021: 89).

Güvenlik kültürü terimi, havacılık, enerji ve sağlık hizmetleri dâhil olmak üzere yüksek riskli endüstrilerde kullanılmaktadır (Hollnagel vd. 2013). Güvenlik kültürü terimi, 1986 yılındaki Çernobil Kazasının ardından Uluslar Arası Atom Enerjisi Ajansı tarafından sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır (Seçer 2019: 1). Hasta güvenliği kültürü (PSC) de güvenli sağlık bakım sistemlerinin oluşturulmasında ve sürdürülmesinde temel bir bileşen, hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik bir strateji olarak giderek daha fazla kabul görmektedir. Güçlü bir hasta güvenliği kültürü geliştirmek, performans iyileştirme ve hasta güvenliğinin ortak bir değer ve ortak bir hedef olduğu, iş birliğine dayalı, güvenli bir ortam yaratmak anlamına gelmektedir (de Bienassis vd. 2020).

Güvenlik kültürünün geliştirilmesi gerekliliği ve gelişim evrelerinin yer aldığı model ilk adım olarak belirtilmiş olsa da nasıl geliştirilmesi gerektiğine yönelik bir çerçeve önerisi getirilmemiştir. Bu çerçeve ile ilgili ilk adım Bisbey ve diğerleri (2021) tarafından atılmıştır. Çerçevenin sağlık sektöründe geçerliği de Kilcullen ve diğerleri (2022) tarafından yapılmıştır.



Şekil 2.18: Güvenlik Kültürünün Gelişimi
Kaynak: (Bisbey vd. 2021)

Bisbey ve diğerleri (2021) tarafından geliştirilen çerçeveye göre güvenlik sonuçları tek bir şey aracılığıyla ortaya çıkmamaktadır. Çerçeveye göre **etkinleştirici faktörler**, çalışanların bireysel güvenlik kültürüyle tutarlı varsayımları, değerleri ve normları benimsemesi için gerekli koşulları belirlemektedir. Etkinleştirici faktörler (1) lider bağlılığı ve güvenliğin önceliklendirilmesi, (2) güvenlik için politikalar ve kaynaklar, (3) grup uyumu, (4) psikolojik güvenlik, (5) güvenlik bilgisi, (6) çalışanın kontrol duygusu ve (7) güvenliğe bireysel bağlılık olarak yedi bileşenlerden oluşmaktadır. Bu faktörler, çalışanların toplu olarak tutarlı **varsayımları**, **değerleri** ve **normları** benimsemesiyle **güvenlik kültürünün** zaman içinde gelişmesini sağlamaktadır. Temel varsayımlar, değerler ve normlar, güvenlik sonuçlarını etkileyen **çalışan davranışlarında** (sergilenen davranışlar) kendini göstermektedir. Çalışanlar, olumlu sonuçların doğrulanması ve olumsuz sonuçların temel varsayımları, değerleri ve normları sorgulaması gibi **güvenlik sonuçlarından** öğrenme gerçekleştirmektedir. Güvenlik kültürü zaman içinde bu döngüde, çalışanlar arasında tutarlılık ve istikrar ile birlikte geliştirilmekte ve güçlendirilmektedir (Bisbey vd. 2021; Kilcullen vd. 2022). Güvenlik

sonuçları ise etkinleştirici faktörler aracılığıyla ortaya çıkan güvenlik kültürünün davranışlara olan etkisinden oluşmaktadır. Bu davranışlar güvenlik sonuçlarının zararlı veya zararsız olarak adlandırılmasını etkileyecektir. Çalışanların teknik becerisi haricindeki teknik olmayan becerilerinin büyük çoğunlukla kültür sayesinde olduğu düşünüldüğünde sergilenen davranışlar güvenlik çıktılarının aynasıdır denilebilmektedir.

Güvenlik programını uygulayan sağlık kurumlarında, güvenlik kültürü gelişmekte ve hastalara verilen zarar azalmaktadır. Olumlu güvenlik kültürüne sahip kurumlarda; güvenliğin önemine yönelik algı ortaklığı, karşılıklı güven üzerine kurulan iletişim ve önleyici tedbirler yararlı olabilmektedir (Bodur, Filiz 2010: 3). Tıp enstitüsü, sağlık kurumlarının tıbbi hataları % 50 oranında azaltmak ve tıbbi hatalarla ilgili eylemsizlik döngüsünü kırmak için hasta güvenliği kültürü ortamı oluşturmasını önermektedir (Alharbi vd. 2020: 2976).

Bir güvenlik kültürü, hasta güvenliğini iyileştirme ve bakım sırasında hastaya zarar verme çabalarının temelini oluşturur (de Bienassis, Klazinga 2022). Güvenlik kültürüne sahip kurumlarda insanlar neyin yanlış gittiğini öğrenebilmekte ve yanlışın ardından işleri düzeltebilmektedir. Bu kurumlarda hasta güvenliği, yalnızca sağlık hizmeti sunarken değil, aynı zamanda hedefler belirlenirken, süreç ve prosedürler geliştirilirken, yeni ürün ve ekipman satın alınırken ve klinikler, servisler, bölümler ve hastaneler yeniden tasarlanırken herkesin aklında ve ön plandadır. Bir örgütün genel vizyonunu, misyonunu ve hedeflerini etkilemektedir (National Patient Safety Agency 2004: 18). Örgütlerdeki güvenlik kültürü, daha güvenli hasta bakımı için hasta güvenliği kültürünü oluşturmuştur (Türk vd. 2018: 25).

Hasta güvenliği kültürü, bakım verme sürecinden kaynaklanabilecek hasta zararını sürekli olarak en aza indirmeye çabalayan, ortak inançlara, değerlere dayanan bir örgütsel ve bireysel davranış modelidir (de Bienassis vd. 2020). Hasta güvenliği kültürü, “Hasta güvenliği ile ilgili olarak bir sağlık hizmeti kurumunda önemli olan kurum üyelerinden nasıl davranmasının beklendiği, hangi tutum ve eylemlerin uygun-uygunsuz olduğu, hangi süreç ve prosedürlerin ödüllendirildiği ya da cezalandırıldığıyla ilgili yönetim, personel değerleri, inançları ve normları anlamına gelmektedir” (Sorra, Dyer 2010: 1). Genel olarak sağlık hizmetleri bakımından hasta güvenliği kültürünün en yaygın kıstasları arasında güvenlik sistemi, yönetim/supervizörlük, risklere yönelik algı, raporlama, iş talepleri, iletişim, geri bildirim, ekip çalışması, örgütsel faktörler, bireysel faktörler, güvenlik davranışları sıralanmaktadır (Bishop, Fleming, Flin 2016: 601). Hastanelerde oluşabilecek hatalı olayları önlemek, ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulan sistemli yaklaşımda; veriler toplama, araştırılma, sistemdeki olası sorunlara karşı stratejiler geliştirilme, kurumda hataların

çekinmeden ve korkmadan bildirilebildiği yapıda olan hasta güvenliği kültürü oluşturulması gerekmektedir (Sayek 2011: 39). İçinde bulunduğu örgütün bir parçasının oluşturan hasta güvenliği kültürü kapsam alanı çalışanların hasta güvenliği ile ilgili paylaştığı değerler, inançlar, algı ve tutumlardan oluşmaktadır. Hastalara zarar vermemek ve kaliteli, güvenli sağlık hizmeti sunmak için hasta güvenliği kültürü geliştirilmeli ve hasta güvenliği çalışmaları artırılmalıdır (Korkmazer vd. 2016: 144).

Hasta güvenliği olgunluk modeline göre hasta güvenliği kültürü beş düzeyde ilerlemektedir. **Patolojik** düzeyde, olumlu bir hasta güvenliği kültürünü teşvik edecek sistem veya sürecin var olmadığı yapıdadır. **Reaktif** düzeyde, sistemler ve süreçler mevcuttur; ancak süreçler yalnızca bir hataya yanıt olarak kullanılmakta veya düzenleyici gereksinimler için gerektiği gibi kullanılmaktadır. **Hesaplayıcı** düzeyde, hasta güvenliğine yönelik bir sistem yaklaşımı belirgindir; ancak olası risklerin belirlenmesi gerçekleştirilmemektedir. **Proaktif** düzeyde ramak kalalar ve hatalar sistematik olarak çözülmekte ve tekrarları önlemek için öğrenme gerçekleşmektedir. **Üretken** düzeyde, olumlu bir hasta güvenliği kültürü tüm operasyonlarda kendini göstermekte ve örgütün merkezi misyonu olarak resmileştirilmekte, örgüt potansiyel tehditleri araştırmak için aktif konumda yer almaktadır (Bishop, Fleming, Flin 2016: 604).

Hasta güvenliğini iyileştirmenin de sağlık sektörü kültürünü dönüştürmekle başladığı konusunda uzmanlar arasında fikir birliği bulunmaktadır. Ancak pozitif bir güvenlik kültürü elde etmek için en uygun yaklaşımın nasıl olması gerektiğine yönelik bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bu sebeple Kilcullen ve diğerleri (2022) sağlık endüstrisinin dışındaki güvenlik kültürü literatürü çalışan güvenliğine odaklandığından, sağlık güvenliği kültürü ise büyük ölçüde hasta güvenliğine odaklandığından insan faktörleri bilgisi ile sağlık uygulamaları arasında bir boşluk olduğuna inanarak sağlık hizmetlerinde güvenlik kültürü çerçevesi üzerinde durmuştur. Bu çerçeve ile sağlık kurumlarının bir güvenlik kültürü oluşturmak için neyin gerekli olduğuna yönelik güvenlik kültürü çerçevesine sağlık tarafından katkıda bulunmaktadır. Çalışanların hasta güvenliği kültürüne başarılı bir şekilde katılmalarını sağlamak için on bir faktör ve bunun sonucunda ortaya çıkan hasta güvenliği kültürü davranışı ile örgüt, ekip ve birey düzeyde tanımlanmakta yedi etkinleştirici faktör belirlemektedir. Kilcullen ve diğerleri (2022), Bisbey ve diğerleri (2021) tarafından geliştirilen genel güvenlik kültürü çerçevesini sağlık sektöründe incelemiş, karşılaştırmış, bileşenlere karşılık gelen faktörleri değerlendirmiş ve çerçevenin sağlık sektöründe de geçerli olduğunu desteklemiştir (Kilcullen vd. 2022: 223).

Birçok sağlık kurum ve kuruluğu, hasta guvenliğinin once geldiği ve tum bakım sağlayıcıların hastaları zarar gormekten korumak konusunda eğit sese sahip bir orgut kulturnu oluşturmakta zorlanmaktadır (Enzinger 2017: 15). Bu çerçeye sayesinde hastane hasta guvenliği kulturnu oluşumunda gerekli faktörler ve eksikler anlaşılabilmektedir. Hasta guvenliği kulturnun geliştirilmesi ise kurumda görev yapmakta olan butun çalışanların sorumluluğundadır (Seçer 2019: 1). Bununla birlikte hasta guvenliği konusunda yalnızca kurum yöneticileri ve çalışanları değil; aynı zamanda hastaların da bilinçlendirilmesi gerekmektedir (Korkmazer vd. 2016: 144). COVID-19 küresel salgını, acil durumlarda guvenli ve etkili sağlık bakım ortamlarını sürdürmek için hasta guvenliği kulturnun önemini göstermiştir. Daha pozitif hasta guvenliği kulturne sahip sağlık sistemleri, COVID-19 küresel salgını sırasında yaşananlar gibi değişen koşullara uyarlanabilmekte ve daha dayanıklı olarak daha iyi hasta ve personel sonuçları elde edebilmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Hasta guvenliği kulturnun iyileştirilmesi, ülkeler COVID-19 küresel salgını bağlantılı yeni guvenlik endişeleriyle karşı karşıya kaldıkça önemi artan bir hedef olan sağlık hizmeti kalitesini ve guvenliğini iyileştirmeye çalıştıkları için OECD ülkeleri için önemli bir öncelik haline gelmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022; de Bienassis vd. 2020).

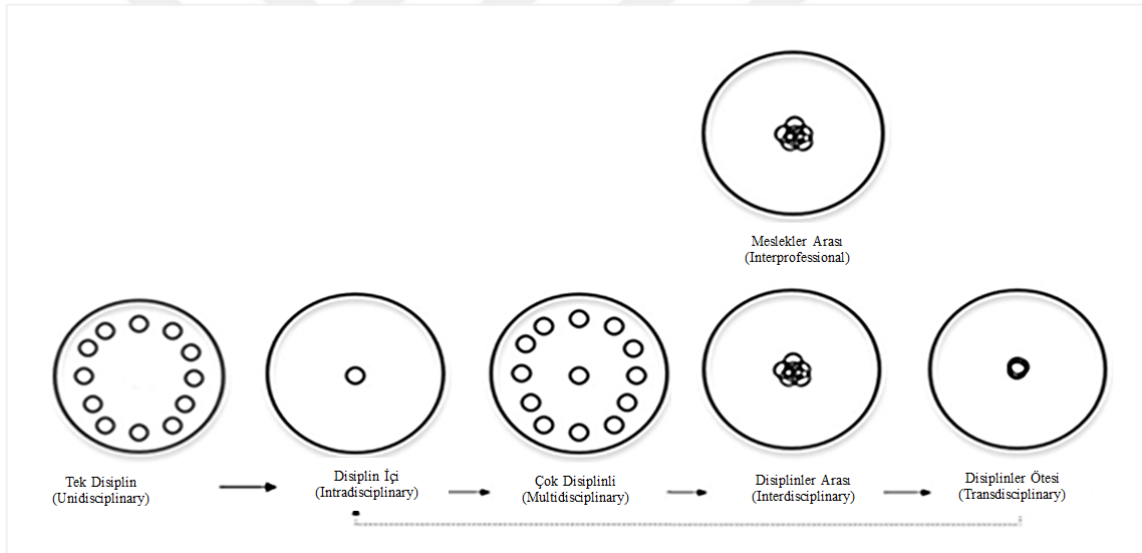
Guvenlik kulturnu sergilenen ekip çalışması ve iş birliği davranışların etkilemektedir (Bisbey vd. 2021). Bununla birlikte guvenlik kulturnu dayanıklılığa ulaşmada bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Guvenlik kulturnun sağlık örgütlerindeki karşılığı hasta guvenlik kulturnu olarak görülmektedir (Kilcullen vd. 2022). Hasta guvenliğini dayanıklılığa ulaştırmada sağlık ekibinin rolü çok büyüktür. Kulturnu oluşturan da kulturnu etkileyen de kulturnu etkilenen de ekip üyeleridir. Tıp enstitüsü tarafından yayınlanan raporda da belirtildiği gibi sağlık hizmetleri her aşamasında bir ekip hizmetidir (IOM 2000). Sağlık ekipleri sağlık hizmetleri ekibi başlığı altında bahsedildiği gibi tek-çok disiplinli; disiplin içi/meslek içi ve disiplinler arası/meslekler arası olarak kurulabilmektedir. Meslekler arası iş birliği (IPC), dünya çapında son yıllarda sağlık meslekleri arasında iş birliği uygulamalarını geliştirmek için etkili bir yöntem olarak popülerlik kazanmıştır (WHO 2010). Bu sebeplerle araştırmanın bir sonraki bölümünde meslekler arası iş birliği değişkeninin sağlık ekiplerinin etkinliğinde nasıl bir rol oynadığı incelenmektedir.

2.4. Meslekler Arası İş birliği

Araştırmanın bu bölümünde sağlık hizmetlerinde etkileşim modelleri, meslekler arası uygulamalar kavramı açıklanmış, ardından sağlık hizmetlerinde meslekler arası ekip çalışması ve sağlık hizmetlerinde meslekler arası iş birliği konuları ayrıntılandırılmış; meslekler arası eğitim ve uygulama yetkinliklerine yer verilmiştir.

2.4.1. Sağlık Hizmetleri Ekibi Etkileşim Modelleri

Sağlık hizmetlerindeki ekipler güçlü bağla birleştirilmiş, sık iletişimde olan ortak cerrahi veya travma ekiplerinden teşhise katkıda bulunan sanal danışman ekiplere, kronik bakımı yönetmek için çalışan gevşek bağa sahip biçimde olan ekiplere, hatta temel bilim araştırmacılarını ve topluluk üyelerini entegre etmek için çalışan çeviri bilim ekiplerine kadar geniş spektrumu kapsamaktadır (Rosen vd. 2019: 3). Sağlık ekipleri tek-çok disiplinli; disiplin içi/meslek içi ve disiplinler arası/meslekler arası olarak kurulabilmektedir;



Şekil 2.19: Sağlık Hizmetleri Ekip Modelleri

Kaynak: (Refsun 2012)'dan uyarlanmıştır.

Tek Disiplin (Unidisciplinary): Tek bir disiplin olarak ekip halinde çalışmak anlamına gelmektedir (Refsun 2012). Bu ekip modelinde tüm ekip üyeleri aynı mesleki becerileri ve eğitimi paylaşmakta, ortak bir sağlık hizmeti dili konuşmakta ve grup içinde aynı rolde işlev görmektedir. Örneğin evde bakım hizmeti veren bir grup hemşireden oluşan ekip, birçok hizmet sağlayıcısından oluşmakta; ancak hepsi tek bir arka plandan, eğitimden, meslekten, disiplinden gelmektedir (CCNMTL 2020).

Disiplin İçi (Intradisciplinary): Bu tür ekipler unidisciplinary ekip modelindeki gibi aynı disiplinlerdeki uzmanlardan oluşmakta; ancak aynı disiplinlerdeki farklı eğitim ve beceri düzeylerinde yer alan ekip üyelerini içermektedir (Refsun 2012). Aynı disiplinlerdeki asistan hekim ve uzman hekimden oluşan bir ekip bu türden ekiplere örnek olarak verilebilmektedir.

Çok Disiplinli/Multidisipliner (Multidisciplinary): Birden fazla disiplinden gelen üyelerin bir arada çalıştığı en temel katılım düzeyi olan multidisipliner katılım, bir problem üzerinde paralel veya sıralı olarak, disiplin sınırlarını zorlamadan çalışan (dolayısıyla “çoklu”/”multi”) ekip üyelerinin var olduğu toplamsal bir yapıdır (Choi vd. 2006: 359). Ekip üyelerinin farklı hedeflerle ortak bir konu için ekipte yer almakta; ancak kendi işini yapmaktadır (Lioce vd. 2020: 55; Refsun 2012). Örneğin multidisipliner bir bakım ekibi birden fazla disiplinden gelen üyeden oluşmakta; her disiplin kendi tedavi planını oluşturmakta, planı uygulamakta, ilerlemekte, değerlendirmeyi takiben, her uzman kendi disiplin raporunu hazırlamakta böylece hastalara daha geniş yelpazeden hizmet sunabilmektedir (CCNMTL 2020). Bir hasta ile ilgili karar vermek amacıyla için bir araya gelen hekimler, hemşireler, fizyoterapistler, beslenme uzmanları, konuşma terapistleri gibi çok disiplinden gelen uzmanlardan oluşan ekip bu türden ekiplere örnek olabilmektedir.

Disiplinler Arası/İnterdisipliner (Interdisciplinary): İnterdisipliner sağlık ekibinin, ortak amacı hasta gereksinimlerini dikkate alan, kaliteli, kapsamlı, sağlık hizmeti vermektir. Bu amaçla iki ya da daha fazla uzmanın, iş birliğiyle çalıştığı, ortak karar alınan ve uygulanan, eldeki kaynakların kullanımının da ortak olduğu, iletişim ve koordinasyonun sağlandığı etkileşimli bir yapıdır (Choi vd. 2006: 351; Lioce vd. 2020: 42). Multidisipliner bir ekip modelinde aynı proje üzerinde birden çok disiplinin bağımsız; ancak birbirine paralel olarak çalışmasını ifade edilmekte iken ve düşük düzeyde bir iş birliği bulunmaktadır (Franklin vd. 2015: 2). İnterdisipliner modelde ise hiçbir sağlık ekibi üyesinin görevi bir diğerinin görevinden önemli değildir. Ekip üyelerinin temel amacı problem çözmeye dayalı olarak hekime yardım etmek değil; hasta odaklı olarak birlikte çalışmaktır (Ulusoy, Tokgöz 2009). Bu ekip modeli disiplinler arası ekip (*interdisciplinary team*) ve meslekler arası ekip (*interprofessional team*) olarak kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Literatürdeki kullanımına bakıldığında disiplinler arası anlamındaki ‘Interdisciplinary’ terimi eğitim sürecini tanımlamak için kullanılmakta; meslekler arası anlamındaki “Interprofessional” terimi ise klinik uygulamayı tanımlamak için kullanılmaktadır (CCNMTL 2020).

- **Disiplinler Arası Ekip:** İki veya daha fazla disiplinden (Kardiyoloji, acil tıp, kadın hastalıkları vb.) oluşan bir ekiptir.

- **Meslekler Arası Ekip:** Çeşitli ve uzmanlık gerektiren bilgi, beceri ve yöntemlere sahip farklı mesleklerden/mesleklerden (Hemşire, Hekim, Teknisyen vb.) üyelerden oluşan bir ekiptir.

Disiplinler Ötesi/Transdisipliner (Transdisciplinary): Disiplinler ötesi ekip, üyelerinin disiplin sınırları ötesinde öğretme ve öğrenme için yeterli güvene sahip ve birbirleriyle karşılıklı güven geliştiren bir ekiptir. Bu modeldeki ekipler geleneksel sınırlarını aşarak Holistic (Bütünsel) bakış açısının oluşmasını sağlamaktadır (Choi vd. 2006: 351). Bu modeldeki ekiplerin amacı disiplinler arası bakış açılarının ötesinde bir entelektüel çerçeve birliği yaratmaktır (Refsun 2012). Birden çok sağlık mesleğinin bilgi ve uzmanlığını hesaba katan bilimsel araştırma yaklaşımı olan ekip biliminin (Team Science) nasıl daha iyi yolabileceğine yönelik bilimsel metodların araştırılmasına yönelik bilim (Science of Team Science (SciTS) için kurulan ekip bu türden ekiplere örnek olabilir (Little 2017: 20)

Sağlık hizmeti veren ekip modeli hangi türde olursa olsun başarılı bir ekip tüm üyelerin karar verme sürecine katkıda bulunduğu ve sorumlulukları paylaştığı bir grup dinamiğinin yaratıldığı, ekip üyelerinin endişelerini ve görüşlerini rahatça dile getirebildiği, ekip etkinliğine katkı sağladığı bir ekiptir (Kelly vd. 2014: 141).

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası Uygulamalar

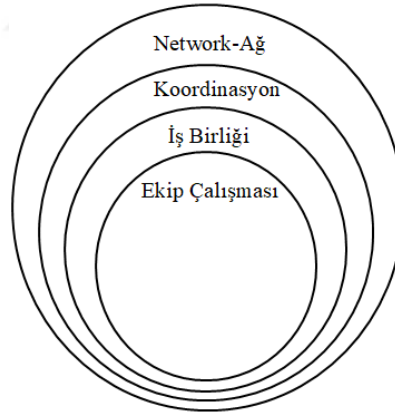
D'Amour ve Oandasın (2005: 9) parçalı sağlık hizmeti uygulamalarına bir yanıt olarak "interprofessionalism" kavramını farklı disiplinlerden gelen profesyoneller arasında tutarlı bir uygulamanın geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. AHRQ tarafından hazırlanmış ve Türkçeye çevirisi yapılmış sözlüğe göre "interprofessional" kavramının Türkçe karşılığı olarak "Meslekler arası" kavramını belirlenmiştir (Lioce vd. 2020: 42).

2003 yılında yayınlanan tıp enstitüsü raporunda sağlık profesyonelleri için ekip çalışmasında iletişim, iş birliği, koordinasyon ve iş birliğinin temel süreçleri belirtilmektedir. Profesyonel sağlık hizmeti ekibinin tüm üyeleri hastaya yarar sağlayacak özel bir uzmanlığa sahip olsa da bu becerileri koordine edemiyor ve hayati hizmetleri birbirine bağlayamıyorsa, hasta olabilecek en uygun bakımı alamamaktadır (Kelly vd. 2014: 137). Bu sebeple karmaşık sağlık hizmeti veren, farklı mesleklerden gelen uzmanların bilgi ve uygulamalarının bütünleşmesi gerektirmektedir (Sangaleti vd. 2017: 2723).

Meslekler arası işbirlikçi uygulama (IPCP) "sağlık profesyonelleri ekibi ile bir hasta arasında, sağlık ve sosyal konular hakkında ortak karar verme sürecine katılımcı, işbirlikçi ve

koordineli yaklaşımda olan ortaklık” olarak tanımlanmaktadır (Orchard vd. 2012: 58). Wagner ve diğerlerine göre (2017:8) IPCP kullanımı, “hasta sağlığının iyileştirilmesi, hasta deneyiminin artırılması, sağlık bakım maliyetlerinin düşürülmesi, sağlayıcıların ve personelin çalışma ömrünün iyileştirilmesi” şeklindeki dördü amaca ulaşmanın anahtarı olarak görülmektedir. D’Amour ve Oandasan (2004), işbirlikçi uygulama yapabilmenin beş temel belirleyicisini; birbirlerinin rolleri hakkında bilgi sahibi olmak. Çatışma çözümü ve uzlaşma geliştirme becerilerini de içeren iyi bir iletişim becerisine sahip olmak. Birlikte çalışmaya istekli olmak. Kendinin ve diğerlerinin yeterlilik ve yetkinliklerine güven duymak. Diğer sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti sunumuna katkılarını bilerek karşılıklı saygı geliştirmek olarak ortaya koymaktadır.

Reeves ve diğerlerine göre (2010) meslekler arası uygulamaların yalnızca ekip çalışmasında oluşmamakta çalışmaların paylaşılan ekip kimliği, anlaşılır roller/görevler/hedefler, dayanışma, entegrasyon ve ortak sorumluluklara göre değişkenlik göstermesi gerekmekte, iş birliği (Collaboration) ve koordinasyonun (Coordination) da meslekler arası uygulama biçimlerine dâhil edilmesi gerekmektedir. Ayrıca meslekler arası işbirlikçi uygulamalar ekip çalışması (Teamwork) ve ağlar (Networking) olarak genişletilmelidir.



Şekil 2.20: Meslekler Arası Uygulama Biçimleri

Kaynak: Reeves, Lewin, Espin, Zwarenstein 2010: 57).

Meslekler Arası Ekip Çalışması (Teamwork); paylaşılan ekip kimliği, açıklık, karşılıklı bağımlılık, bütünleşme, paylaşılan sorumluluk ve ekip görevlerini içeren; ancak bunlarla sınırlı kalmayan bir dizi temel unsuru kapsamaktadır (Reeves vd. 2010: 58). Bu tür

oluşumda ekip görevleri (team task) genel olarak tahmin edilemez, acil ve karmaşık olarak kabul edilmektedir (Reeves vd. 2018: 2).

Meslekler arası ekip çalışmasına örnek olarak bir acil servis ekibi verilebilir. Bir acil serviste, acil bir müdahale gerektiren bir dizi akut ve öngörülemez durumda olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için hekim, hemşire, diğer üyelerden oluşan küçük bir ekip birlikte çalışırlar. Bu ekip, her bir üyenin mesleğine özgü görevlerini açık ve zamanında yerine getirmek için etkileşimde bulunduğu, bütünleştirici bir şekilde çalışır. Ekip üyeleri, karmaşık bir klinik olay ile karşılaştıklarında birbirlerinden bilgi almak ve derinlemesine düşünmek için genellikle bir araya gelir. Üyeler birlikte geçirdikleri zaman içinde kurdukları etkileşimler sayesinde sosyalleşir ve ekiplerine karşı güçlü bir üyelik duygusu hisseder (Reeves vd. 2010: 58).

Meslekler Arası İş birliği (Collaboration); biçimi meslekler arası uygulamanın ekip çalışmasına kıyasla daha gevşek bağa sahip bir biçimi olarak tasvir edilmektedir. Aynı zamanda iş birliği, bireyler arasında paylaşılan hesap verebilirliği, bireyler arasında bir miktar karşılıklı bağımlılığı ve rollerin/hedeflerin netliğini gerektirdiği için ekip çalışmasına benzemektedir. Bu çalışma biçiminde ekip görevleri genellikle biraz daha öngörülebilir, daha az acil ve karmaşık olarak kabul edilmektedir (Reeves vd. 2018: 2).

Meslekler arası iş birliğine örnek olarak bir servis ekibi verilebilir. Bu ekip hekimler, hemşireler, mesleki terapistler, fizik tedavi uzmanları, eczacılar ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan geniş bir genel tıbbi servis grubu olarak, bir dizi akut ve sosyal durumla hastaya bakım sağlamak için birlikte çalışmaktadır. Genel olarak, bu servis ekipteki üyeleri birlikte iyi çalışır, ihtiyaç duyduklarında kısa da olsa hasta bakımı konularında birbirleriyle iletişim kurarlar. Bununla birlikte, bu tür servis temelli etkileşim ve haftalık meslekler arası toplantı gerçekleştirmenin yanı sıra, bu ortamda çalışan meslekler ortak bir ekip kimliğine sahip olduklarını hissetmezler. Birçoğu, hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için periyodik meslekler arası etkileşim dışında, çok az iletişim kurmaktadır (Reeves vd. 2010: 58).

Meslekler Arası Koordinasyon (Coordination); Meslekler arası uygulamanın bir biçimi olarak koordinasyon, paylaşılan kimlik açısından iş birliğine benzemektedir. Ancak entegrasyon ve karşılıklı bağımlılık daha az önemlidir. Ekip görevleri, iş birliğinden daha öngörülebilir, daha az acil ve karmaşıktır. Bu tür meslekler arası uygulama, bakımı koordine etmek için sağlayıcılar arasında sık, zamanında ve doğru iletişimi içeren ilişkisel koordinasyon kavramını kullanan Gittel ve arkadaşları (2000) tarafından tanımlanmıştır.

Meslekler arası ekip koordinasyonuna örnek olarak bir toplum sağlığı için çalışan örgüt ekibi verilebilir. Bu ekipte orta derecede ruh sağlığı sorunları olan bireylere bakım sağlamak için psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, mesleki terapistler ve sosyal hizmet uzmanları yer almaktadır. Bu meslekler, ortak çalışmalarını kısaca gözden geçirmek ve tartışmak için haftada bir kez toplanmakta; toplantı dışında da birbirleriyle paralel olarak çalışmaktadır (Reeves vd. 2010: 58).

Meslekler Arası Ağlar-(Networking); türündeki meslekler arası uygulama biçimi ise, paylaşılan ekip kimliğinin, rollerin/hedeflerin netliğinin, karşılıklı bağımlılığın, entegrasyonun

ve paylaşılan sorumluluğun koordinasyondan daha az gerekli görüldüğü bir biçimdir. Bu biçimde görevler öngörülebilir, karmaşık olmayan ve acil olmayan olarak görülmektedir. Sonuç olarak, ağlar doğası gereği sanal olabilmekte, üyeler yüz yüze görüşmek zorunda kalmamakta; ancak e-posta veya çevrimiçi video/sesli konferans kullanarak eşzamansız bir şekilde iletişim kurabilmektedir (Reeves vd. 2018: 2).

Meslekler arası ağlara bir halk sağlığı bölümünde görev yapan, hekimden, hemşire ve beslenme uzmanından oluşan gıda güvenliği ve gıda kaynaklı hastalıklarla ilgilenen bir grubun bu konuyu tartışmak için ayda bir defa bir araya gelmesi, bu alandaki yeni gelişmeler hakkında birbirlerini bilgilendirmek için toplantılar arasında genellikle e-posta ile birbirleriyle iletişim kurması örnek olarak verilebilir (Reeves vd. 2010: 59).

Dow ve diğerlerine göre (2017) sağlık sektöründe meslekler arası işbirlikçi uygulamaların Reeves ve diğerlerinde (2010) bahsedildiği gibi yalnızca ekip çalışması alanından oluşmamaktadır. Petit dit Dariel ve diğerlerine göre (2018) ise Reeves ve diğerlerinin (2010) tipolojisine bir de knotworking eklemesi gerekli olup; meslekler arası uygulama biçimleri ekip çalışması (Teamwork), iş birliği (Collaboration), koordinasyon (Coordination), knotworking ve ağ oluşturma (Networking) olarak sınıflandırmaktadır (Petit dit Dariel, Cristofala 2018: 1). Aşağıda Reeves ve diğerlerinin (2010) modelinde yer alan meslekler arası uygulama biçimleri ve bazı yazarların tanımları yer almaktadır.

Tablo 2.1: Yazarlara Göre Meslekler Arası Uygulama Biçimleri

Reeves (2010) Meslekler Arası Uygulama Biçimleri	Yazar/ Tür				
	Bruce (1980)	Katzenback, Smith (1993)	Drinka, Clark (2002)	Jelps, Dickenson (2008)	Petit Dit Dariel, O., Cristofalo, P. (2018).
Ekip Çalışması	Bağlı ekipler	Yüksek performanslı, gerçek, potansiyel ekipler	Etkileşimli disiplinler arası ekipler	Transdisipliner ekipler	Öngörülemeyen, acil, karmaşık
İş Birliği	Uygun ekipler	Sözde ekipler	Multidisipliner çalışma grupları	Disiplinler arası ekipler	Daha tahmin edilebilir, daha az acil, karmaşık
Koordinasyon				Multidisipliner ekipler	Daha tahmin edilebilir, daha az acil, daha az karmaşık
Ağ Oluşturma	Sembolik ekipler	Çalışma grupları	Geçici görev grupları		Öngörülebilir, karmaşık değil, acil değil

Kaynak: (Reeves, LewinEspin ve Zwarenstein 2010: 60)'tan uyarlanmıştır.

Reeves ve diğerleri (2018), yapıya bağlama uygun olarak doğru meslekler arası çalışma biçiminin seçilmesi gerektirdiğini savunmaktadır. Örneğin, klinik çalışmanın genel olarak

öngörülebilir olduğu, nispeten karmaşık olmadığı ve acil olmadığı bir sağlık hizmeti ortamında, bir ağ oluşturma (networking) biçimi etkili bir çalışma düzeni sağlanabilirken; klinik çalışmanın doğasının daha öngörülemez, doğası gereği daha karmaşık ve acil olabilen yoğun bakım ünitesinde, bir ekip çalışması (Teamwork) biçimi daha uygun olacaktır. Ayrıca, acil durum yaklaşımına dayanarak, klinik çalışmanın doğasındaki değişikliklere bağlı olarak, bir birinci basamak kliniğindeki normal ağ (Networking) biçimindeki meslekler arası çalışmanın (geçici olarak) bir hasta kalp krizi geçirmesi durumunda bir ekip çalışması (teamwork) biçimine çevrilebileceğini de ileri sürmektedir (Reeves vd. 2018: 2; Reeves vd. 2010: 60). Yakın tarihli bir çalışma ile diyabet ve/veya hipertansiyonu olan hastalar için birinci basamakta meslekler arası işbirlikçi uygulama üzerine sistematik derleme ve meta-analiz araştırması gerçekleştirmiştir. Bu araştırmayla diyabet veya hipertansiyonu olan yetişkin hastalarda birinci basamakta meslekler arası işbirlikçi uygulama ile “HbA1c (Hemoglobin A1C), SBP (Systolic Blood Pressure) ve DBP (Diastolic Blood Pressure)” düzeyleri arasında ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonucunda pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiş ve bu tür hastaların sonuçlarını iyileştirmek için en iyi bakım modelinin ekip temelli bakım olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lee vd. 2021).

Tıptaki gelişmeler ve sağlık hizmetlerini etkileyen karmaşık düzenleyici ve ekonomik faktörler, sağlık sistemlerinin klinik, araştırma ve idari sektörlerinde çok disiplinli ekiplerin kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sürecinde farklı profesyonel ve yardımcı profesyonelin ekip halinde çalışmasını gerektirmektedir (Manser 2009: 143).

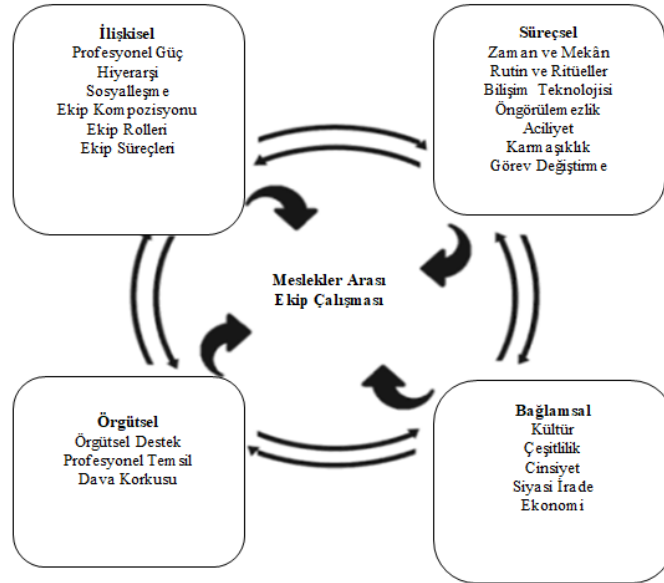
2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası Ekip Çalışması

Sağlık ve sosyal bakım ortamlarında meslekler arası ekip çalışmasının kullanımına yönelik artan bir destek bulunmaktadır. Bu destek, meslekler arası ekip çalışmasının tekrarlanan çabaların azaltılması, koordinasyonun geliştirilmesi, güvenliğin artırılması ve dolayısıyla yüksek kaliteli bakım sağlanması için önemli bir bileşen olduğunu iddia eden çok sayıda makale ve belgede görülebilmektedir. Meslekler arası ekip çalışması için tekrarlanan argümanlar ve bunun uygulanması için politika düzeyindeki çağrılar, dünya çapında ekip çalışması etkinliklerinin meslekler arası yönde genişlemesiyle sonuçlanmıştır (Reeves vd. 2010).

Sağlık hizmetlerinde meslekler arası ekip çalışması, birçok ülkede (Avustralya, Kanada, İngiltere, Norveç, Güney Afrika, Brezilya) farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkmıştır. Ancak bu farklılıklara rağmen, bu bağlamlarda ekip çalışmasının ortaya çıkmasının, politika yapıcılar ve uygulayıcılardan gelen ortak bir ihtiyaçla ilişkili olduğu görülmektedir (Reeves vd. 2010: 39). Günümüzde de nitelikli bir sağlık hizmeti sunmanın ana şartlarından

birisi, yukarıda bahsedilen sağlık profesyonelinin var olması; diğeri ise sağlık profesyonellerinin ekip anlayışı doğrultusunda yakın iletişim ve iş birliğiyle çalışmasıdır (Baykal 2010: 39).

Meslekler arası ekip çalışması, bakım kalitesi, hasta güvenliği ve iş tatmini konusundaki gelişmelerle ilişkilendirilmektedir (Petit dit Dariel vd. 2018: 1). Meslekler arası ekip çalışması, hasta odaklı bakım ekibinin tüm üyelerine bireysel uzmanlık sunma ve hasta bakımına uyumlu bir şekilde katkıda bulunmayı sağlayan güvenlik ve verimliliği vurgulayan hasta odaklı bir bakım modelidir (Palada 2016: 4). Meslekler arası ekip modeli, akıl sağlığı, rehabilitasyon hizmetleri, kanser bakımı, bağımlılık çalışmaları, kronik hastalık yönetimi, palyatif bakım² ve özel bakım gibi çeşitli sağlık durumlarında; mevcut durumun karmaşıklığına ve çeşidine bağlı olarak farklı mesleklerin bir araya gelmesiyle farklı yapılarda oluşabilmektedir (Sur 2020: 175). Reeves ve diğerleri (2010: 70) meslekler arası ekiplerin ekip çalışması sırasında performanslarını önemli şekilde etkileyebilecek olan dört alan ve her alana ait alt faktörler olduğunu belirtmektedir. Bu alanlar; ilişkisel, işlemsel, örgütsel ve bağlamsal alanlardan oluşmaktadır.



Şekil 2.21: Meslekler Arası Ekip Çalışmasını Anlamak İçin Kavramsal Bir Çerçeve

Kaynak: (Reeves, Lewin, Espin, Zwarenstein 2010: 71)

² Palyatif bakım; “Yaşamı tehdit edici soruları olan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşımdır.” (WHO 2022).

İlişkisel alan; profesyonel güç ve sosyalleşme gibi meslekler tarafından paylaşılan ilişkileri doğrudan etkileyen faktörleri içermektedir. **Süreçsel alan;** farklı işyeri durumlarında ekibin çalışmasının nasıl yürütüldüğünü etkileyen mekân ve zaman gibi faktörleri içermektedir. **Örgütsel alan;** meslekler arası ekibin faaliyet gösterdiği yerel örgütsel ortamı etkileyen örgütsel destek profesyonel temsil ve dava korkusu gibi faktörleri içermektedir. **Bağlamsal alan;** ekibin içinde olduğu politik, ekonomik ve sosyal manzarayla ilgili olup kültür, çeşitlilik, siyasi irade gibi faktörleri içermektedir. Alanlarda yer alan faktörlerin her biri bir alanla bağlantılıdır ve meslekler arası ekip çalışmasını farklı şekillerde etkileme yeteneğine sahiptir (Reeves vd. 2010: 70).

Reeves ve diğerleri (2010) tarafından önerilen, meslekler arası ekip çalışmasını anlamak için etkileyen faktörleri içeren kavramsal çerçeve Sangaleti ve diğerleri (2017: 2735) tarafından yapılan tanımlama ile de desteklenmektedir. Sangaleti ve diğerlerine göre (2017) meslekler arası ekip çalışması, kullanıcıların ihtiyaçları tarafından tetiklenen günlük bir uygulamadır ve uyum, güven, saygı, iş birliğine açıklık, aidiyet duygusu, alçakgönüllülük ve dinleme ve konuşma zamanı faktörlerini içermektedir. Sık teması sağlamak için çalışma alanlarının iletişimini ve paylaşımını, özellikle karmaşık durumlarda farklı uygulamaların ve profesyonel rollerin katılımını ve bilgisini; çatışmalar ve gerilimlerle başa çıkmak için ortak liderlik gerektirmektedir. Petit dit Dariel ve diğerleri (2018) araştırmasında bazı alan içi faktörlerde değişim yaşanmış olsa da temelde Reeves vd (2010) alanlarıyla uyuma sağlanmakta bu çalışmayla da Reeves ve diğerlerinin (2010) kavramsal çerçevesi desteklenmektedir. Çizilen bu çerçeveler meslekler arası ekip çalışması faktörlerinin belirlenmesi ve geliştirilebilmesi için önem arz etmektedir.

2.4.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası İş Birliği

Sağlık mesleklerinde iş birliği (collaboration), ortak bir hedefe yönelik toplu eylem odaklı hareket etmek anlamına gelmektedir (D'Amour vd. 2005: 126). Meslekler arası işbirlikçi uygulama (IPCP), sağlık hizmetlerinde iyi bilinen bir uygulama modelidir. Bu uygulama modeli, farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin hastalara ve hastaların ailelerine en iyi şekilde sağlık hizmeti sunmak için iş birliği yapmasını gerektirmektedir. Meslekler arası iş birliği (IPC), dünya çapında son yıllarda sağlık meslekleri arasında iş birliği uygulamalarını geliştirmek için etkili bir yöntem olarak popülerlik kazanmıştır (WHO 2010). Meslek arası iş birliğini teşvik etmek, sağlık hizmeti uygulamalarını ve hasta bakım kalitesini iyileştirmede temel önlemlerden biri haline gelmiştir (IPEC 2016; WHO 2010).

Kanada’da kurulan meslekler arası sağlık iş birliği (CHIC) platformu, meslekler arası iş birliğini en uygun sağlık sonuçlarına ulaşmak için öğrenciler, sağlık uygulayıcıları, hastalar, müşteriler, aileler ve topluluklarla etkili meslekler arası çalışma ilişkileri geliştirme ve sürdürme süreci olarak tanımlamaktadır (CHIC 2010: 6). Sağlık hizmetlerinde meslekler arası iş birliği, hasta bakımını olumlu yönde etkilemek için (ortak bir görev veya proje üzerinde) birlikte çalışan farklı profesyonel grupların süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu iş birliği, çeşitli disiplinlerin hasta bakımına getirdiği uzmanlığa ve katkılara değer veren meslekler arasında düzenli müzakere ve etkileşimi içermektedir (Reeves vd. 2017).

WHO (2010: 37)’nün meslekler arası eğitim ve işbirlikçi uygulama eylem çerçevesinde belirttiği gibi mevcut küresel ortamda, sağlık profesyonelleri, iş birliği içinde çalışarak, mevcut sağlık sorunlarını olumlu bir şekilde ele alabilmekte; sağlık sistemini glendirebilmekte ve sağlık sonuçlarını iyileştirebilmektedir. Meslekler arası iş birliği, meslekler arası etkileşim türlerinden meslekler arası ekip çalışmasına göre daha gevşek yapıdadır. Meslekler arası iş birliğinde paylaşılan kimlik ve bireylerin entegrasyonu meslekler arası ekip çalışmasına göre daha az önemlidir. Aynı zamanda, bireyler arasında paylaşılan sorumluluk, bir miktar karşılıklı bağımlılık, rollerin/hedeflerin netliği ve ekip görevleri genellikle biraz daha öngörülemez, daha az acil ve karmaşık olması bakımından ekip çalışmasına benzemektedir (Reeves vd. 2010).

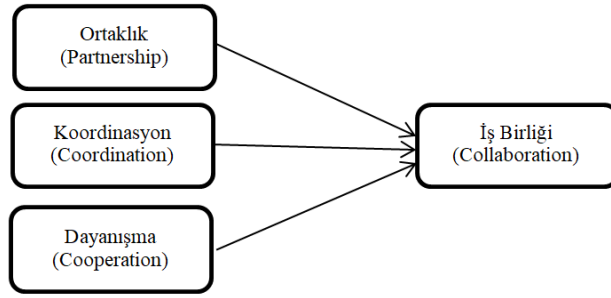
Meslekler arası iş birliği, anlaşma ve iletişimin yanında sinerji ile de ilgilidir. İş birliği, farklı geçmişlere, birbirini tamamlayan becerilere sahip olan iki veya daha fazla kişi, daha önce hiçbirinin sahip olmadığı veya kendi başına gelemeyeceği ortak bir anlayış yaratmak için etkileşime girdiği zaman ortaya çıkmaktadır. Sağlık profesyonelleri birlikte çalıştığında, daha önce orada olmayan bir şey ortaya çıkmış olmaktadır (WHO 2010: 37). Meslekler arası ekip iş birliği (Interprofessional Team Collaboration-ITC) ise “farklı meslek gruplarının birlikte çalıştığı, ekip olduğu süreç” olarak tanımlanmaktadır (Hellman vd. 2016: 499). Meslekler arası ekip iş birliği, kurumların mezo-makro politikasını (rgtsel faaliyetleri ortak hedeflere yönlendirmek için stratejik planlar) dâhil etmek için bireysel düzeyden (mikro düzey) mezo-düzeyine (rneğin ekip tutumları ve ekip yapısı) yükselen dinamik bir yapıda “girdi-süreç-çıktı” aşamalarında ilk basamak, olarak tasvir edilmektedir (Dellafiore vd. 2019). Bu sebeple meslekler arası iş birliğinde başarılı olmak için meslekler arasında farklı rollerin bulunduğu kabul edilmeli ve karşılıklı saygının anlaşılması gerektirmektedir (Walters vd. 2016). IPC’yi iyileştirmek, örgütün, ekiplerin ve bireylerin birleşik çabalarını gerektirmektedir (Wei vd. 2022).

Meslekler arası iş birliğinin grup davranışlarını anlamak üzere oluşturulmuş birçok model bulunmakla birlikte sağlık ve sosyal bakım düzenlemeleriyle ilgili literatür üç temel model üzerinde durmaktadır. Bu teorik modeller, Bronstein modeli, D'Ámour ve Sullivan modeli olarak bilinmektedir (Walters, Robertson, Stern 2015: 26).

Bronstein'in modeli, *karşılıklı bağımlılık*, *yeni oluşturulan profesyonel faaliyetler* (iş birliği olmadan elde edilemeyen yeni etkinlik ve hizmetler), *esneklik* (rol bulanıklığının kasıtlı olarak meydana gelmesi), *hedeflerin kolektif mülkiyeti* (hedeflere ulaşma sürecinde ortak sorumluluk) ve *sürece yansım*a (birlikte çalışma sürecine dikkat) özelliklerini kapsamaktadır (Bronstein, 2002).

D'Ámour'un modeli iş birliğinin özellikleri arasında *paylaşım* (sharing-sorumluluk, karar verme, sağlık felsefesi, değerler, veriler, planlama ve müdahaleler), *ortaklık* (partnership- açık iletişim, karşılıklı saygı ve güven içeren meslek ilişkisi; başkalarının katkısına ve ortak hedeflere değer verilmesi), *karşılıklı bağımlılık* (interdependency-bütün parçalarının toplamından daha büyüktür) ve *güç* (power- güç ilişkilerinde simetri) kavramları yer almaktadır (D'Amour vd. 2005).

Sullivan'in modeline göre iş birliği, “olası, güçlü sonuçlara ulaşmak için ihtiyaçlara ve sorunlara amaçlı olarak dikkat çekmek için dinamik, dönüştürücü bir güç paylaşım ortaklığı oluşturma süreci” olarak tanımlanmaktadır (Sullivan 1998; Orchard vd. 2012: 59). Modele göre iş birliğinin belirleyici nitelikleri *koordinasyona* yani birlikte çalışıp karşılıklı hedeflere ulaşmaya; *dayanışmaya* yani diğerlerinin değer ve görüşlerine saygı duyulması ve katkı sağlamasına değer verilmesine; *ortak karar alma* sürecine yani hastalar ve hasta yakınları da dâhil edilerek, herkese danışılarak bakım sürecinin planlanmasına ve son olarak *ortaklığa* yani etkili çalışma ilişkileri yaratarak herkesin açık ve saygılı bir şekilde ortak olarak görülmesi olarak belirlenmiştir (Walters vd. 2015: 26; Sullivan 1998). Model son olarak Orchard vd. (2018) tarafından dayanışma (cooperation), koordinasyon, (coordination) ve ortaklık, (partnership) olarak üç kilit iş birliği alanında gruplandırılmıştır (Orchard vd. 2018: 12).



Şekil 2.22: Meslekler Arası İş Birliği Alanları

Kaynak: (Orchard, Pederson, Read, Mahler, Laschinger 2018: 13).

-Dayanışma (Cooperation), tüm ekip üyelerinin bakış açılarını dinleme, değer verme ve kendi görüşüne katkıda bulunma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Sullivan 1998). Dayanışma, hastaların ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının karşılıklı mutabakat sağlamak için tercihlerini birlikte değerlendirdikleri süreçtir (Dellafiore vd. 2019: 762). Dayanışmada kişisel inanç, bakış açılarını inceleme ve değiştirme istekliliğini korunurken diğer bakış açısı ve görüşleri kabul ederek bunlara saygı göstermek söz konusudur. Güçlü dayanışma gösteren ekip üyeleri yeni tutumlar geliştirir ve birbirlerinin uygulamaları ile ortak uzmanlıklarının ekip çalışmasını nasıl geliştirebileceğini anlamaktadır (Orchard vd. 2012: 60).

-Koordinasyon, (Coordination), karşılıklı hedeflere ulaşmak için birlikte çalışma yeteneği (Sullivan 1998), uyumlu bir şekilde çalışma sanatı” olarak tanımlanmaktadır. Koordinasyon, ekip üyeleriyle ve ekip üyeleri için oluşturulmuş bir dizi birbirine bağlı bakım planlama aktivitesini içermektedir. Ekip üyeleri arasında uygun ve etkili iletişim; ekip hedeflerine ulaşmak için gerekli ekipman, malzeme, insan kaynakları, bilgi, teknolojiye erişim mevcut olduğunda koordinasyon ekip iş birliğini sağlamaktadır (Orchard vd. 2012: 60).

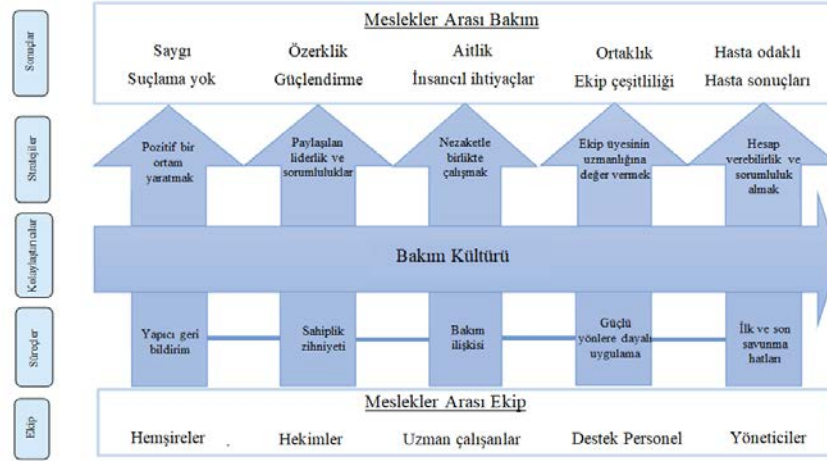
-Ortaklık, (Partnership) tüm üyelerin ortak sonuçlara ulaşmak için eşit olarak birlikte çalıştığı açık ve saygılı ilişkilerin oluşturulması olarak tanımlanmaktadır (Sullivan 1998). Ekipler arasında işbirlikçi ortaklık, çalışma ilişkilerinde güven gerektirmektedir. İş birliğine dayalı uygulama içindeki ortaklık, hastaların ve ailelerinin bakım süreçlerinde ortak olma rolünü, katkılarını kabul edmekte ve bu role saygı duymaktadır (Orchard vd. 2012). Ortaklık, bakım hedeflerine ulaşmak için hastaların ve ailelerinin rolünü ana ortak olarak kabul edilmekte iken; dayanışmada hastalar ve tüm ekip üyeleri arasında bakış açılarının dinlenmesi, katkı sağlanması, kişisel inançlar ve görüşler farklı olsa bile görüşlere karşılıklı saygı ifade edilmektedir (Dellafiore vd. 2019: 762).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında etkili IPC, yüksek kaliteli hizmet sunumu için temel olarak kabul edilmektedir (Agreli, Peduzzi, Bailey 2017: 184). IPC, sağlık hizmeti kalitesini artırmak için bir uygulama modelidir (Wei vd. 2022). Meslekler arası iş birliğinin temel amacı, yüksek bakım kalitesi için güç, hedefler, karar verme, bilgi ve uzmanlığın paylaşıldığı çok bakış açılı çalışma gelişmesini sağlamaktır. Meslekler arası iş birliği klinik ortamlarda daha güvenli, yüksek kalitenin yanı sıra daha uygun bakımı sağlamak için önemli bir uygulama modeli olarak görülmektedir (Vittadello vd. 2018: 2).

Etkili meslekler arası iş birliği, çeşitli mesleklerin eleştiri korkusu olmadan hasta tedavisine ilişkin görüşlerini eşit olarak paylaşabileceği, düz bir yapı olarak karakterize edilen bir çalışma ortamıyla yakından bağlantılıdır (Vatn, Dahl 2021). Meslekler arası iş birliğinin nasıl daha etkin hale getirilebileceği ile ilgili araştırmalar yapılmış, etkileyen faktörler araştırılmıştır.

McInnes ve diğerleri (2015) hekimler ve hemşireler arasındaki iş birliğini ve ekip çalışmasını etkileyen kolaylaştırıcı faktörleri ve engelleyici faktörleri belirlemek amacıyla tematik analiz araştırması yapmıştır. Araştırma sonucunda meslekler arası iş birliğini kolaylaştıran-engelleyen faktörler olarak üç ana tema ortaya çıkarmıştır. Bu temalar roller ve sorumluluklar; saygı, güven ve iletişim; hiyerarşi, eğitim ve sorumluluktan oluşmaktadır. Vatn, Dahl (2021) cerrahi servislerdeki hemşire ve hekimlerin hasta tedavisinde meslekler arası iş birliğini nasıl deneyimledikleri konusunda daha çok bilgi edinebilmek amacıyla bir nitel araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırmanın bulguları, uzmanlar arasındaki meslekler arası iş birliğinin, ortak buluşma yerlerinin az sayıda olması ve iş birliği için çok az zaman ayrılabilir olması ile karakterize olduğunu göstermiştir. Hekimler ve hemşireler arasındaki açık ve yapılandırılmış iletişimin hasta bakımının kalitesi üzerinde etkisi olduğu ve meslekler arası iş birliğinde karşılıklı güven ve saygının her iki meslek için de önemli olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Wei ve diğerleri (2020) sağlık uzmanlarının birlikte çalışmasının altında yatan mekanizmanın anlaşılması, IPCP'yi teşvik etmek için stratejiler sağlayabileceği düşüncesi ile sağlık hizmeti uzmanlarının meslekler arası iş birliği konusundaki deneyimleri ve bakış açıları nelerdir temel sorusu üzerine araştırma yapmıştır. Yapılan araştırma sonucunda meslekler arası iş birliğinin temel kolaylaştırıcısının, meslekler arası ekip üyeleri arasında bir "bakım-insan bağlantıları kültürü" olduğunu belirlemiştir. Bakım kültürünün de özen gösterilen ilişkiler kurma, bir sahiplenme zihniyeti geliştirme, yapıcı geri bildirim sağlama, güçlü yönlelere dayalı uygulamayı uygulama ilk ve son savunma hattı olarak hareket etmeden oluşan beş süreçle beslenebileceğini ifade etmiş, bakım kültürü temelinde olan bir meslekler arası bakım modeli geliştirmiştir.

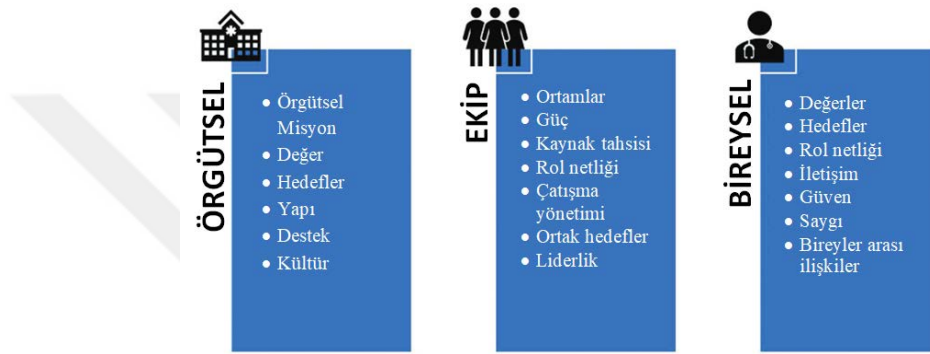


Şekil 2.23: Sağlık Hizmetleri Meslekler Arası Bakım Modeli
Kaynak: (Wei vd. 2020)

Wei ve diğerleri (2020) araştırmada, IPCP'yi teşvik etmenin yollarını araştırmış ve meslekler arası iş birliğinin özünün, örgüt kültürünün, yapısının ve desteğin ekip üyeleri arasında güvene dayalı ilişkiler kurmada önemli bir rol oynadığı bakım kültüründe olduğunu ifade etmiştir. Bu araştırma, meslekler arası iş birliğinin özünün bakım kültürü olduğunu; çünkü ekip üyelerinin temel ihtiyaçlarını karşılayan ve sağlık profesyonellerini birbirine bağlayan bir atmosfer oluşturduğunu, kolaylaştırıcı bir mekanizma görevi gördüğünü ifade etmiştir. Herewati ve diğerleri (2022) bir tür bakım kültürü örneği olabilecek klinik yol (Klinik yol, ortopedi uzmanları, eczacılar ve hemşirelerin hastalara yönelik bakımını, roller, görevler ve katkılar açısından ekipteki her mesleğin karşılıklı anlaşmasıyla oluşturulan standart bir operasyon prosedürüdür (SOP)) uygulanmasının, özellikle algılanan engeller ve ekip koordinasyonunda, meslekler arası iş birliği uygulamalarında önemli bir gelişme gösterdiği tespit etmiştir. Wei ve diğerleri (2022) yılında konuyu daha geniş açıdan ele almış ve IPC hakkında 2010 ve 2020 yılları arasında yapılmış olan meslekler arası iş birliği sistematik incelemelerini sentezlemek için sistematik meta-inceleme araştırması yapmıştır. Bu sistematik meta inceleme araştırmasıyla IPC ile ilgili kolaylaştırıcıları, engelleri ve sonuçları sentezleyerek, sağlık uzmanları ve kurumlarının başarılı IPC stratejileri geliştirmesi ve uygulaması için bir yol oluşturmaya çalışmıştır. Meslekler arası iş birliğinin kolaylaştırıcıları ve engelleri, örgüt, ekip ve bireysel düzeylerde kategorilere ayrılmıştır.

Wei ve diğerlerine göre (2022) kolaylaştırıcılar (a) **örgütsel**; misyon, değer, hedefler, yapı, destek, kültür, (b) **ekipsel**; ortamları, güç ve kaynak tahsisi, rol netliği, çatışma yönetimi, paylaşılan hedefler ve liderlik ve (c) **bireysel**; değerler, hedefler, rol netliği, iletişim, güven,

saygı ve bireyler arası ilişkilerden oluşmaktadır. Başlıca engeller ise; (a) iç-dış destek eksikliği, işlevsel olmayan örgütsel yapı, örgütsel misyon, felsefeler, liderlik ve hedeflerde raydan çıkma; (b) etkisiz ekip gücü ve kaynak dağılımı, ekip-üye rolü belirsizliği, etkili ekip iş birliği eksikliği; (c) bireyler arası iletişim ve bireysel düzeydeki ilişkiler için güven, saygı ve olumlu tutumlar oluşturmada başarısız olmaktan oluşmaktadır. Bu meta-inceleme, kolaylaştırıcılar, engeller ve sonuçlar farklı düzeylerde gruplandırılmış olsa da, karşılıklı olarak birbirine bağlı olduklarını göstermektedir. Meslekler Arası İş birliklerini Etkileyen Faktörleri (Kolaylaştırıcı/Engeller) **Şekil 2.24**'deki gibi sınıflandırmıştır.

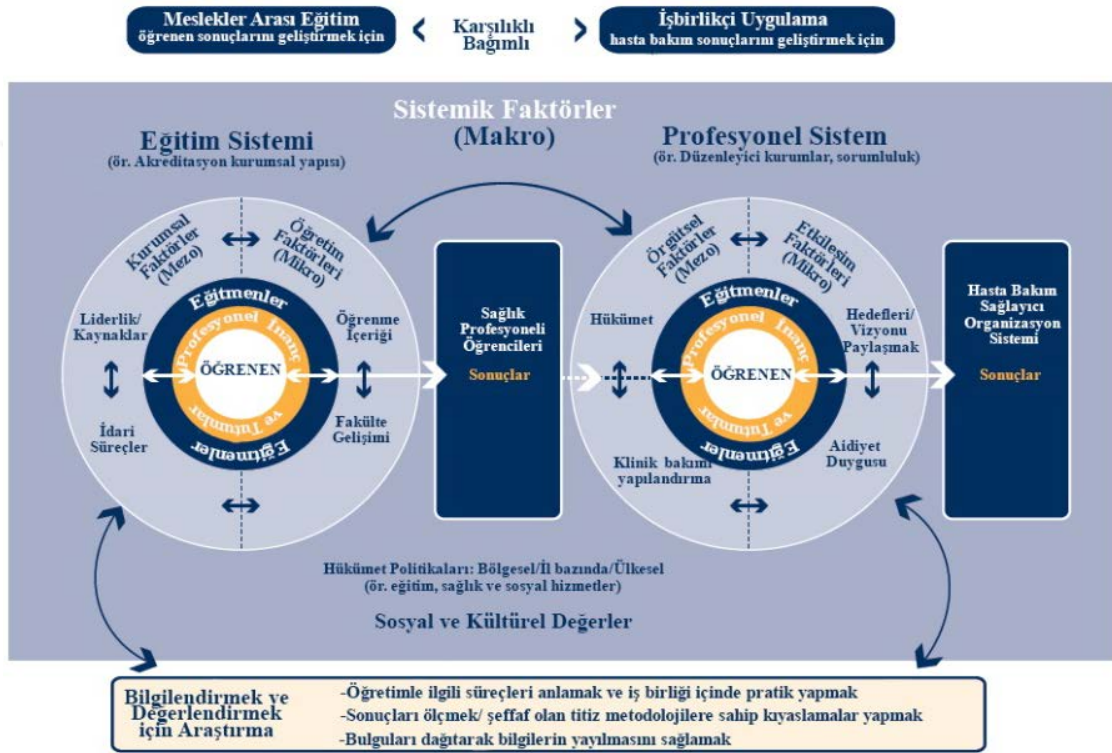


Şekil 2.24: Meslekler Arası İş Birliklerini Etkileyen Faktörler
Kaynak: (Wei vd. 2022: 11)

Kolaylaştırıcılar ve engeller iki taraflıdır; uygun şekilde ele alındığında kolaylaştırıcı; aksi takdirde engel olabilmektedir. Bu nedenle, kurumlar ve sağlık sistemleri, durumlarını değerlendirmeli ve IPC kolaylaştırıcılarını en üst düzeye çıkarmaya çalışmalıdır. Sonuçlar ise örgütsel, sağlık profesyoneli ve hasta üzerindeki sonuçları içermektedir (Wei vd. 2020; Wei vd. 2022). İş birliği yapma gerekliliği, uzmanların rekabet etmek yerine ortak olmayı tercih etmelerine, belirli bir düzeyde karşılıklı bağımlılığı ve rol akışkanlığını kabul etmelerine, diğerlerinin uzmanlığını hasta bakım planlarına entegre etmelerine ve görüşlerini katılımcı bir şekilde iletmelerine olanak tanıyan bir anlayış değişikliği gerektirmektedir (Bochatay vd. 2017; Vatn, Dahl 2021). Wei ve diğerlerine göre (2022) meslekler arası iş birliklerini etkileyen faktörleri tanımanın önemli değeri, daha geniş iş birliği başarısı için mevcut fırsatları ve gelecekteki potansiyel ihtiyaçları değerlendirmektir. Böylece mevcut anlayış ve faktörler değerlendirilecek gelecek için de alt yapı oluşturmak için hazırlıklar yapılabilecektir. Örneğin Vatn, Dahl'e göre (2021) meslekler arası iş birliğinin, önümüzdeki yıllarda hasta güvenliğini artırmaya yardımcı olabilecek ana faktörlerden biri olarak görülmektedir.

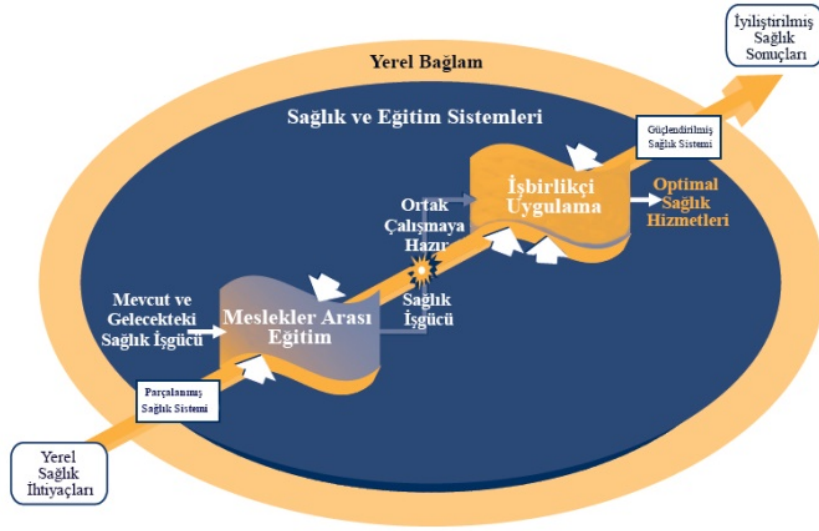
2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Meslekler Arası Eğitim ve Uygulama Yetkinlikleri

Meslekler arası kavramının tanımını yapan D'Amour ve Oandasın (2005), meslekler arası, hasta ihtiyaçları ve toplum odaklı bakım hizmeti açısından sağlık profesyoneli eğitimi ile meslekler arası işbirlikçi uygulama arasında karşılıklı bağımlılığın var olduğu bir yapıdan bahsetmektedir. Eğitim ve uygulamadaki karşılıklı bağıllığı ve bileşenlerini **Şekil 2.25**'de yer alan grafik üzerinde göstermektedir.



Şekil 2.25: Meslekler Arası Eğitim ve İşbirlikçi Uygulama Alanı Olarak Mesleklerarasılık
Kaynak: (D'Amour, Oandasın 2005)

Meslekler arası, 2010 yılında WHO tarafından ele alınmış ve yine meslekler arası eğitim ve işbirlikçi uygulama olarak sağlık sistemi kullanıcılarına iyileştirilmiş sağlık çıktıları sağlamak amacıyla genel bir çerçeve oluşturulmuştur. **Şekil 2.26**'da yer alan bu çerçeve ile politikacılara, karar vericilere, eğitimcilere, sağlık profesyonellerine, toplum liderlerine ve küresel sağlık savunucularına harekete geçmeleri ve sundukları tüm hizmetlere meslekler arası eğitim ve işbirlikçi uygulamayı yerleştirmelerine yönelik bir eylem çağrısı niteliğindedir (WHO 2010).



Şekil 2.26: Meslekler Arası Eğitim ve İşbirlikçi Uygulama İçin Eylem Çerçevesi

Kaynak: (WHO 2010: 9)

Çerçevede yer alan temel iki taraftan biri olan meslekler arası eğitim: iki ya da daha fazla meslekten gelen öğrencinin, etkili iş birliği sağlamak, sağlık sonuçlarını iyileştirmek için beraberce öğrendikleri veya birbirlerinden öğrendiklerinden oluşmaktadır. Meslekler arası işbirlikçi uygulama ise farklı profesyonel geçmişlere sahip çok sayıda sağlık profesyonelinin, en yüksek kalitede bakımı sunabilmek için hastalar, aileler ve topluluklarla birlikte çalışmasını ifade etmektedir (WHO 2010).

WHO tarafından 2010 yılında yayınlanan Meslekler Arası Eğitim ve İşbirlikçi Uygulama İçin Eylem Çerçevesinin ardından meslekler arası alanlarla ilgili öncü ülkeler ve iş birlikleri tarafından eğitim ve uygulama alanları ile ilgili yetkinlikler oluşturulmuştur. Meslekler Arası Sağlık İş birliği (CIHC) ve Meslekler Arası Eğitim İş birliği (IPEC) bu alanda öncü olan iş birlikleridir. (CIHC) (2010) ve (IPEC) (2011) tarafından hem meslekler arası eğitim hem de meslekler arası işbirlikçi uygulamaya yönelik yetkinlikler tanımlanmıştır.

IPEC iş birliği ilk olarak 2009 yılında ABD’de oluşturulmuş, eğitimde iş birliğine (IPE) yönelik temel araştırmalar yapmaya başlamıştır. WHO (2010) tarafından Meslekler Arası Eğitim ve İşbirlikçi Uygulama İçin Eylem Çerçevesinin yayınlanmasının ardından 2011 Meslekler Arası İş birliği Uygulama Yetkinliklerini oluşturmuştur. IPEC dört temel meslekler arası iş birliği yetkinlik alanını; “Meslekler arası Uygulama için Değerler/Etik, Roller/Sorumluluklar; Meslekler arası İletişim; Ekipler ve Ekip Çalışması” olarak belirlemiştir. Bu temel yetkinlik alanlarına bağlı her bir yetkinlik alanının altında bulunan alt yetkinliklerle ana yetkinlikleri şekillendirilmiştir.

Tablo 2.2: IPEC Meslekler Arası İş birlikçi Uygulama Yetkinlikleri

Yetkinlik Alanı 1	Meslekler Arası Uygulamalar İçin Değerler ve Etik
Yetkinlik Alanı 2	Roller ve Sorumluluklar
Yetkinlik Alanı 3	Meslekler Arası İletişim
Yetkinlik Alanı 4	Ekipler ve Ekip Çalışması

Kaynak: (Interprofessional Education Collaborative (IPEC) 2011)

Bu dört güncel alan, başlangıçta, meslekler arası eğitim (IPE) kapsamındaki alanlar olarak önerilmiştir (IPEC 2011). Ancak, yayımlanmasından sonra 2016’ya kadar geçen süre içinde, meslekler arası iş birliğinin kendi başına bir alan olduğu açıkça ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede 2016 yılında revize edilerek güncel hale getirilmiştir (IPEC 2016: 9). 2011’deki “meslekler arası işbirlikçi uygulama yetkinlik alanları” “meslekler arası iş birliği yetkinlik alanı” olarak tek çatıda toplanarak güncellenmiştir.

Temel yetkinlikler ve alt yetkinlikler, hasta ve aile merkezli; toplum ve nüfus odaklı; ilişki odaklı; süreç odaklı; öğrenci için gelişimsel olarak uygun olan öğrenme etkinlikleri, eğitim stratejileri ve davranışsal değerlendirmelerle bağlantılı; öğrenme süreci boyunca entegre edilebilir; sistem bağlamına duyarlı ve uygulama ortamlarında uygulanabilir; meslekler arasında uygulanabilir; meslekler arasında ortak ve anlamlı bir dilde ifade edilen ve sonuç odaklı olması istenen ilkelerini içermektedir (IPEC 2016: 10).

CIHC ise Kanada’da sağlıkta meslekler arası iş birliği yetkinliklerini ele almak için oluşturulmuş iş birliğidir (Sur, 2020). Meslekler arası yetkinlikler, meslekler arası iş birliğine ulaşmaya yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Bu çerçevede, meslekler arası etkili iş birliği için gerekli eğitim yetkinlikleri tanımlayan bütüncül bir yaklaşım sağlamaktadır. Altı yetkinlik alanı, meslekler arası işbirlikçi uygulama için gerekli olan yargıları şekillendiren bilgi, beceri, tutum ve değerleri vurgulamaktadır. CIHC aşağıdaki tabloda yer alan temel yetkinlik alanları ile ilgili alt yetkinlik alanları da belirtilerek meslekler arası iş birlikleri için genel çerçeveler tanımlanmaktadır (CIHC 2010: 9).

Tablo 2.3: CIHC Meslekler Arası İşbirlikçi Uygulama Temel Yetkinlik Alanları

Yetkinlik Alanı 1	Meslekler Arası İletişim
Yetkinlik Alanı 2	Hasta / Müşteri / Aile / Toplum Merkezli Bakım
Yetkinlik Alanı 3	Rol Açıklaması
Yetkinlik Alanı 4	Ekip İşleyişi/Çalışması
Yetkinlik Alanı 5	İşbirlikçi Liderlik
Yetkinlik Alanı 6	Meslekler Arası Çatışma Çözümü

Kaynak: (Orchard vd. 2010: 9)

CHIC veya IPEC temel yetkinlik alanları sayesinde meslekler arası eğitim ile istenen yetkinliklerin kazandırılması böylece işbirlikçi uygulamaya alt yapı sağlanması amaçlanmaktadır. Meslekler arası işbirlikçi uygulama ile de sağlık sonuçlarında iyileşme sağlanması amaçlanmaktadır. CHIC veya IPEC temel yetkinlik alanları sayesinde meslekler arası eğitim ile istenen yetkinliklerin kazandırılması böylece işbirlikçi uygulamaya alt yapı sağlanması amaçlanmaktadır. Meslekler arası işbirlikçi uygulama ile de sağlık sonuçlarında iyileşme sağlanması amaçlanmaktadır. Ancak yapılan bazı araştırmalar bu yetkinlik alanlarına ek alanlar eklenmesi üzerinde durmaktadır. Örneğin Dow ve diğerlerine göre (2017) sağlık alanında meslekler arası uygulamaların IPEC (2011) yetkinlik çerçevesindeki gibi yalnızca ekipler ve ekip çalışması alanından oluşmamaktadır. Reeves ve diğerlerinin (2010) de belirttiği gibi ekip çalışması (Teamwork) ve Ağ Oluşturma (Networking), iş birliği (Collaboration) ve koordinasyonun (Coordination) meslekler arası uygulama yetkinliklerinde bulunması gerekmektedir. Petit dit Dariel, Cristofala (2018) da IPEC yetkinlikler çerçevesinin ekip çalışması alanına iş birliği, koordinasyon ve networking alanlarının eklenmesi gerektiğini belirtmekte ve Dow ve diğerleri (2017) ile Reeves ve diğerlerini (2010) desteklemektedir. IPEC (2016) dört alanı meslekler arası iş birliğinin alanının çatısı altına toplayarak bu isteği bir açıdan karşılamaya çalışmış olsa da hala koordinasyon ve networking alanları açısından eksiklik bulunmaktadır.

Sağlık kurumları yapısal karmaşıklık, farklı mesleklerin bir arada çalışması ve çok yönlü ilişkiler kurması gibi sebeplerle çatışmaların görülebileceği yapılardır. Sağlık ekiplerinin de bir arada çalıştıklarında karşılaştıkları pek çok durumda farklı sebeplerle çatışma yaşamaları da mümkün olabilmektedir. Bu bölüme kadar sağlık hizmetleri ve ekipleri, hasta güvenliği ve kültürü, sağlık hizmetlerinde meslekler arası işbirlikçi uygulamaları açıklanmıştır. Ekip etkinliğinin sağlanabilmesi için önemli olan bir diğer kavram da çatışma yönetimidir. Bu sebeple bir sonraki bölümde çatışma kavramı ve sağlık hizmetlerinde çatışma, çatışma yönetimi kavramları incelenmiştir.

2.5. Çatışma Yönetimi

Araştırmanın bu bölümünde çatışma kavramı, çatışma türleri ve süreci konuları açıklanmış ardından sağlık hizmetlerinde çatışma kavramı ve sağlık hizmetlerinde çatışma yönetimi konuları açıklanmıştır.

2.5.1. Çatışma Kavramı

Çatışma, etkileşimin olduğunda var olan, davranışların bir sonucu olarak insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır (Turhan, Tiftik 2022: 183). Kişi veya gruplar arasında çeşitli sebeplerle ortaya çıkabilen anlaşmazlık olarak tanımlanmaktadır (Koçel 2018). Örgütlerde çatışma, yenilik yapma, karar alma, problem çözme, farklı seslere cesaret verme, çalışanların fikirlerine önem verme gibi birçok unsuru destekleyen bir araç olarak görülmektedir. Bu sebeple çatışma, işletme yönetiminin verimlilik, performans ve etkinliğini etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Kılınç, Hasdemir, Ulusoy 2018: 43).

Çatışmaya yönelik varsayımlar insan ilişkileri yaklaşımının varsayımları ve çoğulcu yaklaşımının varsayımları olarak temelde ikiye ayrılmaktadır. *İnsan ilişkileri yaklaşımının varsayımları*; çatışmanın istenmeyen negatif bir olgu olduğunu belirtmekte; tamamen yok edilmesi ya da çözüme ulaştırılması gerektiğini ifade etmektedir. *Çoğulcu yaklaşımın varsayımları*; ise çatışmanın yararlı sonuçlar doğuracağı için günümüz işletmeleri için kaçınılmaz olduğu ve desteklenmesi gerektiği belirtmekte; bununla birlikte kontrol altında tutulabilmesi için yönetilmesi gerektiği ifade etmektedir (Aktaş, Kılınç 2007: 79).

Çatışmaya yönelik felsefe ise geleneksel, modern ve çözümleyici olarak üçe ayrılabilir. *Geleneksel felsefeye göre*, çatışmaların hepsi yıkıcıdır; yönetimin görevi de çatışmalara karşı bireyleri korumaktır. 1930'larda ortaya çıkan geleneksel felsefe, çatışmayı tamamen olumsuz olarak görmektedir (Rahim 2002: 212). Klasik yönetim bakış açısına sahip düşünceye göre çatışma kaçınılması ve kısa sürede ortadan kaldırılması gereken bir kavram olarak nitelendirilmektedir (Çimen, Deniz 2017: 168). Toplum, çatışma kavramını olumsuz bir çağrışım olarak nitelendirme eğilimindedir. Örneğin, savaş kelimesi çatışma ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Patton 2014: 1). *Modern (Etkileşimci) Felsefe*; çatışmayı, sosyal yaşamın bir parçası olarak görmektedir. 70'lerin ortalarında ortaya çıkan felsefeye göre, her çatışma yıkıcı olarak kabul edilmemekte; karmaşık değişken ve belirsiz çevre koşulu ortamlarında etkin yönetilirse yeni fikirlerin ortaya çıkmasını sağlayarak yönetime yardımcı olabilen örgütsel performansı artırabilen bir durum olarak görülmektedir (Alshammari, Dayrit 2017: 45). *Çözümleyici felsefeye göre*; üretken çatışma çözümüne odaklanmaktadır ve sınırlı

düzeyde çatışmayı teşvik ederek yıkıcı etkileri en aza indirmeyi amaçlamaktadır (Robbins, Judge 2013: 457). Çatışma günümüzde her zaman zararlı olarak algılanmamakta; örgüte birçok konuda katkı yapan olumlu bir olgu olarak görülmektedir (Çağatay, Aslan 2020: 2301).

Çatışmanın fazla olduğu bir yerde kararların gecikmesi, hiç verilememesi, performansın etkilenebilmesi mümkün olduğu gibi; hiç çatışmanın olmadığı bir yerde yenilik, yaratıcılık, performansın olumsuz etkilenebilmesi de söz konusu olabilmektedir (Çelik 2013). Çatışma, çeşitli ekiplerde çalışmanın doğasında vardır ve belirli koşullar altında ekip sonuçları için faydalı olabilmektedir (Zajac vd. 2021: 8). Bununla birlikte uzun süreli, çözülmemiş çatışmanın işlevsiz olduğu ve “örgütsel performansı engelleyebileceği” de unutulmamalıdır (Kreitner, Kinicki 2010: 375).

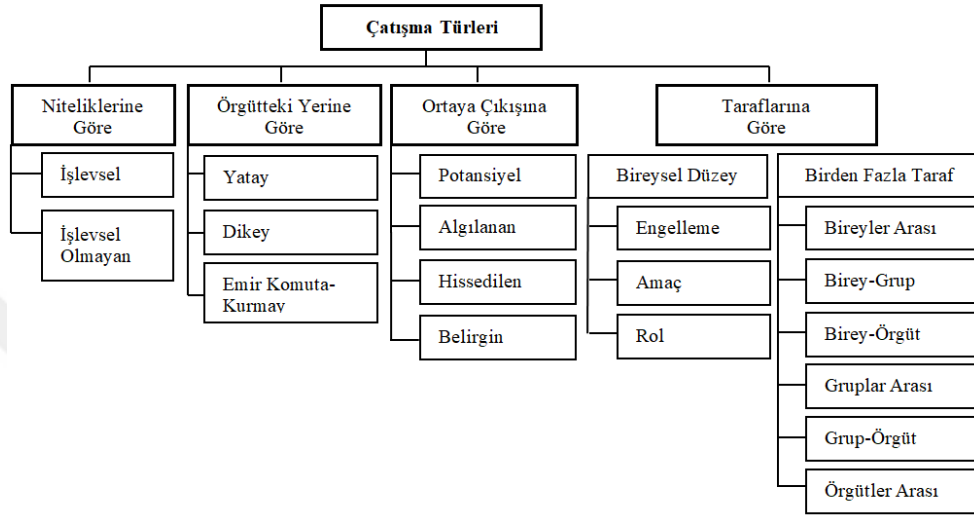
2.5.1.1. Çatışma Süreci

Çatışma, bir tarafın diğerinin çıkarlarının kendi çıkarlarıyla çatıştığı veya etkilediğini düşündüğü süreçtir (McShane, Von Glinow 2016: 194). Çatışma süreci Gürsoy (2014) tarafından; “potansiyel uyuşmazlık, kavrama-kışileştirme, davranış ve sonuç” olmak üzere dört aşamada sınıflandırmaktadır. Robbins ve Judge (2013: 457) tarafından ise; “olası karışitlık veya uyuşmazlık aşaması, algı ve kişiselleştirme aşaması, niyetler aşaması, davranış aşaması ve çıktılar aşaması” olarak sınıflandırılmıştır.

İlk aşama, çatışmanın ortaya çıkması için gerekli şartların oluşmasıdır. Şartlar çatışmanın kaynakları veya nedenleri olarak tanımlanabilmekte; genel olarak iletişim, yapı ve kişisel değişkenler olarak üç grupta toplanmaktadır (Robbins, Judge 2013: 457). **İkinci aşama**, birinci aşamadaki şartlara karşı negatif bir durum oluştuğunda ortaya çıkmaktadır. Bu aşamada çatışma algılanmakta ve kişiselleştirilmektedir (Kılınç vd. 2018: 36). **Üçüncü aşama**, niyetler aşamasıdır; burada bireyler *rekabetçi*, *işbirlikçi*, *kaçınmacı*, *uyumlu olma* veya *uzlaşmacı* niyetlere sahip olabilmekte ve bu niyetler çatışma çözme tarzlarını da etkilemektedir. **Dördüncü aşama**, ise dinamik bir etkileşim süreci olan çatışmanın görünür hale geldiği aşamadır (Gürsoy 2014: 17). Bu aşamada çatışmanın işlevsel olup olmamasına bağlı olarak göre ilerlemesini engellemek veya hızını artırabilmek için çatışmayı yönetme ihtiyacı ile karşılaşilmektedir (Robbins, Judge 2013: 461). **Beşinci aşama**, çatışmanın son aşamasıdır. Bu aşama eylem ve tepki etkileşimleri sonucunda elde edilenlerden oluşmaktadır. Sonuçların işlevsel veya işlevsel olmayan sonuçlar olması mümkün olabilmektedir (Gürsoy 2014: 20).

2.5.1.2. Çatışma Türleri

Çatışma, doğası gereği son derece karmaşık, çeşitleri olan sosyal bir olgudur, grup veya örgüt içindeki bireylerin iş birliği sürecinde farklı düzeylerde bulunmaktadır (Raykova vd. 2020). Çatışma kavramı literatürde farklı sınıflandırmalara tâbi olmuştur;



Şekil 2.27: Çatışma Türleri ve Sınıflandırılması

Kaynak: (Kasap 2006)

Çatışmanın niteliğine göre yapılan sınıflandırmada; işlevsel çatışma fikirlerin, inançların ve varsayımların sağlıklı ve güçlü mücadelesini içermektedir (Patton 2014: 1). İşlevsel olmayan çatışma, “örgütsel performansı engelleyen” negatif çatışma türlerini ifade etmektedir (Kreitner, Kinicki 2010: 375). İşlevsel çatışma bir örgütün gerekli değişiklikleri yapmasına yardımcı olabilirken, işlevsiz çatışma olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Alshammari, Dayrit 2017: 46). İşlevsel olmayan çatışma eğer iyi yönetilemezse; performans düşüklüğü, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma gibi bireysel olumsuzluklara; hizmet kalitesinin düşmesi, iş gören devir hızının artması hasta bakım maliyetinin artması gibi örgütsel olumsuzluklara neden olabilmektedir (Kılınç vd. 2018: 43).

Çatışmanın örgütteki yerine göre yapılan sınıflandırmada; çatışmalar aynı düzeyde ise yatay çatışma; farklı düzeyler arasında meydana geliyorsa dikey çatışma olarak sınıflandırılmaktadır. Bir diğer sınıflandırma ise çatışmanın ortaya çıkış şekli ve düzeyi üzerine kurgulanan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma da potansiyel çatışma, algılanan çatışma, hissedilen çatışma ve ortaya çıkmış olan açık çatışmadır. Çatışmanın taraflarına göre yapılan

sınıflandırmada ise bireysel düzeyli ve birden fazla taraflı çatışmalar olarak iki genel ayrım söz konusudur. Bireysel düzeyli çatışma kişinin kendi içinde meydana gelmekte (Patton 2014: 1) ve bireyin seçim yapması gereken durumlarda ortaya çıkmaktadır (Alshammari, Dayrit 2017). Bireysel düzeyli çatışma; amaç çatışması, rol çatışması ve engellenme olarak kendi içinde üçe ayrılmaktadır. Birden fazla tarafı olan çatışmalar ise bireyler arası, birey-grup, birey-örgüt, gruplar arası, grup-örgüt ve örgütler arası olarak sınıflandırılmaktadır (Rahim 2002: 217). Bireyler arası çatışma türü; örgütsel çatışma ve örgütler arası çatışma türleri için başlangıç aşaması olarak kabul edilmektedir (Aktaş, Kılınç 2007: 78).

Bireyler arası çatışma sebepleri bireysel sebepler, örgütsel sebepler olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireysel sebepler; kişilik yapıları, değer, inanç, eğitim, kültür farklılıkları, duygu ve algılamadaki farklılıklar, karşılıklı olarak iletişim düzeyleri, taraf olan bireylerin birbirlerini tanıma ve ilişki düzeyleri olarak özetlenebilmektedir. Örgütsel sebepler ise örgütün bürokratik yapısı, büyüklüğü, denetim sistemi, istihdam politikası, ücret politikası, ödüllendirme politikası, statü ve rol farklılıkları örgütsel kültür ve iklim gibi faktörler olarak sıralanabilmektedir (Aktaş, Kılınç 2007: 78).

Örgütlerde en çok karşılaşılan grup içi çatışmalarda görev çatışması, ilişki çatışması, süreç çatışması ve statü çatışması olarak ayrılmaktadır (Greer, Dannals 2017:318). İlişki çatışması olarak görülebilecek bireyler arası çatışmalar, aynı veya farklı hiyerarşik düzeylerin veya birimlerin iki veya daha fazla örgütsel üyesi arasındaki anlaşmazlığı veya uyumsuzluğu ifade etmektedir (Rahim 2002: 217).

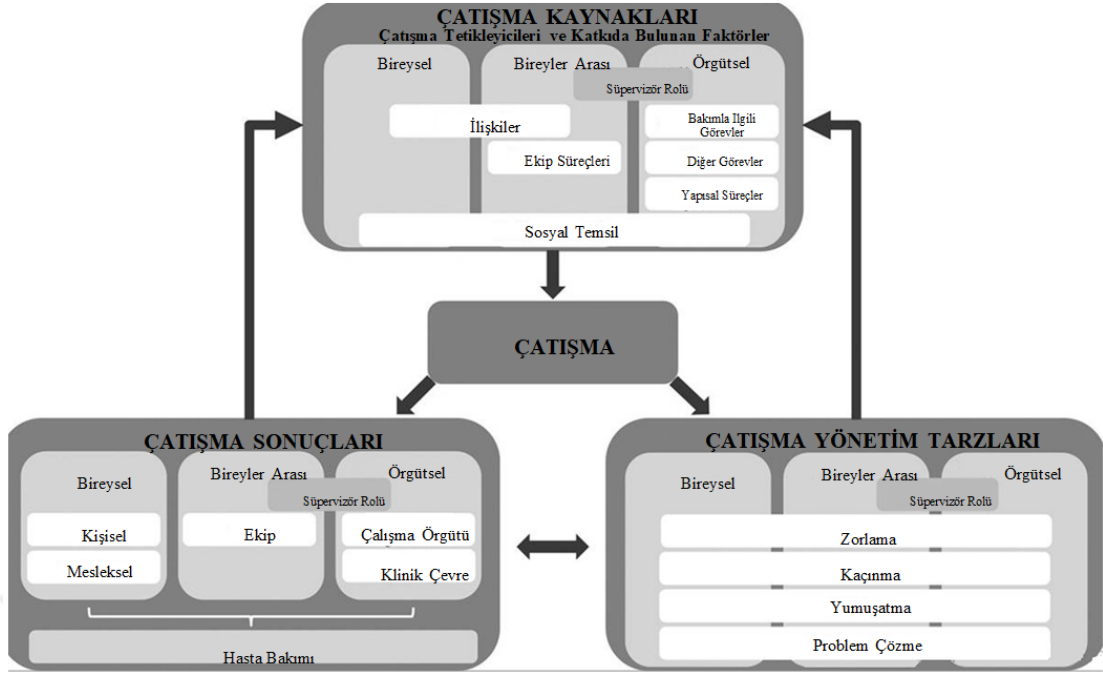
Birden fazla çatışma türünün bir arada var olup olmadığına bağlı olarak çatışma türlerinin etkileri değişme eğilimindedir. Çatışmayı neyin tetiklediği ve çatışmanın artmasına katkıda bulunanlar arasında ayrım yapmak, çatışmaların nasıl ve neden geliştiğini ve olumsuz sonuçlara yol açıp açmayacaklarını daha iyi anlamaya yardımcı olabilmektedir (Bochatay vd. 2017: 589).

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Kaynakları, Sonuçları ve Yönetimi

Sağlık kurum ve kuruluşları, diğer örgütlerle karşılaştırıldığında özellikle hastaneler, yapısal farklılıklar, işleyiş farklılıkları, sağlık profesyonelinin mesleki, eğitim, farklı statüler veya çok yönlü faaliyet ilişkileri gibi nedenlerle çatışmalara sıklıkla karşılaşılan örgütler arasında yer almaktadır (Kılınç vd. 2018: 34). Hekimler, hemşireler gibi hasta ile doğrudan temas eden sağlık profesyonelleri, çatışmaya eğilimli karmaşık ve stresli ortamlarda çalışmaktadır (Alshammari, Dayrit 2017: 46).

Yoğun ve hızlı çalışma döngüsüne sahip sağlık kurumlarında çatışmalar kaçınılmazdır (Başoğlu 2020). Hastaneler de sosyal bir kurum olarak karmaşık değerler ve yönelimlere sahip çeşitli meslek grupları bulunmaktadır. Bu gruplardaki sosyal etkileşimler, gizli veya açık bir çatışma şeklinde olabilmektedir (Raykova vd. 2020). Sağlık profesyonellerinin etkileşimleri, iş birliğini ve hasta bakımına yönelik ortak bir bağlılığı içerirken, sürekli iletişim ve müzakere ihtiyacı, şüphesiz küçük anlaşmazlıklardan büyük anlaşmazlıklara kadar uzanan çatışmalara yol açabilmektedir (D'Amour vd. 2005). Sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonelleri arasındaki işlevsel olmayan çatışma, sağlık bakımı işyerini, hasta bakımının kalitesini, çalışanların iş memnuniyetini etkilemek de dâhil olmak üzere çeşitli düzeylerde olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir (Patton 2014: 1).

Sağlık hizmetlerinde çatışma, sağlık profesyonelleri arasındaki uyumsuzluk dikkati hasta bakımından uzaklaştırabileceği ve bireysel kaynakları tüketebileceği için, sağlık ekipleri ve hasta bakımının kalitesi ve güvenliği üzerinde olumsuz etkileri de bulunabilmektedir (Bochatay vd. 2017: 585). Çatışmanın, sağlık sistemi üzerinde büyük ekonomik etkileri de bulunmaktadır. Örneğin bir hemşirenin yeni bir hemşire ile değişim maliyeti hemşirenin bir yıllık maaşının yaklaşık %150'si olduğu öne sürülmektedir (Broukhim vd. 2018: 408). Diğer taraftan sağlık hizmetlerinde de tüm çatışmalar sorunlu değildir ve uygun şekilde ele alındığında grup dinamiklerinin güçlendirilmesini ve olumlu sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilmektedir (Alshammari, Dayrit 2017: 46).



Şekil 2.28: Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Çerçevesi: Bireysel, Bireyler Arası, Örgütsel Düzeyde Çatışmanın Kaynakları, Sonuçları ve Çatışma Yönetim Tarzları
Kaynak: (Bochatay, Bajwa, Cullati, Muller-Juge, Blondon, Perron, Nendaz 2017: 585)

Sağlık mesleği mensupları arasındaki çatışmaları anlamak, çatışma kaynaklarını, sonuçlarını ve çatışma yönetim tarzlarından oluşan birbiriyle ilişkili çeşitli boyutları içeren çerçeveyi ele almaktan geçmektedir (Bochatay vd. 2017: 584).

2.5.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Kaynakları

Sağlık hizmetlerindeki çatışmaları etkili bir şekilde yönetmeyi öğrenmenin ilk adımı olarak çatışma kaynağını anlamak önemli görünmektedir (Broukhim vd. 2018: 410). Sağlık hizmeti profesyonellerinin karşılaştıkları çatışma kaynakları bireysel, bireyler arası ve örgütsel çatışma kaynakları olarak sınıflandırma yapılabilmektedir.

-Bireysel Çatışma Kaynakları: Bireysel çatışma kaynakları arasında, bireysel odaklanma, benlik saygısı veya dünya görüşü gibi kişisel özellikler ve bireylerin çatışma yönetimi ile iletişim tarzları da yer almaktadır. Bireysel çatışmalar bireyin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığına; bireyin işyerinde performans gösterme yeteneğine tehdit oluşturmaktadır (Kim vd. 2017: 283).

-Bireyler Arası Çatışma Kaynakları: Sağlık profesyonelleri arasındaki bireyler arası çatışmayı, genellikle kişilik, değer ve beklenti farklılıkları tetiklemektedir (Alshammari, Dayrit

2017: 45). Bireyler arası çatışma kaynakları, başka bir kaynak, pozisyon, uzmanlık ve rollerdeki güç farklılıklarıyla bağlantılıdır. Net olmayan iş sınırları ve karar verme anlaşmazlıkları bireyler arası çatışmaya neden olabilmektedir (Patton 2014: 8). Algılanan bireyler arası çatışma kaynakları, hafif bir hareketsizlikten, başkalarına zarar verme niyetine kadar uzanabilmektedir. Bireyler arasındaki güveni kırılabilen ve sonraki etkileşimlerin gerginleşmesine ve ekip çalışmasının daha da zayıflamasına neden olabilmektedir. Daha ileri boyutları, sözlü taciz, bağırarak, kişisel saldırılar, fiziksel tehditler, aşağılama, yıldırma, zorbalık ve psikolojik saldırılar şeklinde hatta yıkıcı davranışlar olarak ortaya çıkabilmektedir (Kim vd. 2017).

-Örgütsel Çatışma Kaynakları: Örgütsel çatışmalar, görevler, prosedürler ve kaynaklar gibi iş akışı karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Bulanık iş sınırlarının var olması, sınırlı kaynaklar için rekabet, bölümler arası rekabet, karmaşık örgüt yapıları, çözülmemiş veya bastırılmış çatışmaların var olması gibi kaynaklarla karşılaşmaktadır (Patton 2014: 2). Sistem temelli faktörler arasında ise karar vermede yapısal engeller, politikaların eksikliği veya belirsizliği, hasta bakımı yaklaşımlarının değişkenliği veya kuralların uyumsuzluğu yer almaktadır. Bununla birlikte, kaynak kısıtlamaları, sağlık profesyonellerinin yüksek hasta hacminde ve karmaşık ortamlarda bakım sağlama konusunda baskı altında müzakere etmek zorunda kaldıkları zaman, kompozisyon ve personel yeterliliğini kapsamaktadır. Diğer kaynaklar arasında algılanan yönetim tarzı ve liderlik kalitesi ya da ödül, tanıma ve teşvik yapıları ve iş kontrolü, örneğin iş yükü üzerinde özerklik ve algılanan bağımsızlık bulunmaktadır (Kim vd. 2017: 286).

2.5.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Sonuçları

Sağlık hizmetleri gibi karmaşık sistemlere gömülü olan yakın çalışma ilişkilerinde çatışmalar en iyi ihtimalle, işyerinde faydalı değişikliklerle sonuçlanmakta; en kötü ihtimalle de hastaların yaşamlarını etkileyebilmektedir. Sonuç olumluysa, sorunlara yaratıcı çözümler ve gelişmiş hasta güvenliği sağlanabilmektedir (Broukhim vd. 2018: 410). Olumlu çatışma sonuçları da iş tatmini, iş birliği çalışmaları, maliyet düşüşü gibi pozitif etkiler oluşturabilmektedir verilebilmektedir (Patton 2014: 5). Ancak sonuç olumsuz ise, hasta bakımında yetersizlik, iş memnuniyetsizliği, tükenmişlik ve personel devir hızında yüksekliğe yol açabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonellerinin algıladıkları örgütsel çatışmaların sonuçları; bireysel, bireyler arası ve örgütsel çatışma sonuçları olarak sınıflandırılabilir.

-Bireysel Çatışmanın Sonuçları: Sağlık profesyonellerinin önemli olduğunu düşündüğü bireysel çatışmanın bazı sonuçları arasında özellikle duygusal ve zihinsel sağlığa yönelik tehditler yer almaktadır. Bireysel çatışmalar bireyde uyku yoksunluğu, baş ağrısı veya kilo kaybı gibi fiziksel; korku, yenilgi, hasar görmüş benlik imajı veya benlik saygısından kaynaklanan bozulma gibi psikolojik ve hareketsizlik hissi ve işten uzaklaşmanın, konsantrasyon kaybının, düşük moralin ya da güvenin, işe karşı ilgisizliğin düşmesi sonucu azalan performans ve sinizm, farklı bir pozisyon arama veya uzmanlık değiştirme gibi sosyal sonuçlara sebep olabilmektedir (Kim vd. 2017: 286; Bochatay vd. 2017: 585).

-Bireyler Arası Çatışma Sonuçları: Bireyler arası çatışma, ilişkilerde veya ekip çalışmasında azalma, güvensizlik ya da saygısızlık, ekip iletişiminde bozulmalar, grup uyumunda ve iş birliğinde azalma; sağlık profesyonelleri arasında az bilgi aktarımında azalma veya talimatlar ve emirler göz ardı edilmelerin artması yer alabilmektedir. Daha az görülen diğer sonuçlar arasında ise, sağlık uzmanlarının gücü elinde bulundurana karşı konuşmaktan çekinmeleri, çatışmalar nedeniyle birbirinden öğrenme fırsatının kaçırılması ve başkalarının hatalarından sorumlu tutulma durumunun ortaya çıkması yer almaktadır (Kim vd. 2017: 286).

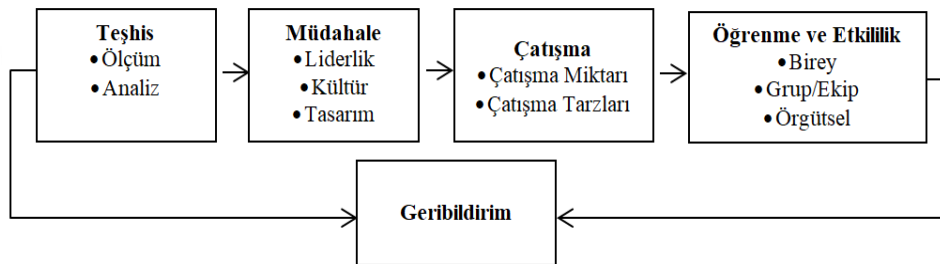
-Örgütsel Çatışma Sonuçları: Örgütsel faktörlerle ilişkili çatışma sonuçları ağırlıklı olarak klinik sonuçların başarısına etki, iş tatmininde azalma, örgüt bağlılığının azalması, devamsızlık oranlarında artış, şikâyet oranlarının artması şeklinde görülebilmektedir. Bunların yanında iş gören devir hızlarının artması, stres oranlarında artış, verimlilik azalması, tıbbi hata oranlarında artış, iş birliğinin olamaması veya azalması, çatışma sebebiyle harcanan zaman kaybı maliyeti gibi olumsuzlara sebep olabilmektedir (Alshammari, Dayrit 2017: 46). Daha az görülenler diğer sonuçlar ise tıbbi kayıtların tahrif edilmesi veya hastaların kötü muamele algısında artış gibi profesyonel olmayan veya yasadışı eylemlerin meydana gelmesi olarak sıralanabilmektedir (Kim vd. 2017: 286).

Sağlık alanında işlevsel olmayan çatışmanın ortadan kaldırılabilmesi mümkün olmasa da, uygun bir şekilde yönetilmesi mümkündür. Olası herhangi bir olumsuz etkiyi önleyebilmek için çatışmanın öncüllerini tanımayı öğrenmek önemli bir katkı sağlayacaktır (Patton 2014). Öncüller aracılığıyla işlevsel olmayan çatışma işlevsel hale dönüştürülebilir. Bu sebeple sağlık profesyonellerinin çatışmayı tanımlama ve buna etkin cevap verme yeteneğini güçlendirmek için, tüm çatışma özelliklerinin yanı sıra çatışma ile ilişkili farklı düzeylerin de dikkate alınması gerekmektedir (Bochatay vd. 2017: 590).

2.5.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Çatışma Yönetimi

Sağlık profesyonelleri arasındaki çatışmanın, sağlık hizmeti ekiplerinde, ele alınmazsa hasta bakımının kalitesi ve güvenliği üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Manser 2009). Modern örgüt yapılarında kontrolden çıkan yıkıcı çatışmaların doğurabileceği sorunlara karşın, etkin çatışma yönetimi sayesinde bireylerin potansiyelinden yararlanılabilmektedir (Aktaş, Kılınç 2007: 77). Önemli olan çatışmaya sebep olanları doğru saptamak ve meydana getirdiği olumsuzlukları ortadan kaldırarak uygun ortak bir çözüm bulmak, çatışmayı iyi yönetebilmektir (Kılınç vd. 2018: 43). Bu sebeplerle sağlık hizmeti veren hastaneler için çatışma yönetimi hayati öneme sahip konular arasında bulunmaktadır (Aslan 2004: 602).

Çatışma yönetimi, çatışmanın başlangıç noktasını bulmayı, asıl sebebini anlamayı veya ortadan kaldıracak kıstas belirleyip pratik anlamda uygulanmasının sağlanmasıdır (Turhan, Tiftik 2022: 186). Çatışma yönetimi, örgütte etkinliği arttırmak ve öğrenmek, çatışmanın işlev bozukluklarını en aza indirmek için çatışmanın yapıcı işlevlerini geliştirmeyi ve makro düzeyde etkili stratejiler tasarlamayı içermektedir (Rahim 2002: 208). Çatışma yönetimi, örgüt içinde kabul edilebilir düzeyde çatışmanın sağlanmasını da kapsamaktadır. Aksi durumda örgütte yenilik ve değişim için gerekli itici güç oluşmayacaktır (Çağatay, Aslan 2020: 2301).



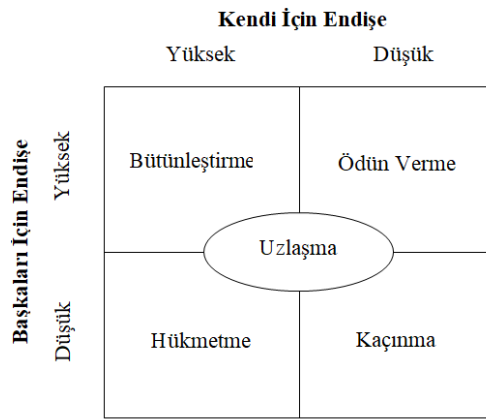
Şekil 2.29: Çatışma Yönetim Süreci

Kaynak: (Rahim 2002: 23)

Örgütsel çatışmanın yönetimi süreci, çatışmanın teşhisini ve çatışmaya müdahaleyi içermektedir. Doğru bir teşhis, çatışma miktarı, bireyler arası çatışmayı yönetme tarzı, çatışma kaynakları, öğrenme ve etkililiği içermelidir (Rahim 2002: 229). Çatışma yönetimi sürecinde taraflar çatışmaya yönelik bir yönetim tarzı tercih edeceklerdir. Sağlık hizmeti profesyonellerini çatışma durumlarındaki davranış tarzlarının karmaşık belirleyicileri bulunmaktadır. Bu, kişiliğin karmaşık koşullarını, çalışma ilişkilerinin türünü, hastanede çatışmaların ortaya çıkmasını etkileyen çalışma ortamının özelliklerini ve bunların çözümüne yönelik önlemleri dikkate alma ihtiyacını gerektirmektedir (Raykova vd. 2020).

Çatışma yönetim tarzları ilk olarak Mary Parker Follet (1926/1940) tarafından çeşitli davranış biçimlerine dayandırılmıştır. Onlara göre çatışmayla başa çıkma ve onu yönetmenin üç ana yolu tahakküm, uzlaşma ve bütünleşmedir. Ardından Blake, Mouton (1964) tarafından çatışma yönetimini problem çözme, yumuşatma, zorlama, geri çekme ve paylaşma şeklinde ele alınmıştır. Blake, Mouton'ın (1964) ardından Thomas (1976) bu çerçeveyi (Rahim 1983: 369), çatışma yönetim tarzlarını işbirlikçilik ve çıkarıcılık boyutla (rekabet, uzlaşma, uyumlaşma, iş birliği ve kaçınma) ele almıştır (Aktaş, Kılınç 2007: 80). Thomas (1976)'ın çatışma yönetim tarzlarının ardından Rahim ve Bonoma (1979) kendi modellerini oluşturmuştur.

Rahim ve Bonoma (1979) modeli kalıcı ve geçici çözüm yöntemlerinin birleşiminden oluşan geleneksel ve modern yaklaşımların beraber uygulandığı bir modeldir (Rahim 2002: 217). Model, Blake, Mouton (1964) ile Thomas (1976) modeline benzer nitelikte kavramlaştırılmış; ancak çatışma yönetim tarzlarını, bireylerin “kendileri hakkında endişe” ve “başkaları hakkında endişe” boyutlarıyla farklılaştırmıştır (Rahim 1983: 369). Çatışma süreci sırasında bu boyutlarla bireyin motivasyon yönelimi ortaya çıkarılmaktadır. İlk boyutun bireyin kendisiyle ilgili düşüncesinden memnuniyetinin yüksek veya düşük olması ile ilgili iken, ikinci boyut diğerlerinin düşünceleri hakkında memnun olma isteğinin yüksek veya düşük olma derecesi ile ilgilidir (Rahim 2002: 217). İki boyutun birbirleriyle birleşimi sonucunda **Şekil 2.30'da** yer alan bireyler arası çatışmanın ele alındığı beş ayrı çatışma yönetim tarzı ortaya çıkmaktadır (Aktaş, Kılınç 2007: 80). Rahim (1983) çatışma yönetim tarzları;



Şekil 2.30: Bireyler Arası Çatışma Yönetim Tarzları

Kaynak: (Rahim 2002: 217)

Şekil 2.30'da yer alan Rahim (1983) çatışma yönetim tarzları bütünleştirme, kaçınma, ödün verme, hükmetme uzlaşmadan oluşmaktadır.

-Bütünleştirme (Integrating)/Problem Çözme: İş birliği yapma stratejisi olarak da bilinmektedir (Turhan, Tiftik 2022: 187). Bu tarz bilgi alışverişi, alternatifler arama ve taraflar adına kabul edilebilen, çözümü sağlamak için farklılıkları incelenmeyi içermektedir. Uzun vadeli planlama gibi stratejik konularla başa çıkmak için bir kurumun hedefleri ve politikaları uygundur (Rahim 2002: 218). Çatışma yönetim sürecinde bütünleştirme tarzının başarı sağlayabilmesi için her iki tarafın da çözüme ortak olması, açık iletişim, alternatiflerin doğru belirlenmesi, bilgi alış verişi, gerekmektedir (Kreitner, Kinicki 2010: 387).

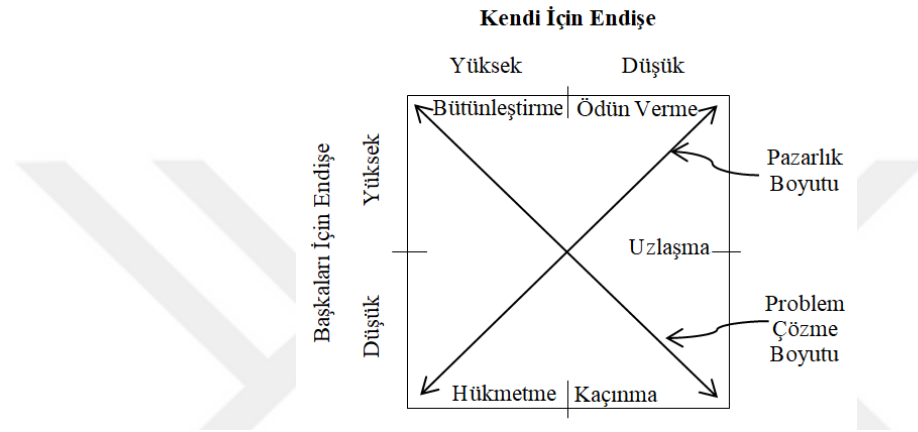
-Kaçınma (Avoiding): Geleneksel bir çatışmayla başa çıkma tarzı olup, bireylerin hem başkalarına hem kendilerine gösterdikleri endişenin düşük düzeyde olduğu bir durumda tercih edilmektedir (Rahim 2002: 220). Zamanında ve yerinde gerçekleşmesi durumunda, başarılı çatışma yönetimi süreci sağlar; aksi durumda çatışma çözülmemiş olacaktır (Aktaş, Kılınç 2007: 81). Bir kaybet-kaybet durumu olarak da kabul görmektedir (Turhan, Tiftik 2022: 188).

-Ödün Verme (Obliging): Bireylerin kendileri için endişe düzeylerinin düşük, başkaları için endişe düzeylerinin yüksek olduğu durumlarda tercih edilmektedir. Bu durumlar, diğer tarafın isteklerine razı gelme, uyum sağlama olarak değerlendirilebilmektedir (Rahim 2002: 219). İlgili taraflardan biri çatışmayı bitirmek amacıyla özverili davranmayı kabullenmekte ve çatışma sebepleri arasında yer alan ilgi veya davranışlarından ödün vermektedir (Turhan, Tiftik 2022: 188).

-Hükmetme (Dominating): Geleneksel bir çatışma yönetim tarzı olarak nitelendirilmektedir. Çatışma yaşayanların çeşitli kaynaklar aracılığıyla sahip olduğu güç dengesizliği sonucunda sergilenmektedir (Kreitner, Kinicki 2010: 388; Aktaş, Kılınç 2007:1). Bu tarzın sonucunda sadece bir kişi kazanmaktadır. Bu sebeple kazan-kaybet olarak da kabul görmektedir (Turhan, Tiftik 2022: 189). Bu tarz, bir çatışmayla ilgili konu bir taraf için önemli olduğu durumda veya diğer tarafın olumsuz bir kararının bu taraf için zararlı olabileceği durumlarda tercih edilmektedir (Rahim 2002: 220).

-Uzlaşma (Compomising): Çatışma yönetim tarzları arasında en yaygın kullanıma sahip modern yöntemlerden birisi olarak nitelendirilmektedir. Bu tarzda taraflar farklı biçimlerde karşılıklı olarak kabul edilebilen kararı vermek için her iki tarafta bazı şeylerden feragat etmektedir (Aktaş, Kılınç 2007: 81). Bu tarz, tarafların karmaşık bir sorun için geçici bir çözüme ihtiyaç duyduklarında veya diğer tarzlar kullanıldığında ve etkisiz olduğu tespit edildiğinde kullanılabilir (Rahim 2002: 220). Bu tarzda kazanan veya kesin kaybeden taraf bulunmamaktadır (Turhan, Tiftik 2022: 189).

Çatışmaların yönetiminde taraflar çatışma yönetim tarzlarından birini veya birkaçını kullanabilmektedirler (Çağatay, Aslan 2020: 2308). Bu beş tarz arasında ortaya çıkan iki ana boyut bulunmaktadır. Bunlar bütünleştirici ve dağıtıcı boyutlardır. Bütünleştirici boyut bütünleştirme tarzı ile kaçınma tarzı arasında gerçekleşirken dağıtıcı boyut hükmetme ile ödün verme tarzları arasında gerçekleşmektedir. Bu boyutlara verilen cevap yani çatışmanın üstesinden gelmek veya yönetme tarzları da problem çözme ve pazarlık yapma tarzı olarak adlandırılmaktadır (Rahim 2002: 221).



Şekil 2.31: Bireyler Arası Çatışma Yönetim Tarzlarının Sorun Çözme ve Pazarlık Boyutları

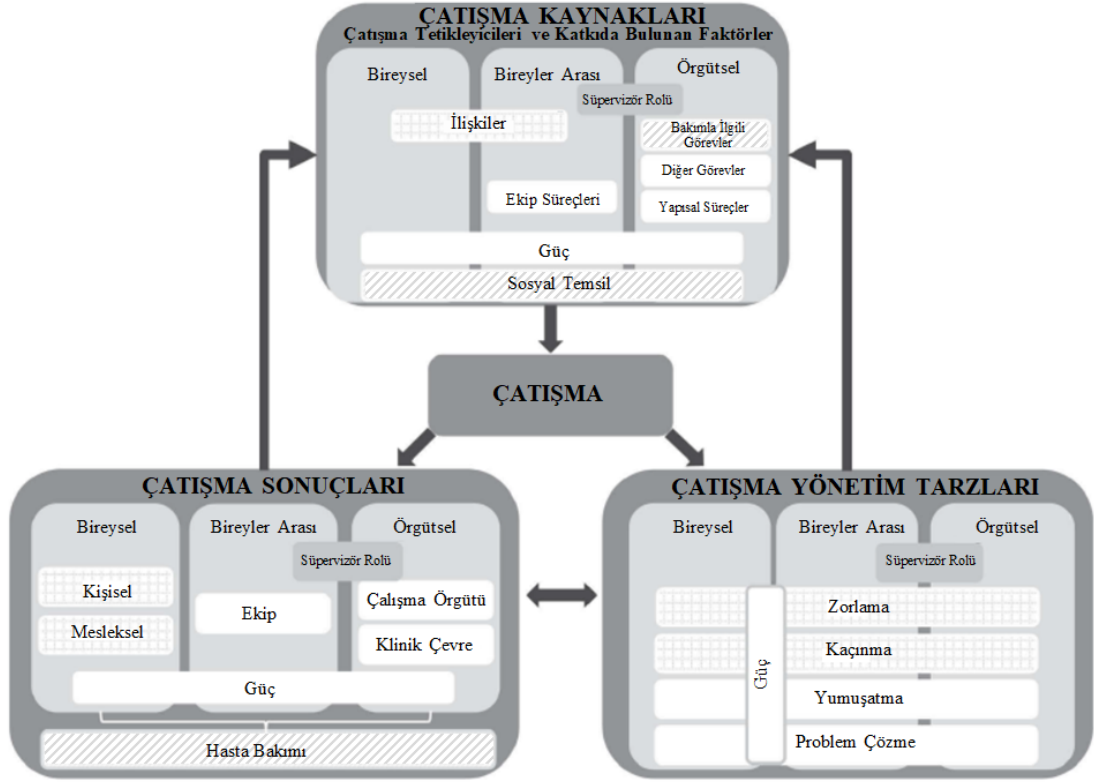
Kaynak: (Rahim 2002: 217)

Problem çözme boyutu, bir tarafın kendisinin ve diğerlerinin endişelerini dikkate almasını temsil ederken, pazarlık boyutu bir tarafın kendisinin veya başkalarının endişelerini dikkate almasını temsil etmektedir (Rahim 2002: 218). Problem çözümü boyutunda her iki taraf içinde yüksek endişe duyularak yaklaşıldığında iki tarafında kabul edilebilir özgün çözümlere ve dolayısıyla her iki tarafında tatmininin artması sağlanırken; her iki taraf için düşük endişe duyulduğunda tarafların sorunlarıyla yüzleşip çözememeleri ve memnuniyetlerinin azalması ile sonuçlanmaktadır. Pazarlık boyutunda ise; durum karşı taraf için düşük kendi için yüksek endişe olduğunda kişinin kendisinin yüksek karşı tarafın düşük tatmine ulaşması bunun tersi endişe durumunda da ters memnuniyet sonuçlarına ulaşılmasına sebep olunmaktadır. Uzlaşma her iki tarafın endişeleri hakkında orta noktada buluşulduğu noktada ortaya çıkmaktadır. Bu tarzda değerlendirildiğinde çift döngülü öğrenme ve etkililik için stratejik çatışma yönetimine problem çözme tarzının; taktiksel veya rutin çatışmaları yönetmek için ise tek döngülü öğrenme modelinde olan pazarlık tarzının daha uygun olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Rahim 2002: 220).

Rahim, Bonoma modelinde (1979) çatışma yönetim tarzlarının tercih edilmesi sırasında bir tarzın bir sorunun çözümünü sağlayıp sağlamaması göz önünde bulundurulmaktadır. Çözüm oluşuyorsa tarz bu çatışma durumu için uygun kabul edilmektedir (Rahim 2002: 218). Sağlık profesyonelleri için bu tarzlar arasında kaçınma ve uzlaşma hekimler ve hemşireler arasında yaygın olarak kullanılan tarzlar olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Patton 2014: 7). Raykova ve diğerlerine göre (2020) ise, diğer sağlık uzmanları hekimlere göre çatışmadan kaçınma olasılığının daha yüksektir.

Çatışmanın kaynakları, sonuçları ve yönetim tarzları ile ilgili Bochatay ve diğerleri (2017) tarafından yapılan geniş kapsamlı araştırma da dâhil olmak üzere yapılan araştırmalar genellikle meslekler arası araştırmalar üzerinden yürütülmüştür. Ancak meslek içi veya meslekler arası ekipler arasında meydana gelen çatışmaların özellikleri değişebilmekte ve bu dinamikler tam olarak anlaşılamamıştır. Bajwa ve diğerleri (2020) meslekler içi ve meslekler arası çatışmaların özelliklerini içerik analizi yapılmış, karşılaştırılmış ve meslek içi çatışmalar, meslekler arası çatışmalar kadar önemli bulunmuştur. Araştırma Bochatay ve diğerlerinin (2017) kaynak, sonuç ve yönetim ana çerçevesi üzerine kurgulanmıştır.

Çatışmanın kaynakları hem meslek içi hem meslekler arası durumlar için kodlanmıştır. Bu alanda kötü ilişkiler meslek içi çatışmalarda meslekler arası çatışmalardan daha fazla öne çıkmaktadır. İş organizasyonu gibi bazı sonuçlar için meslek içi ve meslekler arası çatışmalar arasında fark bulunamamıştır. Ancak, meslek içi çatışmaların, meslekler arası durumlara kıyasla bireylerin mesleki hareketliliğinde daha fazla etkiye sahip olma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Meslek içi çatışmalara dâhil olan bireylerin, meslekler arası çatışma durumlarına dâhil olanlardan daha aktif olarak çatışmaların yönetiminden kaçınma eğilimi gösterdikleri tespit edilmiştir. Meslek içi çatışmalarda, çatışmaya yanıt olarak verilen çatışma yönetim tarzlarında zorlama tarzı daha sık kullanılmıştır. Örneğin amirin asistan üzerinde kurduğu çatışma yönetim tarzı bu şekilde bulunmuştur. Genel olarak meslek içi çatışmaların zayıf ilişkiler ve güç farklılıklarıyla ilişkili olma olasılığı daha yüksekken, meslekler arası çatışmalar daha çok hasta bakımı konularına ve sosyal temsillere odaklanma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Bajwa diğerlerine göre (2020) göre çatışmaların kaynakları, sonuçları ve çatışma yönetim tarzları, çatışmanın meslek içi mi yoksa meslekler arası mı olduğuna bağlı olarak değişen derecelerde etkiye sahiptir. Bochatay ve diğerlerinin (2017) çerçevesi üzerinde meslek içi ve meslekler arası olması durumuna göre farklı değişkenlerden etkilenmektedir.



Şekil 2.32: Sağlık Hizmetlerinde Meslekler İçi ve Meslekler Arası Çatışma Çerçevesi: Bireysel, Bireyler Arası, Örgütsel Düzeyde Çatışmanın Kaynakları, Sonuçları ve Çatışma Yönetim Tarzları
Kaynak: (Bajwa vd. 2020: 265).

Bochatay ve diğerlerinin (2017) çerçevesi üzerine uyarlanan bu yeni çerçeve özellikle, çatışma kaynakları üzerinde bir etki olarak güç unsurunu barındırmaktadır. Bu, hem meslekler içi hem de meslekler arası çatışmalardaki güç farklılıklarının çatışma kaynakları yarattığı, elde edilen sonuçlar üzerinde etkisinin olabileceği ve nihayetinde çatışmayı yönetim tarzı seçimine aracılık ettiğine dayanmaktadır. Çerçevede yer alan ızgara gölgeleme, meslekler içi çatışmalarda daha büyük önemi gösterirken, eğik çizgiler, meslekler arası çatışmalarda daha büyük önemi göstermektedir (Bajwa vd. 2020).

Sağlık kurumları ürettikleri hizmetler nedeniyle dinamik sisteme sahip, karmaşık yapıda, dikey ve yatay iletişim gerekli olan, ertelenemeyen, kesintisiz olması gereken, görev ve sorumlulukların çok olduğu işletmelerdir. Bu sebeplerle yöneticilerin çalışanlarla ilgili oluşacak bireysel ve örgütsel çatışmaları uygun çatışma yönetim tarzları ile yönetmesi önem arz etmektedir (Çağatay, Aslan 2020: 2308). Yönetim aşamasında çatışmaların meslek içi mi meslekler arasında mı olduğuna da dikkat etmelidir.

Çatışma yönetimi göz ardı edildiğinde insan potansiyelinin boşa gitmesi ve hatta ekibin dağılabilmesi söz konusu olabilmektedir (Kelly 2016; Patton 2014: 7). Çözümlememiş sorunlar, ilişkileri, ekip etkinliğini, hasta güvenliğini ve bakımın kalitesini olumsuz etkileyen öfke, kaygı, stres veya iletişim sorunlarına neden olabilmektedir (Raykova vd. 2020). Olumsuz çatışma erkenden ele alınarak örgüt ilişkilerinin güçlendiği ve daha sağlıklı bir ortamın geliştirilmesi mümkün olabilmektedir. Yaşanan çatışmaların iletişimi, paylaşımı ve çözümleri ekibin başarısı ve ekip ruhunun devamı için önemlidir. Çatışmaların etkin yönetimi için sağlık profesyonellerinin kullandıkları tarzlar önemlidir (Başoğlu, 2020).

Ekip etkinliğinin sağlanabilmesi için önemli olan çatışma yönetiminin sağlanabilmesi ve çatışmanın çift döngülü öğrenme amacıyla kullanılacak işlevsel bir çatışma olarak görülmesidir. Başlangıçta göreve yönelik ortaya çıkan çatışmanın (Görev çatışması) bireyselleşerek ilişki çatışmasına dönüşmemesi sağlanmalıdır. Sağlık profesyonellerinde ortaya çıkabilecek bireysel veya örgütsel çatışma zorunlu olarak azaltılmamalı, bastırılmamalı veya ortadan kaldırılmamalı, örgütsel öğrenmeyi ve etkinliği artırma amaçlı değerlendirilmelidir. Birey, grup ve gruplar arası düzeylerde çatışmanın yönetimi, duygusal çatışmanın azaltılması, her düzeyde rutin olmayan görevler için orta düzeyde önemli bir çatışmanın elde edilmesi ve sürdürülmesini, çeşitli çatışma durumu ile etkin olarak başa çıkabilmek için bireyler arası çatışma yönetim tarzlarının öğrenilmesi sağlanmalıdır. Öğrenmenin gerçekleşmesi için çeşitli eğitim süreçlerinden yararlanılabilmektedir (Zajac vd. 2021). Ayrıca klinik ortamın gerçekliğini yansıtan çatışma yönetiminin meslek içi ve meslekler arası yönlerini birleştiren eğitim sağlanarak klinisyenleri ve aday klinisyen olan öğrencileri klinik ortamda çalışmaya hazırlama ihtiyacının üzerinde durulmalı değişenler meslekler arası eğitim müfredatıyla da desteklenmelidir (Bajwa vd. 2020).

Çatışmanın, meslek içi ve meslekler arası olarak ortaya çıkabilmekte ve belirli koşullar altında ekip sonuçları ve etkinliğinin sağlanabilmesi için faydalı olabilmektedir (Zajac vd. 2021: 8). Ayrıca meslekler arası iş birliği sürecinde de çatışma yönetimi kolaylaştırıcı faktör niteliği kazanmaktadır (Wei vd. 2022: 11). Ekip çalışması ve iş birliğini, sağlık sektöründe dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmede bir faktör olarak kabul edildiği düşünüldüğünde (Anderson vd. 2020; Iflaife vd. 2020: 2) çatışma yönetim tarzı dayanıklılık üzerinde önemli bir yere sahiptir. Böylece hasta güvenliği kültürü çatışma yönetim tarzını destekleyecek seçilen çatışma yönetim tarzı da dayanıklılığa, dayanıklılık kültürünün oluşmasına aracılık edecektir. Bir sonraki bölümde sağlık hizmetlerinde örgütsel dayanıklılık incelenecektir.

2.6. Örgütsel Dayanıklılık

Araştırmanın bu bölümünde sağlık hizmetlerinde örgütsel dayanıklılık incelenirken öncelikle örgütsel dayanıklılık kavramı tanımlanmış, örgütsel dayanıklılığın yönetimi değerlendirilmiş, hasta güvenliği kavramı ile örgütsel dayanıklılık kavramları arasındaki ilişkiler üzerinde durulmuştur.

2.6.1. Örgütsel Dayanıklılık Kavramı

Dayanıklılık ve örgütsel dayanıklılık kavramlarını açıklamadan önce İngilizce’de “Resilience” olarak geçen kavramın Türkçe literatürde hangi anlamlarda kullanıldığına dair Yılmaz Börekçi ve Gerçek (2018)’in yaptığı araştırma sonucunda kavramın Türkçe literatürde birden fazla karşılığının bulunduğu, yapılan araştırmaların ortak bir kavramda karar kılınmadığı sonucuna varılmıştır. Bu araştırma sonucu göz önünde bulundurularak tez ve makalelerde “dayanıklılık” kavramının daha fazla kullanılagelmiş olması sebebiyle bu çalışmada “Resilience” kavramının karşılığı dayanıklılık kavramı olarak seçilmiştir.

Dayanıklılık kavramı, genel olarak “kalıcı güç” olarak, anlaşılabilir krizlere tepki verme kabiliyeti, aynı zamanda iç veya dış sebeplerden olsun bir örgütü, bozulmalara maruz kalmasını en aza indirecek şekilde yapılandırma ve yönetme kabiliyeti olarak tanımlanabilmektedir (The Economist Intelligence Unit Limited 2015). Dayanıklılık, zorlu koşullar altında pozitif uyumun sürdürülmesini ifade etmektedir (Sutcliffe 2003: 153). Dayanıklılık, izleme, tepki verme, tahmin etme ve öğrenme yeteneği ile karakterize edilmektedir (Pettersen, Deutsch 2015: 382).

Dayanıklılık kavramı tek başına bir durum veya tek bir olaydan oluşan bir kavram değil, sistem yaklaşımıyla değerlendirilmesi gereken dinamik koşulları olan sistemler arasında bağın olduğu dinamik bir koşul kümesi olarak görülmelidir. Dayanıklılık kavramı, sürdürülebilir gelişim üzerine taze ve yararlı bir bakış açısı sunmaktadır (Quendler 2017: 538). Dayanıklılık, gelecek kriz için planlama ve hazırlık (planlı dayanıklılık), kronik stres ve akut şoklara (uyarlanabilir dayanıklılık) uyum sağlama işlevi olarak görülebilmektedir (Barasa vd. 2018). Dayanıklı örgütler, olumlu değişiklikleri sürdürme ve kriz veya zor durumlarda birçok zorluğun üstesinden gelme yeteneğine sahiptir. Dayanıklılık gösteremeyen örgütler yaşam döngülerinde düşüşe geçecek ve daha sonra öleceklerdir (Suryaningtyas vd. 2019).

Bir örgütün işleyişi ve hayatta kalması, çeşitli sıkıntılar nedeniyle ciddi şekilde tehlikeye girebilmektedir (Quendler 2017: 535). Örneğin 2019 yılı dünya sürdürülebilirlik raporu küresel eğilimlere bakıldığında ilk sırada iklim krizi ardından vatandaş gücü (özellikle z kuşağının gücü), güvenlik tehlikeleri (özellikle siber tehlikeler), ekosistemlerin korunması

biyoçeşitlilik gibi tehlikelerin artması ve yeni liderlik başlıklarının ön plana çıktığı görülmektedir (SustainAbility.com 2019).

Son yıllarda tüm dünyanın maruz kaldığı COVID-19 küresel salgını bu öngörünün oldukça yerinde olduğunun ispatı olarak karşımıza çıkmaktadır. COVID-19 küresel salgını sonrasında meydana gelen değişiklikler sonucunda birçok örgütte da ani değişikliğe maruz kalmıştır. Bu değişim sürecinde herkes ve tüm örgütler etkilenmiş, sürece adapte olanlar ayakta kalmış, durumu fırsata çevirmiş, sağlayamayanlar ise yok olmaya maruz kalmıştır (Gonçalves vd. 2021). Yaşanan değişimler sonrasında 2021 yılı dünya sürdürülebilirlik raporu küresel eğilimlerine bakıldığında; örgütlerin değişimin ölçeğiyle yüzleşmesi, yerel enerji çözümleri dayanıklılık ve uygun fiyata odaklanması, yeşil politikaların ekonomiyi iyileştirmesi, yeni finansman kaynakları en büyük projelerin kilidini açması, rekabet üzerine iş birliği, koalisyonların gelişmesi eğilimleri ön planı çıkmıştır (Engieimpact 2020). Benzer durumlar göz önünde bulundurulduğunda dayanıklılık örgütler için bir gereklilik hali almaktadır.

Bilimsel araştırma kavramı olarak, örgütsel dayanıklılık çeşitli açılardan gelişmiştir örgüt teorisi, endüstriyel ilişkiler, İKY, mühendislik, iş stratejisi, kültür, örgütsel öğrenme, daha geniş bir sosyal bilim bakış açısından tedarik zinciri yönetimi (Anderson vd. 2019: 36). Hillmann (2021) ekoloji, güvenlik ve güvenilirlik, mühendislik, pozitif psikoloji ve örgütsel gelişim ve strateji olmak üzere beş farklı disiplin bakış açısı ortaya çıkarmıştır.

Örgütsel dayanıklılığın ne ifade ettiğine dair literatürde iki bakış açısı yer almaktadır (Lengnick-Hall vd. 2011: 244). Bu bakış açılarından birincisi kavramı ilk kullanan kişi olan ve kavramı ekosistemler açısından ele almış olan Holling (1973: 14) ve aynı dönem araştırmacılara aittir. Örgütsel dayanıklılığın bu bakış açısı geri tepme yönelimlidir ve genellikle bir örgütün olumlu uyumunu ve geri dönme kabiliyetini vurgulayan sertliğe bağlıdır (Coutu 2002; Mallak 1998; Sutcliffe 2003). Bu bakış açısına göre dayanıklılık fiziksel bilimlerdeki bir nesnenin gerilme veya çarpma işleminden sonra önceki şeklini ve özelliklerini geri kazanmasına benzetilmektedir. Bu bakış açısında vurgu başa çıkma stratejileri ve beklenen performans düzeylerini devam ettirebilmek için geri dönüş, tepki verme yeteneğine yapılmaktadır. Sonraki dönemlerde kavram değişim, dönüşüm anlamlarını da almaya başlamıştır (Hamel, Valikangas 2003: 53; Yılmaz Börekçi, Gerçek 2018: 41). İkinci bakış açısı ise yalnızca sağlamlık, hayatta kalma değil; aynı zamanda öğrenme ve gelişim göstererek ilerlemeyi de ele alan dönüşümsel bir bakış haline gelmiştir denilebilmektedir. Bu bakış açısı gelişim düşüncesinin üzerinde durmakta; beklenmeyen zorluklardan ve değişikliklerin sonuçlarından fayda sağlama bu durumları fırsata çevirme durumlarını ifade etmekte, fırsatlardan yarar sağlayıp gelecek

inşasında başarılı olmayı vurgulamaktadır (Çoban Kumbalı 2018: 69). Bu bakış açısı, bir örgütün zorluklarla birlikte büyüyebileceği ve örgütün çevresel değişimlere cevaben daha fazla dönüşeceği fikrine odaklanmaktadır. Dolayısıyla bu bakış açısı yeni fırsatların tanımlanması ve yeni yeteneklerin geliştirilmesine sağlamaya çalışmaktadır (Coutu 2002; Lengnick-Hall, Beck 2003). Bu bakış açısına göre örgüt yaşadığı duruma özel tepkiler vererek sağ kalmanın yanı sıra yıkıcı sürprizlerden yararlanabilmek için durumu dönüştürücü faaliyetlerde bulunma kabiliyeti ile ön plana çıkmaktadır. Bu bakış açısına yıkıcı şokun potansiyel olarak zayıflatıcı sonuçlarının üstesinden gelmesinin sağlayan bütünleşme denebilir. Bu bütünleşme bileşenleri bir dizi birey düzey bilgisi, beceri ve yetenekleri ile örgütsel yordamlar ve süreçler içine yerleştirilmiştir.

Örgütsel dayanıklılık, örgütün genel yetkinliğini, büyümesini (özellikle öğrenme ve hatalardan öğrenme becerisini) artırmayı ve hızlı bir şekilde işleme yeteneğini artırarak etkinliği geri kazanmayı amaçlayan örgütsel süreçlere odaklanmaktadır (Sutcliffe 2003). Örgütsel dayanıklılık stratejik bilinçle ve iç-dış çevreden gelebilecek saldırıların operasyonel yönetimiyle alakalıdır. Dayanıklılık, olası tehditleri ve etkilerini azaltmak için olası duruma hazır olma ve önlem alma açısından reaktiftir. Olası olarak görülmeyen ve rutini bozan olayların ardında bıraktığı etkiyi en aza indirerek örgütü eski konumu veya daha iyi bir konuma getirebilme yeteneği açısından ise proaktiftir (Annarelli, Nonino 2016: 3).

Örgütsel dayanıklılık bakış açılarına bağlı olarak genel iki tanımda bütünleşmiştir. Birinci bakış açısı üzerine kurgulu olan “Dayanıklılık mühendisliği”, örgütleri basit sebep-sonuç dinamikleri olan sistemler olarak görmektedir (Barasa vd. 2018: 497). Sistem mühendisliği akademisi bu görüşü benimsemiştir (Rahi 2019: 86). Buna karşılık olarak ikinci bakış açısı üzerine kurgulu olan “Ekolojik dayanıklılık” bakış açısından bakıldığında ise, örgütler kriz zamanlarında gelişmek üzere yapılarını, süreçlerini, kültürlerini vb. değiştirerek adapte olma eğilimindedirler. Bu açıdan, örgütün uyarlanabilir kapasitesinin geliştirilmesi, müdahalelerin zamanında gerçekleşmesini ve aksaklıklarla başa çıkabilmek için cevapların öğrenilmesini ve geliştirilmesini teşvik etmektedir. Temel olarak, çevre ve işletme akademileri bu bakış açısını desteklemektedir (Hillmann 2021; Rahi 2019: 86).

Örgütün dayanıklılığına ilişkin olarak yapılan tanımlamaların en bilinenlerinden biri olan Hamel ve Välikangas’ın tanımlamasında (2003: 55) örgütsel dayanıklılık “yeniden oluşum için örgütsel değerler, süreçler ve davranışlarda yeniliği gerekli kılan kapasite” olarak görülmektedir. Vogus ve Sutcliffe (2008: 3418) ise “örgütlerin zorlayıcı koşullardan güçlenmiş ve daha fazla kaynaklı olarak çıkmasını sağlayan olumlu düzenlemeler” olarak tanımlanmaktadır. BSI (British Standards Institution) ise, örgütsel dayanıklılığı büyük veya

küçük tüm örgütler için stratejik bir zorunluluk olarak görmekte; örgütlerin uzun vadede performans gösterebilmelerini sağlamak için hayatta kalmanın ötesinde konumlandırmakta, bir değer faktörü olarak görmektedir (Kerr 2015: 2).

Yukarıdaki tanımlamalardan da görüldüğü üzere çeşitli araştırma alanlarından ve sektörlerden gelen sayısız dayanıklılık tanımı bulunmaktadır. Bununla birlikte, ortak bir yön, büyük veya küçük kesintileri belirleme ve ele alma ve sistemlerin “geri dönmesi” ve “yeni normal” bir durum oluşturması veya yeniden kurması için mekanizmalar oluşturma kapasitesi ile ilgilidir (Wiig, O’Hara 2021). Bu kapsamda örgütsel dayanıklılık, bir örgütün değişime cevap verme, uyum sağlama, gelecekteki tehditleri ve fırsatları öngörme, kırılganlıklarını anlama yeteneği olarak tanımlanabilmektedir. Karmaşık ve hızla değişen koşullarda adaptasyon (uyum) kapasitesi oluşturmak için etkili planlama ve karar vermeyi ve faaliyetlerine özgü çok çeşitli riskleri yönetme hızını içermektedir (Naden 2016). Örgütsel dayanıklılık iki temel sebeple oldukça önemlidir. Bu sebeplerden ilki toplumsal dayanıklılığın ile örgütsel dayanıklılık birbirleriyle ilişkili olması; diğeri ise rekabet avantajı kazandırmasıdır (McManus vd. 2008).

2.6.1.1. Örgütsel Dayanıklılık ile İlişkili Kavramlar

Örgütsel dayanıklılık kavramının örgütsel pek çok niteliği bünyesinde barındırıyor olması yakın ancak eş anlamlı olmayan bazı kavramlarla karışmasına sebep olmaktadır. Bu karmaşanın en aza indirilmesi adına çeşitli kavramların açıklaması aşağıda yer almaktadır.

Esneklik (flexibility), çevredeki değişimlere ve gerekliliklere uyma gerekliliğini ifade eden; çevresel şartlara bağlı olarak örgüt içindeki dönüşümü yansıtan, geriye yönelik hareket kabiliyetini içeren tek boyutlu bir kavramdır. Örgütsel dayanıklılık ise, değişim, sürdürülebilirlik, dönüşüm ve yenilenme boyutlarını da çok boyutlu bir kavramdır (Lengnick-Hall vd. 2011: 244; Yılmaz Börekçi vd. 2014).

Çeviklik/Atıklık (agility), örgütlerin kararlı, hızlı ve verimli hareket edebilmelerini, muhtemel değişimleri tahmin edip değişimin avantajlı yönlerinden yararlanabilmeleri için bu değişimlere uygun zemini hazırlamalarını sağlayan örgütün stratejik manevra kabiliyetini yansıtan bir niteliktir (Çoban Kumbalı 2018: 66-97).

Adaptasyon/Uyarlanabilirlik (adaptability), örgütlerin performanslarını artırabilmeleri ve çevrelerine uyum sağlayabilmeleri için yenilikçi düzenlemeleri ve en uygun şekle sokma faaliyetlerini kapsamaktadır (Lengnick-Hall vd. 2011). Örgütsel adaptasyon tahmin edilebilen olayların, kademeli değişimlerin yaşandığı bir yapıda yeterli olabilirken; beklenmedik olayların

yaşandığı ve ani değişikliklerin meydana geldiği çevrede yeterli olamamaktadır. Bu tür yapılarda örgütsel dayanıklılığa gerek olmaktadır (Yılmaz Börekçi vd. 2014).

Risk Yönetimi (Risk Management); Örgütün tehlikelere ve olası tehditlere karşı hazırlıklı hale gelmesi için gerekli unsurları değerlendirerek strateji belirlemesi ve uygulaması süreci olarak tanımlanmaktadır. Risk yönetimi olası tehlike ve tehditlere odaklanmakta iken örgütsel dayanıklılık tehdit ve tehlikeleri de dikkate alarak ortaya çıkabilecek fırsatları da değerlendirerek ilerleme, öğrenme odaklıdır (Çoban Kumbalı 2018: 63).

Kendini Toparlama/Geri kazanım (recovery), “Resilience” kavramında yer alan kendini toplama gücüne, orijinal haline dönmeye yönelik olan sağ kalım boyutu odağındadır. Bu bakımdan sadece mevcuda dönme, geri kazanım ile ilgilidir. Bu kavram da değişime, dönüşüme ve sürdürülebilirliğe yönelik olan “Resilience” kavramın genişlemiş bakış açısındaki boyutları içermemektedir (Yılmaz Börekçi, Gerçek 2018: 48).

İş sürekliliği (Business Continuity), Bir örgütteki iş sürekliliği düzeyinin, örgütün dayanıklılık düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir. İş sürekliliği yönetimi; kriz yönetimi, risk yönetimi, felaket yönetimi gibi programlarla birlikte örgütsel dayanıklılık programlarının içerisine konulan, dayanıklılığa katkıda bulunan yönetim programı olarak görülebilir dayanıklılık iş sürekliliğini de kapsamakta; iş sürekliliği dayanıklılığı etkilemektedir. Bhamra ve diğerleri (2011), Dayanıklılık, iş sürekliliğinden farklı olarak bir kesintinin ardından bir örgütün faaliyetlerini sürdürmesini sağlaması için örgüt içerisinde örgütsel süreçleri ve diğer kaynakları da içeren yönetim sistemleriyle bütünleştirilmiş örgüt yeteneğidir (Tokalı 2018: 46).

Dirençlilik, (Resistivity), mevcut olanı korumaya yönelik olan “Resilience” bakış açısına sahiptir. Günümüzdeki değişmeye, dönüşmeye yönelik olan bakış açısının yansıtılması açısından dayanıklılık kavramına göre eksiktir (Yılmaz Börekçi, Gerçek 2018: 47).

Kriz Yönetimi (Crisis Management), Örgütün karşı karşıya kaldığı bir krizden çıkmasını sağlaya genelde sınırlı olan çözümler sunan, kısa vadeli olan, mevcut duruma odaklanıp önce ve sonrasını göreceli olarak göz önünde bulundurmayan, kapsamı dar olan bir uygulamadır (Çoban Kumbalı 2018: 61). Dayanıklılıkta ise örgütün olası bir krizle karşılaşmaması için tedbirli olunması veya önlemlere rağmen krizle karşılaşılırsa bu durumun fırsata çevrilmesi amacı mevcuttur. Bu amaçla çok değişkeni göz önüne alarak uzun vadeli tedbirler ve çözüm sunması açısından kapsamı kriz yönetimi kavramından daha geniştir (Lee vd. 2013: 30; Çoban Kumbalı 2018: 62).

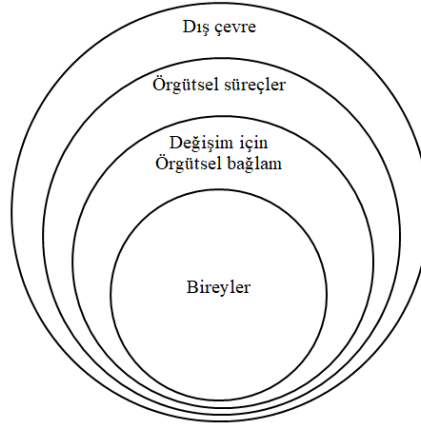
Sağlamlık (Robustness), güçlüklerle karşı ayakta kalma, yıkılmazlık, direnme, göğüs germe anlamında kullanılmaktadır. Türkçe araştırmalarda “resilience” kavram karşılığı olarak sağlamlık ve psikolojik sağlamlık kavramları diğer kavramlara oranla sık kullanılmaktadır. Ancak sağlamlık kavramı “resilience” kavramıyla çok sok karşılaştırılan “robust-sağlam olma” kavramının anlam karşılığına daha yakın bir anlam içermektedir. Bu kavram değişim, dönüşüm, gerektiğinde dibe vurup geriye hatta daha ileriye dönme gibi anlamları içermemekte, olduğu gibi kalmayı, sarsılmaz olmayı öncelemektedir (Yılmaz Börekçi, Gerçek 2018: 48).

Özetle örgütsel dayanıklılık kavramı yukarıda açıklanan ve karşılaştırılan kavramları içermekte; bütün kavramların bileşkesi olma özelliği göstermektedir (Lengnick-Hall 2011: 244).

2.6.1.2. Örgütsel Dayanıklılık Boyutları

Örgütler açık sistemlerdir ve dayanıklılığın nerede olduğu sorusunun cevabı, sınırların nerede çizildiği ile ilgilidir. Örgütsel dayanıklılık bir örgütün hedeflerine ulaşma riskini yönetmesini ve kullanmasını sağlamak, adaptasyon kapasitesini geliştirmek için çok disiplinli bir sistem yaklaşımı, işbirlikçi bir süreçtir (Leflar, Siegel 2013: 13). Örgütsel dayanıklılık, statik değil dinamik olan karmaşık bir yapıdan oluşan mikro, mezo, makro ve çapraz yelpazede değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Bu sebeple iç ve dış etki faktörlerini dikkate almak ve zaman içinde dayanıklılığın karmaşıklıklarını yakalayabilmek gerekmektedir (Quendler 2017).

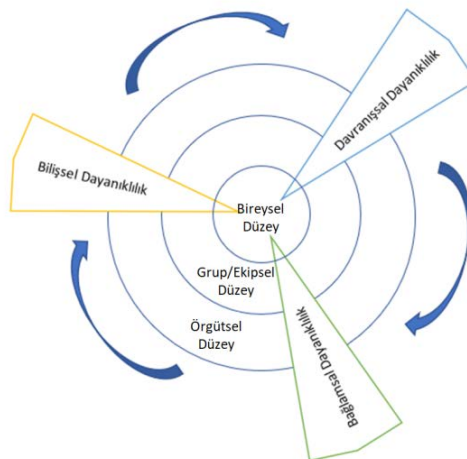
Örgütsel dayanıklılık kavramı farklı araştırmacılar tarafından farklı boyutlarla ele alınmaktadır. Dolayısıyla yönetimi sürecinde de bu boyutlar göze alınmalıdır. McManus (2008: 134) örgütsel dayanıklılığı açıklayan üç temel boyutu; “durum farkındalığı, temel hassasiyet yönetimi ve adaptasyon (uyum) kapasitesi” olarak ifade etmektedir. Kantur ve Say (2015: 457) örgütsel dayanıklılığı bireysel boyut temelinde almakta ve bilişsel, davranışsal ve bağlamsal olarak üç boyutla tanımlamaktadır. Quendler, (2017) dayanıklılığın boyutlarını; ekonomik dayanıklılık, sosyal dayanıklılık, çevresel dayanıklılık, kültürel dayanıklılık (Quendler, 2017: 540-514) olarak sınıflandırmaktadır. Gover ve Duxbury (2018: 494)’a göre örgütsel dayanıklılık iç içe dört katman içeren çok düzeyli bir yapıdan oluşmaktadır. Bu katmanlar; bireyler, değişim için örgütsel bağlam, örgütsel süreçler ve dış çevreden oluşmaktadır.



Şekil 2.33: Örgütsel Dayanıklılığın İçeriden Kavramsallaştırılması
Kaynak: (Gover ve Duxbury 2018: 494)

Gover ve Duxbury (2018: 496)'a göre bu katmanlar arasında geçirgenlik bulunmakta ve tüm katmanların merkezinde bireyler bulunmaktadır. Ayrıca örgütün genel dayanıklılık düzeyi bu katmanlardan yalnızca birinin dayanıklı olmasıyla ortaya çıkmamakta tüm katmanların birlikteliğinden oluşmaktadır.

Ma ve diğerlerine göre (2018: 255) örgütsel dayanıklılık, birey, grup/ekip ve örgüt dâhil olmak üzere düzeyler arasında yer almaktadır. Örgütsel dayanıklılığın gücü, genellikle örgütsel kaynaklar ve örgütsel rutinler tarafından kolaylaştırılan farklı düzeyler arasındaki etkileşimlerle ortaya çıkan, kendini güçlendiren, algıdan davranışa ve bağlamsal ağa kadar sürekli gelişen dinamik bir yetenek olduğunu ifade etmektedir. Bu sebeple de örgütsel dayanıklılığı anlamak ve yönetebilmek için bütünlüklü bir model önermektedir.

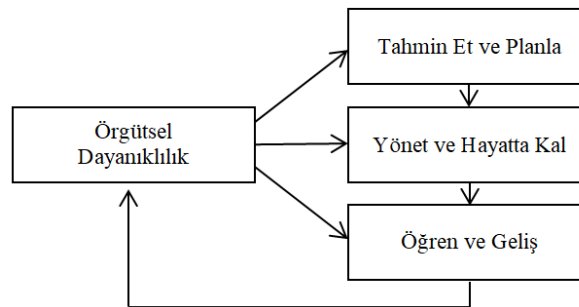


Şekil 2.34: Örgütsel Dayanıklılık Üzerine Bütünleştirilmiş Bir Model
Kaynak: (Ma, Xiao, Yin 2018: 253)

Modele göre bireysel düzeyde dayanıklılık, çalışanların başarıya ulaşmak için sorun ve sıkıntılardan nasıl korunup, bu durumlardan nasıl eski hallerine geri döndüklerine odaklanmaktadır. Grup düzeyi dayanıklılık, bir grup örgütsel üyeyi toplu olarak karşılaştıkları beklenmeyen olayların olası olumsuz etkilerinden koruyan önemli bir özellik olarak görülmektedir. Örgütsel düzeyde dayanıklılık ise genellikle çalışanların özelliklerinden, sosyal ağlardan, kaynaklardan ve örgütsel yapıdan etkilenmektedir. Birey, grup/ekip, örgüt düzeyleri arası dinamik süreç devam ettikçe, bir örgütün genel dayanıklılığı da evrilmekte ve gelişmektedir (Ma vd. 2018: 255; Gonçalves vd. 2021). Modelde yer alan **bilişsel dayanıklılık**, örgütün bilmediği durumları değişiklikleri algılama ve yorumlama yeteneği olarak ifade edilmektedir. **Davranışsal dayanıklılık**, örgütün bir durumla ilgili daha fazla bilgi sahibi olabilmesine, yeni rutinler uygulamasına ve kaynaklarını yıkıcı koşullar altında kullanmasına olanak tanıyan davranışlar ve rutinler olarak görülmektedir. **Bağlamsal dayanıklılık** ise, beklenmedik durumlarda hızlı harekete geçmenin temelini oluşturan bireyler arası bağlantıların, kaynak stoklarının ve tedarik hatlarının birleşimini ifade etmektedir (Ma vd. 2018: 256; Lengnick-Hall vd. 2011).

2.6.1. Örgütsel Dayanıklılık Yönetimi

Örgütsel dayanıklılık yönetimi farklı boyutların bütünleşmesiyle oluşmaktadır. Bütün örgütlere uygulanabilen, örgütlerin nasıl dayanıklı hale gelebileceğini içeren risk temelli bir yönetim sistemi, iş birliği gerektiren bir süreçtir (Çoban Kumbalı 2018: 76). Örgütsel dayanıklılık yönetimi, çevredeki ve olaylardaki değişimleri öngörmek, önlemek (mümkünse) ve buna hazırlıklı olmak ve bunlara cevap vermek için gereken eylem planlama ve karar alma için bir yönetim çerçevesidir (Leflar, Siegel 2013: 13).



Şekil 2.35: Örgütsel Dayanıklılık Yönetimi Döngüsü
Kaynak: (Ma vd. 2018: 258)

Örgütsel dayanıklılık yönetiminde; ancak disiplinler arası, çapraz işlevli bir yaklaşım sayesinde örgütün amaçlarına ulaşması sağlanabilmektedir (Leflar, Siegel 2013: 11-13). Etkin bir dayanıklılık yönetimi için gerekli olan ilk şart nelerin örgütün dayanıklılığına katkıda bulunacağını belirleyerek bu konularda bir farkındalığın oluşturulmasının sağlamaktır (Fietz vd. 2021). İkinci aşamasında örgütün stratejik, yönetsel, operasyonel bileşenlerinin içsel ve dışsal olarak belirlenmesinin gerekliliği gelmektedir. Dayanıklılık yönetiminin diğer aşamaları ise; hassasiyetler konusunda öz değerlendirme yapmak, temel hassasiyetleri tanımlamak ve öncelikleri belirlemektir. Bu aşamada, önceki aşamada belirlenen örgüt bileşenleri, kritik önem seviyelerine göre sıralanmaktadır (McManus vd. 2008: 85-86).

Dayanıklılık kapasitesi örgütün kültüründe, tutumlarında ve değerlerinde bulunmaktadır. Bir örgüt uygun yeterliliği, kültürü, tutumları ve değerleri yaratırken, bir olayı öngörme, uyarılma yoluyla direnme, örgütü güçlendirme ve büyümeye odaklanarak iyileşme kapasitesini geliştirmektedir (Fietz vd. 2021). Örgütsel dayanıklılık yönetimi örgüt genelinde tüm bireylerin, örgütün değerini yaratma ve koruma fırsatlarını belirlemek için uygun önlemleri alma yetkisine sahip olan, örgütün bütünsel bir sistem olduğu bakış açısına dayanan bir yönetim kültürü oluşturmaktadır. Örgüt dinamik bir adaptasyon ve yenilik kültürü oluşturarak, kendini ve eğer mümkünse çevresini değişen durumlara adapte ederek, sürekli değişen bir çevreye hitap etme çevikliğini yaratmaktadır (Leflar, Siegel 2013: 20).

Örgütlerdeki *bireyler bağlamında dayanıklılık*; bireylerin hem insani, sosyal, maddi sermayeye erişimleri olduğundan hem de büyümelerine, yeterliliklerine/uzmanlıklarına ve etkinliklerine katkıda bulunan deneyimlere sahip olduklarından dayanıklılığın artmasını sağlamaktadır (Sutcliffe 2003: 161). Örgütsel dayanıklılık ile bireysel dayanıklılık arasındaki ilişki, sistem ve alt sistem arasındaki tipik etkileşimi yansıtmaktadır. Bireylerin dayanıklılığının örgütsel dayanıklılık üzerinde pozitif yönlü etkisi bulunmaktadır (Liang, Chao 2021). Örgütsel düzeydeki yetenekler sadece bireysel yeteneklerin ilave bileşimleri değildir. İçinde bulunduğu karmaşık sosyal ağ, bir örgütün dayanıklılık kapasitesinin gerçekleşmesini ve gelişmesini önemli şekillerde değiştirmektedir (Fietz vd. 2021). Böylece örgüt ciddi şoklara karşı bireylerden başlayan ve genel örgütsel düzeyde toplanan bir yanıt verme kapasitesi kazanmış olmaktadır. Bir örgütün dayanıklılık kapasitesinin geliştirilmesini sağlamak için çalışanlar arasında yetkinlikler oluşturulmalıdır. Bunun için de stratejik insan kaynaklarının yönetilerek geliştirilmesi gerekmektedir (Lengnick-Hall vd. 2011). Değişimle başa çıkma yeteneğini geliştirmek isteyen, örgütsel dayanıklılığı sağlamak ve yönetmek isteyen yöneticilerin işe

bireylerden başlaması, dayanıklı insanlar geliştirerek örgütün dayanıklılığına katkı sağlayacağını unutmaması gerekmektedir (Gover, Duxbury 2018: 496; Rehman vd. 2020).

Grup bağlamında dayanıklılık, kolektif etkinlik, dayanıklılığı artırma için de oldukça önemlidir. Grup üyelerinin kolektif etkinliklerine olan inançları, grup çabası için ne kadar çaba harcadıklarını etkilemekte ve kolektif çabalar hızlı sonuçlar üretmediğinde grubun ne kadar süre devam edeceğini, dayanıklılığını da etkilemektedir (Fietz vd. 2021). Bu nedenle, kendilerinin daha etkin olduğunu algılayan grupların, ortaya çıkan her durumun altından kalkabileceklerine dair bir güven duygusuyla zorluklarla ve tehditlerle karşılaşmaları muhtemeldir. Bu da o grupların problem çözme yeteneklerini etkilemekte, grubun alışılmadık veya beklenmedik olay gibi zorluklar karşısında ayakta kalmasını sağlamaktadır. Bu döngünün kendi kendini güçlendiren doğasının bir sonucunda dayanıklılık oluşmaktadır (Sutcliffe 2003:164).

Örgüt bağlamında dayanıklılık, farkındalığı teşvik eden süreçlerin yanı sıra kaynakları yeni yollarla yeniden birleştirmek ve dağıtmak için yetenekleri geliştiren süreçler gibi belirli yetkinliklerin geliştirilmesinden kaynaklanmaktadır (Sutcliffe 2003:165). Örgütsel dayanıklılığı etkileyen faktörler yönetim süreçleri, teminat yolları ve artıklık, liderlik uygulamaları, maddi kaynaklar, örgüt kültürü, hazırlık ve planlama, sosyal ağlar ve iş birliği, bilgi yönetimi, beşerî sermaye, olarak belirtilmektedir (Barasa vd. 2018). Dayanıklılığı geliştirmek güçlü bir liderlik, kapsamlı bir örgüt kültürü ve dayanıklılık uygulamaları da gerektirmektedir (The Economist Intelligence Unit Limited, 2015).

Örgütsel dayanıklılık yönetimi için çeşitli yöntem, model ve takip edilebilecek standartlar önerilmiştir. Bunlardan en bilinenlerinin BSI (the British Standards Institution) tarafından önerilen örgütsel dayanıklılık modeli ve ISO (Uluslararası Standardizasyon Örgütü) tarafından geliştirilen ISO-DIS 22316:2017 örgütsel dayanıklılık standartları olduğu söylenebilmektedir.

BSI'nın Örgütsel Dayanıklılık modeli “Ürün mükemmelliği” (Product Excellence), “Süreç güvenilirliği” (Process Reliability), “İnsan davranışı” (People Behavior) olarak üç temel unsurdan oluşmaktadır (Kerr 2017: 2; Tokalı 2018: 48). Bu üç unsur birleştiğinde mümkün olan en iyi deneyim sunulacak, zaman içinde sürekli olarak bunu başarabilen bir örgüt tüm paydaşlarıyla güven ve uzun vadeli ilişkiler kuracaktır (Kerr 2017).

BSI (2014) yılında dünyanın ilk Örgütsel Dayanıklılığı en iyi uygulama rehberi BS 65000'i yayınlamış ve örgütsel dayanıklılık yönetimi için takip edilmesi gereken standartları

belirlemiştir (Denyer 2017: 4). BSI'ın ardından, ISO, ISO 22316'yı geliştirmiştir (BSI 2019). ISO 22316 standardı daha sonra güncellenmiş ve ISO 22316:2017 adını almıştır. ISO 22316:2017 amacın belirlenmesi, etkili ve güçlü liderlik, dayanıklılık kültürü oluşturma, bilgi ve enformasyon, kaynak kullanılabilirliği, örgütün içeriği, yönetim ve disiplinler arası koordinasyon, beklenti ve değişim yönetimi, sürekli gelişim, özellikleri ve aktivitelerini kapsamaktadır (ISO 2017).

BSI ve ISO dayanıklılık standartları, standartlara bağlı olan değerlendirmeler sayesinde üst düzey yöneticilerin güvenlik açıklarını değerlendirebilmelerini ve örgütlerinin dünyanın dört bir yanındaki dayanıklılıklarını artırmalarında yardımcı olmak amacıyla oluşturulmuştur (Naden 2017).

FM Global Dayanıklılık İndeksi ise, örgütsel dayanıklılığın temellerini birleştiren, zayıf yönlerini vurgulayan ve örgütlere riski değerlendirme ve azaltma kaynakları sunan kapsamlı bir araç olarak oluşturulmuştur. Bu indeks sayesinde ülkelerin örgütsel dayanıklılığı küresel çapta ölçülmekte ve sıralanmaktadır. Böylece karşılaştırmaya katılan 130 ülkeye küresel riskleri değerlendirme ve örgütsel dayanıklılık konusunda daha bilinçli stratejik seçimler yapma imkânı verilmektedir (FM Global Dayanıklılık Endeksi 2019- Resilience Index Annual Report 2019).

Sadece örgütsel dayanıklılık standartlarına uymak başarıyı garanti etmemektedir. Örgütlerin birbiriyle ilişkili, birbirine bağlı işlemlerden oluştuğunu fark ederek, aktif olarak risk alma konusundaki ortak yaklaşımların kabul edilmesi gerekmektedir (Leflar, Siegel 2013: 13). Özellikle Endüstri 4.0 çağında, ortaya çıkan ve kaçınılmaz olan yeni ekonomiler döneminde dijital teknoloji ekonomilerin bozulmasındaki ana faktör haline geldiğinde, örgütlerin sürdürülebilirliği sağlamak için hızlı bir şekilde tepki vermeleri ve uyum sağlamaları gerekmektedir (Suryaningtyas vd. 2019: 1).

2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Dayanıklılık-I ve Dayanıklılık-II

Sağlık sistemlerinde dayanıklılık çok sektörlü (sağlık, sosyal bilimler, ekonomi vb.); çok düzeyli (mikro/bireysel, orta/örgütsel, makro/politik ve ulusal); ve birden fazla popülasyonu (bireyler, topluluklar, karar vericiler, profesyoneller, bilim adamları vb.) içeren oldukça geniş kapsama sahip bir kavramdır (Turenne vd. 2019). Dayanıklılık ve farklı sistem düzeylerindeki zorluklara ve değişikliklere uyum sağlama ve bunlara yanıt verme kapasitesi, sistemleri ve hizmetlerinin kritik işlevleri sürdürmesi ve değişen koşullarda yüksek kaliteli bakım hizmetleri sunması için esas olarak görülmektedir (Wiig vd. 2020).

Sağlık sistemlerinde dayanıklılıkla ilgili yapılan araştırmalar oldukça yenidir ve

Birleşmiş Milletlerin (the United Nations) gelecekteki sağlık krizini önlemek için “uyandırma çağrısı (wake-up call)” olarak gördüğü Batı Afrika’daki 2014 Ebola krizinden bu yana çoğalmaktadır. 2014 yılında Batı Afrika’da yaşanan Ebola virüsü salgını, hızlı ve güçlü bir sağlık sisteminin var olmadığından bir salgının nasıl hızla çoğalabileceğini ve büyük sorunlar oluşturabileceğini ortaya koymaktadır (Kieny vd. 2014). Salgın ardından 2014 yılında çeşitli ülkelerin bakanları ve çeşitli devlet dışı aktörler arasında ulusal hükümetler, uluslararası topluluk ve araştırmaların yardımıyla sağlık sistemlerini daha dayanıklı kılmak için stratejiler geliştirmeye ve uygulamaya çağıran üst düzey bir toplantı gerçekleştirilmiştir. Bu toplantıyla WHO tarafından yayınlanan “Universal Health Coverage: Moving towards Better Health” isimli rapor ortaya çıkarılmıştır (Turenne vd. 2019; WHO 2016). WHO raporuna göre (2016) yüksek performanslı bir sağlık sistemi, yalnızca nüfusun ve bireysel ihtiyaçların karşılanması ve en uygun sağlık sonuçlarına ulaşmak için en uygun sağlık hizmetleri verilmesi ile sağlanmamaktadır. Gelecek nesillerin sağlık sisteminden yararlanmaya devam etmesini sağlayacak şekilde sürdürülebilir bir şekilde yapılması da gerekmektedir. WHO sürdürülebilir bir sağlık sistemin de dayanıklı olduğunu belirtmekte dayanıklılığı, iç ve dış şoklarla hızlıca başa çıkma, şoklardan hızlıca kurtulma ve değişen ortamlara hazırlıklı olma ve adaptasyon yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Raporda 2030 “Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin (SDG)” formülasyonuna dayanıklılık da dâhil edilmiştir. Bu rapora göre evrensel sağlık kapsamı için temel nitelikler, eylem alanları ve temel eylemler kalite, verimlilik, eşitlik, hesap verebilirlik, sürdürülebilirlik ve dayanıklılıktan oluşmaktadır (WHO 2016). Bu noktada sağlık örgütlerin de diğer örgütlerde olduğu gibi örgütsel dayanıklılık konusuna önem verilmesi gerekliliği ile karşılaşılmaktadır.

Dünya çapında sağlık sistemleri ve hizmet sağlayıcıları, COVID-19 küresel salgınının başladığından bu yana aşırı baskı altında kalmaktadır. COVID-19 küresel salgını, sağlık sistemlerinin dayanıklılığına meydan okumaktadır. Virüs hızla yayılırken, yaygınlığı ile başa çıkmadaki gecikmeler veya başarısızlıklar, enfekte olmuş kişilerin sayısını artırmıştır (Tortorella vd. 2021). Bu süreçte sağlık sağlayıcıları, yöneticiler, politika yapıcılar, hastalar ve halk, halk sağlığına yönelik bu yeni tehdide aniden ve dramatik bir şekilde uyum sağlamak zorunda kalırken, aynı zamanda kendi güvenliklerini ve hizmetlerin güvenliğini sürdürmeye çalışmak zorunda kalmıştır (Wiig, O’Hara 2021). Küresel salgını sadece bir hastanenin, bir ülkenin değil tüm dünyanın sağlık sistemini sınamakta ve dayanıklılık kavramı ile tüm dünyayı karşı karşıya bırakmaktadır.

WHO (2016) yayını sonrası ve özellikle COVID-19 küresel salgın dönemi itibariyle sağlık alanında dayanıklılık araştırmaları ve pratiğe yönelmiştir. Ülkeler ve üniversiteler bünyelerinde araştırma ve uygulama merkezleri oluşturmaktadır. Örneğin Norveç’te “SHARE

(Centre for Resilience in Healthcare)³”, İngiltere’de “CARE (Centre for Applied Resilience In Healthcare)⁴”; Avusturalya’da “CHRIS (Centre for Healthcare Resilience and Implementation Science)⁵” bu merkezlerden bazılarıdır. Bu merkezler sağlık hizmetlerinin tüm düzeylerde dayanıklılık konusunda yeni bilgiler geliştirmek ve yaymak amacıyla kurulmaktadır. Bünyelerinde hekimler, hemşireler, psikologlar, fizik tedavi uzmanları, mesleki tedavi uzmanları, avukatlar, sosyologlar, mühendisler ve güvenlik bilimcileri farklı disiplinlerden gelen iş birliğine dayalı uzman araştırmacılar bulunmaktadır. Merkezlerde örgütsel dayanıklılık müdahaleleriyle sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği artırılmaya çalışılmakta, bu yönde araştırmalar yapılmaktadır. Bu merkezler ve diğer ülkelerin merkezlerinin hem yöneticisi hem de araştırmacısı olan kişilerce 2020 yılında dayanıklı sağlık hizmetleri üzerine çok düzeyli etkilere yönelik ülkeler arası (Avustralya, Norveç, Japonya, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık) protokol karşılaştırmaları odağında bir araştırma başlatılmıştır. Araştırma, hastane kurumlarında kilit dayanıklılık mekanizması olarak ekiplere odaklanmaktadır. Araştırma ile altı ülkedeki seçilmiş hastane ekiplerinin uyum sağlama kapasitesini inceleyerek ekip becerilerinin, örgütsel ve ulusal sağlık sistemi faktörlerinin ekiplerin değişkenlik ve değişikliklere uyum sağlama yeteneğini nasıl desteklediğini veya engellediğini belirleyecek ve 2023’te son bulması planlanmaktadır (Anderson vd. 2020).

Dayanıklı sağlık hizmetleri ((Resilient Health Care-RHC), sağlık kurum ve kuruluşlarının faaliyet gösterdikleri dinamik, değişken ve zorlu ortamlarla nasıl başa çıktığını anlamak için karmaşıklık ve sistem teorisinden elde edilen iç görüleri dayalı olarak ortaya çıkan bir teori ve uygulamalı araştırma alanıdır (Anderson vd. 2020). Dayanıklı sağlık hizmetleri, yüksek kaliteli bakımı sürdürmek için farklı sistem düzeylerindeki zorluklara ve değişikliklere uyum sağlama kapasitesi olarak tanımlanabilmektedir (Wiig, O’Hara 2020). Dayanıklı sağlık hizmetleri, olaylardan öğrenme ve çoğu zaman işin nasıl güvenli olduğunu anlama konusunda alternatif ve tamamlayıcı bir bakış açısı sağlamaktadır. Dayanıklı sağlık hizmetleri, klinik, hastane ve hatta ülke gibi sağlık bakım sistemlerinin sürekli değişen ve beklenmedik çalışma durumlarıyla sonuçlanabilecek karmaşık uyarlanabilir sistemler olduğunu kabul etmektedir (Iflaife vd. 2020). Dayanıklı sağlık hizmetleri, bir bireyin başa çıkma ve dayanıklılık kapasitesine odaklanmamakta; daha çok çalışanların, ekibin, birimin veya örgütün farklı

³ <https://www.uis.no/en/share-centre-resilience-healthcare#:~:text=SHARE%20is%20a%20multidisciplinary%20research,%2C%20engineers%2C%20and%20safety%20scientists.>

⁴ <https://resiliencecentre.org.uk/about-care/>

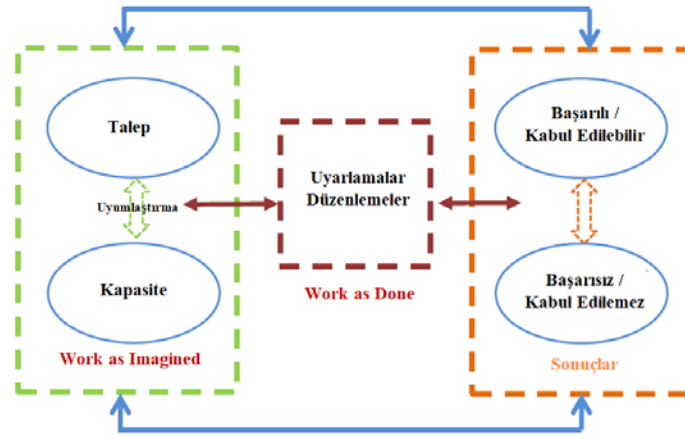
⁵ <https://www.mq.edu.au/research/research-centres-groups-and-facilities/healthy-people/centres/australian-institute-of-health-innovation/aihi-research-centres/healthcare-resilience-and-implementation-science#our-projects.>

durumlara uyum sağlamasını ve başa çıkmasını sağlayan faktörler ve yöntemlere odaklanmaktadır (Iflaife vd. 2020: 2).

Sağlık alanında, Dayanıklılık Mühendisliği (Resilience Engineering (RE)), sağlık hizmetleri gibi karmaşık uyarlanabilir sistemleri anlamak ve gelişmeyi sağlamak için ortaya çıkan bir yaklaşımdır. Dayanıklılık Mühendisliği, bilişsel psikoloji, güvenlik bilimi, mühendislik ve insan faktörleri dâhil olmak üzere çeşitli disiplinlerden önemli etkiler alarak gelişmiştir. Geçmişe dönük olay analizini, geçmiş sorunlara yönelik reaktif önlemleri, bir açıklama olarak insan hatasının her yerde bulunmasını ve işin kontrolünü vurguladıkları için sınırlı bir başarıya sahip olduğu düşünülen, güvenlik iyileştirmesine yönelik geçerli yaklaşımlardan memnuniyetsizlik dayanıklılık mühendisliğinin gelişimi için önemli bir teşvik edici güç olmuştur (Anderson vd. 2016).

Dayanıklılık Mühendisliği terimleriyle sağlık hizmetleri, “karmaşık bir uyarlanabilir sistem” olarak tanımlanmaktadır. Dayanıklılık Mühendisliği ve Güvenlik-II stratejileri, hava trafik yönetimi gibi diğer yüksek riskli endüstrilerde kullanılmaktadır (Hollnagel vd. 2013). Güvenlik-II (Safety-II) olarak adlandırılan yaklaşım, işyeri performansı ve güvenliğini dikkate almanın yeni yolu olan dayanıklılık mühendisliği kavramına dayanmaktadır (Hollnagel vd. 2007; Kelly vd. 2016: 789). Güvenlik-II ye bağlı deneyimden öğrenmek ve Work-As-Done ile Work-As Imagined arasındaki boşluğu görünür kılan sürekli bir süreç olarak görülmektedir (Sujan vd. 2017: 118). Profesör Erik Hollnagel liderliğindeki “Sağlık Hizmetlerinde Dayanıklılık Girişimi”, temel olarak Güvenlik-II metodolojisini kullanarak dünya çapında sağlık hizmetlerine dayanıklılık mühendisliği uygulamasını uygulamayı amaçlamaktadır (Hollnagel, Wears, Braithwaite 2015). Dayanıklılık mühendisliği standart operasyonel prosedürlerde öngörülenler ile pratikte gerçekte meydana gelenler arasındaki boşluğa ve ayrıca hasta güvenliği için yalnızca olumsuz olaylardan değil, günlük işten öğrenmeye dayanan yeni yaklaşımlara ışık tutmaktadır (Tortorella vd. 2021). Örneğin İngiltere’de araştırma ve uygulama merkezi olan “CARE” (Centre for Applied Resilience In Healthcare)⁶ dayanıklılık mühendisliği üzerine kurgulanmış aşağıdaki şekilde yer alan model Work as Imagined ile Work as Done arasındaki boşluğu görerek uyumlaştırmaya ve bütünleştirmeye çalışmaktadır.

⁶ <https://resiliencecentre.org.uk/about-care/>



Şekil 2.36: Dayanıklılık Mühendisliği Modelinin Uygulanmasına İlişkin Kavramlar
Kaynak: (Anderson vd. 2016: 3)

Sağlık örgütleri bir sistem olarak ele alındığında dayanıklılığı da farklı faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık kurumlarında örgütsel dayanıklılık birey, ekip ve örgüt düzey olmak üzere gerçekleşmektedir. Bu durumda birey düzeyinde çalışanların güvenlik endişelerini yöneticilere iletmesini sağlamak için güven sağlanmalı, psikolojik güvenlik ve yetkilendirme ortamı yaratılarak kurumun problem çözme stratejilerinden ve bireysel sağlık profesyonellerinin iletişimlerinden öğrenmesini sağlamak için iletişim yapıları geliştirilmektedir. Böylece birey dayanıklılığı ekip dayanıklılığını sağlamakta ekip dayanıklılığı da sağlık kurumunun örgütsel dayanıklılığını oluşturmaktadır (Rangachari, Woods 2020).

Örgütsel dayanıklılık tanımındaki zaman içinde değişen iki bakış açısıyla karşılaşılmaktadır. Birincisi bakış açısına göre örgütsel dayanıklılık tehdit karşısında hayatta kalma becerisi olarak incelemektedir. Örgütsel dayanıklılığın bu bakış açısı geri tepme yönelimlidir ve genellikle bir örgütün olumlu uyumunu ve geri dönme kabiliyetini vurgulayan sertliğe bağlıdır (Coutu 2002; Mallak 1998; Sutcliffe 2003). Güvenlik-I yaklaşımındaki gibi hataları bulma ve bu hataların verdiği zararlardan en az etkiyle ayakta kalma ve reaktif olarak geleceğe yönelik önlem alma. Ancak yalnızca veya ağırlıklı olarak zarara bakarak bir sistemi ve performansı takdir edilememektedir. Eğer anlamada kazanç sağlanacaksa, tüm sisteme ve altında çalıştığı koşullara dikkat edilmelidir. Sağlık hizmeti sunumu başarısız olduğunda sadece anormalliklere bakarak tüm sistemi karmaşıklığı içinde algılamak mümkün değildir (Mannion, Braithwaite 2017: 687). Her ne kadar örgütsel dayanıklılık ve hasta güvenliğine ilişkin araştırmalar genelde kriz ve ani olaylarla ilgilenmiş ve bunun nasıl üstesinden gelineceği üzerinde durmuş olsa da örgütsel dayanıklılık yalnızca krizlerle ilgili değildir. Günlük çalışma içerisine de yedirilmeli beklenmeyen olaylardan nasıl kaçınılması gerektiği ile ilgili de çalışmalar yapılmalıdır. Reaktif adımların yanında proaktif adımların ve günlük işleyişten

öğrenerek ilerleme ve daha kolay adaptasyon süreçlerinin oluşması da sağlanabilmektedir (Sujan vd. 2017: 119; Fietz vd. 2021).

Örgütsel dayanıklılığın ikinci yönünün, bir kurumun zorluklarla birlikte büyüyebileceği ve örgütün çevresel değişimlere cevaben daha fazla dönüşeceği fikrine odaklanmakta olduğu düşünüldüğünde bu bakış açısının da Güvenlik-II yaklaşımıyla eşdeğer tabanda bulunduğu söylenebilmektedir. Güvenlik-II yaklaşımıyla, uyarlanabilir kapasite (adaptasyon kapasitesi) ve performans değişkenliği örgütsel dayanıklılığın kaynaklarıdır (Sujan vd. 2017: 119). Örgütsel dayanıklılıktaki ikinci bakış açısı olan bu yön, yeni fırsatların tanımlanması ve yeni yeteneklerin geliştirilmesine odaklanmaktadır (Coutu 2002). Dayanıklı örgüt belirsiz bir ortamda eski haline dönmekten daha fazlasını yapabilmektedir. Örgütsel öğrenmenin sağlanmasıyla dayanıklı örgüt ve toplamında güvenli örgüt oluşturulabilmektedir (Sujan 2018: 662). Hatalardan öğrenme ve bunları geleceğe yönelik önlem amaçlı kullanmanın yanında proaktif bakış açısıyla ön görme, geleceğe hazırlıklı olmak. Bunun yanında günlük çalışmayı da kurulan iş birliklerinden de faydalanarak değerli kılma ve örgüt öğrenmesi sağlayarak olası ani durumlara karşı alt yapı kurma ve kolay adapte olmanın sağlanması hatta olası çatışmaları, sorunları dahi yönetip fırsata çevirerek bu durumlardan faydalanabilme üzerine kuruludur (Fietz vd. 2021). Günlük klinik çalışmalardan öğrenmek, sağlık kurumlarını, yerel bağlamla ilgili eyleme uygun şekilde öğrenerek ve ön hat personeli arasında daha fazla sahiplik ve katılım oluşturarak öğrenme üzerinde hareket etme yeteneklerini güçlendirmede destekleyebilmektedir. Deneyimden öğrenmenin günlük klinik çalışmanın doğasını ve performans değişkenliğinin güvenli bakımın sağlanmasına katkısını daha iyi anlamaya yönelik olması gerekmektedir (Sujan vd. 2017: 117-119).

Örgütsel dayanıklılık alanında yapılan araştırmalar örgütsel dayanıklılığın sahip olduğu iki bakış açısının Güvenlik-I ve Güvenlik-II yaklaşımlarındaki gibi birbirinin tamamlayıcısı olarak görülmesi gerektiği üzerinde durmaktadır. Bu durumu paradoksal düşünme olarak adlandırmaktadır (Denyer 2017: 10). Sağlık örgütü karmaşık uyarlanabilir sisteminin doğası, dayanıklılık ifadeleri ve kapasiteleri hakkında derin bir bilgi oluşturmali ve hastaları da kapsamak üzere paydaşları hasta güvenliği girişimine seferber etmelidir (Mannion, Braithwaite 2017: 687). Güvenlik-II ve pozitif sapma gibi kavramların uygulanmasıyla sağlık kurumlarında dayanıklılığın artırılmasının, güvenliği optimize ederek hizmet kalitesi ile etkinliğini artırmaya yardımcı olarak hastalara ve personele fayda sağlanabilmektedir (Kelly vd. 2016: 789).

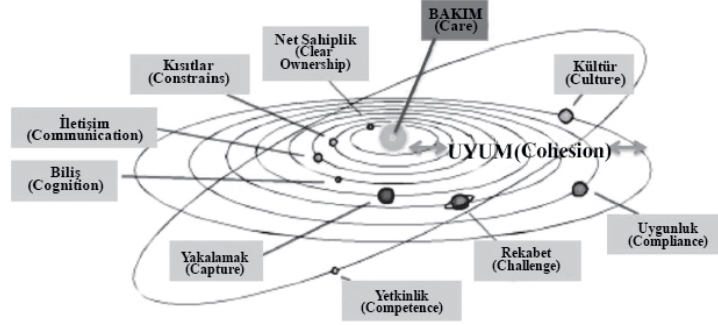
Güvenlik-II yaklaşımıyla sağlık sistemlerinin dayanıklılığın sağlanabilmesi için dijital uygulamalardan da yararlanılabilmektedir. Tortorella ve diğerleri (2021) H4.0 (Healthcare 4.0)

dijital uygulamalarının COVID-19 küresel salgını sırasında sağlık sistemlerinin dayanıklılığına katkısını anlamak amacıyla bir araştırma yapmıştır. Araştırmayla, başarılı bir H4.0 uygulaması ve dolayısıyla COVID-19 küresel salgını sırasında daha dayanıklı sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için liderliğin yeni süreçlerin ve sağlık tedavilerinin uyarlanması ve tasarlanmasında hayati bir rolü olduğunu savunmuştur. Araştırma sonucunda, yeni dijital uygulamaların benimsenmesi (H4.0 uygulaması) ile COVID-19 küresel salgını gibi yıkıcı olaylarla karşı karşıya kalan sağlık kurumlarının dayanıklılığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Güvenlik-II yaklaşımına sahip hem dijital uygulamayı kullanan hem de nasıl daha iyi olunabileceğine ve bununla nasıl dayanıklılığa katkı sağlanabileceğine yönelik başka bir araştırmada; Kelly, Blake ve Plunkett (2016: 789) tarafından yapılmıştır. Araştırmada, Birmingham Çocuk Hastanesi Pediatrik Yoğun Bakım (PICU) ünitesini pilot proje kabul ederek akran tarafından bildirilen mükemmellik veya olumlu sapma konularından öğrenmeyi tanımlamak ve bu öğrenmeyi yakalamak için bir araç sağlamayı amaçlayan Mükemmellikten Öğrenme (LfE) adımı verdiği bir girişim geliştirilmiştir. Bu girişim ile birimdeki personelden mükemmel uygulamalarını gönüllü olarak bildirmeleri böylece mükemmel uygulama havuzu oluşması istenmiştir. Bu girişim sonucunda LfE'nin (<http://www.learningfromexcellence.com>.) mükemmel uygulamaları paylaşarak öğrenmenin bireysel hataları raporlayarak yansıtmaya kadar değerli olduğu, işyeri kültürü ve morali üzerinde olumlu etki potansiyeli olduğu görülmüş, ayrıca bu girişim sayesinde bazı konularda kalite iyileştirmesine yönelik yeni fikirlere ulaşılması sağlanmıştır (Kelly, Blake, Plunkett 2016: 790). Örneğin bu uygulama COVID-19 küresel salgın sürecinde uyarlanmıştır. COVID-19 küresel salgın sürecinde mükemmel uygulamaların paylaşarak dayanıklılığın artırılması adına bir araç olarak kullanılmıştır (<https://learningfromexcellence.com/covid19/>).

Sağlık sistemlerinin karmaşık bir sistem olduğu tekrar düşünüldüğünde örneklerden de görüldüğü üzere sağlık örgütlerinde dayanıklılığın sağlanabilmesi için sağlık sistemini kontrol altına almaya çalışmak yerine bakım veren insanlarda dayanıklılık geliştirerek aşağıdan yukarıya sistemi bütünleştirmenin en iyi şey olduğu düşünülmelidir (Zajac vd. 2021). Bireylere yukarıdan aşağıya doğru verilen tüm kurallara körü körüne uymalarını sağlamak yerine; kendi kapasitelerini geliştirmeyi ve sistemin karmaşıklığı içerisinde öngörülemez ve belirsizlik durumlarında sistem içerisinde kendilerine nasıl daha rahat yer edinerek sisteme uyumlaştıklarına yönelik eğitim verilmeli ve bireyler dayanıklı olma yönünde güçlendirilmelidir (Braithwaite vd. 2017b: 392). Aşağıda Johnson ve Lane (2017: 77) tarafından

önerilen dayanıklı sağlık bakımını oluşturan on faktör yer almaktadır. On C modelinde yer alan faktörler; iletişim, net sahiplik, kültür, uygunluk, rekabet (meydan okuma), yetkinlik, yakalamak, biliş ve uyumdur. Sağlık hizmetlerinde dayanıklılık bu faktörlerin birbirleriyle uyumu sonucunda oluşan sinerjiden ortaya çıkmaktadır.



Şekil 2.37: Dayanıklı Sağlık Hizmeti İçin On C Modelinde Uyum
Kaynak: (Johnson, Lane 2017: 77)

On C modeli, sağlık hizmetlerine uygulanabilir bir Güvenlik-II (Hollnagel, 2013) sisteminin modellenmiş hali olarak görülebilmektedir. Dayanıklılığı anlayabilmek, öğretebilmek ve uygulayabilmek dayanıklılık özelliklerini açıklamakta ve dayanıklılığı Güvenlik-II olarak adlandırılan gerçekleşen çalışma yaklaşımına (Work as Done - WAD) çevirmektedir. Bu modelde sistemin davranışı, sistemi oluşturanların (insanlar, altyapı, vb.) tarafından gösterilen nitelikler (On C) tarafından belirlenmektedir. Niteliklerin ve bunların ne derece mevcut olduğunun farkındalığıyla, erişilemeyen nitelikleri telafi etmek için erişebilen nitelikleri vurgulanarak sistem güvenliği desteklenebilmektedir. Nitelikler ve boşlukların belirlenmesi yoluyla, öğrenme sistemi uyum sağlayacak ve böylece güçlendirilecek, dayanıklılık sağlanmış olacaktır (Johnson, Lane 2017).

Berg, Aase (2019) sağlık hizmetlerine ilişkin araştırmalarda açıklanan dayanıklılık özelliklerine yönelik içerik analizi araştırmasıyla dayanıklı sağlık hizmetinin karakteristik özelliklerini araştırmıştır. Sağlık hizmetlerinde dayanıklılığın kavramsallaştırılması için dayanıklılığa ilişkin araştırmalarda tanımlanan özelliklerin, öngörü, anlamlandırma, değiş tokuşlar ve uyarlamalar olarak belirlenen dört genel kavramsal kategoriye göre hem düzeyler içinde hem de düzeyler arasında birbirine bağlı olduğunu ifade etmiştir. Bu dört kavramsal kategori, örgütsel bağlamda dayanıklılığı harekete geçiren bireylerin bilişsel ve davranışsal stratejileridir. Stratejiler de birey, ekip, yönetim ve organizasyon (örgüt) düzeyinde özellikler

olarak incelenebilmektedir. Bireysel düzeydeki dayanıklılık özelliklerini; öngörü, uyum, anlamlandırma ve bilişsel değiş tokuşlar olarak tespit etmiştir. Ekip düzeyindeki dayanıklılık özelliklerini, rakip hedefler arasındaki değiş tokuşları yönetmek, meslekler arasında iş birliği ve kolektif anlamlandırma olarak kategorize etmiştir. Yönetim düzeyindeki dayanıklılık özelliklerini ileriye yönelik öngörüler ve düzenlemeler ile kriz yönetimine yönelik düzenlemeler olarak kategorize etmiştir. Örgütsel düzeydeki dayanıklılık özelliklerinin dayanıklılığın örgütsel sonuçları ve dayanıklılık performansını destekleyen örgütsel koşullarla ilgili olduğunu belirtmiştir (Berg, Aase 2019).

Dayanıklılık mekanizmalarının ve donanımların oluşturulma şekli, bir kurumun bireyleri ve ekipleri aracılığıyla gerçekleşmekte; ikisi de ulusal kültürden etkilenmektedir. Fietz, Hillmann, Guenther (2021) ulusal kültürün örgütsel dayanıklılık üzerindeki ilişkisini araştırmış güç mesafesi, belirsizlikten kaçınma, bireysellik ve hoşgörü boyutlarının bir örgütün dayanıklılığı üzerinde doğrudan önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Dolayısıyla hem ülke kültürü hem örgüt güvenlik kültürünün dayanıklılığa yönelik etkisinin farkına varılıp kültürel iyileşme ile daha dayanıklı sağlık hizmeti ve örgüte alt yapı hazırlanabilmektedir.

Karmaşık sistemin doğal olarak ortaya çıkan direncine karşı değil; onunla birlikte çalışma zamanı geldiğini özellikle COVID-19 küresel salgını herkese öğretmiştir. Bu sebeple genel olarak günlük klinik çalışmada başarısız olmaktan çok başarılı olunduğunu kabul ederek dayanıklılık ve hasta güvenliği için kurallar yerine kültürün bireylere yedirilmesi gerekmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022; Berg, Aase 2019). Öncelikle hastanelerde örgütsel dayanıklılık kültürü geliştirilmelidir, bunun için İş Sağlığı ve Güvenliği Birimlerinin dayanıklılığa yüksek öncelik vermesi gerekmektedir. İnsan Kaynakları bölümü, tüm insanların dayanıklılığın ne olduğunun farkında olduğu bir “dayanıklılık kültürü” yaratılmaya önem verilmelidir (Bouaziz, Hachicha 2018). Öngörülemez koşullar karşısında, sürekli olarak düzenleme ve politika yükünün katılığına güvenmek yerine, klinisyenlerin daha fazla kendi kendine örgütlenmesine ve uyarlanabilir tepkiler vermelerine izin verilmelidir (Liang, Cao 2021; Santoro vd. 2021). Klinisyenlere ne yapacaklarını söylemek yerine neyin işe yaradığını sormak, atılmış doğru bir adım olacaktır (Kelly, Blake, Plunkett 2016). Yukarıdan aşağıya sistemleştirme yerine en azından sistemlerin sınırlarını tanıyarak karmaşık bir sistemde farklı bağlamların her zaman kendi yerel kültürlerine, normlarına ve geleneklerine göre işleri farklı şekilde yapacak oldukları anlaşılmış olacaktır (Bouaziz, Hachicha 2018; Suryaningtyas vd. 2019).

Tüm sağlık sistemi için tek bir beden ölçüsü almak hiçbir zaman doğru olmayacak ve her sisteme uymayacaktır. Sistemde çeşitli çözümlere tolerans göstermek ve klinisyenlerin iyi

şeyler yapma konusundaki doğal eğilimlerini özgürleştirmek, binlerce farklı çözümün ortaya çıkmasına izin verebilir. Önemli olan yolunu açmaktır. İyi insanlara sahip olmak ve bu insanlardan en iyi şekilde yararlanmak, özellikle büyük stres zamanlarında, örgütsel dayanıklılık için çok önemlidir. Bu noktada eksikliği kapatabilmek veya gelişim sağlayabilmek için bireysel ve örgütsel dayanıklılığı artırmaya yardımcı olabilecek müdahalelerde bulunmada önemli bir rol oynayabilmektedir (Tam vd. 2021; Orth, Schuldis 2021). Bu tür müdahaleler pratik stratejiler aracılığıyla desteklenebilir ve bir kurumun politikalarının önemli parçası haline getirilmelidir. Bu tekniklerin çoğu, sağlık profesyonellerinin daha olumlu, şefkatli ve bilinçli olmaları için düşünce ve duygularını değiştirmelerine yardımcı olabilmektedir (Barasa vd. 2018); sağlık davranışlarının, iş tatmini ve stres algılarını uyumlaştırabilmektedir (Gonçalves vd. 2021). Böylece uzun süreli krizlere yanıt vermeye devam edebilecek daha dinamik bir iş gücü sağlanabilmektedir (Tam vd. 2021).

Kavramsal çerçevede ayrıntılı olarak açıklanan kavramlara araştırmada model olarak seçilen IMOI etkinlik modeli çerçevesine göre bakıldığında; etkinlik sürecinde hasta hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütün dayanıklılığı ve dayanıklılık kültürü oluşumundaki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu etki üzerinde her bir bireyin, ekibin örgüt genelini oluşturan MTS ekipleri olarak dayanıklılığa ulaşmasında meslekler arası iş birliği sayesinde aracılık etmesi ve olası çatışmalara karşı kullanılan yönetim tarzları aracılığıyla etkinliğe katkı sağlaması incelenmektedir.

Kavramsal çerçevede verilen bilgilere genel olarak bakıldığında sağlık hizmetlerindeki güvenlik kültürü hasta güvenliği kültürü üzerinden temel alındığında hasta güvenliği kültürü dayanıklılık sağlanması adına bir tedavi yöntemi olarak görülmekte, dayanıklılık üzerinde oldukça etkili olduğu düşünülmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). BMeslekler arası iş birliği klinik ortamlarda daha güvenli, yüksek kalitenin yanı sıra daha uygun bakımı sağlamak için önemli bir ve gerekli bir durum olarak görülmektedir (Vittadello vd. 2018: 2). Sınırlı kaynaklara ve zamana sahip sağlık profesyonelleri, mesleki roller, sorumluluklar ve en uygun hasta bakımı hakkındaki çelişkili algıların karşılıklı etkileşimi gibi faktörlerle kolaylıkla çatışma ile karşı karşıya kalabilmektedir (Bochatay, 2017). Bu süreçte hasta güvenliğinin kültürünün dayanıklılık kültürünü oluşturarak örgütsel dayanıklılığı sağlayabilmesi adına meslekler arası iş birliğinin gerekli olduğu ve olası çatışma durumlarında doğru çatışma yönetim tarzları aracılığıyla çatışma yönetiminin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Bouaziz, Hachicha 2018).

Hem sağlık sisteminin hem de örgütün dayanıklılığın oluşumunda ekiplerin ve ekip çalışmasının rolü oldukça büyüktür. COVID-19 küresel salgını sonrasında ayakta kalan,

dayanıklı sağlık hizmetini oluşturan faktörlere yönelik araştırmalarda ekip çalışması ve ekipler birincil faktör olarak ön plana ıkmiştır. Dolayısıyla dayanıklılığı oluşturacak olan ekip üyelerinin ekip çalışmasına yönelik tutumları oldukça önem arz etmektedir (Anderson vd. 2022). Diğer taraftan IOM (2010) raporundan sonra meslekler arası iş birliğine yönelik yapılan çalışmalar artış göstermiş ve iş birlikleri aracılığıyla hem hasta bakımı, hem güvenlik hem de dayanıklı sağlık hizmetinin verilmesinin çeşitli yollarını arayan araştırmalar ortaya ıkmiştır. Dayanıklılık kültürünün oluşmasında ve sağlık hizmetini ve örgütü dayanıklı kılmaya çalışan ekipler arasında da zaman zaman çatışmalar çıkması daha doğal karşılanan durumlar haline gelmiştir. COVID-19 küresel salgını sonrasında ölkeler bünyelerinde dayanıklılık merkezleri kurarak dayanıklılığı oluşturacak olan ekibe çatışma yönetimi ve iş birliği hakkında eğitim ve araştırmalarla destek olmaya çalışmaktadır. Bu merkezlerde ekiplerin iş birliği halinde çalışırken çatışmaları yönetmeleri ve doğru tarzı seçmeleri böylece dayanıklılığa ulaşmaları kolaylaştırmaya çalışılmaktadır. Ekiplerin iş birliği halinde çalışırken olası çatışmaları yönetmeleri dayanıklılığa ulaşmalarını kolaylaştıracaktır (Fietz vd. 2021).

MTS ekiplerinde karmaşık hedefler daha büyük bir yapbozun yönetilebilir parçalarına bölünerek, birden fazla ekibin iyi koordine edilmiş çabaları sayesinde yerine getirilmesi sağlanabilmektedir. Bu noktada çok ekipli sistemlerle ve bunlar arasındaki iş birliğinin sağlanması ve olası çatışmaların iyi yönetilmesiyle etkinlik sağlanabilmektedir (Shuffler, Carter 2018). Bu araştırma ile IMOI etkinlik modeli çerçevesine göre MTS ekiplerinin etkinliği incelenmektedir. Araştırmanın bir sonraki bölümde araştırmanın kuramsal erevesi çizilmekte ve literatürdeki araştırmalar ışığında hipotezlerin alt yapısı oluşturulmaktadır.

3. KURAMSAL ÇERÇEVE

Kuramsal çerçeve başlığı altında, araştırma konuları ile ilgili araştırmalar özet tablolar halinde sunulmuştur. Araştırmaların seçiminde araştırma konularıyla ilişkili olması ve son on yıl içerisinde yayımlanmış olması kısıtası aranmış olup YÖK tezde yer alan tezler ile Web of Science ve Google Akademikte yer alan araştırmalar dâhil edilmiştir.

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması Tutumları Konusu ile İlgili Araştırmalar

Sağlık hizmetleri ekipleri ve ekip çalışması tutumları konusuna ve bu konu ile ilişkilendirilen değişkenlerle ilgili araştırmalar **Tablo 3.1**'de yer almaktadır.

Tablo 3.1: Sağlık Hizmetleri Ekipleri ve Ekip Çalışması Konusu ile İlgili Araştırmalar

Yazarlar	Yıl	Kaynak	Yayın Adı	İncelenen Değişkenler
Mahfoozpour, S., & Mojdekar, R.	2012	Advances in Nursing & Midwifery.	“Attitudes of Health Care Providers Toward Teamwork, Safety Climate and Knowledge.”	Sağlık hizmeti sunucularının ekip çalışmasına, güvenlik ortamına ve hastaların veya sağlık hizmeti sunucularının güvenliğine yönelik tutumlarının, cari açıkları değiştirmek ve iyileştirmek ve hatalardan öğrenme kültürüne ulaşmak için gerekli olduğu tespit edilmiştir.
McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., Halcomb, E. (2015).	2015	Journal of Advanced Nursing.	“An Integrative Review of Facilitators and Barriers Influencing Collaboration and Teamwork between General Practitioners and Nurses Working in General Practice. ”	Sağlık profesyonelleri arasında ekip çalışması ve iş birliği, olumlu hasta sonuçları, hasta ve çalışan memnuniyeti, maliyet ve etkin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde büyük önem taşımakta olduğu ifade edilmiştir.
Khademian, Z., & Neshat, B.T.	2017	Sadra Medical Sciences Journal.	“The Relationship between Interpersonal Communication Skills and Nursing Students’ Attitudes toward Teamwork”	Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına yönelik tutumlarını geliştirmek için işyerinde kişilerarası becerilerin pekiştirilmesi önerilmektedir.
Bekmez, F.	2018	Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.	“Bir Üniversite Hastanesinin Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumunun İş Doyumuna Etkisi.”	Sağlık profesyonellerinin ekip çalışmasına yönelik tutumları arttıkça iş doyumlarının da arttığı tespit edilmiştir.
Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E.,	2019	American Psychologist.	“Teamwork In Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality	Ekip çalışması ve çok düzeyli sonuçlar arasındaki ilişki, etkili ekip çalışması davranışları, sağlık mesleklerinde etkili ekip

Thompson, D., Pronovost, P. J., Weaver, S. J..			Care.”	çalışmasının altında yatan yetkinlikler, ekip çalışması ile ilgili kanıtlar vurgulanmıştır. Ekip müdahaleleri, ekip performans ölçüm stratejileri ve pratikte ekip çalışmasını ve iş birliğini şekillendirmede bağlamın oynadığı kritik rol hakkında çıkarımlarda bulunulmuştur.
Salas, E., Bisbey, T. M., Traylor, A. M., Rosen, M. A. (2020).	2020	Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior.	“Can teamwork promote safety in organizations? ”	Etkili ekip çalışması ve güvenliği sağlayan ekip düzeyinde beş acil durumu psikolojik güvenlik, ekip güveni, toplu etkinlik, paylaşılan zihinsel modeller ve durum farkındalığı olarak belirlenmiştir. Ayrıca, ekip odaklı güvenliği destekleyen temel koşulları, güvenlik kültürünün gelişimini ve performansı şekillendirmede ekip güvenliği ikliminin önemi üzerinde durmuşlardır.
Panicker, R., Lee, M.C.C.,	2020	The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences. The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences.	“Transformational Leadership And Teamwork Attitude: Trust And Collective Efficacy As Mediators”	Dönüşümcü liderliğin liderlere güven, ekip üyelerine güven ve kolektif etkinlik yoluyla ekip çalışması tutumunu nasıl desteklediği incelenmiş ve dönüşümcü liderliğin liderlere daha yüksek güvene yol açtığını göstermiştir. Ekip üyelerine güven, daha yüksek ekip çalışması tutumu ve daha yüksek kolektif etkinlik.
Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., Holladay, C. L.	2021	Frontiers in Communication	“Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance”	Sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasına yönelik ortak zorlukların neler olduğu araştırılmış ve ekip etkinliği için kapsamlı bir çerçeve sunulmuştur.
Karakaya, A. Daşlı, Y.	2021	Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi.	“Sağlık Çalışanlarının Klinik Liderlik Anlayışının Ekip Çalışmasına Etkisi.”	Hekimlerin, hemşirelerin klinik liderlik algıları ile ekip çalışması tutumları arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması ve ekip çalışması tutumları ile ilgili literatür incelemesinde ekiplerin meslek içi değerlendirmelerden meslekler arası değerlendirmelere doğru yol aldığı; ekip etkinliği yapılarının çok ekipli sistemler üzerine kurgulandığı ile karşılaşılmaktadır. Ekip çalışması tutumlarının yalnızca bakım sağlama sürecinde değil;

güvenlik, verimlilik, iş doyumu, dayanıklılık gibi değişkenlerle ilişkilendirildiği ile karşılaşılmaktadır.

3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Konusu ile İlgili Araştırmalar

Hasta güvenliği kültürü konusuna ve bu konu ile ilişkilendirilen değişkenlerle ilgili araştırmalar **Tablo 3.2**'de yer almaktadır.

Tablo 3.2: Hasta Güvenliği Konusu ile İlgili Araştırmalar

Yazarlar	Yıl	Kaynak	Yayın Adı	İncelenen Değişkenler
Berry, J. C., Davis, J. T., Bartman, T., Hafer, C. C., Lieb, L. M., Khan, N., Brilli, R. J.	2020	Journal of Patient Safety.	“Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated with Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality across a Hospital System.”	Gelişmiş güvenlik ve ekip çalışması kültürü, hastanelerdeki veya hastane gruplarındaki belirli birimlerde hastaya verilen zararın azalmasıyla ilişkilendirilmiştir.
Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Kath, L. M., Zhou, Y., Courtney, S. C., Cheng, C., Hoffman, J. M.	2020	Journal of Patient Safety.	“A Multilevel Analysis of US Hospital Patient Safety Culture Relationships with Perceptions of Voluntary Event Reporting.”	Güvenlik olayının algılanan ciddiyeti arttıkça gönüllü raporlama ilişkisinin önemli hale geldiği tespit edilmiştir.
Rangachari, P., L Woods, J.	2020	International Journal of Environmental Research and Public Health.	“Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention During COVID-19 Requires A Holistic Consideration of The Psychological Safety of Healthcare Worker.”	COVID-19 sırasında bir hastane yoğun bakım ünitesinde sağlık profesyoneli desteğine yönelik sabırlı bir yaklaşımın hasta güvenliği ve personeli elde tutma üzerindeki potansiyel etkisini tartışmak için örgütsel dayanıklılık çerçevesini kullanmış ve sağlık kurumlarına bu zorlukların üstesinden gelmek için öneriler geliştirmiştir.
Sammer, C., Hauck, L. D., Jones, C., Zaiback- Aldinger, J., Li, M., Classen, D.	2020	Journal of Patient Safety.	“Examining The Relationship of an All-Cause Harm Patient Safety Measure and Critical Performance Measures at The Frontline of Care.”	Tüm nedenlere bağlı zarar ile bu performans ölçütleri arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Pozitif bir hasta güvenliği kültürü, daha ilgili bir çalışan ve daha tatmin edici bir hasta deneyimi olduğunda, tüm nedenlere bağlı daha az zarar sonucuna varılmıştır.
Ayisa, A., Getahun, Y., Yesuf, N.	2021	Drug, Healthcare And Patient Safety.	“Patient Safety Culture And Associated Factors Among Health-Care Providers In	Yaş, eğitim, çalışma saati ve çalışma deneyimi dışındaki tüm değişkenlerin, hasta güvenliği kültürü ile önemli ölçüde ilişkili faktörler olduğu tespit edilmiştir.

			The University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia.”	
Hafeez, H., Abdullah, M. I., Zaheer, M. A., Ahsan, Q.	2021	Organization Management Journal.	“Organizational Resilience Process: Integrated Model of Safety Culture.”	İşyerinde güvenlik kültürünün varlığının olumsuz güvenlik sonuçlarını etkileme potansiyeline sahip olduğu, güvenlik uyumluluğu (prosedüre uyma) ve güvenlik katılımı (gönüllü katılım sağlama), güvenlik emniyet modeline ek güçlendirme olarak görülebileceği tespit edilmiştir.
Kakemam, E., Gharaee, H., Rajabi, M. R., Nadernejad, M., Khakdel, Z., Raeissi, P., Kalhor, R.	2021	BMC Nursing.	“Nurses’ Perception of Patient Safety Culture and Its Relationship With Adverse Events: A National Questionnaire Survey in Iran.”	Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının düşük, yan etki algılarının yüksek olduğu belirlenmiş; hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının yüksek düzeyinin, istenmeyen olayların azalmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
Noviyanti, L. W., Ahsan, A., Sudartya, T. S.	2021	Journal of Public Health Research.	“Exploring The Relationship Between Nurses’ Communication Satisfaction and Patient Safety Culture.”	Hemşire iletişim memnuniyeti ile hasta güvenliği kültürünün kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin iletişim doyum düzeyi ne kadar yüksekse, uygulanan hasta güvenliği kültürünün kalitesinin o kadar iyi olduğu tespit edilmiştir.
Kilcullen, M. P., Bisbey, T. M., Ottosen, M. J., Tsao, K., Salas, E., Thomas, E. J.	2022	Human Factors.	“The Safer Culture Framework: An Application to Healthcare Based on a Multi-Industry Review of Safety Culture Literature ”	Sağlık hizmetleri bağlamlarında güvenlik kültürünün geliştirilmesi için daha önce oluşturulmuş olan güvenlik kültürü çerçevesini doğrulamak, iyileştirmek ve sağlık hizmetleri açısından nüanslar sağlamak amacıyla teorik inceleme yapılmıştır. Hasta güvenliği liderleri ve araştırmacıları tarafından güvenlik kültürünün değerlendirilmesine rehberlik etmek ve hasta güvenliği kültürünü teşvik etmek ve hasta güvenliği sonuçlarını iyileştirmek için müdahaleler geliştirmek için kullanılabilecek kanıta dayalı ve kapsamlı bir çerçeve sunulmuştur.

Hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili çalışmaların literatürdeki zamansal değişimine bakıldığında güvenlik kültürünün yalnızca hasta sonuçlarıyla sınırlandırılmaması gerektiğinin öne sürüldüğü tespit edilmektedir. Kültürün örgütün örgütsel adalet algısı, personeli elde tutma, dayanıklılık gibi genel sonuçlarla da bağlantılı olduğu; son dönem

çalışmalarda hasta güvenliği kültürünün dayanıklılık ktlr oluşumu için bir tür tedavi yöntemi olarak görüldüğü ile karşılaşılmaktadır. Güvenliğe olan bakış açısında Güvenlik-I ve Güvenlik-II olarak adlandırılan paradoksal değişimin yaşandığı ile karşılaşılmaktadır.

3.3. Meslekler Arası İş Birliği Konusu ile İlgili Araştırmalar

Meslekler arası iş birliği konusuna ve zaman içindeki değişimi ile ilgili araştırmalar **Tablo 3.3**'de yer almaktadır.

Tablo 3.3: Meslekler Arası İş Birliği Konusu ile İlgili Araştırmalar

Yazarlar	Yıl	Kaynak	Yayın Adı	İncelenen Değişkenler
Salas, E., Zajac, S., Marlow, S. L.	2018	Group & Organization Management.	“Transforming Health Care One Team at a Time: Ten Observations and The Trail Ahead.”	ok disiplinli yaklaşımın, dayanıklılığın sağlanması ve tıbbi hatanın azaltılması için ekip alışmasının temel olması gerektiği, psikolojik güvenlik, bağlam, hasta odaklı sonuç, ok ekipli sistemler, hasta bakımında ok disiplinli iş birliği gerekliliği nerilerinde bulunulmuştur.
Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe, François Chiochio, Jean-Marie Bamvita Marie-Jose Fleury	2019	Journal of Interprofessional Care.	“Variables Associated With Interprofessional Collaboration: The Case of Professionals Working in Quebec Local Mental Health Service”	Ruh sağlığı ekiplerinde meslekler arası iş birliğini glendirmek için olumlu ekip iklimi, bilgi paylaşımı ve bilgi entegrasyonu, profesyonel ve ekip tanımlaması, ekip bağlılığı ve zerkliğin nemi ortaya koyulmuştur.
Caneppele, A. H., Cucolo, D. F., Mininel, V. A., Meireles, E., Silva, J. A. M. D.	2020	Escola Anna Nery.	“Interprofessional Collaboration in Urgency and Emergency Network Teams in The COVID-19 Pandemica.”	COVID-19 küresel salgını sırasında acil durum sektörleri gibi karmaşık ve dinamik ortamlarda, ekip çalışması ve meslekler arası iş birliğinin ne çıktığı tespit edilmiştir. Brezilya’da COVID-19’un ilk ölümünün ardından ekipler arasında meslekler arası iş birliğinin güçlendirildiği tespit edilmiştir.
Pomare, C., Long, J. C., Churruca, K., Ellis, L. A., Braithwaite, J. (2020).	2020	Journal of Interprofessional Care.	“Interprofessional Collaboration In Hospitals: A Critical, Broad-Based Review of The Literature.”	Hastanelerde meslekler arası iş birliği araştırmalarının, karmaşık sağlık sistemini incelemek, değerlendirmek ve başarılı bir şekilde müdahale etmek için daha uygun, bağlam odaklı varsayımları benimsemesi gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Schot, E., Tummers, L., Noordegraaf, M.	2020	Journal of Interprofessional Care.	“Working on Working Together. A Systematic Review on How Healthcare Professionals Contribute to Interprofessional Collaboration. ”	Meslekler arası iş birliğini geliştirmenin sadece yöneticilerin ve politika yapıcıların işi olmadığı; ayrıca profesyonellerin aktif katkılarını gerektirdiği, meslekler arası iş birliğine aktif olarak katkıda bulunan profesyoneller için önemli kanıtlar olduğu farklı mesleklerden profesyonellerin farklı katkılar sağladığı; ayrıca, işbirlikçi ortamlar ve sağlık hizmeti alt sektörleri arasında farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir.
Sur, D.	2020	Journal of Interprofessional Care.	“Interprofessional Intentional Empathy Centered Care (IPIECC) in Healthcare Practice: A Grounded Theory Study.”	Meslekler arası bir ekip modelinde kolektif ve kasıtlı empatinin hasta sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunduğu tespit edilmiştir.
Wei, H., Corbett, R.W., Ray, J., Wei, T.L.,	2020	Journal of Interprofessional Care.	“A Culture of Caring: The Essence of Healthcare Interprofessional Collaboration”	Sağlık uzmanlarının birlikte çalışmasının altında yatan mekanizmanın anlaşılması, IPCP’yi teşvik etmek için stratejiler sağlayabileceği düşüncesi ile sağlık hizmeti uzmanlarının meslekler arası iş birliği konusundaki deneyimlerinin araştırılmasıyla bakım kültürü temelinde olan bir meslekler arası bakım modeli geliştirmiştir.
Lee, J. K., McCutcheon, L. R., Fazel, M. T., Cooley, J. H., Slack, M. K.	2021	JAMA Network Open	“Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults with Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. ”	Birinci basamak hastalarında meslekler arası iş birliğine dayalı uygulama (ICP) kullanımı diyabet ve hipertansiyon sonuçlarıyla ilişkileri araştırılmıştır. Birinci basamakta ICP’nin uygulanmasının yetişkin hastalarda diyabet ve hipertansiyon için iyileştirilmiş klinik sonuçlarla ilişkili olabileceği tespit edilmiştir.
Beaird, G., Baernholdt, M., Byon, H. D., White, K. R.	2021	Journal of Interprofessional Care.	“Interprofessional Rounding Design Features and Associations with Collaboration and Team Effectiveness.”	Ekip etkinliğini sağlamada iş birliğinin önemli bir unsur olduğu bulunmuştur.
Kirstine Z. Pedersen Jessica Mesman	2021	Journal of Interprofessional Care.	“A Transactional Approach to Patient Safety: Understanding Safe Care as a Collaborative Accomplishment”	John Dewey’in pragmatizminin operasyonelleştirilmesine dayalı olarak hasta güvenliğine yönelik işlemsel ve işbirlikçi bir yaklaşımın ana hatları çizilmiştir.

Vatn, L., Dahl, B.M.,	2021	Journal of Interprofessional Care.	“Interprofessional Collaboration between Nurses and Doctors for Treating Patients in Surgical Wards. ”	Hekimler ve hemşireler arasındaki açık ve yapılandırılmış iletişimin hasta bakımının kalitesi üzerinde etkisi olduğu ve meslekler arası iş birliğinde karşılıklı güven ve saygının her iki meslek için de önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Wei, H., Horns, P., Sears, S.F., Huang, K., Smith, C.M., Wei, T.L.,	2022	Journal of Interprofessional Care	“A Systematic Meta-Review of Systematic Reviews About Interprofessional Collaboration: Facilitators, Barriers, and Outcomes.”	2010 ve 2020 yılları arasında yayınlanan meslekler arası iş birliği sistematik incelemelerinde gözden geçirilen kolaylaştırıcıları, engelleri ve sonuçları özetlemektedir

Sağlık hizmetleri alanlarında meslekler arası iş birliği çalışmaları incelendiğinde; literatürde konu ile ilgili çalışmaların özellikle son yıllarda önem kazandığı iş birliği çalışmalarının meslekler arası iş birliğine yöneldiği ve ayrıca çoklu ekip sistemlerindeki meslekler arası iş birliklerine yönelim gerçekleştirdiği ile karşılaşılmaktadır. Meslekler arası iş birliği dünya çapında son yıllarda sağlık meslekleri arasında iş birliği uygulamalarını geliştirmek için etkili bir yöntem olarak popülerlik kazandığı ile karşılaşılmaktadır. Özellikle COVID-19 küresel salgını sonrasında meslekler arası iş birliği çalışmalarının hasta bakımı, dayanıklı sağlık hizmeti verilmesi gibi etkenlerle ilişkisinin üzerinde durulmaktadır.

3.4. Çatışma Yönetimi Konusu ile İlgili Araştırmalar

Çatışma yönetimi ve çatışma yönetimi tarzı ile ilişkilendirilen değişkenlerle ilgili araştırmalar **Tablo 3.4’de** yer almaktadır.

Tablo 3.4: Çatışma Yönetimi Konusu ile İlgili Araştırmalar

Yazarlar	Yıl	Kaynak	Yayın Adı	İncelenen Değişkenler
Yeşilkaya, M., Sezer Aydın, F.	2018	Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.	“Kullanılan Çatışma Yönetim Tarzına Göre Duygusal Emek Düzeyi Değişir Mi?”	Çatışma yönetim tarzı ile duygusal emek düzeyi arasında olumlu yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.
Kılıç, E.	2019	İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.	“Çatışma Yönetimi Stratejileri Üzerinde Psikolojik Güçlendirme ve Duygusal Zekâ Düzeyinin Etkilerine Yönelik Bir Araştırma.”	Psikolojik güçlendirme ve duygusal zekâ düzeyinin çatışma yönetimi tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Turhan, Ö., Tiftik, C.	2020	IBAD Sosyal Bilimler Dergisi.	“Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Çatışma Yönetme Stratejilerine Etkisi.”	Çatışma yönetim tarzları üzerinde kişiliğin açıklayıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Sorumluluk ve deneyime açıklığın en etkili kişilik özelliği olduğu tespit edilmiştir.
Bajwa, N. M., Bochatay, N., Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Junod Perron, N.,..., Nendaz, M. R.	2020	Journal of Interprofessional Care.	“Intra Versus Interprofessional Conflicts: Implications for Conflict Management Training.”	Meslek içi çatışmalar, meslekler arası çatışmalar kadar önemli bulunmuştur. Meslek içi çatışmalarda zorlu ilişkiler ve güç odaklılığı ön plana çıkarken meslekler arası çatışmalarda hasta bakım süreci odaklı çatışmaların varlığının ön plana çıktığı ile karşılaşılmaktadır. Meslek içi çatışmalarda meslekler arası çatışma durumlarına göre daha fazla zorlama ve kaçınma yönetim tarzı tercih edildiği tespit edilmiştir.
Çağatay, A., Arslan, Ü. (2020).	2020	Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi	“Hastane çalışanlarına göre yöneticilerin çatışma çözme stratejileri.”	Hastane çalışanlarının demografik özellikleriyle yöneticilerine ilişkin çatışma çözme stratejisi algıları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Hastane çalışanlarının cinsiyeti ve unvanı ile yöneticilerin çatışma çözme stratejileri alt boyutları algıları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
Gümüş Bilim, H. G. (2020).	2020	Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.	“Yöneticilerin Duygusal Zekâ Seviyelerinin Kullandıkları Çatışma Yönetim Stillerine Etkisi.”	Yöneticilerin astlarına karşı kullandıkları çatışma yönetim tarzları ile duygusal zekâ seviyeleri arasında pozitif ilişkiler tespit edilmiştir.
Muhammed Riaza, Mümtaz Ali Junejo, Amir Hussain Shar (2020).	2020	International Transaction Journal of Engineering, Management, & Applied Sciences & Technologies.	“Leadership Styles: Relationship with Organizational Dissent and Conflict Management Mediation Analysis via Cb-Sem Approach.”	Çatışma yönetiminin örgütsel muhalfeet üzerinde olumsuz bir etkisinin var olduğu ve çatışma yönetimi, sağlık sektörü çalışanları arasında liderlik tarzlarıyla örgütsel muhalfeet arasındaki ilişkiye aracılık ettiği tespit edilmiştir.

Raykova, E., Semerdjieva, M., Tornyova, B.	2020	Journal of IMAB–Annual Proceeding Scientific Papers.	“Conflict Management Style in the Work of Medical Specialists in Hospitals.”	Bir çatışma durumunda, araştırılan tıp uzmanları arasında tercih edilen davranış tarzları uzlaşma ve kaçınma, daha az rekabet olarak sıralanmıştır. Hekimlerin iş birliğini ve rekabeti ifade etme olasılıkları daha yüksekken, sağlık uzmanlarının bir çatışma durumunda bir davranış tarzı olarak kaçınmayı tercih ettikleri tespit edilmiştir.
Yaseen, S. G., El Refae, G. A., Dajani, D. M., Ghanem, A. A.	2021	International Journal of Human Capital and Information Technology Professionals (IJHCITP).	“Conflict Management Styles and Innovation Performance: The Mediating Role of Organizational Agility”	Bütünleştirme tarzının örgütsel çeviklik ve inovasyon performansı üzerinde önemli bir etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Örgütsel çevikliğin, uzlaşma ve bütünleştirme çatışma tarzı ile yenilik performansı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği tespit edilmiştir. Zorlayıcı, baskın ve çatışmadan kaçınma tarzlarının yenilik performansı üzerinde önemsiz bir etkisi bulunduğu tespit edilmiştir.

Çatışma ve çatışma yönetimi tarzlarının ilgili literatürdeki değişimleri incelendiğinde; çatışma konusunun sağlık hizmetleri alanında kaçınılması gereken bir durum olmaktan ziyade yönetilmesi gerekli bir konu olarak görülmeye yönelim gösterdiği ile karşılaşılmaktadır. Çatışma konusunun sadece meslek içi değil; meslekler arasında da ele alınması gerektiği ve meslek içi çatışmanın yönetim tarzı ile meslekler arası çatışmanın yönetim tarzında farklılıklar olduğu bu farklılıklarında güç gibi faktörlerden etkilenildiği üzerinde durulmaktadır. Diğer taraftan sağlık ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin tercih ettiği çatışma yönetim tarzlarında da meslekler göre farklılıklar ortaya çıktığı; ancak son zamanlardaki çatışma çözüm tarzlarının daha çok bütünleştirme, uzlaşma gibi tarzlara doğru kaydığı ile karşılaşılmıştır. Özellikle COVID-19 küresel salgını etkisiyle sağlık hizmetlerinde daha güvenli, daha kaliteli ve daha dayanıklı sistemler oluşturulması, dayanıklılık kültürü oluşturmak üzere eğitim müdahaleleri ve araştırma çalışmaları arasında çatışma yönetim tarzlarına yönelik çalışmalar yapıldığı ile karşılaşılmaktadır.

3.5. Örgütsel Dayanıklılık Konusu ile İlgili Araştırmalar

Örgütsel dayanıklılık konusuna ve bu konu ile ilişkilendirilen değişkenlerle ilgili araştırmalar **Tablo 3.5**'de yer almaktadır.

Tablo 3.5: Örgütsel Dayanıklılık Konusu ile İlgili Araştırmalar

Yazarlar	Yıl	Kaynak	Yayın Adı	İncelenen Değişkenler
Anderson, J. E., Aase, K., Bal, R., Bourrier, M., Braithwaite, J., Nakajima, K.,... Guise, V.	2020	BMJ Open	“Multilevel Influences on Resilient Healthcare in Six Countries: an International Comparative Study Protocol.”	Sağlıkta dayanıklılığın çok seviyeli etkilerini ekiplerin değişkenlik ve değişime uyum sağlama yeteneği üzerinden incelemektedir.
Rehman, K.u., Aslam, F. Kaitlo, Q.U.	2020	Journal on Innovation and Sustainability	“Impact of Employee’s Resilience on Organizational Resilience: Mediating Role of Compassion.”	Birey dayanıklılığı ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide merhametin aracı rolü olduğu tespit edilmiştir
Wiig, S., O’Hara, J. K.	2021	BMC Health Services Research.	“Resilient and Responsive Healthcare Services and Systems: Challenges and Opportunities in a Changing World.”	Küresel olarak dayanıklı sağlık hizmeti teorisi ve uygulamalarının sağlık alanındaki yerini açıklamaktadır.
Hillmann, J.	2021	Review of Managerial Science.	“Disciplines of Organizational Resilience: Contributions, Critiques, and Future Research Avenues.”	Örgütsel dayanıklılık kavramını şekillendiren disiplinleri incelemektedir.
Hillmann, J., Guenther, E.	2021	International Journal of Management Reviews.	“Organizational Resilience: a Valuable Construct for Management Research?”	Örgütsel dayanıklılık yapısının sistematik bir incelemesini sunmaktadır.
Fietz, B., Hillmann, J., Guenther, E.	2021	Schmalenbach Journal of Business Research.	“Cultural Effects on Organizational Resilience: Evidence from the NAFTA Region.”	Ulusal kültürün örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde, güç mesafesi, bireysellik, belirsizlikten kaçınma ve hoşgörü boyutlarının bir örgütün dayanıklılığı üzerinde doğrudan önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.
Gonçalves, L., Sala, R., Blas Navarro, J.B.	2021	International Archives of Occupational and Environmental Health.	“Resilience and Occupational Health of Health Care Workers: A Moderator Analysis of Organizational Resilience and Sociodemographic Attributes.”	Bireysel dayanıklılığın iş sağlığı göstergeleri ile önemli ölçüde ilişkili olduğu; bireysel dayanıklılığın iş tatmini üzerinde doğrudan bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.
Liang, F. Cao, J.	2021	Psychology Research and Behavior Management.	“Linking Employee Resilience with Organizational Resilience: The Roles of Coping Mechanism and Managerial Resilience.”	Çalışan dayanıklılığının örgütsel dayanıklılık ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
Santoro, G., Messeni-	2021	Small Business Economics.	“Searching For Resilience: The	Çalışan düzeyinde dayanıklılık boyutları ile girişimcilerin

Petruzzelli, A., Del Giudice, M.			Impact of Employee-Level And Entrepreneur-Level Resilience on Firm Performance in Small Family Firms.”	algılanan performansı arasındaki ilişkiyi ve girişimci dayanıklılığının düzenleyici rolünde girişimcinin bireysel dayanıklılığa karşı güçlü bir eğilimi olduğunda, çalışan düzeyindeki dayanıklılığın boyutlarının performansı olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.
Tam, C. C., Sun, S., Yang, X., Li, X., Zhou, Y., Shen, Z.	2021	AIDS and Behavior.	“Psychological Distress Among HIV Healthcare Providers During the COVID-19 Pandemic In China: Mediating Roles of Institutional Support and Resilience.”	Örgütsel destek ve dayanıklılığın, COVID-19 stresörleri ile psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği tespit edilmiştir.
Tortorella, G. L., Fogliatto, F. S., Saurin, T. A., Tonetto, L. M., McFarlane, D.,	2021	Technovation	“Contributions of Healthcare 4.0 Digital Applications to the Resilience of Healthcare Organizations during The COVID-19 Outbreak.”	Yeni dijital uygulamaların benimsenmesi (yani, H4.0 uygulaması) ile COVID-19 küresel salgını gibi yıkıcı olaylarla karşı karşıya kalan sağlık kurumlarının dayanıklılığı arasında olumlu bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.
Orth, D., Schuldis, P. M.	2021	The Learning Organization.	“Organizational Learning and Unlearning Capabilities for Resilience During COVID-19.”	Örgütsel öğrenmenin dayanıklılık üzerindeki olumlu etkisini desteklerken, öğrenmemenin bu ilişki üzerindeki varsayımsal düzenleyici etkiyi reddettiği tespit edilmiştir.

Dayanıklılık ile ilgili literatür incelendiğinde dayanıklılık kavramının anlamında da kapsamında da bir değişim ortaya çıktığı ile karşılaşmıştır. Dayanıklılık kavramı önceki çalışmalarda başa çıkma, sağ kalım, eski forma geri dönme olarak ele alınmakta iken sonraki çalışmalarda kavram yalnızca başa çıkma, sağ kalım, eski forma geri dönme değil; aynı zamanda tecrübeden öğrenme, geleceğe yönelik stratejik kararlar almada hazır hale gelme ve gelişme anlamı da kazanmıştır. Diğer taraftan dayanıklılık yalnızca bireylerin dayanıklılığı, psikolojik olarak iyi oluş olarak görülmekte zamanla ekibin, örgütün, çevrenin, ülkenin ve dünyanın dayanıklılığı ile ilişkilendirilmiştir. Örneğin sağlık hizmetlerindeki dayanıklılığın ne kadar önemli olduğunu tüm dünyanın karşı karşıya kaldığı COVID-19 küresel salgını süreci ortaya çıkarmıştır. Bu süreçle birlikte hem sağlık örgütlerinin hem de sağlık hizmetlerinin dayanıklılığı ile ilgili çalışmalarda oldukça hızlı bir şekilde artış olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın değişkenleri hakkında literatürdeki değişimi gösterir kuramsal çerçeve çizildikten sonra bir sonraki başlık altında araştırma modeli ile ilgili değişkenlerin ilişkilerine yönelik literatüre yer verilmiştir.

4. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Araştırmada hastane hasta güvenliği kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde etkisinde meslekler arası ekip iş birliği ile çatışma yönetim tarzlarının aracı rolü araştırılmıştır. Öncelikle kavramlarla ilgili literatürde yer alan belli başlı araştırmalar incelenmiş, son dönem literatür üzerinde durulmuş ardından bu araştırmada test edilecek hipotezler ortaya çıkarılmıştır.

4.1. Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık

Örgütsel dayanıklılığı etkileyen faktörler arasında yönetim süreçleri, teminat yolları ve artıklık, liderlik uygulamaları, maddi kaynaklar, örgüt kültürü, hazırlık ve planlama, sosyal ağlar ve iş birliği, bilgi yönetimi, beşerî sermaye değişkenler bulunmaktadır (Barasa vd. 2018). Güvenlik kültürü dayanıklılığa ulaşmada bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Güvenlik kültürünün sağlık örgütlerindeki karşılığı hasta güvenlik kültürü olarak görülmektedir (Kilcullen vd. 2022). Hasta güvenliği kültürü aracılığıyla, tıbbi hata veya istenmeyen olaylarda iyileşme sağlanabileceğini, “dayanıklılık kültürü” yaratılabileceği (Bouaziz, Hachicha 2018) iddia edilmekte; güçlü bir hasta güvenlik kültürünün sağlık sistemi dayanıklılığına yönelik kanıtlar sunulmaktadır (Patient Safety Movement 2022; Slawomirski, Klazinga 2020).

Hastane hasta güvenliği kültürü ve örgütsel dayanıklılık ilişkisi ile ilgili 2006-2021 yılları arasında yapılmış araştırmalar **Tablo 4.1’de** yer almaktadır.

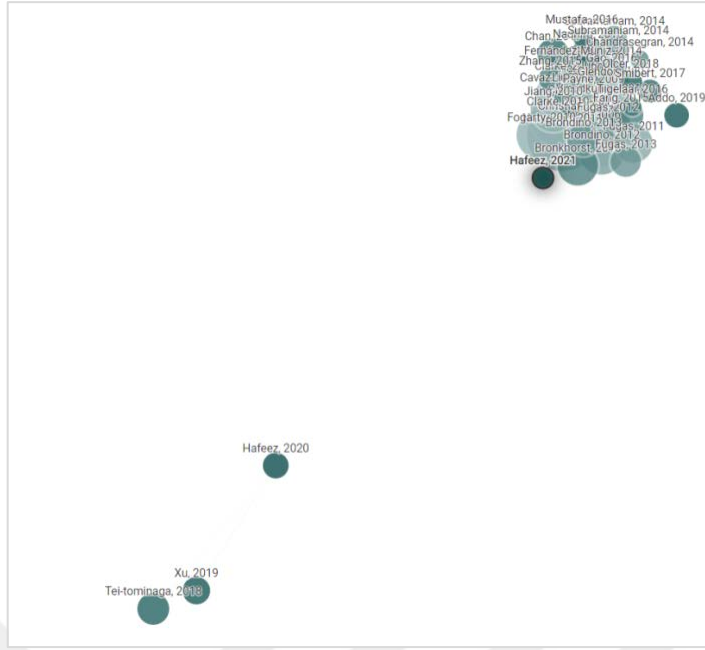
Tablo 4.1: Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmalar

Yayın Adı	Yazar	Yıl
“Organizational Resilience Process: Integrated Model of Safety Culture.”	Hira Hafeez, M. Abdullah, M. Zaheer, Qurratulain Ahsan	2021
“Prevention of Occupational Injuries and Accidents: a Social Capital Perspective.”	Hira Hafeez, M. Abdullah, Amir Riaz, Imran Shafique	2020
“A Contemporary Understanding of Nurses’ Workplace Social Capital: a Response to the Rapid Changes in The Nursing Workforce.”	Jiamin Xu, W. Kunaviktikul, T. Akkadechanunt, A. Nantsupawat, Azadeh T. Stark	2019
“Leadership In The Safety Sense: Where Does Perceived Organisational Support Fit?”	S. Addo, K. Dartey-Baah	2019
“Investigating the Relationships between Safety Climate and Safety Performance Indicators in Retrofitting Works.”	Evan A. Nadhim, C. Hon, Bo Xia, Ian Stewart, D. Fang	2018
“The Relationship Amongst Person-Organization Fit, Safety Consciousness, Safety Climate and Safety Behavior.”	Ferit Olcer, Cemal Durmuscelebi	2018

“The Influence of Supportive and Ethical Work Environments on Work-Related Accidents, Injuries, and Serious Psychological Distress among Hospital Nurses.”	Maki Tei-tominaga, M. Nakanishi	2018
“Is It Me or Is It You? Assessing the Influence of Individual and Organizational Factors on Safety Performance in the North American Railway Industry.”	Dylan Smibert, M. Fleming	2017
“Evaluating the Safety Climate of Ethnic Minority Construction Workers in Hong Kong.”	Albert P. C. Chan, A. Javed, Francis K. W. Wong, C. Hon, Sainan Lyu	2017
“Persepsi Pengemudi-Pengemudi Bus Ekspres Di Utara Semenanjung Malaysia Terhadap Kepatuhan Dan Partisipasi Keamanan.”	Munauwar Mustafa, Mohd Azril Ismail, U. A. Razak, Donny Abdul Latief Poespowidjojo	2016
“Multilevel Safety Climate and Safety Performance In The Construction Industry: Development and Validation of a Top-Down Mechanism.”	Ran Gao, A. Chan, Wahyudi P. Utama, Hafiz Zahoor	2016
“Predict to Prevent: How to Improve Workplace Safety?.”	Jellien Tigelaar	2016
“Safety Climate, Safety Behavior, and Worker Injuries in the Chinese Manufacturing Industry.”	Xinxia Liu, Guoxian Huang, Huiqiang Huang, Shuyu Wang, Ya-ni Xiao, Weiqing Chen	2015
“A Conceptual Study of Construction Workers' Safety Performance From Safety Climate and Social Exchange Perspectives.”	R. P. Zhang, R. Li	2015
“Impact of the Supervisor on Worker Safety Behavior in Construction Projects.”	D. Fang, Chunlin Wu, Haojie Wu	2015
“Behaving Safely under Pressure: The Effects of Job Demands, Resources, And Safety Climate on Employee Physical and Psychosocial Safety Behavior.”	B. Bronkhorst	2015
“Do Workplace Safety Practices Influence Safety compliance Behaviour? Evidence among Nurses In Malaysia.”	C. Subramaniam, F. Shamsudin, Lazim Bin Mohd Zin, H. M. Lazim	2014
“Do Workplace Safety Practices Influence Safety Compliance Behaviour? Evidence among Nurses in Malaysia.”	C. Subramaniam, F. Shamsudin, Md. Lazim Mohd. Zin, H. M. Lazim	2014
“Safety Leadership, Risk Management and Safety Performance in Spanish Firms	Beatriz Fernández-Muñiz, J. M. Montes-Peón, C. Vázquez-Ordás	2014
“Pengaruh Persepsi Keselamatan Kerja Ke Atas Prestasi Keselamatan: Kajian Ke Atas Pekerja Pembinaan Di Lok Yam Kung Enterprise Sdn. Bhd.”	Ganeson Chandrasegran	2014
“Relationships between Safety Climate and Safety Performance of Building Repair, Maintenance, Minor Alteration, and Addition (RMAA) Works.”	C. Hon, Albert P. C. Chan, M. Yam	2014
“Profiling Safety Behaviors: Exploration of the Sociocognitive Variables That Best Discriminate between Different Behavioral Patterns.”	C. Fugas, S. A. Silva, J. Meliá	2013
“Development and Validation of an Integrated Organizational Safety Climate Questionnaire with Multilevel Confirmatory Factor Analysis.”	M. Brondino, M. Pasini, S. A. Silva	2013
“Another Look at Safety Climate and Safety Behavior: Deepening The Cognitive and Social Mediator Mechanisms.”	C. Fugas, S. A. Silva, J. Meliá	2012
“Multilevel Approach To Organizational and Group Safety Climate and Safety Performance: Co-Workers as The Missing Link.”	M. Brondino, S. A. Silva, M. Pasini	2012

“The "Is" and The "Ought": How Do Perceived Social Norms Influence Safety Behaviors at Work?”	C. Fugas, J. Meliá, S. A. Silva	2011
“Safety Climate and Safety Behavior in the Passenger Ferry Context.”	Chin-Shan Lu, Chung-Shan Yang	2011
“Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes.”	J. Nahrgang, F. Morgeson, D. Hofmann	2011
“Safety Climate and the Theory of Planned Behavior: towards the Prediction of Unsafe Behavior.”	G. Fogarty, A. Shaw	2010
“Safety Management Practices and Safety Behaviour: Assessing the Mediating Role of Safety Knowledge and Motivation.”	M. Vinodkumar, M. Bhasi	2010
“Perceived Colleagues' Safety Knowledge/Behavior and Safety Performance: Safety Climate as a Moderator in a Multilevel Study.”	Li Jiang, Guangtao Yu, Yongjuan Li, Feng Li	2010
“An Integrative Model of Safety Climate: Linking Psychological Climate And Work Attitudes to Individual Safety Outcomes Using Meta-Analysis.”	S. Clarke	2010
“Safety Climate and Injuries: an Examination of Theoretical and Empirical Relationships.”	Jeremy M Beus, S. Payne, M. Bergman, W. Arthur	2010
“Workplace Safety: A Meta-Analysis of the Roles of Person and Situation Factors.”	Michal Christian, Jill C. Bradley, J. C. Wallace, M. Burke	2009
“Effects of Safety Climate on Safety Norm Violations: Exploring The Mediating Role of Attitudinal Ambivalence Toward Personal Protective Equipment.”	N. Cavazza, A. Serpe	2009
“Safety Climate: Leading or Lagging Indicator of Safety Outcomes?”	S. Payne, M. Bergman, Jeremy M Beus, J. M. Rodriguez, Jaime B. Henning	2009
“A Short Scale for Measuring Safety Climate	Susan E. Hahn, L. Murphy	2008
“Safety Climate in Australian Railways.”	I. Glendon, Bronwyn Evans	2007
“The Relationship between Safety Climate and Safety Performance: a Meta-Analytic Review.”	S. Clarke	2006
“A Study of the Lagged Relationships Among Safety Climate, Safety Motivation, Safety Behavior, and Accidents at the Individual and Group Levels.”	A. Neal, M. Griffin	2006
“Contrasting Perceptual, Attitudinal and Dispositional Approaches to Accident Involvement in the Workplace.”	S. Clarke	2006

Hastane hasta güvenliği kültürü ve örgütsel dayanıklılık ilişkisi ile ilgili Connected Papers programı kullanılarak oluşturulan yukarıda yer alan araştırmaların etkileşimleri **Şekil 4.1’de** görülmektedir. Hastane hasta güvenliği kültürü ve örgütsel dayanıklılık ilişkisi ile ilgili son yıllarda ağırlık kazandığı görülmektedir.



Şekil 4.1: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri

COVID-19 küresel salgını, acil durumlarda güvenli ve etkili sağlık bakım ortamlarını sürdürmek için hasta güvenliği kültürünün önemini göstermiştir. Son çalışmalara bakıldığında; daha pozitif hasta güvenliği kültürüne sahip sağlık sistemleri, COVID-19 küresel salgını sırasında yaşananlar gibi değişen koşullara uyarlanabilmekte ve daha dayanıklı olarak daha iyi hasta ve personel sonuçları elde edebildiği tespiti edilmiştir (de Bienassis, Klazinga 2022). Hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesi, ülkeler COVID-19 küresel salgını bağlantılı yeni güvenlik endişeleriyle karşı karşıya kaldıkça önemi artan bir hedef olan sağlık hizmeti kalitesini ve güvenliğini iyileştirmeye çalıştıkları için OECD ülkeleri için önemli bir öncelik haline gelmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022; de Bienassis vd. 2020). Sonuç olarak, hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

H_{1a}: Hastane hasta güvenliği kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

4.2. Hasta Güvenliği Kültürü ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği

Güvenlik kültürü sergilenen ekip çalışması ve iş birliği davranışlarını etkilemektedir (Bisbey vd. 2021). Bu süreçte güvenliğe katılımın ve uyumun iş birliği ile ortaya çıktığını ifade edilmektedir. Güçlü bir hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, performans iyileştirme ve hasta

güvenliğinin ortak bir değer ve ortak bir hedef olduğu, iş birliğine dayalı, güvenli bir ortam yaratmak anlamına gelmektedir (de Bienassis vd. 2020).

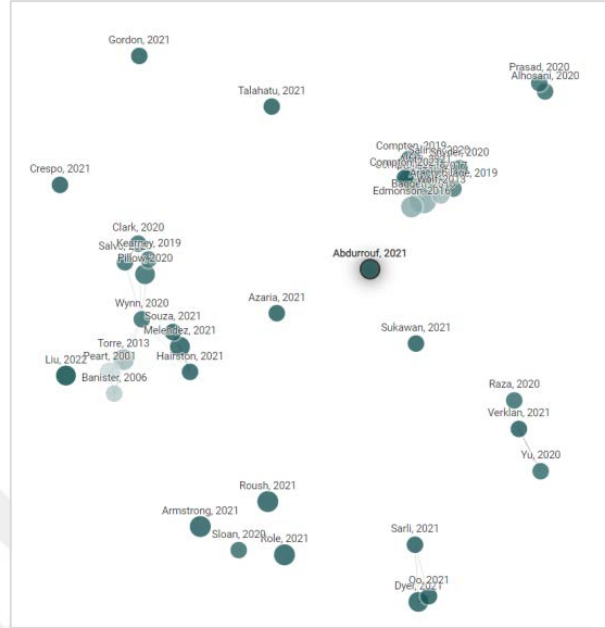
Hasta güvenliği kültürü ve meslekler arası ekip iş birliği ile ilgili 2006-2021 yılları arasında yapılmış araştırmalar **Tablo 4.2’de** yer almaktadır.

Tablo 4.2: Hasta Güvenliği Kültürü ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmalar

Yayın Adı	Yazar	Yıl
“Interprofessional Collaboration Improves Patient Safety: A Review.”	M. Abdurrouf, Moses Glorino Rumambo Pandin	2021
“Postpartum Depression Education and Screening in a Hospital Setting.”	A. Snyder	2020
“Do Caring Behaviors in the Quality Caring Model Promote The Human Emotion of Feeling Cared for in Hospitalized Stroke Patients and Their Families?”	Maricel Salinas, Niecel Salinas, J. Duffy, J. Davidson	2020
“Literature Review : Peran Lembar Catatan Perkembangan Terintegrasi (CPPT) dalam Meningkatkan Komunikasi Efektif pada Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional di Rumah Sakit.”	Ari Sukawan, Lilik Meilany, Asyahlia Nur Rahma	2021
“SARS-CoV-2 docet.”	L. Sarli	2021
“Using Virtual Standardized Patients in Behavioral Health Interprofessional Education.”	Stephanie T Wynn	2020
“Patient Safety and Quality Care in the NICU.”	M. T. Verklan	2021
“Effects of Mindfulness Meditation on Doctors’ Mindfulness, Patient Safety Culture, Patient Safety Competency and Adverse Event.”	Chao Liu, Hao Chen, Xinyi Cao, Yini Sun, C. Liu, K.W.K. Wu, Yuelin Liang, Szu-Erh Hsu, Ding-Hau Huang, W. Chiou	2022
“Indirect Effects Faktor Peran pada Implementasi Patient Center Care terhadap Pelaksanaan Patient Safety.”	Olivia Talahatu, Muhammad Hadi, Suhendar Sulaiman	2021
“Readiness Analysis Patient Centered Care (PCC) in Child Department.”	Dea Amantha Azaria, E. Rosa	2021
“Inpatient Staffing Dashboard.”	Jethrone Role, Hong Chao, Catherine Rosario, Phillip Ho, Marie Hodgkins	2021
“Perceptions of Caring Behaviours: A Comparison of Surgical Oncology Nurses and Patients.”	Emily K Compton, Karen Gildemeyer, R. Reich, Tina M. Mason	2019
“Nurses’ Caring Behaviors.”	Emily K Compton, Karen Gildemeyer, Tina M. Mason, Susan R. Hartranft, S. Sutton	2018
“The Perception of Patients with Cancer at the Time of Discharge after Surgery.”	Emily K Compton, Karen Gildemeyer, Tina M. Mason, Susan R. Hartranft, S. Sutton	2021
“Nurse Caring and Patient Outcomes, Programs, and Variables	Z. Wolf	2013
“Improving Nurse Engagement Through Unit Practice Councils: A Literature Review.”	P. Sloan	2020
“Code Lavender: Cultivating Intentional Acts of Kindness in Response to Stressful Work Situations.”	J. Davidson, Patricia L. Graham, Lori P. Montross-Thomas, W. Norcross, Giovanna Zerbi	2017
“Pengaruh Penerapan Pelayanan Prima “Duta We Care” (Customer Service Mobile Nursing) Terhadap Caring Perawat Di Irna Non Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang.”	Alfitri Alfitri, Farida Kurnati, Andika Maharani, Yandrita Yandrita	2021
“Exploring the Human Emotion of Feeling Cared for in the	M. Baggett, L. Giambattista,	2016

Workplace.”	Linda Lobbestael, Judith Pfeiffer, C. Madani, R. Modir, Maria Magdalena Zamora-Flyr, J. Davidson	
“What can Data Mining Tell Us about Patient Safety? Using Linear Discriminant Analysis to Identify Characteristics Associated with Positive Safety Rating in London NHS Organisations.”	R. Crespo, A. Neves, M. Alagha, M. Leis, K. Flott, Owen Bray, G. Fontana, Jess Peck, Vicky Aldred, A. Darzi	2021
“The Future of Stroke Services: Wellbeing and Teamworking.”	C. Gordon	2021
“Triggering Factors for Compassion Fatigue among Nurses and Nursing Interventions for Higher Compassion Satisfaction.”	Singappuli Arachchilage, Tyronne Jayanath Premasiri	2019
“Contemporary Engagement Strategies for Nurse Leaders.”	Lori Armstrong, Pamela Spivey, Michelle Doran	2021
“Lean Six Sigma Solutions for Quality Improvement in Healthcare Sector: a Systematic Review.”	Akshay Prasad, Akshay Kurup, J. K, G. Abhisek, A. Samanta, G. Varaprasad	2020
“The impact of COVID-19 on The United States of America	E. Melendez	2021
“Factors Associated with Patient Safety in Neonatal Intensive Care Units: A Multicenter Study Using Ordinal Logistic Regression.”	Mi Yu, C. Park	2020
“Nurse Leaders as Disruptive Innovators in Cardiopulmonary Resuscitation Competency.”	C. Edmonson, Alex Klacman, Josh Tippy	2016
“Developing an Internship Program to Support Nursing Student Transition to Clinical Setting.”	Kelli Roush, Angela G Opsahl, Melora D. Ferren	2021
“Using a Resuscitation-Based Simulation Activity to Create an Interprofessional Education Activity for Medical, Nursing, and Pharmacy Students.”	M. Pillow, C. Hatfield, R. Aulbach, R. D. Stritto, P. Landrum, S. Scheller, J. Purkiss, Anne C. Gill	2020
“Validation of Educational Technology for the Prevention and Control of Contact-Borne Infections.”	N. P. Souza, P. C. Almeida, R. E. Carvalho, M. L. D. Pereira	2021
“Effect of Educational Intervention on Implementation of Neonatal Safety Standards.”	S. Raza, Mohamed M. Sheta, S. Gad, Nermine N. El-Maraghy, A. Hussein, S. Sahnoud, Abeer I. Al-Khalafawi	2020
“Reduction of Training Preparation time for Employees using Lean Six Sigma Methodology	Sahar Mohamed Alhosani, M. Tariq	2020
“Technology Training for Teacher Education in Jamaica.”	Moses Peart, Caryl J. Sheffield	2001
“O30 Navigating Power and Sexuality with Simulated Participants.”	Grainne P. Kearney, G. Gormley, D. Wilson, Jennifer L. Johnston	2019
“The Impact of a Pandemic on Historically Black College/University Educators.”	Kimetta R. Hairston	2021
“Instructional Predictors of Students' Technology Standards.”	Jennifer M. Dela Torre	2013
“Introduction – The Evolution of This Book.”	Lou Clark, G. Gliva-McConvey, Catherine F. Nicholas	2020
“The Standardized/Simulated Patient Methodology Around the World (Part II) Implementing the Standardized Patient Methodology at the University of Chile.”	Claudia Arancibia Salvo, Sergio Bozzo Navarrete	2020
“Making the Transition From High School to College: Do Teacher Candidates Possess Skills for Technology Integration?”	S. Banister, Cindy Ross	2006
“Collaborations to Promote Inclusive and Special Education in Myanmar.”	Zun Wai Oo, N. Kawai	2021
“Myanmar Coup Regime Targets Striking Doctors with Bullets, Arrests, and Erasures.”	O. Dyer	2021

Hastane hasta güvenliği kültürü ve meslekler arası iş birliği ile ilgili Connected Papers programı kullanılarak oluşturulan yukarıda yer alan araştırmaların etkileşimleri **Şekil 4.2**'de görülmektedir.



Şekil 4.2: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri

Son çalışmalara bakıldığında; hasta güvenliği kültürü etkin iş birliği aracılığıyla dayanıklı bir örgüt oluşmasını desteklediği görülmektedir. Vatn, Dahl'a göre (2021) meslekler arası iş birliğinin, önümüzdeki yıllarda hasta güvenliğini artırmaya yardımcı olabilecek ana faktörlerden biri olarak görülmektedir. Güçlü bir hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, performans iyileştirme ve hasta güvenliğinin ortak bir değer ve ortak bir hedef olduğu, iş birliğine dayalı, güvenli bir ortam yaratmak anlamına gelmektedir (de Bienassis vd. 2020). Dayanıklılık mühendisliği temelinde olan Güvenlik-II yaklaşımı, değişen talepleri karşılamak ve rahatsızlık ve sürprizlerle başa çıkmak için dinamik değiş tokuşlar yapma ve performansı uyum sağlama/ adapte olma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Fairbanks vd. 2014; Hollnagel 2014b; Hollnagel 2014a; Sujana, vd. 2017: 116). Sonuç olarak, hasta güvenlik kültürü ve meslekler arası iş birliği arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

H_{1b}: Hasta güvenliği kültürünün meslekler arası iş birliği üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

4.3. Meslekler Arası İş Birliği ve Örgütsel Dayanıklılık

Örgütsel dayanıklılık yönetimi farklı boyutların bütünleşmesiyle oluşmaktadır. Bütün örgütlere uygulanabilen, örgütlerin nasıl dayanıklı hale gelebileceğini içeren risk temelli bir yönetim sistemi, iş birliği gerektiren bir süreçtir (Çoban Kumbalı 2018: 76). Örgütsel dayanıklılık yönetiminde; ancak disiplinler arası, çapraz işlevli bir yaklaşım sayesinde örgütün amaçlarına ulaşması sağlanabilmektedir (Leflar, Siegel 2013: 11-13). Ekip çalışması ve iş birliği, sağlık sektöründe dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmede bir faktör olarak kabul edilmektedir (Anderson vd. 2020; Iflaife vd. 2020: 2).

Meslekler arası iş birliği ve örgütsel dayanıklılık ile ilgili 2004-2022 yılları arasında yapılmış araştırmalar **Tablo 4.3’de** yer almaktadır.

Tablo 4.3: Meslekler Arası İş Birliği ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmalar

Yayın Adı	Yazar	Yıl
“Literatur Review: Aplikasi Model Health Care System Dalam Interprofessional Collaboration Pada Penanganan Gizi Buruk.”	Risnah Risnah, Musdalifah Mukhtar, Muhammad Irwan	2021
“Effect of Profession Collaboration Training to Malnutrition Knowledge Among Health Worker in South Sulawesi, Indonesia.”	Risnah, V. Hadju, I. Maria, Werna Nontji, Imam Sofingi, Yurniati.	2018
“Aile Hekimlerinin Toplum Eczacılarının Mesleki Görev ve Sorumlulukları Hakkındaki Görüşleri.”	M. Uzun, Hatice Solmaz, Gülbin Özçelikay	2021
“Penyuluhan Kesehatan Berpengaruh Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Stunting.”	Irwan Muhammad, Risnah Risnah	2021
“Interprofessional Collaborative Care Educational Program for Nurses.”	L. McEwen	2017
“Faculty of Health Sciences: an Opportunity for the Implementation of Interprofessional Education.”	S. Yusuf	2017
“Interprofessional Education and Practice in Community Empowerment Insights for Nursing Profession: a Scoping Review.”	S. Wibawa, Ade Sutrimo	2021
“Interprofessional Practice and Collaboration”	V. Hines-Martin	2020
“Looking ahead: The State and Future of the Canadian Journal of Respiratory Therapy.”	Sorge Justin	2018
“Górnośląsko-Zagłębiowska Metropolia jako innowacja w samorządzie terytorialnym. Szanse i wyzwania pierwszego w Polsce związku metropolitalnego.”	R. Pyka	2018
“Redes de colaboração em pesquisa e intercâmbio de conhecimento científico.”	Edivaldo Herculano Corrêa de Oliveira	2018
“Analysis of the Implementation of Effective Communication on Interprofessional Collaboration in the Inpatient Installation of Hasanuddin University Hospital.”	Mona Kusuma Hapsari, Fridawaty Rivai, Yahya Thamrin, Syahrir Pasinringi, Irwandy Irwandy, Herlina Hamzah	2022
“Does mode matter? Perception of student competence following an IPE communication experience.”	Eric Sherman, Karen Berg, Denise Cooper, Robert Gustitus, C. Tiernan	2020
“To Collaborate or Not: That Is the Question.”	Harish P. Jagannath	2013
“What Is Needed to Make Collaboration Work?”	R. Debski, G. Ferrer	2019
“Interprofessional collaboration between different health care professions in Emilia Romagna.”	Marco Carradore, Enrica Micheli, Ingrid Caretta, S. Carpi, L. Corradini, Silvia Ganapini, Francesco Lumetta,	2021

	Giulia Paterlini, Emily Pedroni, Alessandra Russo, L. Sarli, G. Artioli	
“Design Thinking: How to Thrive in a VUCA World.”	Fred T. Krawchuk	2018
“Interprofessional Collaboration and Interprofessional Education.”	Gardner, Cpnnp, R. Márcia	2015
“An Assessment of Collaborative Governance in Networking for Contents Tourism.”	S. Ishida	2021
“Translating Interprofessional Collaboration Competencies to an International Research Team.”	Ng Cheuk (Tweety), S. Johansen, S. Morassaei, D. Erler, C. Gunn, L. D'alimonte, Elizabeth McLaney, L. Di Prospero	2021
“Participation in an Interprofessional Health Fair: Student Perceptions of Teamwork and the Role of Faculty.”	N. Roofe, Chad Lairamore, K. McCullough	2015
“Introducing and Evaluating Intraprofessional Team-Based Care Delivery in a Dental School Clinic: A Pilot Study.”	Hiwet Ephrem, Karl Self, Christine M Blue	2018
“Perceptions, Expectations and Barriers of Physicians towards Working with Clinical Pharmacists in Saudi Arabia.”	S. Almazrou, L. Alnaim, H. Alkofide	2015
“A Model to Inform Community Pharmacy's Collaboration in Outpatient Care.”	Megan G. Smith, S. Ferreri	2016
“Advanced Practice Nurses Leading the Way: Interprofessional Collaboration.”	Jennifer W Goldsberry	2018
“A Study on the Case about Types of Social Enterprise Governance.”	Chon Young Ok	2013
“Crossing Boundaries to Advance Nursing Research Education.”	S. Cronin, Jill Berger, D. Nelson, C. Romp, Reetta Stikes, G. Wishnia	2019
“Trends of Maternal Health Services Implementation in Indonesia (Data Analysis Susenas 2001, 2004 and 2007)”	I. Dharmayanti, Yudi Kristanto, D. Hapsari, N. A. Makruf	2014
“Vantage point - Learn by reflecting.”	Ada ter Maten-Speksnijder	2014
“Description of Eat Pattern and Relationship Between Nutrition Status With Basic Consumption levels in Children of School (Study Case Settlement Gundih, District Bubutan, Surabaya City).”	Miranti Widiayunita, Sulistyo Emantoko Dwi Putra	2020
“Interprofessional education: considering long-term outcomes in course design.”	Courtney A Simpkins	2021
“Nutritional Status in Children with Cerebral Palsy: figuring out Feeding	E. Molyneux	2018
“Making IPE Work: Idea to Actualization.”	Kimberly A. Udlis	2015
“Navigating Relationships: Nursing Teamwork in the Care of Older Adults.”	S. Dahlke, Mary T. Fox	2015
“Pflegeexpertinnen APN und Medizinische Praxiskoordinatorinnen in der Hausarztpraxis.”	S. Gysin, Muriel Odermatt, Christoph Merlo, S. Essig	2020
“Only collective action will end undernutrition.”	Anna Taylor, A. Dangour, K. Reddy	2013
“Training Needs of Rural Mothers in Nutrition, Health and Environmental Sanitation in Different Agro-climatic Regions of Punjab.”	K. Grover, I. Singh	2004
“Relationship of Child Individual Factors with Stunting Incidence in Children Aged 24-36 Months at Serdang Bedagai District.”	Ramadhani Nainggolan, Evawany Y. Aritonang, Etti Sudaryati	2020
“A Study of Nutrition and The Nutritional Status of Servicemen, Assessed on The Basis of Anthropometric Indicators.”	P. Glushkov	2017
“Perceptions, Experiences and Expectations of Physicians Regarding the Role of the Pharmacist in an Iraqi Hospital Setting.”	S. Hamadi, M. Mohammed, Kawa F Dizaye, I. Basheti	2015

Son alışmalara bakıldığında; örgütsel dayanıklılık bir örgütün hedeflerine ulaşma riskini yönetmesini ve kullanmasını sağlamak, adaptasyon kapasitesini geliştirmek için çok disiplinli bir sistem yaklaşımı, işbirlikçi bir süreçtir. Örgütün amaçlarına ulaşması için disiplinler arası, çapraz bir yaklaşım izlenenerek örgütsel dayanıklılığın yönetilmesi gerektiğini belirtmiştir (Leflar, Siegel 2013: 13). Örgütsel dayanıklılık, statik değil dinamik olan karmaşık bir yapıdan oluşan mikro, mezo, makro ve çapraz yelpazede değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Bu sebeple i ve dış etki faktörlerini dikkate almak ve zaman içinde dayanıklılığın karmaşıklıklarını yakalayabilmek gerekmektedir (Quendler 2017). oban Kumbalı (2018) rgtsel dayanıklılık yönetiminin iş birliği gerektiren bir süreç, risk temelli bir yönetim sistemi olduğunu belirtmiştir. Berg, Aase (2019) ekip düzeyindeki dayanıklılık özelliklerini, rakip hedefler arasındaki değiş tokuşları yönetmek, uzmanlar arasında iş birliği ve kolektif anlamlandırma olarak belirtmiştir. İş birliğinin ekip etkinliği modelinde aracı süreçler arasında yer aldığı göz önüne bulundurularak, meslekler arası iş birliği ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

H_{1c}: Meslekler arası ekip iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Sağlık uzmanları, performans deneyimlerine, uzmanlıklarına ve durumun belirli özelliklerine bağlı olarak (Braithwaite vd. 2017a) kendi aralarındaki dinamik değiş tokuşlar fikir alışverişleri aracılığıyla günlük başarılarını sağlamaktadır. Bu tür gerekli performans düzenlemeleri örgütsel dayanıklılığa katkıda bulunmaktadır (Fairbanks vd. 2014). Hafeez ve diğerleri (2021) bütünleşik örgütsel dayanıklılık süreci modeli olarak güvenlik kültürünün olumsuz güvenlik sonuçlarını etkileme potansiyelinde güvenlik uyumu ve güvenlik katılımının aracılığı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Mathieu (2018) ekip etkinliği modelinde örgütsel dayanıklılık için meslekler arası iş birliğinin aracı faktörler boyutunda yer aldığını ortaya çıkarmıştır. Ayrıca Salas ve diğerleri (2017) IMOI ekip etkinliği modeli ve Rosen ve diğerleri (2019) MTS ekip etkinliği modelinde de meslekler arası iş birliğinin araçlar arasında yer aldığı görülmektedir. Bu kapsamda hasta güvenliği kültürü etkin iş birliği aracılığıyla dayanıklı bir örgüt oluşmasını destekleyecektir. Bu nedenle meslekler arası iş birliğinin aracı rolünün test edilmesi amacıyla aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

Hastane hasta güvenliği kültürü ve örgütsel dayanıklılık ile alakalı; meslekler arası iş birliğiyle ilgili literatürde yer alan araştırmalardan elde edilen bulgular çerçevesinde bu araştırmada test edilmek üzere **H₁** hipotezi belirlenmiştir:

H₁: *Hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.*

4.4. Hasta Güvenliği Kültürü ve Çatışma Yönetim Tarzları

Hekimler, hemşireler gibi hasta ile doğrudan temas eden sağlık profesyonelleri, çatışmaya eğilimli karmaşık ve stresli ortamlarda çalışmaktadır (Alshammari, Dayrit 2017: 46). Sağlık profesyonelleri arasındaki çatışmanın, sağlık hizmeti ekiplerinde, ele alınmazsa hasta bakımının kalitesi ve güvenliği üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Manser 2009). Edmondson (1999) cezalandırıcı olmayan, kapsayıcı ve duygusal olarak destekleyici davranışların örgüt kültürünü ve kalite iyileştirme çabalarını geliştirebileceğini göstermiştir. Bu sebeple çatışmayı etkileyecek olan kültür oldukça önemlidir. Hasta güvenliği kültürü uygun çatışma yönetim tarzının destekleyecektir.

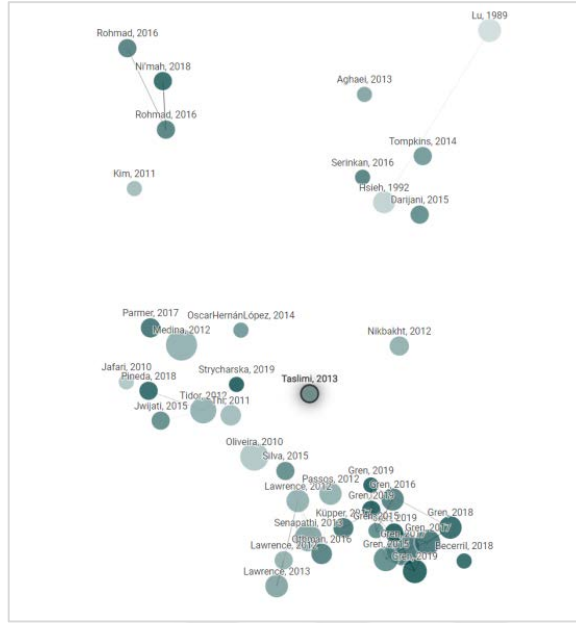
Hasta güvenlik kültürü ve çatışma yönetim tarzları ilişkisi ile ilgili 2006-2021 yılları arasında yapılmış araştırmalar **Tablo 4.4'de** yer almaktadır.

Tablo 4.4: Hasta Güvenliği Kültürü ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi İle İlgili Araştırmalar

Yayın Adı	Yazar	Yıl
“Analysis of the Impact of Organizational Culture on the Selection of Conflict Management Style Case Study: Shiraz Social Security Organization.”	Mohammad Saeid Taslimi, Sayyed Mohsen Allameh, Fatemeh Ezadi, Sayyed Mohammad Reza Davoodi	2013
“Diagnosing Organizational Culture for SME Performance.”	Adriana Tidor, Cristian Gelmereanu, P. Baru, L. Morar	2012
“Agile Process Consultation - An Applied Psychology Approach to Agility	Lucas Gren	2019
“Current status of DSS use in Taiwan.”	Ching-Cha Hsieh, Ming-te Lu, Chien-chun Pan	1992
“Explaining and Comparing the Relation between Financial Markets Development and Economic Growth in the Middle East Countries.”	A. Darijani, Siavash Rezaei, H. Soltani	2015
“Conflict Management of Water in Tourism Area in Indonesia	Zaini Rohmad, A. Probohudono, W. Wardoyo, Agung Wibowo	2016
“The Interpretation and Legitimization of Values in Agile's Organizing Vision.”	C. Lawrence, Pilar Rodríguez	2012
“Organizational Culture of Privatized Firms and State-Owned Enterprises in Vietnam.”	Q. Thi	2011
“The Systems Approach to Change and the Agile Software Development Context.”	Lucas Gren	2019
“Organizational Culture and Success in SPI Initiatives.”	Odette Mestrinho Passos, A. Dias-Neto, R. Barreto	2012
“Public-Private Partnership untuk Meningkatkan Pertumbuhan Ekonomi Sektor Pariwisata di Wilayah Kedungsepur.”	Izzatun Ni'mah, F. Fafurida	2018
“Assessment of Organizational Culture in the Selected Travel Agencies in the Sultanate of Oman.”	Aaron Paul M. Pineda, Marilou A. Maderazo	2018
“Using the Work and Organizational Psychology Perspective in Research on Agile Software Development Teams.”	Lucas Gren	2015
“Management Styles as Element of Shaping Company Organizational Culture.”	D. Strycharska, M. Ogórek	2019
“The Importance of Conflict Resolution Techniques in Autonomous Agile Teams.”	Lucas Gren, Per Lenberg	2018
“Incidencia del fundador en la creación de la cultura organizacional y su impacto en la sostenibilidad de una empresa familiar.”	M. OscarHernánLópez, A. Trujillo	2014
“Implantação De Sistemas De Gestão Ambiental ISO 14001: Uma Contribuição Da Área De Gestão De Pessoas.”	Otávio José de Oliveira, Camila Roberta Muniz Serra Pinheiro	2010
“Water Tourism Conflict Resolution Through Good Governance (Story From Indonesia).”	Zaini Rohmad, A. Probohudono, W. Wardoyo, Agung Wibowo	2016
Exploring the Impact of Organizational Culture on Performance Management.”	Ihssan Jwijati, U. Bititci	2015
“Group Development and Group Maturity when Building Agile Teams: A Qualitative and Quantitative Investigation at Eight Large Companies.”	Lucas Gren, R. Torkar, R. Feldt	2017
“Useful Statistical Methods for Human Factors Research in Software Engineering: A Discussion on Validation with Quantitative Data.”	Lucas Gren, A. Goldman	2016
“Cultural Challenges in Information Systems Innovation: The Need for Differentiation Studies.”	C. Lawrence, M. Oivo	2012
The Relationship of Cultural Orientation and Conflict	Ho-jung Kim	2011

Management Behavior.”		
“The Links Between Agile Practices, Interpersonal Conflict, and Perceived Productivity.”	Lucas Gren	2017
“Organizational Culture and the Acceptance of Agile Methodology.”	Hanen Ben Othman, Mahmoud Zouaoui, M. Hamdoun	2016
“Group Maturity and Agility, Are They Connected? -- A Survey Study	Lucas Gren, R. Torkar, R. Feldt	2015
“Trying to Increase the Mature Use of Agile Practices by Group Development Psychology Training - An Experiment.”	Lucas Gren, A. Goldman	2019
“Is There a Blueprint for Building an Agile Culture?”	Steffen Küpper, M. Kuhrmann, Matthias Wiatrok, U. Andelfinger, A. Rausch	2017
“Implementing Decision Support Systems in Developing Countries.”	Ming-te Lu, Ching-Cha Hsieh, Chien-chun Pan	1989
“A Holistic Narrative of Culture's Mediation of Information Systems Innovation: A Qualitative Meta-Synthesis.”	C. Lawrence	2013
“Africa's Oil Coast: How the Region's Strategic Importance May Cause Operational Challenges for AFRICOM as Currently Constructed.”	T. M. Tompkins	2014
“Fitness between Typology of Organizational Power, Cultures and Persons' Needs in Organization.”	M. Aghaei, Javad Ghorbany, Hamidreza Ghasemi Banabari, Amin Asadollahi	2013
“A Study to Measure the Impact of Organizational Culture and Organizational Excellence.”	A. Nikbakht, Elham Nikbakht, Ali Soleimani Rad, M. Iravani	2012
“An Investigation of the Relationship between Leadership Behaviours and the Organizational Culture.”	C. Serinkan, M. Kızıloğlu	2016
“Influences of Organizational Culture in the Adoption of Agile Methodologies in Information Systems Development A Systematic Mapping [Influences of Organizational Culture in the Adoption of Agile Methodologies in Information Systems Development: A Systematic Mapping].”	G. Silva, Joao Paulo Amaral, P. Matsubara, V. V. G. Neto	2015
“Predictability Of Organizational Culture And Job Stress.”	S. Jafari, S. M. Yazdi, S. Hosseinian	2010
“Assessing the Agility of Teams within Mechatronic Product Development.”	L. Becerril, C. Hollauer, U. Lindemann	2018
“Agile ways of working: A team maturity perspective.”	Lucas Gren, A. Goldman, Christian Jacobsson	2019
“Relationships Between Philosophical Values and Conflict Management Styles.”	Lucinda L. Parmer	2017
“Job Satisfaction and Employee Turnover Intention: What does Organizational Culture Have To Do With It?”	E. Medina	2012
“Sustained Agile Usage: a Systematic Literature Review.”	Mali Senapathi, A. Srinivasan	2013

Hastane hasta güvenlik kültürü ve çatışma yönetim tarzları ilişkisi ilgili Connected Papers programı kullanılarak oluşturulan yukarıda yer alan araştırmaların etkileşimleri **Şekil 4.2’de** görülmektedir. Hastane hasta güvenliği kültürü ve çatışma yönetimi ilişkisi ile ilgili araştırmaların son yıllarda ağırlık kazandığı görülmektedir. Özellikle çatışma yönetim tarzlarının uyumlaştırma ve arabuluculuk yöntemleriyle pozitif öğrenme sağlamasına ve örgütsel dayanıklılık kazandırılmasına yönelik eğitim süreçlerine önem verilmektedir.



Şekil 4.4: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri

Taslimi ve diğerleri (2013) örgüt kültürünün çatışma yönetim tarzlarına etkisine yönelik bir araştırma yapmış ve araştırma bulgularına göre örgüt kültürünün çatışma yönetimi tarzı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bulmuştur. Bajwa diğerlerine göre (2020) göre çatışmaların kaynakları, sonuçları ve çatışma yönetim tarzları, çatışmanın meslek içi mi yoksa meslekler arası mı olduğuna bağlı olarak değişen derecelerde etkiye sahiptir. Wei ve diğerlerine göre (2022) hastaya verilen bakım kültürü ve ekibin güvenlik kültürü önemlidir. Böylece meslekler arası bakım kolaylaşacak ve engel olarak görülebilecek çatışmalar kolaylıkla yönetilebilecektir. Son yapılan çalışmalarda çatışma yönetimi tarzlarının olumlu kazanımını sağlayarak örgüt ve sağlık sistemi dayanıklılığı geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu sürece dayanıklılık kültürü kazanımı denilmekte ve ekip müdahale programı olarak kullanılmaktadır. Sonuç olarak, hasta güvenliği kültürü ve çatışma yönetim tarzı arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

H_{2b}: Hasta güvenliği kültürünün çatışma yönetim tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

4.5. Çatışma Yönetim Tarzları ve Örgütsel Dayanıklılık

Çatışma etkileşimin olduğunda var olan, davranışların bir sonucu, insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır (Turhan, Tiftik 2022: 183). Çatışma yönetimi, örgütte etkinliği arttırmak ve öğrenmek, çatışmanın işlev bozukluklarını en aza indirmek için çatışmanın yapıcı işlevlerini

geliştirmeyi ve makro düzeyde etkili stratejiler tasarlamayı içermektedir (Rahim 2002: 208). Çatışma yönetimi, örgüt içinde kabul edilebilir düzeyde çatışmanın sağlanmasını da kapsamaktadır. Aksi durumda örgütte yenilik ve değişim için gerekli itici güç oluşmayacaktır (Çağatay, Aslan 2020: 2301).

Sağlık örgütleri bir sistem olarak ele alındığında dayanıklılığı da farklı faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık kurumlarında örgütsel dayanıklılık birey, ekip ve örgüt düzey olmak üzere gerçekleşmektedir. Bu durumda birey düzeyinde çalışanların problem çözme stratejilerinden ve bireysel sağlık profesyonellerinin iletişimlerinden öğrenmesini sağlamak için iletişim yapıları geliştirilmektedir. Böylece birey dayanıklılığı ekip dayanıklılığını sağlamakta ekip dayanıklılığı da sağlık kurumunun örgütsel dayanıklılığını oluşturmaktadır (Rangachari, Woods 2020). Dayanıklılık ve farklı sistem düzeylerindeki zorluklara ve değişikliklere uyum sağlama ve bunlara yanıt verme kapasitesi, sistemleri ve hizmetlerinin kritik işlevleri sürdürmesi ve değişen koşullarda yüksek kaliteli bakım hizmetleri sunması için esas olarak görülmektedir (Wiig vd. 2020). Çatışmalar da belirsiz durumlar olarak görülebilmektedir. Ancak önemli olan doğru yönetim tarzıyla uyumlaştırılarak örgüte yararlı hale getirilmesidir.

Dayanıklı örgüt belirsiz bir ortamda eski haline dönmekten daha fazlasını yapabilmektedir (Sujan 2018: 662). Örgütsel dayanıklılığın ikinci yönünün, bir kurumun zorluklarla birlikte büyüyebileceği ve örgütün çevresel değişimlere cevaben daha fazla dönüşeceği fikrine odaklanmakta olduğu düşünüldüğünde bu bakış açısının da Güvenlik-II yaklaşımıyla eşdeğer tabanda bulunduğu söylenebilmektedir. Güvenlik-II ve pozitif sapma gibi kavramların uygulanmasıyla sağlık kurumlarında dayanıklılığın artırılmasının, güvenliği optimize ederek hizmet kalitesi ile etkinliğini artırmaya yardımcı olarak hastalara ve personele fayda sağlanabilmektedir (Kelly vd. 2016: 789). Günlük çalışmayı da kurulan iş birliklerinden de faydalanarak değerli kılma ve örgüt öğrenmesi sağlayarak olası ani durumlara karşı alt yapı kurma ve kolay adapte olmanın sağlanması hatta olası çatışmaları, sorunları dahi yönetip fırsata çevirerek bu durumlardan faydalanabilme üzerine kuruludur (Fietz vd. 2021). Çatışma yönetimi, ekip çalışması ve iş birliğini, sağlık sektöründe etkinliği ve dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmede bir faktör olarak kabul edilmektedir (Zajac vd. 2021; Anderson vd. 2020; Iflaife vd. 2020). *Grup bağlamında dayanıklılık*, kolektif etkinlik, dayanıklılığı artırma için de oldukça önemlidir. Grup üyelerinin kolektif etkinliklerine olan inançları, grup çabası için ne kadar çaba harcadıklarını etkilemekte ve kolektif çabalar hızlı sonuçlar üretmediğinde grubun ne kadar süre devam edeceğini, dayanıklılığını da etkilemektedir (Fietz vd. 2021). Sağlık profesyonelleri arasında çatışma çıkmasının kaçınılmaz olduğu düşünüldüğünde çatışmanın sonucu olumlu ya

da olumsuz olsa da taraflar çatışmaya yönelik yönetim tarzı tercih edeceklerdir. Burada önemli olan seçilen çatışma yönetim tarzının yönde olduğudur. Son dönem işletmeler örgütsel dayanıklılık oluşturma için etkin çatışma yönetimi ve koçluk eğitimleri vererek çalışanlar arasında uyumlaştırma oluşturmaya, arabuluculuk yolunu seçmeye ve çalışanların doğru çatışma yönetimi tarzlarını seçmeye yönelik adımlar atmaya başlamıştır. Kendilerinin daha etkin olduğunu algılayan grupların, ortaya çıkan her durumun altından kalkabileceklerine dair bir güven duygusuyla zorluklarla ve tehditlerle karşılaşmaları muhtemeldir. Bu da o grupların problem çözme yeteneklerini etkilemekte, grubun alışılmadık veya beklenmedik olay gibi zorluklar karşısında ayakta kalmasını sağlamaktadır. Bu döngünün kendi kendini güçlendiren doğasının bir sonucunda dayanıklılık oluşmaktadır (Sutcliffe 2003:164). Sonuç olarak, çatışma yönetim tarzları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

H_{2c}: Çatışma yönetim tarzlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Patton (2014) sağlık profesyonelleri arasındaki çatışmanın öncüllerine ve etkilerine genel bir bakış sunmuştur. Raykova, Semerdjieva ve Tornyova (2020), sağlık uzmanlarının, çatışma durumunda bir davranış stratejisi olarak kaçınmayı tercih ettiklerini tespit etmiştir. Dinh ve diğerleri (2020) uzun süreli, çözülmemiş çatışmanın işlevsiz olduğu ve “örgütsel performansı engelleyebileceği üzerinde durmuştur. de Bienassis, Klazinga’a göre (2022) hasta güvenliği kültürü dayanıklılık sağlanması adına bir tedavi yöntemi olarak görülmekte ve dayanıklılık üzerinde oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Bu süreçte dayanıklılık kültürü oluşturulması için çatışma yönetiminin sağlanması gerektiği ifade edilmiştir (Bouaziz, Hachicha 2018). Mathieu (2018) ekip etkinliği modelinde ekip çalışması süreçlerinde çatışma yönetim tarzlarının aracı faktör olduğu üzerinde durmuştur. Ayrıca Salas ve diğerleri (2017) IMOİ ekip etkinliği modeli ve Rosen ve diğerleri (2019) MTS ekip etkinliği modelinde de çatışma yönetiminin araçlar arasında yer aldığı görülmektedir. Manser (2009), sağlık uzmanları arasındaki çatışmanın, sağlık hizmeti ekipleri ve ele alınmazsa hasta bakımının kalitesi ve güvenliği üzerinde olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir. Bu nedenle çatışma yönetim tarzının aracı rolünün test edilmesi amacıyla aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

Hastane hasta güvenliği kültürü ve örgütsel dayanıklılık ile alakalı, çatışma yönetimi ile ilgili literatürde yer alan araştırmalardan elde edilen bulgular çerçevesinde bu araştırmada test edilmek üzere **H₂** hipotezi belirlenmiştir;

H₂: Hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.

4.6. Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık

Bir ekip hissettiğinde (tutum-attitudes), davranış gösterdiğinde (davranış-behaviors) ve düşündüğünde (biliş-cognitions) (ekip çalışmasının ABC'si) psikolojik güvenlik ve güven ile adapte olabilirlik ve dayanıklılığın durumlarının gelişimini kolaylaştırmaktadır (Zajac vd. 2021). Sağlık sistemlerinde dayanıklılıkla ilgili yapılan araştırmalar oldukça yenidir ve Birleşmiş Milletlerin (the United Nations) gelecekteki sağlık krizini önlemek için “uyandırma çağrısı (wake-up call)” olarak gördüğü Batı Afrika'daki 2014 Ebola krizinden bu yana çoğalmaktadır. 2020 yılında dayanıklı sağlık hizmetleri üzerine çok düzeyli etkilere yönelik ülkeler arası (Avustralya, Norveç, Japonya, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık) protokol karşılaştırmaları odağında bir araştırma başlatılmıştır (Anderson vd. 2020). Araştırma, hastane kurumlarında kilit dayanıklılık mekanizması olarak ekiplere odaklanmaktadır. Ekip yetkinliklerinin değişikliğe uyum sağlama yeteneğini ne şekilde etkilediğine yönelik 2023 yılında bitmesi planlanan uzun soluklu bir kohort araştırma gerçekleştirilmektedir. COVID-19 küresel salgını sonrasında ayakta kalan, dayanıklı sağlık hizmetini oluşturan faktörlere yönelik araştırmalarda ekip çalışması ve ekipler birincil faktör olarak ön plana çıkmıştır.

Ekip çalışması ve örgütsel dayanıklılık ilişkisi ile ilgili 2006-2021 yılları arasında yapılmış araştırmalar **Tablo 4.5'de** yer almaktadır.

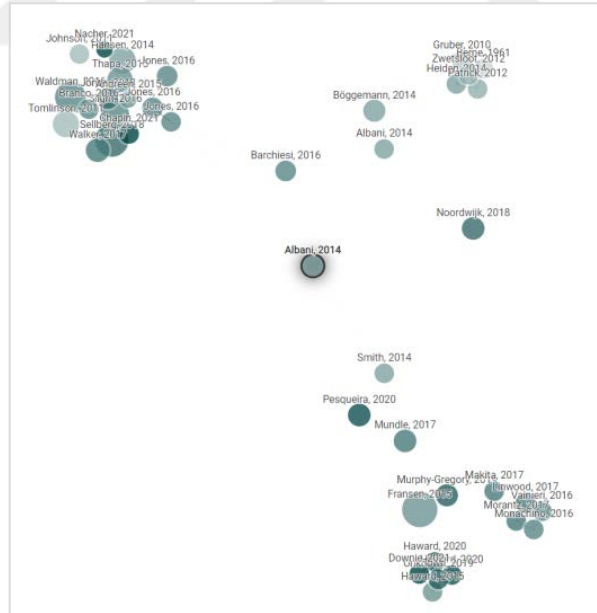
Tablo 4.5: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmalar

Yayın Adı	Yazar	Yıl
“Building Resilience through Teamwork: Seven Tips to Make it Work.”	M. Albani, K. Henderson	2014
“Multi-Sector Collaboration for Resilience.”	Mark Smith	2014
“Wallowa County, Oregon, USA	Michael Jones, N. Christoffersen	2016
“Wallowa County, Oregon, USA: Restoration of forest systems and rural livelihoods. A partial resilience assessment of a work in progress.”	M. Jones, N. Christoffersen	2016
“The Tacaná Watersheds: Developing untapped potential - strengthening resilience through cross-sectoral collaboration.”	S. Barchiesi, R. Cordoba	2016
“Strategic Environmental Assessment for Wetlands: Resilience Thinking.”	Mike Jones	2016
“1. The Resilience Action Initiative: An Introduction.”	M. Böggemann, Norbert Both	2014
“Governing the Governors: The Global Metagovernance of Fair Trade and Sustainable Forestry Production.”	H. Murphy-Gregory, F. Gale	2019
“Can Resilience Thinking Be Integrated into the Strategic Environmental Assessment Process?”	Mike Jones	2018
“How Private Meta-Governance Helps Standard-Setting Partnerships Deliver.”	L. Mundle, Marianne Beisheim, Lars Berger	2017

“Framing Contests in Global NGO Networks: How Controversies Enable and Challenge Collaboration and Action.”	Luli Pesqueira, P. Glasbergen, P. Leroy	2020
“Resilience Practice in Urban Watersheds.”	B. Branco, J. Waldman	2016
“Adaptive Cycles of Floodplain Vegetation Response to Flooding and Drying.”	R. Thapa, M. Thoms, M. Parsons, M. Reid	2015
“Operationalizing Resilience on U.S. National Forestlands: A Quantitative Analysis of Environmental Impact Statements.”	J. Chapin, J. Abrams, Thomas J. Timberlake, Courtney A. Schultz, A. Evans, M. Fernández-Giménez	2021
“A Crash Course in the Science of Resilience.”	B. Walker, D. Salt	2017
“Social-Ecological Resilience Thinking in Environmental Management Systems for Municipal Strategic Planning.”	Viktor Andréen	2015
“Generalizable Principles for Ecosystem Stewardship-Based Management of Social-Ecological Systems: Lessons Learned from Alaska.”	Winslow D. Hansen	2014
“Application of the Adaptive Cycle and Panarchy in La Marjaleria Social-Ecological System: Reflections for Operability.”	Marc Escamilla Nacher, C. Ferreira, Michael Jones, Z. Kalantari	2021
“A Resilience Approach Can Improve Anadromous Fish Restoration.”	J. Waldman, K. Wilson, M. Mather, N. Snyder	2016
“From Resilience Thinking to Resilience Planning: Lessons from practice.”	M. Sellberg, P. Ryan, S. Borgström, A. Norström, Garry D. Peterson	2018
“Climate-Forest-Water-People Relations: Seven System Delineations.”	M. Noordwijk, I. Creed, Julia A. Jones, M. Gush, Juan A. Blanco, C. Sullivan, K. Bishop, D. Murdiyarso, Jian-chu Xu, M. Claassen, S. McNulty, D. Ellison, A. Malmer, L. Bruijnzeel, R. Harper, H. Mwangi, A. Hacket-Pain, Chloé Orland	2018
“Quick Scan van de veiligheidscultuur bij 14 bedrijven in het Rijnmondgebied.”	G. Zwetsloot, R. Bezemer	2012
“Leadership Aesthetics: Moments of Enactment	M. Patrick	2012
“How the Background, Preparation and Early Leadership Experiences of School Principals Influence their Approach to Leadership.”	M. Gruber	2010
“Analysis of transactions.”	E. Berne	1961
“2. A pragmatic frame to explore resilience	M. Albani, R. Kupers	2014
“Dankbaar en aandachtig.”	G. V. D. Heiden	2014
“Competition, Cooperation, and Adaptation: The Organizational Ecology of International Organizations in Global Energy Governance.”	C. Downie	2021
“Accountability in Public-Voluntary Governance: The Case of Illegal Wildlife Trade.”		2019
“The United Nations at Seventy: Framing Oceans Governance and Maritime Affairs.”	M. Haward	2015
“CSR: a Catalyst For Corporate Contribution to Global Health Governance?: A Case Study from the Pharmaceutical Industry.”	M. Monachino, P. Moreira	2016
“Application of Clinical Governance in a Role 2E Hospital: The 2nd General Health Battalion Experience.”	Russell Linwood, N. Duff, C. Flint, M. Reade, P. Krohn, A. Williams, B. McCall	2017
“Per migliorare la performance quanto conta l’integrazione tra gli strumenti di governance regionali e aziendali? Alcune evidenze dalla Regione Basilicata	M. Vainieri, M. Gallo, G. Montagano, S. Nuti	2016
“The Antarctic Treaty System: Challenges and	M. Haward	2020

Opportunities.”		
“Governing Oceans in a Time of Change: Fishing for the Future?”	M. Haward	2020
“What Unions Do for Regulation.”	Alison D. Morantz	2017
“Social movements and commercial certification.”	Rie Makita, T. Tsuruta	2017
“Assessing Social-Ecological Resilience and Adaptive Capacity in the face of Climate Change: An Examination of Three Communities in the Crown of the Continent Ecosystem.”	Bradley B. Johnson	2011
“Policy Support for Rural Economic Development based on Holling’s Ecological Concept of Panarchy.”	P. Slight, M. Adams, K. Sherren	2016
“Research, part of a Special Feature on A Systems Approach for Sustainable Development in Coastal Zones The Systems Approach Framework as a Complementary Methodology of Adaptive Management: a Case Study in the Urban Beaches of Barcelona.”	B. Tomlinson, Sergio Sastre, D. Blasco, J. Guillén	2011
“The Politics of Meta-Governance in Transnational Private Sustainability Governance.”	L. Fransen	2015

Ekip çalışması ve örgütsel dayanıklılık ilişkisi ile ilgili Connected Papers programı kullanılarak oluşturulan yukarıda yer alan araştırmaların etkileşimleri **Şekil 4.5’de** görülmektedir. Ekip çalışması ve örgütsel dayanıklılık ilişkisi ile ilgili çalışmaların son yıllarda ağırlık kazandığı görülmekte; ekiplerin dayanıklılıktaki rolü ayrıca araştırma konusu olmaya başlamıştır.



Şekil 4.5: Ekip Çalışması ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri

Son çalışmalara göre; dayanıklı sağlık sisteminin oluşumunda ekiplerin ve ekip çalışmasının rolü büyüktür (Anderson vd. 2022). Iflaife ve diğerlerine göre (2020) RHC’yi geliştirmek için farklı düzeylerde (birey, ekip ve örgüt) yedi anahtar faktör gerekmektedir. Ekip

çalışması da sağlık sektöründe dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmede yedi anahtar faktörden biri olarak kabul edilmektedir (Iflaife vd. 2020). Anderson ve diğerlerine göre (2020); ekip çalışması ve iş birliği sağlık sektöründe dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmek için bir faktör olarak kabul edilmektedir. Sonuç olarak, ekip çalışması ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir;

H_{3a}: Ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

4.7. Ekip Çalışması Tutumları ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği

Çok disiplinli yaklaşım, dayanıklılık ve tıbbi hatanın azaltılması için ekip çalışmasının temel olması, psikolojik güvenlik, bağlam, hasta odaklı sonuç, çok ekipli sistemler, hasta bakımında çok disiplinli iş birliği gerekmektedir (Salas vd. 2018b). Agreli, Peduzzi, Bailey (2017) ekip iklimi ve meslekler arası iş birliği arasındaki ilişkide ekip iklimi, özellikle ekiplerdeki iletişim ve etkileşim yönlerinin meslekler arası iş birliğine ilişkin iç görüler sağladığını tespit etmiştir. Kholed ve diğerleri (2019) meslekler arası ekip çalışması ve meslekler arası iş birliği arasındaki ilişkiyi incelemek için bir araştırma yapmış ve araştırma sonucunda meslekler arası ekip çalışmasında örgütsel faktörlerin dört unsurunu meslekler arası iş birliğine yönelik yetkilendirme, liderlik, adalet ve iş kaynakları sağlık profesyonelleri arasında uygulama olarak tespit etmiştir. Bu unsurların iş birliğine etkisi olduğunu belirtmiştir.

Ekip çalışması tutumları ve meslekler arası iş birliği ile ilgili 2004-2022 yılları arasında yapılmış araştırmalar **Tablo 4.6’da** yer almaktadır.

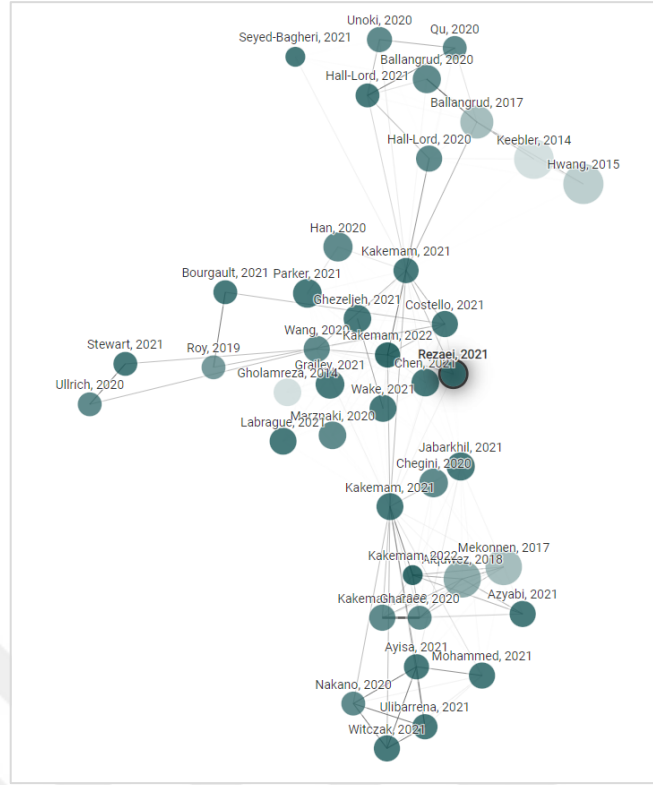
Tablo 4.6: Ekip Çalışması Tutumları ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmalar

Araştırma Adı	Yazar	Yılı
“Emergency Nurses’ Attitudes Toward Interprofessional Collaboration and Teamwork and Their Affecting Factors: A Cross-Sectional Study.”	Sanaz Rezaei, Fariborz Roshangar, A. Rahmani, F. Tabrizi, P. Sarbakhsh, K. Parvan	2021
“Psychometric Testing of the Iranian Version of the TeamSTEPPS Teamwork Perception Questionnaire: a Cross-Cultural Validation Study.”	E. Kakemam, Mahtab Rouzbahani, M. Rajabi, Y. Roh	2021
“The Association of Professionalism and Systems Thinking with Patient Safety Competency: A Structural Equation Mode.”	E. Kakemam, M. Ghafari, Mahtab Rouzbahani, Hamideh Zahedi, Y. Roh	2022
“Exploring Mediating Effects between Nursing Leadership and patient safety from a Person-Centred Perspective: A Literature Review.”	Mei Wang, J. Dewing	2020
“Examining the Average Scores of Nursing Teamwork Subscales in an Acute Private Medical Ward.”	Martina Costello, Kylie Russell, T. Coventry	2021
“Nurses’ Perception of Patient Safety Culture and	E. Kakemam, H. Gharaee, M. Rajabi,	2021

its Relationship with Adverse Events: A National Questionnaire Survey in Iran.”	Milad Nadernejad, Zahra Khakdel, P. Raeissi, R. Kalhor	
“The Swedish Version of the TeamSTEPPS® Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ): A Validation Study.”	M. Hall-Lord, Annika Skoogh, Randi Ballangrud, A. Nordin, C. Bååth	2020
“Cross-Cultural Validation and Psychometric Testing of the Norwegian Version of the TeamSTEPPS® Teamwork Perceptions Questionnaire.”	Randi Ballangrud, S. Husebø, M. Hall-Lord	2017
“Knowledge, Attitude, Practice and Associated Factors towards Patient Safety among Nurses Working at Asella Referral and Teaching Hospital, Ethiopia: A Cross-Sectional Study.”	Addisu Dabi Wake, Techane Sisay Tuji, Berhanu Kebe Gonfa, Eskeder Tsehayu Waldekidan, Etalem Demise Beshaw, M. A. Mohamed, Shawlem Tadesse Geressu	2021
“Post-Pandemic Patient Safety Culture: A Case from a Large Metropolitan Hospital Group in Taiwan.”	H. Chen, Luo Lu, Y. Ko, J. Chueh, S. Hsiao, Pa-Chun Wang, C. Cooper	2021
“Patient Safety Culture in Iranian Teaching Hospitals: Baseline Assessment, Opportunities for Improvement and Benchmarking.”	E. Kakemam, A. H. Albelbeisi, Samane Davoodabadi, M. Ghafari, Zahra Dehghandar, P. Raeissi	2022
“The Swedish Version of the TeamSTEPPS® Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ): A Validation Study.”	M. Hall-Lord, C. Bååth, Randi Ballangrud, A. Nordin	2021
“Cross-Cultural Validation and Psychometric Testing of the Norwegian version of TeamSTEPPS Teamwork Attitude Questionnaire.”	Randi Ballangrud, S. Husebø, M. Hall-Lord	2020
“Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health-Care Providers in the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia.”	A. Ayisa, Yalemwork Getahun, Nurhussien Yesuf	2021
“Teamwork, Psychological Safety, and Patient Safety Competency among Emergency Nurses.”	Jee Hye Han, Y. Roh	2020
“Translation, Reliability and Validity of Japanese Version The TeamSTEPPS® Teamwork Perceptions Questionnaire.”	T. Unoki, Y. Matsuishi, T. Tsujimoto, Ryuichi Yotsumoto, Toru Yamada, Yuka Komatsu, Daisaku Kashiwakura, Norimasa Yamamoto	2020
“Medication Errors among Iranian Emergency Nurses: A Systematic Review.”	Zohreh Hosseini Marznaki, Somaye Pouy, W. J. Salisu, A. Emami Zeydi	2020
“Team-Based Games: Catalysts for Developing Psychological Safety, Learning and Performance.”	Hamieda Parker, Earle John du Plooy	2021
“The Effect of Secure-Base Leadership Components on the Staff Psychological Safety: the Role of Leadership Effectiveness.”	S. Gholamreza, Khalijian Sadaf	2014
“Authentic Leadership, Nurse-Assessed Adverse Patient Events, and Quality of care: the Mediating Role of Nurses' Safety Actions.	L. Labrague, S. A. Al Sabei, R. AbuAlRub, I. Burney, Omar Al Rawajfah	2021
“Assessment of Patient Safety Culture Among Doctors, Nurses, and Midwives in a Public Hospital in Afghanistan.”	Abdul Qahir Jabarkhil, S. Tabatabaee, Jamshid Jamali, J. Moghri	2021
“The Relationship between Missed Nursing Care and Teamwork in Emergency Nurses: A Predictive Correlational Study.”	T. Najafi Ghezeljeh, Samira Gharasoflo, S. Haghani	2021
“Psychometrics of the Persian Version of the Team Assessment Questionnaire in Providing Care for Heart Failure Patients.”	S. Seyed-Bagheri, H. Khoshab, M. Dehghan, F. Ahmadi	2021
“The Transition from Clinician to Manager: the Paramedic Experience.”	K. Stewart, Vicki Cope, Melanie Murray	2021

“Common Components of Nurse Manager Development Programmes.”	Dalys Ullrich, Vicki Cope, Melanie Murray	2020
“Time to Train More Critical Care Nurses: Supporting Our New Colleagues.”	A. Bourgault, B. Lynch	2021
“A Team Approach to Professional Development and Accountability.”	L. Roy	2019
“Evolution of Culture on Patient Safety in the Clinical Setting of Spanish Mutual Insurance Company: Observational Study between 2009 and 2017 Based on AHRQ Survey.”	M. Ulibarrena, Leire Sainz de Vicuña, I. García-Alonso, Pablo Lledo, M. Gutiérrez, Asier Ulibarrena-García, V. Echenagusia, B. Herrero de la Parte	2021
“Nurses' Perception Regarding Patient Safety Climate and Quality of Healthcare in General Hospitals In Japan.”	Youko Nakano, T. Tanioka, Tomoya Yokotani, Hirokazu Ito, M. Miyagawa, Yuko Yasuhara, Feni Betriana, R. Locsin	2020
“Rationing of Nursing Care and Patient Safety.”	I. Witczak, Łukasz Rypicz, P. Karniej, A. Młynarska, Grzegorz Kubiela, I. Uchmanowicz	2021
“The Relationship between Patient Safety Culture and Adverse Events among Nurses in Tehran Teaching Hospitals in 2019.”	E. Kakemam, M. Sheikhy-Chaman	2020
“A Comparative Study on Patient Safety Culture Among Emergency Nurses in the Public and Private Hospitals of Tabriz, Iran.”	Z. Chegini, A. Janati, M. Afkhami, Maryam Behjat, Sheikh Mohammed Shariful Islam	2020
“Psychometric properties of the Chinese version of the TeamSTEPPS teamwork perceptions questionnaire to measure teamwork perceptions of Chinese residents: a cross-sectional study.”	Jinglou Qu, Yaxin Zhu, Liyuan Cui, Libin Yang, Yan-ni Lai, Xuechen Ye, B. Qu	2020
“Validation of a Teamwork Perceptions Measure to Increase Patient Safety.”	J. Keebler, A. Dietz, E. Lazzara, Lauren E. Benishek, Sandra A Almeida, Phyllis A Toor, Heidi King, E. Salas	2014
“Relationship between Patient Safety Culture and Adverse Events in Hospital: A case study.”	H. Gharaee, Razieh Jahanian, Majid Hosseini Karim, E. Kakemam, Khadijeh Bande Elahi, L. Tapak, Y. Hamidi	2020
“Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Professionals at Public Hospitals in Dessie Town, North East Ethiopia, 2019.”	F. Mohammed, M. Taddele, Tenaw Gualu	2021
“Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia.”	N. Alquwez, J. Cruz, Ahmed Mohammed Aid Almoghairi, Raid Salman Al-Otaibi, K. Almutairi, Jerico G Alicante, Paolo Colet	2018
“Teamwork and Clinical Error Reporting Among Nurses in Korean hospitals.”	Jee-In Hwang, Jeonghoon Ahn	2015
“Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings.”	Abdulmajeed Azyabi, W. Karwowski, Mohammad Reza Davahli	2021
“The Presence and Potential impact of Psychological Safety in the Healthcare Setting: An Evidence Synthesis.”	K. Grailey, E. Murray, T. Reader, S. Brett	2021
“Hospital survey on Patient Safety Culture in Ethiopian Public Hospitals: a Cross-Sectional Study.”	A. Mekonnen, A. McLachlan, J. Brien, D. Mekonnen, Zenahebezu Abay	2017

Ekip çalışması ve meslekler arası iş birliği ilişkisi ile ilgili Connected Papers programı kullanılarak oluşturulan yukarıda yer alan araştırmaların etkileşimleri **Şekil 4.6'da** görülmektedir. Ekip çalışması ve meslekler arası iş birliği ilişkisi ile ilgili çalışmaların son yıllarda ağırlık kazandığı görülmektedir.



Şekil 4.6: Ekip Çalışması ve Meslekler Arası İş Birliği İlişkisi ile İlgili Araştırmaların Etkileşimleri

Son çalışmalara bakıldığında; Rezaei ve diğerleri (2021) acil serviste hekim ve hemşirelere yönelik yaptıkları araştırmada ekip çalışmasına yönelik tutumun hemşirelerin meslekler arası iş birliğine yönelik tutumlarını önemli ölçüde yordadığını göstermiştir. Hemşirelerin ekip çalışması tutumları ile meslekler arası iş birliğine yönelik tutumları arasında doğrudan ve güçlü bir ilişki bulmuştur. Sonuç olarak, ekip çalışması tutumları ve meslekler arası iş birliği arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir:

H_{3b}: Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip işbirliği üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Berg, Aase (2019) ekip düzeyindeki dayanıklılık özelliklerini, rakip hedefler arasındaki değiş tokuşları yönetmek, meslekler arasında iş birliği ve kolektif anlamlandırma olarak kategorize etmiştir. Beaird, Baernholdt, Byon, White (2021) ekip etkinliğini sağlamada iş birliğinin önemli bir unsur olduğunu tespit etmiştir. Sonali, Kaur (2020) koordinasyon ve iş birliğinin hasta bakımını güçlendirdiği sonucuna varmıştır. Rosen ve diğerlerine göre (2019) pratikte ekip çalışmasını ve iş birliğini şekillendirmede bağlamın oynadığı kritik rol hakkında çıkarımlarda bulunmuş, çoklu ekip sistemleri ve etkileyenlerinin iş birliğindeki rollerini açıklamıştır. Caneppele ve diğerleri (2020) acil durum sektörleri gibi karmaşık ve dinamik

ortamlarda, COVID-19 küresel salgını sırasında meslekler arası iş birliğinin ve ekip çalışmasının öne çıktığını, Brezilya'da COVID-19 sebebiyle ilk ölümün gerçekleşmesi ardından önemli bir meslekler arası iş birliğinin güçlendirildiği tespit etmiştir. Berry ve diğerleri (2020), iyileştirilmiş güvenlik ve ekip çalışması ortamı, azalan hasta zararı ve şiddete göre ölüm oranlarını düşürdüğünü tespit etmiştir. McInnes ve diğerlerine göre (2015) sağlık profesyonelleri arasında ekip çalışması ve iş birliği, olumlu hasta sonuçları, hasta ve çalışan memnuniyeti, maliyet ve etkin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Shuffler, Carter (2018) karmaşık hedeflerin daha büyük bir yapbozun yönetilebilir parçalara bölünerek, birden fazla ekibin iyi koordine edilmiş çabaları sayesinde yerine getirilmesiyle sağlanabileceğini bu noktada çoklu ekip sistemlerine ve bunlar arasındaki iş birliğinin sağlanmasıyla etkinliğin ve sağlık örgütünün genel dayanıklılığının sağlanabileceğini belirtmektedir. Ekip çalışması becerilerinin dayanıklı sağlık sistemini oluşturması ve tutumların birey davranışlarını etkilediği düşünüldüğünde ekip çalışması tutumları hem bireyin hem de içinde bulunduğu ekibin kuracağı iş birliğini etkileyebilmektedir. Mathieu (2018) ekip etkinliği modelinde ekip çalışması süreçlerinde iş birliğinin aracı faktör olduğu üzerinde durmuştur. Ayrıca Salas ve diğerleri (2017) IMOI ekip etkinliği modeli ve Rosen ve diğerleri (2019) MTS ekip etkinliği modelinde de çatışma yönetiminin araçlar arasında yer aldığı görülmektedir. Ekip etkinliğinin oluştuğu çok ekipli sistemdeki (MTS) iş birliği hem meslek içi hem meslekler arası olabildiği gibi hem disiplin içi hem de disiplinler arası olabilir. Dolayısıyla ekip çalışması tutumları meslekler arası ekip iş birliğinin oluşmasını etkilemekte ve çok ekipli sistemin oluşturduğu örgüt dayanıklılığını da etkileyebileceği öne sürülebilmektedir.

Ekip çalışması tutumları, hastane hasta güvenliği kültürü ve örgütsel dayanıklılık ile alakalı, meslekler arası iş birliğiyle ilgili literatürde yer alan araştırmalardan elde edilen bulgular çerçevesinde bu araştırmada test edilmek üzere **H₃** hipotezi belirlenmiştir:

H₃: *Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.*

4.8. Ekip Çalışması Tutumları ve Çatışma Yönetim Tarzları

Çatışmaların yönetiminde taraflar çatışma yönetim tarzlarından birini veya birkaçını kullanabilmektedirler (Çağatay, Aslan 2020: 2308). Salas ve diğerlerinin (2018b) bulgularına göre ekip çalışması dayanıklılığın ve tıbbi hataları azaltmanın temeli olarak görülmüştür. Ayrıca ekiplerin meslekler arası ve meslek içi olma durumlarına göre de seçilen çatışma yönetim tarzlarında da değişiklik ortaya çıkmaktadır (Bajwa vd. 2020). Çatışmanın, meslek içi ve

meslekler arası olarak ortaya çıkabilmekte ve belirli koşullar altında ekip sonuçları ve etkinliğinin sağlanabilmesi için faydalı olabilmektedir (Zajac vd. 2021: 8).

Ekip çalışması tutumları ve çatışma yönetim tarzları ilişkisi ile ilgili 2006-2021 yılları arasında yapılmış araştırmalar **Tablo 4.7’de** yer almaktadır.

Tablo 4.7: Ekip Çalışması Tutumları ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi ile İlgili Araştırmalar

Yayın Adı	Yazar	Yıl
“Conflict Management and Teamwork in Workplace from the Perspective of Nurses.”	Ceyda Başoğlu	2020
“An Integrative Review on Conflict Management Styles Among Nursing Professionals: Implications for Nursing Management.”	L. Labrague, Zaid Al Hamdan, D. McEnroe-Petitte	2018
“Impact of Ethical Conflict on Job Performance: the Mediating Role of Proactive Behavior.”	Nazish Idrees, Z. Ullah, M. Z. Zeb Khan	2018
“The Psychometric Impacts of Karasek’s Demands and Control Scale on Employees’ Job Dissatisfaction.”	M. Saif-ur-Rehman	2011
“The Impact of Occupational Stress on Employees’ Somatic Symptoms, Job Anxiety and Employee’s Turnover Intention—An Empirical Study.”	Saif-ur-Rehman, Kashif-ur-Rehman	2009
“Physician–Nurse Conflict Resolution Styles in Primary Health Care.”	Barbara Delak, K. Širok	2021
“Towards Service Quality Measurement Mechanism of Teaching Hospitals.”	Z. Ullah, Muhammad Zeb Khan, Muhammad Anees Khan	2020
“Influencing Factors of Consumer Behavior in Retail Shops.”	A. Gomes	2018
“The Role of Nature of Knowledge and Knowledge Creating Processes in Knowledge Hiding: Reframing Knowledge Hiding.”	Samir Shrivastava, Federica Pazzaglia, Karan Sonpar	2021
“Conflict management styles of Nurse Managers Working in Inpatient Institutions: the Case of Turkey.”	Fatma Özkan Tuncay, Özgül Yaşar, Gülgün Sevimligül	2018
“Intra-Organizational Stressors in Power Wing of Water and Power Development Authority: An Empirical Study A Test of the Demands-Control-Support Model.”	.. Khan	2008
“An Integrative Review on Conflict Management Styles among Nursing Students: Implications for Nurse Education.”	L. Labrague, D. McEnroe-Petitte	2017
“Conflict Management Styles Among Iranian Critical Care Nursing Staff: A Cross-sectional Study.”	M. Ahanchian, A. Emami Zeydi, M. Armat	2015
“Conflict Management Strategies used by Portuguese Nurse Managers.”	M. Martins, L. L. Trindade, Lara Vandresen, Simone Coelho Amestoy, A. P. Prata, Carlos Vilela	2020
“Demystifying Knowledge Hiding in Academic Roles in Higher Education.”	Ambika Zutshi, Andrew Creed, Ananya Bhattacharya, Ali Bavik, A. Sohal, Y. Bavik	2021
“Understanding the Effect of Moral Efficacy and Moral Identity on Moral Imagination.”	V. Roberts, Mara Olekalns, P. Auger	2017
“An Inclusive Model for Assessing the Quality of Service in Public Sector Tertiary Hospitals.”	Z. Ullah, Muhammad Zeb Khan	2018
“The Level of Job Conflicts and Its Management Styles from the Viewpoint of Iranian Nurses.”	F. Ardalan, Rojyar Valiee, S. Valiee	2017
“Development Process and Initial Validation of the Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care	A. Falcó-Pegueroles, Teresa Lluch-Canut, J. Guàrdia-Olmos	2013

Version.”		
“Occupational Stress in (inter)Action: the Interplay between Job Demands and Job Resources.”	N. Vegchel, J. D. Jonge, P. Landsbergis	2005
“An Examination of the Job Demand-Control-Support Model with Various Occupational Strain Indicators.”	M. van der Doef, S. Maes, R. Diekstra	2000
“Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses.”	Ceyda Başoğlu, Gönül Özgür	2016
“Linear and Nonlinear Relations between Psychosocial Job Characteristics, Subjective Outcomes, and Sickness Absence: Baseline Results From SMASH.”	J. D. Jonge, M. Reuvers, I. Houtman, P. Bongers, M. Kompier	2000
“Managing and Mitigating Conflict in Healthcare Teams: An Integrative Review.”	Joan M Almost, Angela C. Wolff, Althea Stewart-Pyne, L. McCormick, D. Strachan, Christine D'Souza	2016
“The Effect of Conflict Management Program on Quality of Patient Care	Ebtesam Saeed Ahmed Abd-Elrhman, A. Ghoneimy	2018
“Conflicts Management in Public Sector Nursing.”	E. Lahana, K. Tsaras, Aikaterini Kalaitzidou, P. Galanis, D. Kaitelidou, P. Sarafis	2019
“Ethical Conflict in Critical Care Nursing.”	A. Falcó-Pegueroles, Teresa Lluch-Canut, J. Roldan-Merino, J. Goberna-Tricas, J. Guàrdia-Olmos	2015
“Service Quality in Health Care Setting.”	W. E. W. Rashid, H. K. Jusoff	2009
“The Demand-Control-Support Model and Health Among Women and Men in Similar Occupations.”	Tuija Muhonen, Eva Torkelson	2003
“Assessing the quality of healthcare services: A SERVQUAL approach.”	S. N. Tripathi, Masood H. Siddiqui	2018
“Analysis of Employees' Perception of Workplace Support and Level of Motivation in Public Sector Healthcare Organization.”	Z. Ullah, Muhammad Zeb Khan, Muhammad Siddique	2017
“Title: Ethical Conflict in Critical Care Nursing: Correlation Between.”	A. Falcó-Pegueroles, Teresa Lluch-Canut	2014
“Managing Conflict in the Workplace.”	L. Weygman	1986
“Konflikter på jobbet - ett problem för chefer. Vårdenhetschefers hantering av interpersonella konflikter.”	Sara Widin Dahlström	2010
“Effect of Utilizing Conflict Management Strategies for ICU Nurses on Patient Care.”	H. Obied, S. Ahmed	2016
“Conflict Management Style of Jordanian Nurse Managers and its Relationship to Staff Nurses' Intent to Stay.”	Z. Al-Hamdan, Hayat Nussera, R. Masa'deh	2016
“Building an Ethically Strong Organization.”	Catherine Bailey, A. Shantz	2018
“A Critical Examination of the Demand-Control-Support Model from a Work Psychological Perspective.”	J. de Jonge, M. Kompier	1997
“The Relationship between Work Characteristics and Employee Health and Well-Being: How Much Complexity Do We Really Need?”	M. Veldhoven, T. Taris, J. D. Jonge, S. Broersen	2005
“The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environments.”	A. Dean	1999
“Service Quality: An Empirical Study of Private Hospitals in Dhaka City.”	Ariful Haque Choudhury	2014
“Hizmet Kalitesi: Dakka Şehrindeki Özel Hastanelerin Ampirik Bir Çalışması.”	Ariful Haque Choudhury	2014

Ekip çalışması tutumları ve çatışma yönetim tarzları ilişkisi ile ilgili Connected Papers programı kullanılarak oluşturulan yukarıda yer alan araştırmaların etkileşimleri **Şekil 4.7'de**

ekiplerin seçeceği çatışma yönetim tarzını etkileyecektir. Sonuç olarak, ekip çalışması tutumları ve çatışma yönetim tarzları arasındaki ilişki için aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir:

H_{4b}: Ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Dayanıklılık kapasitesi örgütün kültüründe, tutumlarında ve değerlerinde bulunmaktadır. Bir örgüt uygun yeterliliği, kültürü, tutumları ve değerleri yaratırken, bir olayı öngörme, uyarılma yoluyla direnme, örgütü güçlendirme ve büyümeye odaklanarak iyileşme kapasitesini geliştirmektedir (Fietz vd. 2021). Dayanıklı sağlık sisteminin oluşumunda ekiplerin ve ekip çalışmasının rolü büyüktür (Anderson vd. 2022). Mathieu ve diğerleri (2019: 27) ise ekip etkinliği modelinde çatışma yönetim tarzlarının aracı faktör olduğunu belirtmiştir. Çatışma yönetimi, ekip çalışması ve iş birliğini, sağlık sektöründe etkinliği ve dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmede bir faktör olarak kabul edilmektedir (Zajac vd. 2021; Anderson vd. 2020; Iflaife vd. 2020). Mathieu ve diğerleri (2019) ekip etkinliği araçları arasında çatışma, yaratıcılık, uyum, güven, karar verme, bilgi paylaşımı ve ekip süreçleri gibi değişkenler bulunduğunu ifade etmiştir. Salas ve diğerleri (2017) ekip etkinliği araçlarını üyelerin “ABC’leri” ((Davranış Tutum ve Biliş (Affect, Behaviors, and Cognitions)) açısından karakterize etmiş, ekip çalışması araçlarını bireyler arası süreçlerde değerlendirmiştir. Bu süreçlerde etki yönetimi, güven, iletişim, dayanışma, çatışma çözüm yöntemleri, iş birliği gibi bireyler arası kavramların yer aldığını belirtmiştir. Greer, Dannals (2017) çatışma yönetim tarzlarının ekip çalışmasının kişiler arası süreçlerinde aracı olduğunu belirtmektedir. Mathieu (2018) ekip çalışması süreçlerinde çatışma yönetim tarzlarının aracı faktör olduğu üzerinde durmuştur. Bu nedenle çatışma yönetim tarzının aracı rolünün test edilmesi amacıyla aşağıda yer alan hipotez ileri sürülebilir:

Ekip çalışması ve örgütsel dayanıklılık ile alakalı ve çatışma ile ilgili literatürde yer alan araştırmalardan elde edilen bulgular çerçevesinde bu araştırmada test edilmek üzere **H₄** hipotezi belirlenmiştir:

***H₄**: Ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.*

Literatürdeki araştırmalarla desteklenen hipotezler belirlendikten sonra araştırmanın bir sonraki bölümüne geçilmiştir. Araştırmanın sonraki başlığı altında araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilmiştir.

5. YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırma amacı ve önemi, kapsamı, araştırma gerçekleştirirken göze alınan sınırlılıklar, varsayımlar ve araştırmanın etik yönü, araştırma modeli, hipotezleri, evren ve örnekleme ile veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiş, araştırmanın verilerinin çözümlenmesi konusunda yürütülen istatistiksel analiz adımları açıklanmıştır.

5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde sağlık hizmetlerini nitelikli bir şekilde sunabilme; alanında uzman olan sağlık profesyonelleri ve birbirleriyle ekip anlayışı doğrultusunda çalışmayı başaran sağlık profesyonelleri sayesinde sağlanabilmektedir (Baykal, 2010: 39). Bu araştırma takım etkinliğinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışmanın rolü konusu temel alınarak oluşturulmuştur.

Ekip etkinliğinin özellikle sağlık, havacılık, denizcilik gibi yüksek güvenilirlikli sektörlerde çok önemli olduğu ile karşılaşılmıştır. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin iç içe geçmiş yapısı, yoğun uzmanlık gerektirmesi, ani ve büyük çaplı durumlara uyum gerektirmesi ve tüm bu durumlara ekip olarak hazır olması gerekli olan sağlık hizmetleri alanında ekip etkinliği konusu oldukça önem arz etmesi sebebiyle araştırma sağlık hizmetlerinde ekip etkinliğinin incelenmesi temel alınmıştır. Literatürde ekiplerin etkinliğinin tek bir faktörle ortaya çıkmadığı değişkenlerin etkileşim halinde olduğu süreç aşamasında ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Tez konusu hakkında gerçekleştirilen literatür taraması sırasında ekip etkinliği modellerinin var olduğu, özellikle son yıllardaki modellerin çok ekipli sistemler üzerine kurgulandığı görülmüştür. Sağlık hizmetlerindeki ekip etkinliğinin çok boyutlu yapısı sebebiyle literatürde yer alan araştırma, etkinlik modelleri ve ilişkili değişkenler karşılaştırılarak belirlenmiştir. Bu çalışmada literatürde IMOI modeli olarak geçen ekip etkinliği modeli temelinde oluşturulmuş sağlık hizmetlerinde MTS olarak görülen çoklu ekip sistemleri etkinliği modeli temel alınmıştır. Araştırma modelinde yer alan değişkenler bu modelin parçalarından oluşturulmuştur. Son dönem çalışmalarından olan Zajac ve diğerleri (2021) tarafından oluşturulan ekip etkinliği modeliyle de seçilen değişkenler desteklenmiştir.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde ekip etkinliği sağlık profesyonellerinin hastane hasta güvenliği kültürü ile ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde

meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolü üzerinden ele alınmıştır.

Sağlık hizmetlerindeki güvenlik kültürü hasta güvenliği kültürü üzerinden temel alındığında hasta güvenliği kültürü dayanıklılık sağlanması adına bir tedavi yöntemi olarak görülmekte, dayanıklılık üzerinde oldukça etkili olduğu düşünülmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Meslekler arası iş birliği klinik ortamlarda daha güvenli, yüksek kalitenin yanı sıra daha uygun bakımı sağlamak için önemli bir ve gerekli bir durum olarak görülmektedir (Vittadello vd. 2018: 2). Sınırlı kaynaklara ve zamana sahip sağlık profesyonelleri, mesleki roller, sorumluluklar ve en uygun hasta bakımı hakkındaki çelişkili algıların karşılıklı etkileşimi gibi faktörlerle kolaylıkla çatışma ile karşı karşıya kalabilmektedir (Bochatay, 2017). Bu süreçte hasta güvenliğinin kültürünün dayanıklılık kültürünü oluşturarak örgütsel dayanıklılığı sağlayabilmesi adına meslekler arası iş birliğinin gerekli olduğu ve olası çatışma durumlarında doğru çatışma yönetim tarzları aracılığıyla çatışma yönetiminin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Bouaziz, Hachicha 2018). Hem sağlık sisteminin hem de örgütün dayanıklılığın oluşumunda ekiplerin ve ekip çalışmasının rolü oldukça büyüktür. COVID-19 küresel salgını sonrasında ayakta kalan, dayanıklı sağlık hizmetini oluşturan faktörlere yönelik araştırmalarda ekip çalışması ve ekipler birincil faktör olarak ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla dayanıklılığı oluşturacak olan ekip üyelerinin ekip çalışmasına yönelik tutumları oldukça önem arz etmektedir (Anderson vd. 2022). Diğer taraftan tıp enstitüsü (2010) raporundan sonra meslekler arası iş birliğine yönelik yapılan çalışmalar artış göstermiş ve iş birlikleri aracılığıyla hem hasta bakımı, hem güvenlik hem de dayanıklı sağlık hizmetinin verilmesinin çeşitli yollarını arayan araştırmalar ortaya çıkmıştır. Dayanıklılık kültürünün oluşmasında ve sağlık hizmetini ve örgütü dayanıklı kılmaya çalışan ekipler arasında da zaman zaman çatışmalar çıkması daha doğal karşılanan durumlar haline gelmiştir. COVID-19 küresel salgını sonrasında ülkeler bünyelerinde dayanıklılık merkezleri kurarak dayanıklılığı oluşturacak olan ekibe çatışma yönetimi ve iş birliği hakkında eğitim ve araştırmalarla destek olmaya çalışmaktadır. Bu merkezlerde ekiplerin iş birliği halinde çalışırken çatışmaları yönetmeleri ve doğru tarzı seçmeleri böylece dayanıklılığa ulaşmaları kolaylaştırmaya çalışılmaktadır.

Bu kapsamda bu araştırmada, bir Tekirdağ ilinde bulunan bir Üniversite Hastanesi özelinde sağlık profesyonellerinin hastane hasta güvenliği kültürü ile ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma Tekirdağ ilinde bulunan bir Üniversite Hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerini kapsamaktadır. Araştırmaya katılan

Çalışanlar yoğun uzmanlık bilgisinin ve yüksek teknolojinin kullanıldığı, iş birliğı ve koordinasyon gerektiren birimleri bünyesinde barındıran, üçüncü basamak sağık hizmeti veren bir hastane niteliğı taşıyan bir uygulama ve araştırma merkezinde çalışan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden sağık ekibi üyelerinden seçilmiştir. Bu nedenle verilerin analizi tüm hastane için geçerli olabilecektir. Özellikle katılımcıların sağık ekibinde yer alan personelden seçilmiş olması araştırmanın kapsam önemini göstermektedir.

Güvenlik kültürü sergilenen ekip çalışması ve iş birliğı davranışlarını etkilemektedir (Bisbey vd. 2021). Bununla birlikte güvenlik kültürü dayanıklılığı ulaşmada bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir (de Bienassis, Klazinga 2022). Güvenlik kültürünün sağık örgütlerindeki karşılığı hasta güvenlik kültürü olarak görülmektedir (Kilcullen vd. 2022). Meslekler arası iş birliğı, dünya çapında son yıllarda sağık meslekleri arasında iş birliğı uygulamalarını geliştirmek için etkili bir yöntem olarak popülerlik kazanmıştır (WHO 2010). Dünya sağık örgütü 2016 yılında yayınladığı raporla sağık sistemlerinde dayanıklılık konusuna dikkat çekmiş ve 2030 sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin arasına katmıştır. WHO (2016) yayını sonrası ve özellikle COVID-19 küresel salgın dönemi itibariyle sağık alanında dayanıklılık araştırmaları ve pratiğı yönelmiştir. Ülkeler ve üniversiteler bünyelerinde araştırma ve uygulama merkezleri oluşturmaktadır. Bu merkezler sağık hizmetlerinin tüm düzeylerde dayanıklılık konusunda yeni bilgiler geliştirmek ve yaymak amacıyla kurulmaktadır. Bünyelerinde hekimler, hemşireler, psikologlar, fizik tedavi uzmanı, mesleki tedavi uzmanı, avukatlar, sosyologlar, mühendisler ve güvenlik bilimcileri farklı disiplinlerden gelen iş birliğıne dayalı uzman araştırmacılar bulunmaktadır. Merkezlerde örgütsel dayanıklılık müdahaleleriyle sağık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliğı artırılmaya çalışılmakta, bu yönde araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırma da COVID-19 öncesinde belirlenmiş, COVID-19 sürecinde gerçekleştirilmiş olması ve sağık alanında dayanıklılık araştırmalarına katkı sağlaması açısından önemlidir.

Güvenlik kültürü dayanıklılık sağlanması için oldukça önemli görülmekte; ancak bu iki değışkenin sağık alanındaki etkileşimlerine yönelik özellikle ülkemizde hasta güvenliğı kültürü ile örgütsel dayanıklılık ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Literatürde bu çok boyutlu ilişkiyi inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Bu araştırma bu alanda çok boyutlu ilişkiyi inceleyen nadir çalışmalardan biri olması sebebiyle önemlidir.

Sağık sistemlerinde dayanıklılıkla ilgili yapılan araştırmalar oldukça yenidir ve Birleşmiş Milletlerin (the United Nations) gelecekteki sağık krizini önlemek için “uyandırma ağırsı (wake-up call)” olarak gördüğü Batı Afrika’daki 2014 Ebola krizinden bu yana

çoğalmaktadır. 2020 yılında dayanıklı sağlık hizmetleri üzerine çok düzeyli etkilere yönelik ülkeler arası (Avustralya, Norveç, Japonya, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık) protokol karşılaştırmaları odağında bir araştırma başlatılmıştır (Anderson vd. 2020). Araştırma, hastane kurumlarında kilit dayanıklılık mekanizması olarak ekiplere odaklanmaktadır. Ekip yetkinliklerinin değişikliğe uyum sağlama yeteneğini ne şekilde etkilediğine yönelik 2023 yılında bitmesi planlanan uzun soluklu bir kohort araştırma gerçekleştirilmektedir. Bu araştırma ekip yetkinlikleri arasında yer alan ekip çalışması tutumları ile uyum sağlamayı da kapsayan dayanıklılık değişkenleri arasında ilişkinin araştırılması bakımından literatüre katkı sağlamaktadır.

Özellikle IOM (2010) raporundan ve dünya sağlık örgütünü (2010) çerçevesinden sonra meslekler arası iş birliği ile ilgili çalışmalarda artış gözlemlenmesine rağmen Türkiye’de bu konu ile ilgili yapılan çalışma sayısı da oldukça azdır. Bu sebeple araştırmanın meslekler arası iş birliğini inceleyen bir çalışma olması bu boşluğun dolmasına katkı sağlaması açısından önem içermektedir. Ayrıca Türkiye’de meslekler arası iş birliğini inceleme amacıyla oluşturulmuş ölçüm araçları hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğini ölçümleyen ölçeklerle sınırlıdır. Bu araştırma ile Türkçe literatüre tüm sağlık profesyonellerinin yanında hasta ve hasta yakınının da ekip içinde gören ve iş birliği düzeylerinin ölçülmesini sağlayan Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi ölçeği de Türkçeye kazandırılmış olacaktır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bu araştırmanın bir diğer önemli tarafını oluşturmaktadır.

Araştırma, karmaşık uyarlanabilir sistem olarak görülen sağlık hizmetleri ekibinin ve ekibin hasta güvenliği kültürünün, sağlık örgütünün dayanıklılığına etkisinin var olup olmadığını incelemekte ve böylece Literatürde geçen Güvenlik-I ve Güvenlik-II bakış açılarını teorik anlamda test etmektedir. Ayrıca meslekler arası iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla literatürde Dayanıklılık-I ve Dayanıklılık-II olarak geçen dönüşümü sınamaktadır. Araştırma modelinin karmaşıklığı karmaşık uyarlanabilir sağlık sisteminin karmaşıklığını içermesi açısından önemlidir.

Araştırma evreninin oluşturan üniversite hastanesi sağlık profesyonellerinin yoğun uzmanlık bilgisi ile yüksek teknolojinin kullanıldığı ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanede görev yapmaktadır. Bu sebeple araştırma sonuçlarının evren olarak seçilen hastane ile sınırlı olmasıyla birlikte hastanenin tüm birimlerini ve sağlık profesyonellerini içermesi sebebiyle doğrusal ve tek ekipli değil; çoklu ekip sistemi olarak incelemeye tabi tutulması sebebiyle araştırma sonuçları önemlidir.

Araştırmanın veri toplama aşamasının COVID-19 küresel salgını sürecinde tamamlanmış olması da araştırma modelinde yer alan değişkenlerin sağlık sisteminin dayanıklılığındaki yerinin sınanmasını ve örgütün dayanıklılığında COVID-19 küresel salgını sürecinin etkisinin de sınanmasını sağlaması açısından önemlidir.

5.2. Araştırmanın, Sınırlılıkları, Varsayımları ve Etik Yönü

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın kapsamı, sınırlılıkları, varsayımları ifade ve araştırmada temel alınan etik süreç hakkında bilgi verilmiştir.

5.2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bazı sınırlılıkları içermektedir. Araştırma kapsamında belirlenen temel sınırlılıklar aşağıda yer almaktadır;

- Araştırma anketi kişilikle ilgili sorular ihtiva etmesi sebebiyle, katılımcıların soruları içtenlikle doldurup doldurmadığı ile sınırlıdır.
- Araştırma verileri bir Üniversite Hastanesinde acil servis, ameliyathane/anjio, poliklinik, servis, yoğun bakım ve diğer birimlerde 01.11.2020-20.12.2020 tarihleri arasında çalışan ve gönüllü katılım sağlayan sağlık ekibi personeli (hekim, asistan hekim, hemşire, psikolog, tıbbi sekreter/veri giriş personeli, fizik tedavi uzmanı, eczacı, sağlık teknikeri (Görüntüleme teknikeri, laboratuvar teknikeri, ameliyathane teknikeri, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri, odyometri teknikeri, eczane teknikeri ve biyomedikal teknikeri)) ile sınırlıdır.
- Araştırma verileri COVID-19 küresel salgını sürecinde toplanmıştır.

5.2.2. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma bünyesinde bazı varsayımları içermektedir. Aşağıda temel varsayımlar belirtilmiştir;

- Araştırmada olası kontrol dışı değişkenlerin her grupta benzer etkileşim gösterdiği varsayılmıştır.
- Araştırma veri toplama süreci esnasında gönüllü katılım sağlayan katılımcıların anket sorularından algıladıklarının benzer olduğu varsayılmıştır.
- Hekimlerin hepsi poliklinikte değerlendirilmiştir.
- Ebelerin mesleki olarak ebe olmalarına rağmen görev gereği hemşire görevlerini icra etmeleri sebebiyle yapılan iş odaklı yaklaşım, hemşire olarak varsayılmıştır.
- Görüntüleme teknikeri, laboratuvar ve patoloji teknisyenleri, ameliyathane teknikeri, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri, odyometri teknikeri, eczane teknikeri ve diğer

meslekler diğer sağlık profesyonelleri unvanı ile tek çatı altında toplanarak analiz edilmiştir.

- Meslekte çalışma süresi hafta bazında alınmıştır. 1 yıl 52 hafta olarak varsayılmıştır.

5.2.3. Araştırmanın Etik Yönü

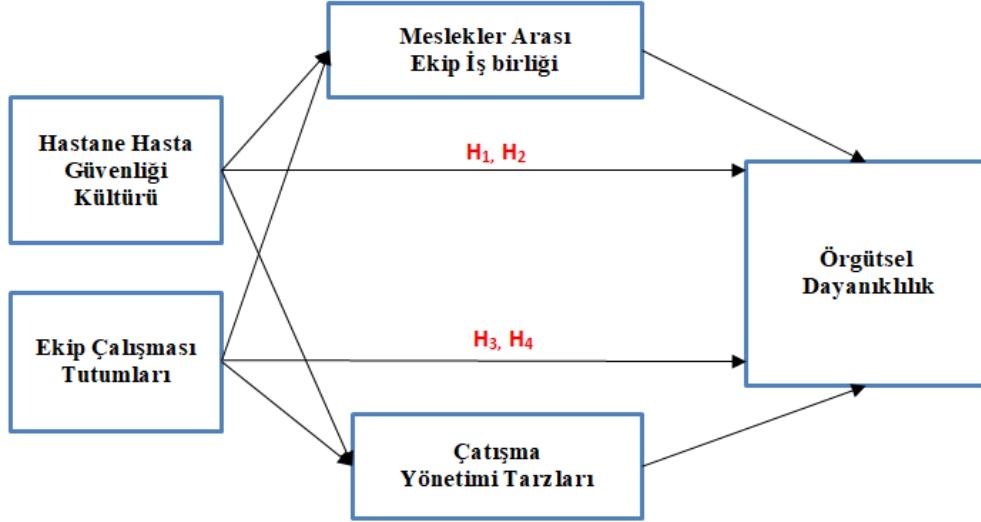
Araştırma için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.06.2020 Tarihi ve 46048792-050.01.04-E. 7461 Sayılı izni ile onay alınmıştır. 06.07.2020 tarihli dilekçe ile araştırmanın yürütüleceği kurumdan izin alınmıştır.

Araştırmada “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği”ni kullanmak üzere ölçeği geliştiren Dr. Öğr. Üyesi Emel Filiz'den 25.02.2020 tarihinde e-posta yolu ile izin alınmıştır. “Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği”ni kullanmak üzere ölçeği geliştiren Dr. Abdussemmed Öztürk'ten 26.02.2020 tarihinde e-mail yolu ile izin alınmıştır. “Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği”ni kullanmak üzere ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Doç. Dr. Figen Yardımcı'dan 19.02.2020 tarihinde e-mail yolu ile izin alınmıştır. “Meslekler arası ekip iş birliğinin değerlendirilmesi ölçeği”nin Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışmasını yapmak ve araştırmada kullanmak üzere ölçeği geliştiren Prof. Dr. Carole Orchard'dan 18.02.2020 tarihinde e-posta aracılığıyla izin alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş tüm sağlık profesyonellerinden gönüllü olur formu aracılığıyla yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

5.3. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Hastane hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin olup olmadığını belirlemek ve bu muhtemel etkide meslekler arası ekip iş birliği ile çatışma yönetim tarzlarının rolünü keşfetmeye belirlemeye yönelik kurgulanmış araştırma modeli **Şekil 5.1'de** gösterilmektedir.



Şekil 5.1: Araştırma Teorik Modelleri ve Hipotezlerinin Gösterimi

Araştırmada örgütsel dayanıklılık bağımlı değişken olarak alınmıştır. Hastane hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumları bağımsız değişkenleri oluşmuştur. Modelde hastane hasta güvenliği kültürünün ve ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisinin olup olmadığı bu muhtemel etkiye meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının aracı rolünün bulunup bulunmadığı sorgulanmıştır. Araştırmada incelenecek olan hipotezler şu şekildedir.

- **H₁:** Hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.
- **H₂:** Hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.
- **H₃:** Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.
- **H₄:** Ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.

Araştırma modeline bağlı olarak hipotezlerin test edilme aşamasında anlaşılabilirliği artırmak amacıyla modeller iki parçaya ayrılmış ve bu haliyle testler gerçekleştirilmiştir.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evren ve örnekleminin seçiminde, farklı mesleklerin bir arada çalıştığı, yoğun uzmanlık bilgisinin ve yüksek teknolojinin kullanıldığı, yoğun emek gerektiren bir sektör

olması göz önüne alınmıştır. Sağlık sektörünün yüksek riskli karmaşık uyarlanabilir sektörler arasında yer alması ve alt sistemlerden oluşması sebebiyle bu sektörün evren için uygun olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın evreni, Tekirdağ ilinde bulunan yoğun uzmanlık bilgisi ve yüksek teknoloji kullanan, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanede 26.11.2020-E.63607 sayılı yazı ile elde edilmiş ilgili tarih itibarıyla görev yapan 894 sağlık profesyoneli oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Tekirdağ’da bulunan bir Üniversite Hastanesinde görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, araştırma evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

5.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Araştırma nicel analiz yönteminde, tanımlayıcı (betimsel), açıklayıcı ve metodolojik türde bir araştırmadır. Bu araştırma katılımcıların tutum, algı ve görüşlerinin alınması yönüyle tanımlayıcı (betimsel); araştırma modelinde yer alan değişkenlerin ilişki ve etkilerini açıklaması sebebiyle açıklayıcı araştırma türündedir (Saruhan, Özdemirci, 2016: 188). Araştırma “Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği”nin Türkçe geçerlilik, güvenilirliğinin yapılması sebebiyle metodolojik bir araştırmadır. Bu araştırma üniversite hastanesindeki sağlık ekiplerinin araştırma modelinde yer alan değişkenlere yönelik görüşlerinin anlık olarak alınması yönüyle kesitsel araştırma niteliğindedir (Saruhan, Özdemirci, 2016: 210).

Araştırma verileri 01.11.2020-20.12.2020 tarihleri arasında katılımcılara anket uygulanması yöntemiyle toplanmıştır. Anket ile katılımcıların hastane hasta güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeyleri, ekip çalışması tutumlarına ilişkin algı düzeyleri, meslekler arası ekip iş birliğine ilişkin algı düzeyleri ile çatışma yönetim tarzlarına ilişkin algı düzeyleri ile örgütsel dayanıklılık algı düzeyleri hakkında veri toplanmıştır. Araştırma verileri Tekirdağ’da bulunan bir Üniversite Hastanesinde acil servis, ameliyathane/anjio, poliklinik, servis, yoğun bakım ve diğer birimler sağlık ekibi personeli (hekim, asistan hekim, hemşire, psikolog, tıbbi sekreter/veri giriş personeli, fizik tedavi uzmanı, eczacı, sağlık teknikeri (Görüntüleme teknikeri, laboratuvar teknikeri, ameliyathane teknikeri, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri, odyometri teknikeri, eczane teknikeri ve biyomedikal teknikeri) ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket uygulanması araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş, uygulama esnasında araştırmaya katılmayı kabul eden ve sözlü, yazılı onamları alınan ekip üyeleriyle bir araya gelinmiş, anket süresi yaklaşık on dakika sürmüştür.

Araştırma verilerinin toplanması için anket formu kullanılmıştır. Anket formu altı bölümden oluşturulmuştur. Veri toplama aracı olan anket formu **Ek 4’de** verilmiştir. Anketin birinci bölümünde “Hastane Hasta Güvenlik Kültürü Ölçeği” (AHRQ 2004), ikinci bölümünde “Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği” (Öztürk 2018), üçüncü bölümünde “Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği” (Orchard vd. 2015), dördüncü bölümünde “Örgütsel Çatışma Ölçeği” (Rahim 1983), beşinci bölümünde “Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği” (Baker vd. 2008) kullanılmıştır. Anketin altıncı bölümünde katılımcılara, 14 adet sosyo-demografik özelliklere yönelik tanımlayıcı ifadeden oluşan sorular yöneltilmiştir. Anketin üçüncü bölümünde kullanılan “Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği” bu araştırma kapsamında (Terlemez vd. 2022) Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. **Tablo 5.1’de** araştırmada kullanılan ölçeklere ait özet bilgiler yer almaktadır.

Tablo 5.1: Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Özet Bilgiler Tablosu

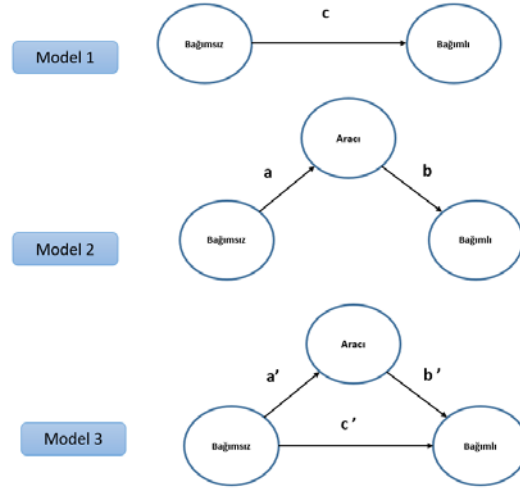
Ölçek Adı	Ölçeğin Yazarı	Türkçe’ye Uyarlayan	Madde Sayısı
Hastane Hasta Güvenliği Kültür (HHGK)	AHRQ (Sorra vd. 2004)	(Bodur, Filiz 2010)	42
Ekip Çalışması Tutumları (ECT)	(Baker vd. 2008)	(Yardımcı vd. 2012)	28
Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi (MAEI)	(Orchard vd. 2012)	(Terlemez vd. 2022)	23
Örgütsel Dayanıklılık (OD)	(Lee vd. 2013)	(Öztürk 2018)	23
Örgütsel Çatışma Envanteri (OC)	(Rahim 1983)	(Niederauer 2006)	28

Bu araştırmada açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılarak ölçüm araçlarının faktör yapısının analizi gerçekleştirilmiştir. Literatürdeki öneriler doğrultusunda analizler farklı veri setleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Hair 2019; Worthington, Whittaker 2006; Schumacher, Lomax 1996). Araştırma kapsamında açıklayıcı faktör analizi için birinci grup (n=250); araştırma modelinin analizi ve doğrulayıcı faktör analizi için ikinci grup (n=443) olarak belirlenmiştir. Veri setinin oluşturulmasında öncelikle açıklayıcı faktör analizi için veri setinin oluşturulması, sonrasında doğrulayıcı faktör analizi verilerin toplanması yöntemi tercih edilmiştir (Orçan 2018). Veri toplama ve veri setlerinin oluşturulmasında grupların belirlenmesinde benzer özellikleri taşımaları kistası aranmıştır. Veri toplama sürecinde toplamda 783 adet anket geçerli kılınmıştır.

5.6. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analiz Yöntemi

Araştırma nicel analiz yönteminde, tanımlayıcı (betimsel), açıklayıcı ve metodolojik türde bir araştırmadır. Bu araştırma üniversite hastanesindeki sağlık ekiplerinin araştırma modelinde yer alan değişkenlere yönelik görüşlerinin anlık olarak alınması yönüyle kesitsel araştırma niteliğindedir (Saruhan ve Özdemirci, 2016: 210). Araştırma verileri anket tekniği ile ölçümlenmiş ve nicel yöntemler aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırma için elde edilen verilerin istatistiki olarak çözümlenmesi aşamasında aşağıda yer verilen analiz yöntemleri uygulanmıştır.

- Araştırma verileri SPSS 24.0 ve Lisrel 8.8 programları kullanılarak analize tabi olmuştur.
- Araştırma ölçeklerin ölçüm özelliğine yönelik maddelerin iç tutarlılıkların belirlenmesinde Cronbach's Alpha güvenirlik analizi gerçekleştirilmiştir.
- Ölçeklerin faktör yapılarının için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.
- Değişkenlere ilişkin ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (ss) CR, AVE, Korelasyon Katsayısı değerleri hesaplanmıştır (Hair vd. 2019).
- Katılımcıların demografik özellikleri ve değişkenlerin dağılımları frekans (f) ve yüzdeleri (%) hesaplanmıştır.
- K-S testi ve merkezi eğilim ölçüleriyle araştırmada elde edilen verilerin dağılımına bakılmış, verilerin normal dağılım göstermesi sonucunda araştırma modeli test edilmesi aşamasında yapısal eşitlik modellemesi yöntemi kullanılmıştır (George, Mallery 2010).
- Araştırma modelinin aracılık ilişkisi Baron ve Kenny'nin (1986) üç basamaklı aracılık modeli koşulları kullanılarak test edilmiştir. Aracılık modellerinde; birinci basamakta Model 2'de gösterilen a ve b yol katsayılarının anlamlı olması gerekmektedir. İkinci basamakta Model 3'te yer alan b' regresyon katsayısının anlamlı olup olmadığı incelenir. Son basamakta ise Model 3'te yer alan bağımsız değişkenlerin sonuç değişkeniyle direkt ilişkisinin Model 1'de belirlenen ilişkiden daha az önemli olması gerekmektedir. Bu durumda **Şekil 5.2'de** yer alan Model 1'de görülen c regresyon katsayısının Model 3'te yer alan c' regresyon katsayısından daha düşük olması gerekmektedir. Bu koşullar sağlandığında aracılık değişkeninin aracı değişken olduğu belirlenir (Baron, Kenny 1986). Kurulan aracılık modellerine ait yollar **Şekil 5.2'de** yer almaktadır.



Şekil 5.2: Aracılık Modelleri Aşamaları
Kaynak: (Baron, Kenny 1986: 1176)

- Hastane hasta güvenlik kültürünün (HHGK) meslekler arası ekip iş birliği (MAEI) aracılığıyla örgütsel dayanıklılık (OD) üzerinde açıklayıcı etkisi yapısal eşitlik modellemesi analizleri ile incelenmiştir.
- Hastane hasta güvenlik kültürünün (HHGK) çatışma yönetim tarzları (OC) aracılığıyla örgütsel dayanıklılık (OD) üzerinde açıklayıcı etkisi yapısal eşitlik modellemesi analizleri ile incelenmiştir.
- Ekip çalışması tutumlarının (ECT) meslekler arası ekip iş birliği (MAEI) aracılığıyla örgütsel dayanıklılık (OD) üzerinde açıklayıcı etkisi yapısal eşitlik modellemesi analizleri ile incelenmiştir.
- Ekip çalışması tutumlarının (ECT) çatışma yönetim tarzları (OC) aracılığıyla örgütsel dayanıklılık (OD) üzerinde açıklayıcı etkisi yapısal eşitlik modellemesi analizleri ile incelenmiştir.
- Kurulan yapısal eşitlik modellerinin kabul edilme durumuna karar verebilmek için **Tablo 5.2’de** yer alan uyum indeksi kriterleri kullanılmıştır.

Tablo 5.2: Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum İndeksi Değerleri

Uyum Kriterleri		Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
Minimum Fit Function Chi-Square / Degrees of Freedom	(χ^2/df)	≤ 3	≤ 5
Root Mean Square Error of Approximation	(RMSEA)	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$
Root Mean Square Residual	(RMR)	$0 \leq RMR < 0.05$	$0.05 \leq RMR \leq 0.10$
Standardized Root Mean Square Residual	(SRMR)	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$
Normed Fit Index	(NFI)	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$
Non-Normed Fit Index	(NNFI)	$0.95 \leq NNFI \leq 1$	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$
Comparative Fit Index	(CFI)	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
Goodness of Fit Index	(GFI)	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$
Adjusted Goodness of Fit Index	(AGFI)	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$

* $p=0.000$

Kaynak: (Hair vd. 2019: 635; Tabachnick, Fidell 2019: 560; Schermelleh-Engel, Moosbrugger 2003; Seçer, 2018: 98; Çokluk vd. 2021: 271)

6. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, veri toplama aracı olan ölçeklere ait analiz bulgularına, değişkenlere ilişkin bulgulara, normallik testi bulgularına ve araştırma modeline ait bulgulara yer verilmiştir.

6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular frekanslar, yüzde değerleri ile incelenmiştir. Literatürdeki öneriler doğrultusunda açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri için farklı veri setleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Hair vd. 2019). Araştırma kapsamında açıklayıcı faktör analizi için birinci grup (n=250); doğrulayıcı faktör analizi için ikinci grup (n=443) olarak belirlenmiştir. Açıklayıcı faktör analizi için veri toplama sürecinde, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş ve yazılı onayları alınmış 250 sağlık profesyoneline ulaşana kadar veri toplanmaya devam edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi için katılımcıların demografik özellikleri **Tablo 6.1’de** yer almaktadır.

Tablo 6.1: Açıklayıcı Faktör Analizi İçin Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik	Grup	n	%	Demografik	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	174	69.90	Çalışılan Birim	Acil Servis	23	9.2
	Erkek	76	30.40		Ameliyathane/Anjiyo	23	9.2
Medeni Durum	Evli	143	57.20		Poliklinik	90	36.0
	Bekâr	107	42.80		Servis	54	21.6
Yaş	24 yaş ve altı	27	10.80		Yoğun Bakım	27	10.8
	25-29	93	37.20	Birimdeki Pozisyon	Diğer	33	13.2
	30-34	65	26.00		Hekim	32	12.8
	35-39	29	11.60		Asistan Hekim	46	18.4
	40-44	22	8.80		Hemşire	91	36.4
	45 yaş ve üzeri	14	5.60		Tıbbi Sekreter/Veri Giriş Personeli	43	17.2
Eğitim Düzeyi	Lise	23	9.20		Diğer Sağlık Profesyonelleri	38	15.2
	Ön Lisans	42	16.80	Vardiya Türü	Sürekli Gündüz	132	52.8
	Lisans	94	37.60		Sürekli Gece	4	1.6
	Yüksek Lisans	23	9.20		Bazen Gece Bazen Gündüz	114	45.6
	Tıpta Uzmanlık	68	1.20	Ekipteki Tecrübe	26 hafta ve altı	110	44.0
Mesleki Tecrübe	26 hafta ve altı	40	16.00		27-52 hafta	79	31.6
	27-52 hafta	52	20.80		53-104 hafta	42	16.8
	53-104 hafta	73	29.20		105-208 hafta	19	7.6
	105-208 hafta	60	24.00	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	20 saatten az	21	8.40
	209 hafta ve üzeri	25	10.00		40-49 saat	134	53.60
Kurumdaki Tecrübe	26 hafta ve altı	80	32.00		50 saat ve üzeri	95	38.00
	27-52 hafta	56	22.40	Toplam	Toplam	250	100
	53-104 hafta	76	30.40				
	105-208 hafta	38	15.20				

Açıklayıcı faktör analizi için toplanan veri seti (n=250) kapsamındaki katılımcıların %69.90’ının kadın (n=174), %30.40’ünün erkek (n=76) olduğu, %57.2’sinin evli (n=143), %42.80’inin bekâr (n=107) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %10.80’inin 24 yaş veya altında olduğu (n=27), %37.20’sinin 25-29 yaşında (n=93), %26.00’inin 30-34 yaş aralığında

olduğu (n=65), %11.60'ının 35-39 yaş aralığında (n=29), %8.8'sinin 40-44 yaş aralığında olduğu (n=22) ve %5.60'ının 45 yaş ve üzerinde (n=14) oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların %9.20'sinin lise (n=23), %16.80'ini ön lisans (n=42), %37.60'ının lisans (n=94), %9.20'sinin yüksek lisans mezunu (n=23), %24.6'sının tıpta uzmanlık düzeyinde eğitime sahip (n=68) oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma bilgilerine ait dağılımları incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun %36.0 ile poliklinikte çalıştığı (n=90), %36.4'ünün hemşire olarak çalıştıkları (n=91), %52.8'inin sürekli gündüz (n=132) çalıştığı belirlenmiştir.

Doğrulamalı faktör analizinde küçük örneklem ile yapısal eşitlik modellemesi kurmak problemli sonuca sebep olmakta (Kline 2019: 16); örneklem büyük olması yapının doğru çıkmasını sağlamaktadır (Çokluk, Şekercioğlu, Büyüköztürk 2021: 266). Bu sebeple araştırma modelinin testinde ve doğrulamalı faktör analiz veri seti için oluşturulan grupta literatürde yer alan öneriler dikkate alınarak örneklem belirlenmemiş evrendeki ulaşılabilecek her sağlık profesyoneline ulaşılmaya çalışılmıştır. Veri toplama sürecinde, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve yazılı onayları alınmış 443 adet anketin analize uygun olduğu tespit edilmiştir. Araştırma modeli ve doğrulamalı faktör analizi için katılımcıların sosyo-demografik özellikleri **Tablo 6.2**'de yer almaktadır.

Tablo 6.2: Araştırma Modeli/DFA Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özellikleri

	Grup	n	%		Grup	n	%		
Cinsiyet	Kadın	304	68.6	Kurumdaki Tecrübe	26 hafta ve altı	145	32.7		
	Erkek	139	31.4		27-52 hafta	111	25.1		
Medeni Durum	Evli	240	54.2		53-104 hafta	126	28.4		
	Bekâr	203	45.8		105-208 hafta	61	13.8		
Yaş	24 yaş ve altı	47	10.6	Ekipteki Tecrübe	26 hafta ve altı	193	43.6		
	25-29	174	39.3		27-52 hafta	144	32.5		
	30-34	113	25.5		53-104 hafta	74	16.7		
	35-39	40	9		105-208 hafta	32	7.2		
	40-44	38	8.6	Haftalık Ortalama	20 saatten az	37	8.4		
	45 yaş ve üzeri	31	7	40-49 saat	232	52.4			
Eğitim Düzeyi	Lise	36	8.1	Çalışma Süresi	50 saat ve üzeri	174	39.3		
	Ön Lisans	66	14.9	Haftalık Ortalama	20 saatten az	37	8.4		
	Lisans	185	41.8	40-49 saat	232	52.4			
	Yüksek Lisans	47	10.6	Çalışma Süresi	50 saat ve üzeri	174	39.3		
	Tıpta Uzmanlık	109	24.6	Vardiya Türü	Sürekli Gündüz	219	49.4		
Birim	Acil Servis	39	8.8		Sürekli Gece	7	1.6		
	Ameliyath./Anjiyo	40	9.0		Bazen Gece Bazen Gündüz	217	49.0		
	Poliklinik	149	33.6		Eğitime Katılma Bilgileri	Temel Eğitim Sırasında Eğitim Alma	Evet	299	67.5
	Servis	113	25.5	Temel Eğitim Sonrasında Eğitim Alma		Hayır	144	32.5	
	Yoğun Bakım	50	11.3	Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma		Evet	253	57.1	
	Diğer	52	11.7	Eğitim Alma		Hayır	190	42.9	
Pozisyon	Hekim	50	11.3	Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma		Evet	220	49.7	
	Asistan Hekim	84	19.0	Katılma		Hayır	223	50.3	
	Hemşire	179	40.4	Ekip Çalışması Eğitimine Katılma		Evet	95	21.4	
	Tıbbi Sek./Veri Giriş	68	15.4	Katılma		Hayır	348	78.6	
	Diğer Sağlık Profesyonelleri	62	14.0	Çalışma Yönetimi Eğitimine Katılma		Evet	34	7.7	
Mesleki Tecrübe	26 hafta ve altı	73	16.5	İş Birliği Eğitimine Katılma		Katılma	Hayır	409	92.3
	27-52 hafta	98	22.1			Evet	51	11.5	
	53-104 hafta	134	30.3		Hayır	392	88.5		
	105-208 hafta	94	21.2		Diğer Eğitimlere Katılma	Evet	161	36.3	
	209 hafta ve üzeri	44	9.9	Hayır	282	63.7			
	Toplam		443	100.0	Toplam		443	100.0	

Araştırma modelinin ve doğrulayıcı faktör analizinin için toplanan veri seti (n=443) kapsamındaki katılımcıların %68.60'ının kadın (n=304), %10.40'ünün erkek (n=139) olduğu, %54.20'sinin evli (n=240), %45.80'inin bekâr olduğu (n=203) belirlenmiştir. Katılımcıların %10.60'ının 24 yaş veya altında olduğu (n=47), %39.30'sinin 25-29 yaşında (n=174), %25.50'inin 30-34 yaş aralığında olduğu (n=113), %9,0'ının 35-39 yaş aralığında (n=40), %8.60'ının 40-44 yaş aralığında olduğu (n=44) ve %7'sinin 45 yaş ve üzerinde (n=31) oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların %8.10'ının lise (n=36), %14.9'unun ön lisans (n=66), %41.8'inin lisans (n=185), %10.6'ının yüksek lisans mezunu (n=47), %24.6'sının tıpta uzmanlık düzeyinde (n=109) eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma bilgilerine ait dağılımları incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun %33.6 ile poliklinikte çalıştığı (n=149), %40.4'ünün hemşire olarak çalıştıkları (n=179), %49.4'ünün sürekli gündüz çalıştığı (n=219) belirlenmiştir.

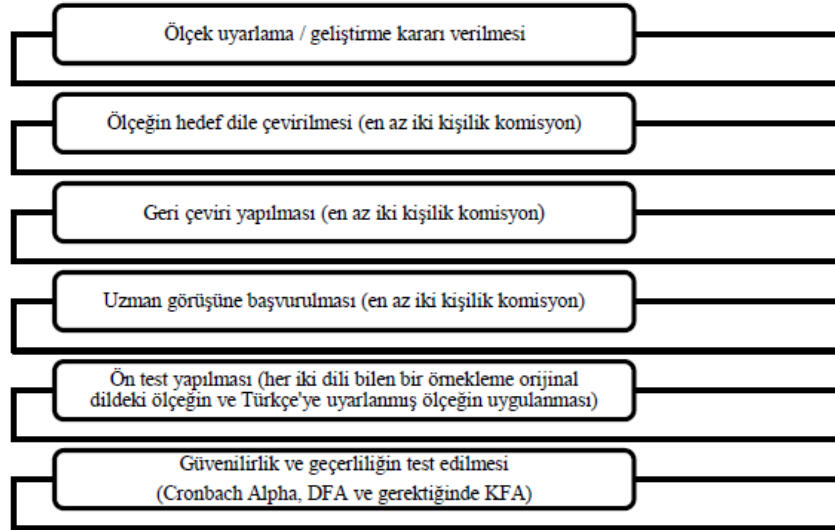
6.2. Araştırmanın Veri Toplama Araçları Olan Ölçeklere Ait Bulgular

İlk olarak “Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği”nin Türkçeye uyarlama süreci ve bulguları ardından diğer ölçeklerin faktör analizleri ve güvenilirlik analizlerine ait bulguları hakkında bilgileri verilmektedir.

6.2.1. Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması (MAEI)-(T-AITCS-II)

Meslekler arası ekip iş birliğinin (ekibin nasıl çalıştığını ve işlediğini) değerlendirilmesine yönelik, Orchard ve diğerleri tarafından 2015 yılında geliştirilmiş, 2018 yılında revize edilmiştir. Ölçek ekip üyeleri arasındaki meslekler arası iş birliğini ölçmek için tasarlanmış bir tanı aracıdır. Ölçek özgün halinde beşli likert tipi bir ölçek olup; 3 boyuttan ve 23 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar, ölçekte yer alan maddelere katılım derecelerini 1=“Asla”; 2=“Nadiren”; 3=“Bazen”; 4=“Çoğu Zaman”; 5=“Her zaman” olmak üzere değerlendirmelerini yapmaktadır. Bu derecelendirmeler 23 ile 115 arasında bir puan ortaya çıkarmaktadır. Ölçekte ters soru bulunmamaktadır.

Araştırmada kullanılan “Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği”nin Türkçeye uyarlanması sırasında **Şekil 6.1’de** yer alan adımlara dikkat edilmiştir (Gürbüz, Şahin 2016)



Şekil 6.1: Ölçek Uyarlama Adımları

Kaynak: (Gürbüz, Şahin 2016: 196)

Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeğinin Türkçe uyarlamasını yapabilmek için izin süreci tamamlandıktan sonra uyarlama sürecine geçilmiştir. Özgün ölçekteki İngilizce ifadelerin Türkçeye çevirisi Brislin, Lonner ve Thorndike (1973) ile Sousa ve Rojjanasirrat (2010)'ın adımları rehber olarak alınmıştır. İlk adım olarak ölçeğin dil ve kültüre uyumunun ve dil geçerliğinin sağlanması için ölçek maddeleri iki dili ve kültürü iyi bilen yabancı diller yüksekokulu hazırlık bölümünde görevli bir öğretim elemanı ve bir uzman tarafından bağımsız olarak Türkçeye uyarlanmıştır. Ardından konunun uzmanlarından görüş alınmış ve dört kişi tarafından çeviriler karşılaştırılmış, orijinal maddeyi en iyi ifade ettiği düşünülen maddeler belirlenerek ölçeğin ilk şekli oluşturulmuştur.

Türkçe form şekli verilen ölçek maddelerinin orijinal diline geri çevirisi anketin İngilizce halini daha önce görmeyen, ana dili Türkçe olan, her iki dili bilen yabancı diller yüksekokulu hazırlık bölümünde çalışan bir öğretim elemanı ve bir uzman tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geri çevri formu ve özgün formu farklı bir uzman tarafından karşılaştırılarak tutarlılığı onaylanmıştır. Araştırmacı tarafından geri çeviri formunun son hali verildikten sonra form, ölçeği geliştiren yazarlardan olan Orchard'a yazar onayı için sunulmuştur. Orchard tarafından beş madde hakkında öneri sunulmuş, öneriler araştırmacılar tarafından gözden geçirilerek düzeltmeler yapılmış ve yazara tekrar gönderilerek ölçek formu yazarın onayını almış böylece ölçeğin dil eşdeğerliliği sağlanmış ve Türkçe formunun son haline ulaşılmıştır.

Kapsam Geçerliği

Dil geçerliği sağlanan Türkçe form kapsam geçerliği için farklı alanlarda (hemşirelik, örgütsel psikoloji, yönetim, sağlık yönetimi, tıp, örgütsel davranış) uzman olan 14 öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur (Hair vd., 2019: 161; Seçer 2018: 18; Büyüköztürk 2020: 180). Kapsam geçerlik indeksi (KGİ) için Davis tekniği kullanılmıştır. Ölçek maddelerinin kapsam geçerlik indekslerinin (KGİ) 0.785-1 arasında değiştii bulunmuştur. Ölçekte yer alan iki (15.17) maddenin Davis (1992) tekniğine göre geçerli oran olan 0.800'un altında kaldığı (KGİ=0.785) tespit edilmiştir. Uzmanlardan gelen geri bildirimlere göre düzenleme istenen maddeler yeniden gözden geçirilmiş, uzman onayı tekrar alınarak ölçeğe son hali verilmiştir (Yurdağül 2005).

Görünüş Geçerliği ve Pilot Çalışma

Ölçeğin dil geçerliği ve kapsam geçerliği sağlandıktan sonra ölçek, ölçek maddelerindeki ifadelerin anlaşılır olup olmadığını sınamak, formun ve maddelerin genel görünüşü hakkında görüş almak ve görünüş geçerliğini sağlamak amacıyla örneklem grubuyla benzer özelliklere sahip 10 hekim ve hemşireye uygulanmıştır (Sartori 2010: 750; Büyüköztürk 2020: 181). Uzmanlardan forma yönelik alınan olumlu görüşler doğrultusunda sonraki adıma geçilmiştir. Sonraki adımda maddelerin anlaşılabilirliğini test etmek, muhtemel hataların ciddi ve düzeltilmesi zor hale gelmeden önce tespiti edilmesi ve düzeltilmesi amacıyla örneklem grubuyla benzer özelliklere sahip olan 50 katılımcıyla (n=50) pilot uygulama yapılmıştır (Seçer 2018). Gelen geri bildirimler ve incelemeler sonrasında ölçeğe son şekli verilmiş ve son kontrol tamamlanmıştır (Bayık, Gürbüz 2016).

Madde Analizi

Açıklayıcı faktör analizi öncesinde sırası ile madde analizi, güvenilirlik analizi, madde ve ölçek toplam korelasyon analizi, madde ayırt edicilik analizi yapılmış arkasından açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada verilerin analizlerinin yapılması için toplanan (n=250) verilerden yararlanılmıştır. Madde analizinde madde-ölçek toplam korelasyonlarının 0.50'nin ve maddeler arası korelasyon değerlerinin 0.30'un üzerinde olması önerilmektedir (Hair vd. 2019: 161; Büyüköztürk 2020: 183). Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre maddeler arası ilişki 0.30; madde-ölçek toplam ilişki değeri tüm maddelerde 0.50'nin üzerindedir. Bu nedenle madde ölçme gücü seviyelerinin yeterli olduğu belirlenmiş olup, ölçek maddeleri ile ölçek toplam puanı ilişkilerinin 0.530-0.828 arasında değiştii, maddelerin

birbirleri ile tutarlılığında herhangi bir problemin olmadığı ve istatistiki açıdan anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Ölçeğin madde-toplam korelasyon değerleri **Tablo 6.4’de** yer almaktadır.

Maddelerin ayırt edicilik kararının verilmesi amacıyla %27 alt dilim ve %27 üst dilim üst değerlerinin ayırt ediciliği t testi kullanılarak yapılmıştır. Katılımcıların %27’lik alt dilim ve %27 üst dilim gruplarının belirlenmesi için meslekler arası ekip iş birliği düzeylerinin küçükten büyüğe sıralanmıştır. Sıralanan meslekler arası ekip iş birliği düzeylerinin %27’lik üst ve alt dilimlik kısmına gelen en düşük ilk 68 kişinin ve en yüksek ilk 68 kişinin değeri dikkate alınmıştır. %27 alt ve üst dilim grubu değerlerinin tüm maddelerde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Katılımcıların %27’lik alt ve üst gruplarına yönelik t testi değerleri **Tablo 6.3’de** yer almaktadır.

Açıklayıcı Faktör Analizi

Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğin yapı geçerliği ve faktöriyel geçerliğini test etmek için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır (Hair vd. 2019: 121). Toplanan verilerin ($n=250$) faktör analizine uygunluğuna KMO ve Barlett Küresellik testleri ile bakılmıştır (Williams, Onsman, Brown, 2010: 5). KMO değerinin 0.80’den büyük ($KMO = 0.947$) (Seçer 2018: 79; Büyüköztürk 2020: 136) ve Barlett Küresellik Testinin (χ^2 değeri 3492.901) istatistiksel olarak % 99 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$) (Sipahi, Yurtkoru, Çinko 2008: 79). Araştırmanın örneklem sayısının faktör analizi için uygun olduğu, verilerin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilmektedir (Williams vd. 2010: 10; Kline 2019). Açıklayıcı faktör analizi için temel bileşenler (Principal component) analizinden Varimax dik döndürme tekniği kullanılmıştır. Ölçeğe ait KMO ve Barlett Küresellik Testi, açıklayıcı faktör analizi sonucu **Tablo 6.3’de** yer almaktadır.

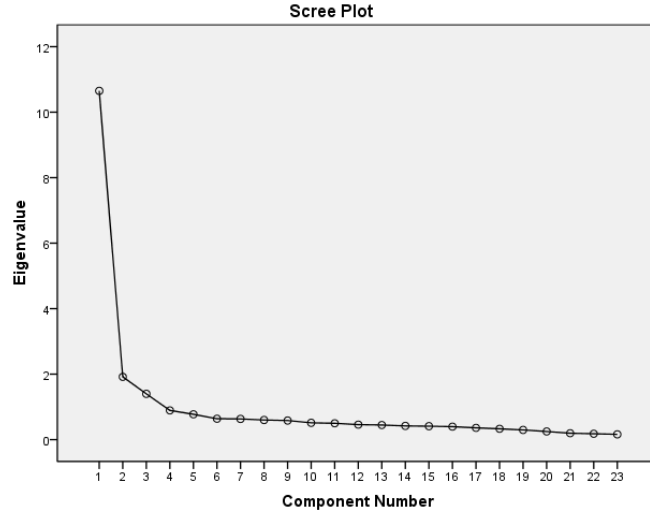
Tablo 6.3: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeğine İlişkin Madde İstatistikleri

Faktörler	Madde No	Faktör Ağırlıkları	Faktör Açıklayıcıları	Faktör Güvenirlikleri	Madde Ölçek Toplam Korelasyonu ¹	t (Alt%27-Üst %27) ²
FAKTÖR 1 (Ortaklık)	Madde1	0.851	% 20.083	0.877	0.749**	-15.357
	Madde2	0.670			0.615**	-11.9586
	Madde3	0.698			0.633**	-11.3631
	Madde4	0.638			0.559**	-9.21674
	Madde5	0.574			0.651**	-12.1468
	Madde6	0.679			0.590**	-10.3554
	Madde7	0.595			0.589**	-10.9395
	Madde8	0.694			0.601**	-10.7782
FAKTÖR 2 (Dayanışma)	Madde9	0.693	% 23.907	0.915	0.792**	-17.9052
	Madde10	0.807			0.720**	-15.2893
	Madde11	0.764			0.688**	-14.1473
	Madde12	0.721			0.695**	-13.4092
	Madde13	0.703			0.650**	-12.7009
	Madde14	0.714			0.695**	-12.2896
	Madde15	0.737			0.689**	-12.6702
	Madde16	0.638			0.717**	-14.6051
FAKTÖR 3 (Koordinasyon)	Madde17	0.669	% 16.735	0.891	0.849**	-19.0716
	Madde18	0.567			0.702**	-12.8956
	Madde19	0.533			0.728**	-12.5048
	Madde20	0.726			0.682**	-11.1413
	Madde21	0.552			0.700**	-12.2901
	Madde22	0.773			0.678**	-10.5247
	Madde23	0.758			0.580**	-7.15998
Toplam			% 60.725	0.945		
Kaiser-Meyer-Olkin Ölçek Geçerliliği				0.947		
Bartlett Küresellik Testi Ki kare:				3492.901		
sd:				253		
p:				0.000		

¹n= 250 ²n₁=n₂=68 **p<0.01

AFA sonucunda elde edilen açıklanan varyans değerinin %40-%60 olması yeterli görülmekte (Scherer vd. 1988); yüksek olması ilgili kavramın veya yapının o kadar iyi ölçüldüğünü ortaya koymaktadır (Büyüköztürk 2020: 136). Bu araştırmada ölçek toplamında açıklanan varyans % 60.725 bulunmuş ve ölçeğin 3 faktör yapısında olduğu belirlenmiştir. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında bulgulara ek olarak kullanılan yamaç birikinti grafiği incelenmektedir (Seçer 2018: 86). Bu araştırmada faktör yapısı hakkında doğru kararı verebilmek için yamaç-birikinti (Scree Plot) grafiğinden yararlanılmıştır. Yamaç-birikinti grafiği, ölçekte yer alan baskın faktörleri ortaya çıkartarak faktör azaltmaya yardım sağlayan bir grafik türüdür (Çokluk vd. 2021: 193). Yamaç-birikinti grafiği **Grafik 6.1**'de yer almaktadır.

Grafik 6.1: Meslekler Arası İş Birliği Ölçeği'ne Ait Yamaç-Birikinti Grafiği



Grafik 6.1 yer alan üçüncü boyuttan sonra grafikte kırılma gerçekleştiği ve diğer faktörler için eğimin durağanlaştığı görülmektedir (Williams vd. 2010: 8). Yamaç grafiği de incelendikten sonra maddelerin faktör yük değerleri incelenmiştir. AFA sonucunda elde edilen maddelerin faktör yük değerlerinin asgari büyüklüğü hakkında alan yazında farklı görüşler bulunmaktadır. Faktör yük değerinin 0.30 olması gerektiğini savunan kuramcılar olduğu gibi 0.40 olması gerektiğini savunan kuramcılar da vardır (Çokluk vd. 2021: 194). Faktör yükleri incelenirken her madde faktör yük değerinin 0.30 ve üzeri olması (Seçer 2018: 98); ölçek geliştirmede ise 0.32 ve üzerinde olması gerektiği ifade edilmektedir (Seçer 2018: 87). Kline'e göre (2019) ölçeğin faktör yüklerinin en az 0.40; Tabachnick, Fidell'e göre (2019: 509) ise en az 0.32 olması gerekmektedir. Diğer taraftan bir maddenin ölçekte kalması yönünde karar verebilmek için belli bir örneklem büyüklüğüne dikkat edilmesi gerektiğini savunan kuramcılar da bulunmaktadır. Bu kuramcılara göre 100 katılımcı için 0.70 ve üzeri; 200 katılımcı için 0.40-0.70; 400'den fazla katılımcı için 0.40'a yakın değerler değerlendirilebilir (Hair vd. 2019). Bu araştırmada ölçekte bir maddenin kalmasına karar vermek için katılımcı sayısının 250 olduğu ve faktör yükünün 0.50'nin üstünde olması kriteri göz önüne alınmıştır (Çokluk vd. 2021: 194). Herhangi bir maddenin kararsız kalma durumunun incelenmesinde maddelerin faktörler arasındaki uzaklığının 0.10 üzerinde olması kriteri aranmış ve madde faktörleri arasındaki uzaklığın 0.10 üzerinde olması nedeniyle maddelerde kararsızlık durumu ile karşılaşılmamıştır (Büyüköztürk 2020; Seçer 2018: 87). Faktör yük değerlerinin 0.533-0.851 arasında değiştiği ve ölçeğin üç faktörlü bir yapıda oluştuğu belirlenmiştir. **Tablo 6.3** incelendiğinde bu faktörlerin birincisi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8. madde olmak üzere sekiz maddeden oluşmaktadır. Bu faktör maddelerinin yük değerleri 0.595-0.851 arasında yer almaktadır. Ölçek toplam varyansının % 20.083'ini tek başına açıklayan bu faktör *ortaklık* alt boyutunu oluşturmaktadır. İkinci faktör ise

11, 12, 13, 14, 15, 16. maddeler olmak üzere sekiz maddeden oluşmaktadır. Bu faktör maddelerinin yük değerleri ise 0.638-0.807 arasında değişmektedir. İkinci faktör tek başına ölçeğin % 23.907'sini açıklamakta ve bu faktör *dayanışma* alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekteki üçüncü faktör, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler olmak üzere yedi maddeden oluşmaktadır. Bu faktör maddelerinin yük değerleri 0.533-0.773 arasında değişmektedir. Ölçek toplam varyansının tek başına %16.735'ini açıklayan bu faktör *koordinasyon* alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu 3 faktör tamamı ise ölçeğin % 60.725'ini açıklamaktadır.

Maddelerin iç tutarlılıkların ölçmek için güvenirlik analizleri yapılarak elde edilen Cronbach's Alpha değerleri incelenmiştir. Güvenirlik 0.945 olarak çıkan ve açıklayıcı faktör analizi sonucunda üç faktörden oluştuğu tespit edilen ölçeğin alt faktörleri güvenirlik düzeyleri sırasıyla 0.877, 0.915, 0.891 olarak belirlenmiştir. Ölçek maddeleri arasında iç tutarlılık değerinin hem ölçek genelinde hem de alt faktörlerde 0.70'den yüksek olduğu belirlenmiştir (Tabachnick, Fidell 2019: 509). Ölçeğin ve alt faktörlerin Cronbach's Alpha değerlerine **Tablo 6.3'de** yer verilmiştir. İç tutarlılığı test edilen ölçeğin alt faktörleri arasında çoklu bağıntı problemi olup olmadığını incelemek amacıyla faktörler arası korelasyon analizi yapılmıştır. Çoklu bağıntı ve teklik, değişkenler arasındaki ilişkinin çok yüksek düzeyde olması durumunda ortaya çıkan korelasyon matrisiyle ilgili bir problemlerdir. Çoklu bağıntı değişkenlerin çok yüksek oranda ilişkili olduğunu, (0.90 ve üzeri gibi); tekil olduğunu, değişkenlerden birbirinin kombinasyonu olduğunu dolayısıyla ilişkisi yüksek olan değişkenlerin kullanılmasının gereksiz olduğunu göstermektedir (Tabachnick, Fidell 2019: 76). Değişkenler arasında olduğu gibi alt faktörler arasında da çoklu bağıntı/çoklu doğrusallık (Multicollinearity) bulunmaması önerilmektedir (Hair vd. 2019: 135). Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin alt faktörleri arasındaki korelasyon değerleri **Tablo 6.4'de** yer almaktadır.

Tablo 6.4: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeğinin Korelasyon Değerleri

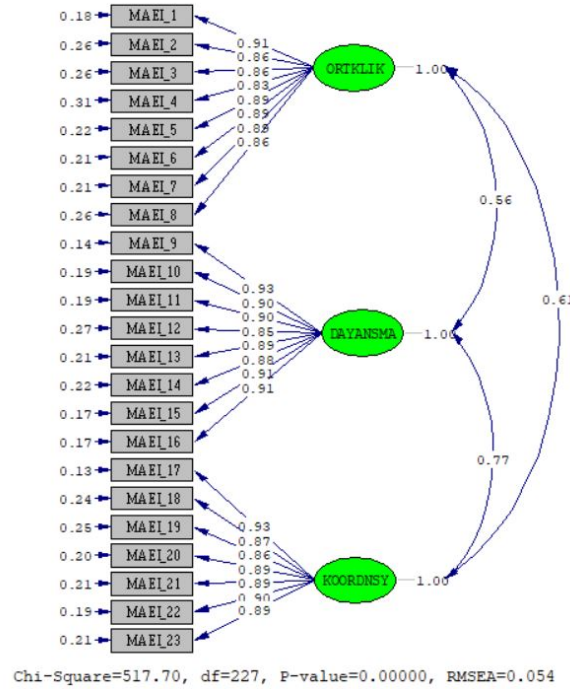
	Ortaklık	Dayanışma	Koordinasyon
Ortaklık	1		
Dayanışma	0.603**	1	
Koordinasyon	0.660**	0.702	1

**p<0.01 (2-tailed).

Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin alt faktörleri arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde elde edilen veriler üç alt faktör arasında da anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ve çoklu bağıntı probleminin olmadığı, bulguların ölçeğin orijinal formu ile de uyumlu olduğu tespit edilmiştir ($r < .90$) (Tabachnick, Fidel, 2019: 76; Hair vd. 2019: 135).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğine ait açıklanan faktör yapısını doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır (Tabachnick, Fidell 2019: 574; Hair vd. 2019: 660). Açıklanan faktör yapısını doğrulamak için 443 kişilik ($n=443$) doğrulayıcı faktör analizi veri setinden yararlanılmıştır. Elde edilen veriler LISREL 8.8 programı ile analiz edilmiştir. Model olarak birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi modeli kullanılmıştır (Çokluk vd. 2021: 276; Gürbüz, Şahin 2016: 335). Ölçeğin alt boyutları Ortaklık=ORTKLIK, Dayanışma=DAYANSMA, Koordinasyon=KOORDNSY olarak isimlendirilmiştir. Yapılan DFA analizine ait standardize edilmiş beta kat sayıları Şekil 6.2’te yer almaktadır.



Şekil 6.2: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeği’nin DFA Path Diyagramı

DFA analizine ait standardize edilmiş beta kat sayıları incelenmeden önce t değerleri incelenmelidir. DFA analizinde elde edilen t değerleri herhangi bir maddenin ilgili yapıda yer

alan diğer maddeler ile olan uyumunu göstermektedir. t değerlerinin iki uçlu testlerde % 5 ($p<0.05$) güven düzeyinde anlamlı ise 1.96'dan büyük t istatistiğine; % 99 ($p<0.01$) güven düzeyinde anlamlı ise 2.58'den büyük t istatistiğine sahip olması gerekmektedir. Eğer etkinin yönü önceden varsayılmışsa tek kuyruklu bir test kullanılabilir o zaman $t=1.65$, $p < 0.05$ olarak değerlendirilmelidir (Hair vd. 2019: 552). Kurgulanan modelde t değerleri açısından problem olmadığına karar verildikten sonra madde faktör yük değerlerinin incelenmesine geçilmelidir. Madde faktör yükleri incelenirken standardize edilmiş beta kat sayıları incelenmelidir. Standardize edilmiş faktör yüklerinin 1.00'in üzerinde ve 0.50'in üzerinde olması, ideal olarak 0.70 üzerinde olması önerilmektedir (Hair vd. 2019: 552). Bu araştırmada maddelerle örtük değişkenler arasındaki ilişkilerden söz edebilmek için t değerleri incelenmiştir. Tüm maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiki açıdan %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t>2.58$). **Şekil 6.2** incelendiğinde ölçeğin birinci düzey DFA analizinden elde edilen sonuca göre madde standardize edilmiş faktör yüklerinin 0.83–0.93 arasında yer aldığı, bu sebeple elde edilen değerler kabul edilebilir değerler olarak alınmıştır. Ortaklık ile dayanışma alt faktörleri arasındaki ilişki miktarı 0.56, dayanışma ile koordinasyon alt faktörü arasındaki ilişki miktarı 0.77 ve ortaklık ile koordinasyon alt faktörü arasındaki ilişki miktarının 0.61 olduğu ve bu ilişkilerin anlamlı olduğu ($p<0.01$) belirlenmiştir. Test edilen modelin veriyle desteklenip desteklenmediğine analizler neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeksleri değerleriyle karar verilmektedir (Gürbüz, Şahin 2016: 336). Buradaki uyum kriterleri katılımcı ve değişken sayısına göre farklı modellerde farklı uyum indeksleri kullanılabilir (Hair vd. 2019: 642). Bu araştırmada elde edilen uyum indeksi değerleri **Tablo 6.6**'da yer almaktadır.

Tablo 6.5: Tablo Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum İndeksleri Sınırlılıkları ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Ölçeğinin Uyum İndeksi Değerleri

χ^2/df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
2.280	0.000	0.054	0.099	0.91	0.89	0.99	0.98	0.023	0.025

Ölçeğin kabul görmesi için birinci düzey çok faktörlü DFA modeli analizi sonucunda göre elde edilen Path analizinde elde edilen uyum iyiliği değerlerinin en az kabul edilebilir sınırlar arasında olması gerekmektedir (Kline 2019: 262). **Tablo 6.5**'de yer alan DFA sonucu elde edilen uyum değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri olan χ^2 değerinin df değerine olan oranının 2.280 ($\chi^2/df=517.70/227=2.280$) ile mükemmel uyum düzeyinde, RMSEA değerinin kabul edilebilir uyum değerinde olduğu ($RMSEA=0.054$, $0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$); SRMR değerinin mükemmel uyum değerinde olduğu ($SRMR=0.025$, $0.05 \leq SRMR \leq 0.10$), GFI değerinin kabul edilebilir uyum değerinde olduğu ($GFI=0.91$, $0.90 \leq GFI \leq 0.95$) ve AGFI

değerinin kabul edilebilir uyum değerinde olduğu ($AGFI=0.89$, $0.85 \leq AGFI \leq 0.90$) ve diğer uyum değerlerinin de mükemmel ve kabul edilebilir uyum değerleri içerisine düştüğü belirlenmiştir. Ölçeğin uyum indeksi değerleri istenilen düzeyde çıktığından maddeler arasında herhangi bir modifikasyon yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır (Seçer 2018; Çokluk vd. 2021). Bu bulgulara göre meslekler arası ekip işbirliği ölçeği için açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlenmiştir. Meslekler arası ekip ölçeği için AVE ve CR değerleri **Tablo 6.6'**da verilmiştir.

Tablo 6.6: Meslekler Arası Ekip İş Birliği İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu

Boyutlar	AVE	CR
ORTKLIK	0.76	0.96
DAYANSMA	0.80	0.97
KOORDNSY	0.79	0.96

Hair ve diğerleri (2019: 162); yapı güvenirliği için 0.70 (CR) ve açıklanan varyans için ise 0.50 (AVE) değerlerinin üzerindeki katsayıların uygun olduğunu söylemektedir. Fornell ve Larcker'e göre (1981), açıklanan varyansın 0.50 değerinin üzerinde olması durumunda ölçekler için yakınsama geçerliğinin sağlanmaktadır. **Tablo 6.7'**deki verilere göre faktör boyutların CR değerleri 0.70'ten, AVE değerleri ise 0.5'ten yüksek çıktığı için meslekler arası ekip işbirliği ölçeğinin faktör yapısının elde edilen verilerle uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.7: Meslekler Arası Ekip İş Birliği Türkçe Formuna İlişkin Güvenirlik Düzeyleri

Faktörler	İç Tutarlılık Cronbach Alpha (α)
Ortaklık	0.962
Dayanışma	0.971
Koordinasyon	0.964
Ölçek Toplam	0.971

Yapılan güvenirlik analizi sonuçlara göre; Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Türkçe Formunun iç tutarlılığı için hesaplanan α değeri, ölçeğin tümüne ve alt boyutlarına ait sonuçların 0.70'in üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Seçer 2018: 30). Ölçek geliştirme ve uyarlama süreçlerinde güvenirlik katsayılarının 0.70 ve üzerinde olan ölçeklerin güvenilir olduğu kabul edildiği dikkate alındığında bu değerlerin yüksek güvenirlik düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Hair vd. 2019: 161; 687; Sipahi vd. 2008: 89; Seçer 2018: 30).

Meslekler Arası Ekip İş birliğinin Değerlendirilmesi Türkçe Ölçeğinin iç tutarlılık, yapı güvenirliği ve iki yarı test güvenirlik katsayılarının yeterli ve güvenilir olduğu, istatistikî olarak tespit edilmiştir.

6.2.2. Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Güvenirlik ve DFA Analizi- (HHGK)

Katılımcıların hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin belirlenmesi için Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)) kullanılmıştır. Ölçek 2004 yılında AHRQ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması Bodur ve Filiz (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 42 madde, 12 alt boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca “A, B, C, D, E, F, G, H, I,” bölümlerinden oluşmaktadır. Cevaplama A, B, F bölüm cevaplarında “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Ne Katılırım Ne Katılmam”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” seçeneklerinden oluşan beşli Likert tipi ölçek niteliğindedir. Ayrıca, C, D bölüm cevaplarında “Hiçbir Zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Çoğu Zaman” ve “Her Zaman” seçeneklerinden oluşan beşli Likert tipi ölçek niteliğinde sorular bulunmaktadır. E bölümünde, “Hasta Güvenliği Derecesi” sorusu yer almakta iken G bölümünde “Raporlanan Olay Sayısı” ile ilgili bir soru yer almaktadır. Anketin H bölümünde katılımcılara ait demografik bilgilerle ilgili on bir soru yer almaktadır. Son olarak I bölümünde katılımcıların “Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata ve Olay Raporlama” hakkındaki görüş ve yorumlarına yönelik yorum soru yer almaktadır. HGKH anketinde yer alan ve olumsuzluk ifade içerdikleri için “A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11” maddeleri istatistiksel hesaplamalarda ters kodlanmıştır. “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” toplamda 4 ifade (A10, A15, A17, A18); “Hataların Raporlanma Sıklığı” toplamda 3 ifade (D1, D2, D3); “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması” toplamda 4 ifade (F2, F4, F6, F10); “Hastane Müdahaleleri ve Değişim” toplamda 4 ifade (F3, F5, F7, F11); “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti” toplamda 4 ifade (B1, B2, B3, B4); “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” toplamda 3 ifade (A6, A9, A13); “Üniteler İçinde Ekip Çalışması” toplamda 4 ifade (A1, A3, A4, A11); “İletişimin Açık Tutulması” toplamda 3 ifade (C2, C4, C6); “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” toplamda 3 ifade (C1, C3, C5); “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” toplamda 3 ifade (A8, A12, A16); Personel Sağlama” toplamda 4 ifade (A2, A5, A7, A14); “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” toplamda 3 ifadeden (F1, F8, F9) oluşmaktadır.

Güvenirlik Analizi

Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin güvenirlik analizi, Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre güvenirlik katsayısı, “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” temsil eden 4 ifade için $\alpha=0.907$; “Hataların Raporlanma Sıklığı” temsil eden 3 ifade için $\alpha=0.928$; “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması” temsil eden 4 ifade için $\alpha=0.913$; “Hastane Müdahaleleri ve Değişim” temsil eden 4 ifade için $\alpha=0.896$; “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti” temsil eden 4 ifade için $\alpha=0.944$; “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” temsil eden 3 ifade için $\alpha=0.916$; “Üniteler İçinde Ekip Çalışması” temsil eden 4 ifade için $\alpha=0.945$; “İletişimin Açık Tutulması” temsil eden 3 ifade için $\alpha=0.933$; “Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim” temsil eden 3 ifade için $\alpha = 0.920$; “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” temsil eden 3 ifade için $\alpha=0.926$; Personel Sağlama” temsil eden 4 ifade için $\alpha=0.945$; “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” temsil eden 3 ifade için $\alpha=0.889$ ve ölçek geneli için (42 ifade) için $\alpha=0.955$ olarak tespit edilmiştir.

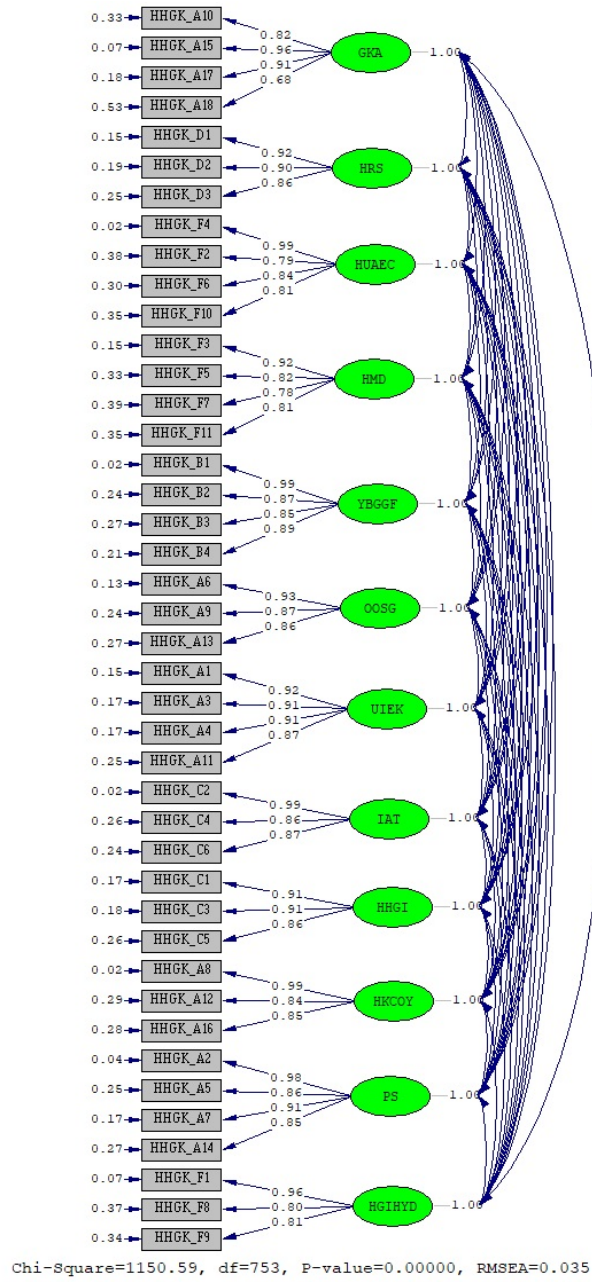
Tablo 6.8: Hastane Hasta Güvenlik Kültürüne İlişkin Güvenirlik Düzeyleri

Boyutlar	Cronbach's Alpha
GKA	0.907
HRS	0.924
HUAEC	0.913
HMD	0.896
YBGGF	0.944
OOSG	0.916
UIEK	0.945
IAT	0.933
HHGI	0.920
HKCOY	0.926
PS	0.945
HGIHYD	0.889
Genel	0.955

Ölçeğin faktör yapısının güvenirlik düzeyleri incelenmesi için Cronbach's Alpha analizi yapılmış; analiz sonucuna göre; ölçek faktörlerinin ve ölçek genelinin iç tutarlılığının güvenirlik düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cronbach's Alpha>0.70).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bu araştırmada örneklem yapısının farklı olması nedeniyle ölçeğin 12 faktörlü yapısının doğrulanıp doğrulanmadığının belirlenmesi için 443 kişiden toplanan veriler ile LISREL 8.8 programıyla DFA yapılmış ve DFA yapısına ait sonuçlar **Şekil 6.3'de** verilmiştir. 443 katılımcı verilerinin normal dağılımı sağlamasıyla “Maximum Likelihood” hesaplama yöntemi aracılığıyla kovaryans matrisi oluşturulmuştur (Kline 2019).



Şekil 6.3: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı

Not: "GKA=Güvenliğin kapsamlı algılanması, HRS=Hataların raporlanma sıklığı, HUAEC=Hastane üniteleri arasında ekip çalışması, HDM=Hastane müdahaleleri ve değişim, YBGGF=Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti, OOSG=Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, UIEK=Üniteler içinde ekip çalışması, IAT=İletişimin açık tutulması, HHFI=Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, HKCOY= Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, PS=Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, HGIHYD=Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği",

Şekil 6.3 incelendiğinde, hastane hasta güvenlik kültürü ölçeğinin DFA sonuçlarına göre, madde faktör yüklerinin 0.68–0.99 arasında yer aldığı ve değerlerin kabul edilebilir değerler olduğu tespit edilmiştir. Maddelerle örtük değişkenler arasında yer alan ilişkilerden söz

edebilmek için t değerleri incelenmiş, tüm maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiki açıdan %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t > 2.58$).

Hastane hasta güvenlik kültürü ölçeğinin DFA sonucunda elde edilen uyum indeksi değerleri **Tablo 6.9**'da yer almaktadır.

Tablo 6.9: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü Ölçeği Uyum İndeksi Kriteri Bulguları

χ^2/df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
1.528	0.000	0.035	0.99	0.94	0.92	0.99	0.98	0.039	0.037

Ölçeğin kabul görmesi için elde edilen uyum iyiliği değerlerinin en az kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer alması gerekmektedir. DFA sonucunda elde edilen uyum indeksi değerlerine göre, en önemli uyum değeri olan χ^2 değerinin df değerine olan oranının 1.528 ile mükemmel uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0.035 ile yine mükemmel uyum düzeyinde olduğu ve diğer uyum değerlerinin de mükemmel uyum değerleri içerisinde düştüğü belirlenmiştir. Bu bulgulara göre hastane hasta güvenlik kültürü ölçeği için açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlenmiştir (Hair vd. 2010; Kline 2019). Hastane hasta güvenlik kültürü ölçeği için AVE ve CR değerleri **Tablo 6.10**'da yer almaktadır.

Tablo 6.10: Hastane Hasta Güvenlik Kültürüne İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu

Boyutlar	AVE	CR
GKA	0.72	0.91
HRS	0.80	0.92
HUAEC	0.74	0.92
HMD	0.70	0.90
YBGGF	0.81	0.95
OOSG	0.79	0.92
UIEK	0.81	0.94
IAT	0.83	0.93
HHGI	0.80	0.92
HKCOY	0.80	0.93
PS	0.81	0.95
HGIHYD	0.74	0.89

Tablo 6.10'de yer alan verilere göre faktör boyutlarının CR değerlerinin 0.70'in, AVE değerlerinin ise 0.50'nin üzerinde olduğu için hastane hasta güvenlik kültürü faktör yapısının elde edilen verilerle uygundur.

6.2.3. Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği Güvenirlik ve DFA Analizi- (OD)

Katılımcıların örgütsel dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi için 23 sorudan oluşan likert yapılı “Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği” kullanılmıştır. Örgütsel dayanıklılık ölçeği, Lee vd. (2013) tarafından geliştirilmiş, Öztürk (2018) tarafından “Adaptasyon Kapasitesi, Bütünsellik ve Stratejik Farkındalık” olmak üzere üç boyuttan oluşacak şekilde sağlık sektörüne özel düzenlenip uyarlanmıştır. Ölçek 22 sorudan oluşmaktadır. Türkçe uyarlanan ölçek 1=“Kesinlikle Katılmıyorum”; 2=“Katılmıyorum”; 3=“Kararsızım”; 4=“Katılıyorum”; 5=“Kesinlikle Katılıyorum” seçeneklerinden oluşan beşli Likert tipi ölçek olarak tasarlanmıştır. Ölçekte Ters Soru bulunmamaktadır. Ölçek 3 boyut olarak oluşturulan ölçek boyutları; “Adaptasyon Kapasitesi” toplamda 9 ifade (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7); “Stratejik Farkındalık” toplamda 7 ifade (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16); “Bütünsellik” toplamda 6 ifade (17, 18, 19, 20, 21, 22)’dan oluşmaktadır.

Güvenirlik Analizi

Örgütsel Dayanıklılığı Ölçeği için güvenilirlik analizi, Cronbach’s Alpha katsayısı hesaplanarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre elde edilen güvenilirlik katsayısı, “Stratejik Farkındalık” temsil eden 7 ifade için $\alpha=0.939$; “Adaptasyon Kapasitesi” boyutunu temsil eden 9 ifade için $\alpha=0.883$, “Bütünsellik” boyutunu temsil eden 6 ifade $\alpha=0.959$ ve ölçek geneli (22 ifade) için $\alpha=0.948$ olarak hesaplanmıştır.

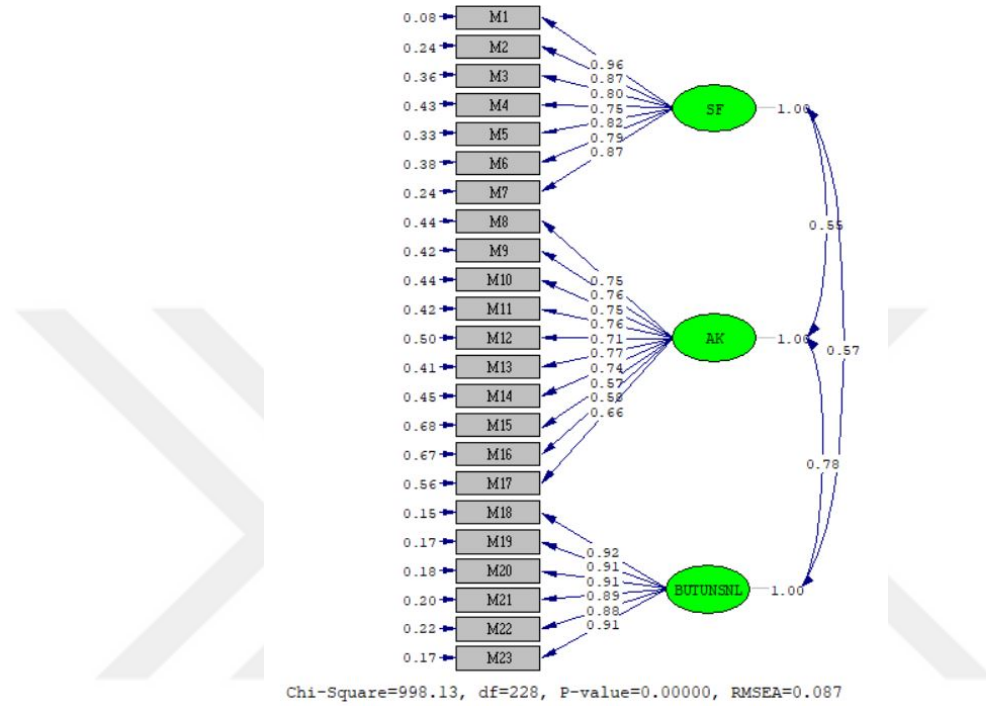
Tablo 6.11: Örgütsel Dayanıklılığa İlişkin Güvenirlik Düzeyleri

Boyutlar	Cronbach’s Alpha
SF	0.939
AK	0.883
BUTUNSNL	0.959
Genel	0.948

Yapılan güvenilirlik analizi sonuçlarına göre ölçeğin faktörlerinin ve ölçek genelinin iç tutarlılığının güvenilirlik düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cronbach’s Alpha>0.70).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bu araştırmada örneklem yapısının farklı olması nedeniyle ölçeğin 3 faktörlü yapısının doğrulanıp doğrulanmadığının belirlenmesi için 443 kişiden toplanan veriler LISREL 8.8 programı aracılığıyla test edilmiştir. DFA yapılmış ve DFA yapısına ait sonuçlar **Şekil 6.4**'de yer almaktadır.



Şekil 6.4: Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı

Not: SF = Stratejik Farkındalık, AK = Stratejik Farkındalık, BUTUNSNL= Stratejik Farkındalık

Şekil 6.4 incelendiğinde, örgütsel Dayanıklılık ölçeğinin DFA sonuçlarına göre, maddelerin faktör yüklerinin 0.57–0.96 arasında yer aldığı; bu değerlerin kabul edilebilir değerler olduğu belirlenmiştir. Maddelerle örtük değişkenler arasında yer alan ilişkilerden söz edebilmek için t değerleri incelenmiş ve tüm maddelerle örtük değişkenler arasında istatistiki açıdan %99 güven düzeyinde anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($t > 2.58$). Örgütsel dayanıklılık ölçeği'nin DFA sonucunda elde edilen uyum indeksi değerleri **Tablo 6.12**'de verilmiştir.

Tablo 6.12: Örgütsel Dayanıklılık Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları

χ^2/df	p	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
4.377	0.000	0.087	0.98	0.93	0.90	0.98	0.97	0.087	0.069

Ölçeğin kabul görmesi için elde edilen uyum iyiliği değerlerinin en az kabul edilebilir sınırlar arasında olması gerekmektedir. DFA sonucu elde edilen uyum değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri olan χ^2 değerinin df değerine olan oranının 4.377 ile kabul edilebilir uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0.087 ile yine kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu ve diğer uyum değerlerinin de mükemmel ve kabul edilebilir uyum değerleri içerisine düştüğü belirlenmiştir. Örgütsel Dayanıklılık Ölçeğinin öngörülen teorik yapısının üç faktörlü model ile uyuşmakta olduğunu görülmektedir (Kline 2019). Bu bulgulara göre örgütsel dayanıklılık ölçeği için açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlenmiştir. Örgütsel dayanıklılık ölçeği için AVE ve CR değerleri **Tablo 6.13’de** yer almaktadır.

Tablo 6.13: Örgütsel Dayanıklılığa İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu

Boyutlar	AVE	CR
SF	0.70	0.94
AK	0.50	0.91
BUTUNSNL	0.82	0.96

Tablo 6.13’deki verilere göre faktör boyutların CR değerlerinin 0.70’in, AVE değerlerinin ise 0.50’in üzerinde yer aldığı için örgütsel dayanıklılık ölçeğinin faktör yapısının elde edilen verilerle uygun olduğu belirlenmiştir.

6.2.4. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Güvenirlik ve DFA Analizi-(ECT)

Katılımcıların ekip çatışması tutumları düzeylerinin belirlenmesi için 28 sorudan oluşan likert yapılı “Ekip Çatışması Tutumları Ölçeği” kullanılmıştır. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği, Baker ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışmaları Yardımcı ve diğerleri (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek; “Ekip Yapısı, Liderlik, Durum İzleme, Karşılıklı Destek ve İletişim” olmak üzere beş alt boyut ve toplamda 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler beşli likert ölçek tipindedir (1=“Kesinlikle Katılmıyorum”; 2=“Katılmıyorum”; 3=“Kararsızım”; 4=“Katılıyorum”; 5=“Kesinlikle Katılıyorum”). Ölçekten en az 28, en çok 140 puan alınabilmektedir. Ölçekte ters soru bulunmamaktadır. Ölçek alt boyutları: “Ekip Yapısı” toplamda 6 ifade (1, 2, 3, 4, 5 ,6); “Liderlik” toplamda 6 ifade (7, 8, 9, 10, 11, 12); “Durum İzleme” toplamda 6 ifade (13, 14, 15, 16, 17, 18); “Karşılıklı Destek” toplamda 5 ifade (19, 20, 21, 22, 23); “İletişim” toplamda 5 ifade (24, 25, 26, 27, 28)’dan oluşmaktadır.

Güvenirlik Analizi

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin güvenirlik analizi, Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre güvenirlik katsayısı, “Ekip Yapısı” boyutunu temsil eden 6 ifade için $\alpha=0.929$; “Liderlik” boyutunu temsil eden 6 ifade için $\alpha=0.933$; “Durum İzleme” boyutunu temsil eden 6 ifade için $\alpha=0.934$; “Karşılıklı Destek” boyutunu temsil eden 5 ifade için $\alpha=0.924$; “İletişim” boyutunu temsil eden 5 ifade için $\alpha=0.925$ ve ölçek geneli için (28 ifade) için $\alpha=0.961$ olarak hesaplanmıştır.

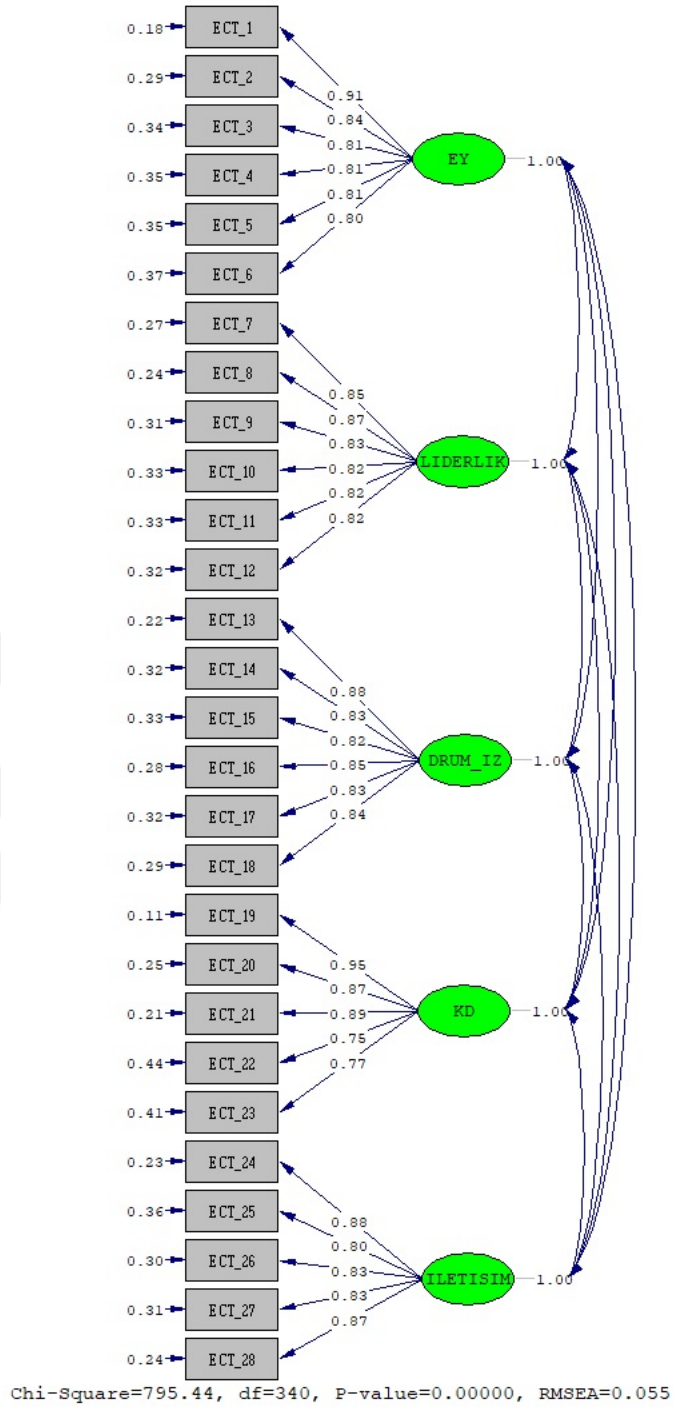
Tablo 6.14: Ekip Çalışması Tutumlarına İlişkin Güvenirlik Düzeyleri

Boyutlar	Cronbach's Alpha
EY	0.929
LIDERLIK	0.933
DRUM_IZ	0.934
KD	0.924
ILETISIM	0.925
Genel	0.961

Yapılan güvenirlik analizi sonuçlarına göre ölçeğin faktörlerinin ve ölçek genelinin iç tutarlılığının güvenirliklerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cronbach's Alpha>0.70).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bu araştırmada örneklem yapısının farklı olması nedeniyle ölçeğin 5 faktörlü yapısının doğrulanıp doğrulanmadığının belirlenmesi için 443 kişiden toplanan veriler ile LISREL 8.8 programı aracılığıyla test edilmiştir. DFA ve DFA yapısına ait sonuçlar **Şekil 6.5'te** yer almaktadır.



Şekil 6.5: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı
 Not: EY = Ekip Yapısı, LIDERLIK= Liderlik, DRUM_IZ= Durum İzleme, KD= Karşılıklı Destek, İLETİSİM= İletişim,

Şekil 6.5 incelendiğinde, ölçeğin DFA sonucuna göre, madde faktör yüklerinin 0.75–0.95 arasında yer aldığından; bu değerlerin kabul edilebilir değerler olduğu belirlenmiştir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerden söz edebilmek için t değerleri incelenmiş ve tüm maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiki açıdan %99 güven düzeyinde

anlamalı olduğu belirlenmiştir ($t > 2.58$). Ekip çalışması tutumları ölçeği'nin DFA sonucunda elde edilen uyum indeksi kriterleri **Tablo 6.15'de** yer almaktadır.

Tablo 6.15: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Uyum İndeksi Kriteri Bulguları

χ^2/df	p	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
2.339	0.000	0.055	0.99	0.90	0.89	0.99	0.98	0.022	0.038

DFA sonucu elde edilen uyum değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri olan χ^2 değerinin df değerine olan oranının 2.339 ile mükemmel uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0.055 ile kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu ve diğer uyum değerlerinin de mükemmel ve kabul edilebilir uyum değerleri içerisine düştüğü belirlenmiştir. Bu bulgulara göre ekip çalışması tutumları ölçeği için açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlenmiştir. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği'nin öngörülen teorik yapısının beş faktörlü modelle uyduğu görülmektedir (Hair vd. 2010; Kline 2019). Ekip çalışması tutumları ölçeği için AVE ve CR değerleri **Tablo 6.16'de** yer almaktadır.

Tablo 6.16: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğine İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu

Boyutlar	AVE	CR
EY	0.70	0.92
LIDERLIK	0.70	0.93
DRUM_IZ	0.71	0.94
KD	0.72	0.93
ILETISIM	0.71	0.92

Tablo 6.16'deki verilere göre faktör boyutların CR değerlerinin 0.70'in, AVE değerlerinin 0.50'nin üzerinde olması sebebiyle çatışma ölçeğinin faktör yapısının elde edilen verilerle uygun olduğu belirlenmiştir.

6.2.5. Örgütsel Çatışma Envanteri Güvenirlik ve DFA Analizi-(OC)

Katılımcıların örgütsel çatışma düzeylerinin belirlenmesi için 28 sorudan oluşan likert yapılı "Örgütsel Çatışma Ölçeği" kullanılmıştır. Çatışmalarla başa çıkarken kullanılan çatışma yönetim tarzlarını tespit etmeye yönelik olarak Rahim (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Yağcıoğlu (1997) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve Kavuncubaşı, Okul (2011) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Rahim Organizational Conflict Inventory-II (ROCI-II)

adını taşıyan bu ölçek, A, B, C olarak sınıflandırılan üç formu bulunmaktadır. Bu formlar amirlere, astlara, çalışma arkadaşlarına uygulanmak üzere sınıflandırılmıştır.. Bu araştırma kapsamında Ayan (2018) tarafından oluşturulan ve sadece iş arkadaşları ile ilgili olan Form C kullanılacaktır. Ölçek örgütsel çatışma yönetimine ilişkin toplam 5 faktörden ve 28 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin cevap seçenekleri, 1=“Kesinlikle Katılmıyorum”; 2=“Katılmıyorum”; 3=“Kararsızım”; 4=“Katılıyorum”; 5=“Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde yer almaktadır. Ölçek alt boyutları; “Bütünleştirme” toplamda 7 ifade (1, 4, 5, 12, 22, 23, 28); “Ödün Verme” toplamda 6 ifade (2, 10, 11, 13, 19, 24); “Hükmetme” toplamda 5 ifade (8, 9, 18, 21, 25); “Kaçınma” toplamda 6 ifade (3, 6, 16, 17, 26, 27), “Uzlaşma” toplamda 4 ifade (7, 14, 15, 20)’dan oluşmaktadır.

Güvenirlilik Analizi

Rahim’in Örgütsel Çatışma Envanteri Ölçeği için güvenirlik analizi, Cronbach’s Alpha katsayısı hesaplanarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre güvenirlik katsayısı, “Bütünleştirme” boyutunu temsil eden 7 ifade için $\alpha=0.943$, “Ödün Verme” boyutunu temsil eden 6 ifade için $\alpha=0.917$; “Hükmetme” boyutunu temsil eden 5 ifade için $\alpha=0.956$; “Kaçınma” boyutunu temsil eden 6 ifade için $\alpha=0.943$; “Uzlaşma” boyutunu temsil eden 7 ifade için $\alpha=0.902$ ve ölçek geneli (28 ifade) için $\alpha=0.948$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6.17: Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Düzeyleri

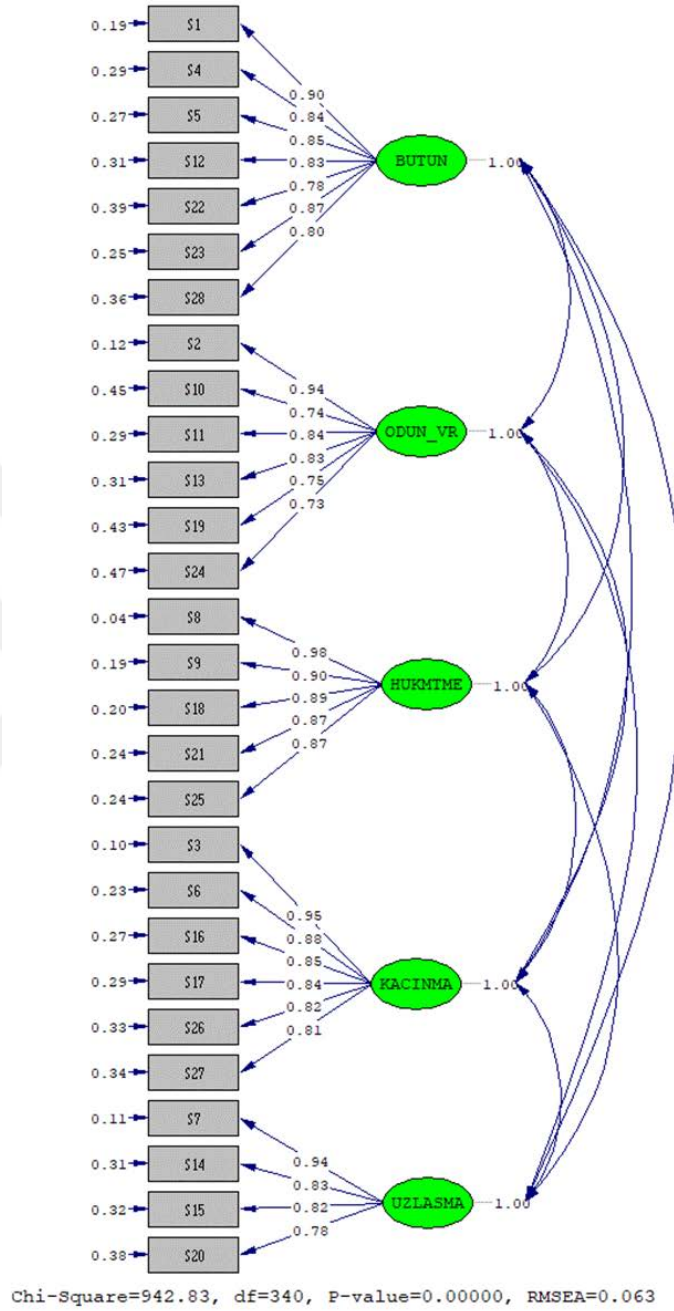
Boyutlar	Cronbach’s Alpha
BUTUN	0.943
ODUN_VR	0.917
HUKMETME	0.956
KACINMA	0.943
UZLAŞMA	0.902
Genel	0.948

Yapılan güvenirlik analizi sonucuna göre ölçek faktörlerinin ve ölçek genelinin iç tutarlılığının güvenirlik düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Cronbach’s Alpha>0.70).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bu çalışmada örneklem yapısının farklı olması nedeniyle ölçeğin 5 faktörlü yapısının doğrulanıp doğrulanmadığının belirlenmesi için 443 kişiden toplanan veriler LISREL 8.8

programı aracılığıyla test edilmiştir. DFA yapılmış ve DFA yapısına ait sonuçlar **Şekil 6.6**'da yer almaktadır.



Şekil 6.6: Çatışma Yönetim Tarzları Ölçeği'nin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı

Not: BUTUN=Bütünleştirme, ODUN_VR=Ödün Verme, HUKMETME=Hükmetme, KACINMA=Kaçınma, UZLASMA=Uzlaşma,

Şekil 6.6 incelendiğinde, örgütsel çatışma ölçeğinin DFA sonucuna göre, madde faktör yüklerinin 0.73–0.98 arasında yer aldığı; bu değerlerin kabul edilebilir değerler olduğu belirlenmiştir. Maddelerle örtük değişkenler arasında ilişkiden söz edebilmek için t değerlerine

bakılmıştır. Tüm maddelerle örtük değişkenler arasında yer alan ilişkinin istatistiki açıdan %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t > 2.58$). Örgütsel Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeği'nin DFA sonucunda elde edilen uyum değerleri **Tablo 6.18'de** yer almaktadır.

Tablo 6.18: Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları

χ^2/df	p	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
2.773	0.000	0.063	0.98	0.92	0.91	0.98	0.97	0.029	0.039

Ölçeğin kabul görmesi için elde edilen uyum iyiliği değerlerinin en az kabul edilebilir sınırlar arasında olması gerekmektedir. DFA sonucu elde edilen uyum kriterleri değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri olan χ^2 değerinin df değerine olan oranının 2.773 ile mükemmel uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0.063 ile kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu ve diğer uyum değerlerinin de mükemmel ve kabul edilebilir uyum değerleri içerisine düştüğü belirlenmiştir. Bu bulgulara göre örgütsel çatışma ölçeği için açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlenmiştir. Örgütsel Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeği'nin öngörülen teorik yapısının beş faktörlü model ile uyuşmakta olduğunu görülmektedir (Hair vd. 2010; Kline 2019). Örgütsel çatışma ölçeği için AVE ve CR değerleri **Tablo 6.19'da** yer almaktadır.

Tablo 6.19: Çatışma Yönetimi Tarzları Ölçeğine İlişkin AVE ve CR Değerleri Tablosu

Boyutlar	AVE	CR
BUTUN	0.71	0.94
ODUN_VR	0.65	0.92
HUKMETME	0.82	0.96
KACINMA	0.74	0.94
UZLAŞMA	0.71	0.91

Tablo 6.19'da yer alan verilere göre faktör boyutlarının CR değerleri 0.70'in; AVE değerlerinin 0.50'nin üzerinde çıkması sebebiyle örgütsel çatışma ölçeğinin faktör yapısının elde edilen verilerle uygun olduğu belirlenmiştir.

6.3. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Ortalama, Standart Sapma, CR, AVE ve Korelasyon Analizi Bulguları

Araştırma değişkenlerine ilişkin katılımcılardan elde edilen verilerin ortalama, standart sapma, değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları ve CR, AVE değerleri incelenmiş;

normallik testleri uygulanmıştır. Değişkenlere İlişkin Ortalama, Standart Sapma, Korelasyon Katsayıları ve CR, AVE değerleri **Ek 5**'te yer almaktadır.

Araştırmadan elde edilen veriler hakkındaki tanımlayıcı istatistikler ve değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği korelasyon analizi bulguları **Ek 5**'te yer almaktadır. **Ek 5**'te yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; hastane hasta güvenlik kültürü düzeyleri ile örgütsel dayanıklılık düzeyleri arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.451$), meslekler arası ekip iş birliği arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.554$), çatışma yönetim tarzları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.325$) ve ekip çalışması tutumları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.265$) belirlenmiştir. Katılımcıların örgütsel dayanıklılık düzeyleri ile meslekler arası ekip iş birliği arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.521$), çatışma yönetim tarzları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.334$) ve ekip çalışması tutumları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.155$), belirlenmiştir. Katılımcıların meslekler arası ekip iş birliği ile çatışma yönetim tarzları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.562$) ve ekip çalışması tutumları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.436$), belirlenmiştir. Katılımcıların çatışma yönetim tarzları ile ekip çalışması tutumları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.553$), belirlenmiştir.

Değişkenlere ilişkin tüm CR değerlerinin 0.70'in AVE değerlerinin 0.50'nin üzerinde olduğu, yakınsama geçerliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (**Ek 5**). İraksama geçerliğini sağlanması için AVE değerlerinin kareköklerine ($\sqrt{AVE}$) ait matrislerin köşegen elamanlarının, matrisin köşegen dışı elemanı olan korelasyon katsayılarından büyük olduğu bu sebeple ölçeklerin iraksama geçerliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (**Ek 5**). Ölçeklerin güvenilirliğine bakıldığında tüm faktörlere ait olan güvenilirlik değerlerinin 0.70'in üzerinde olduğu görülmektedir (**Ek 5**) (Hair vd. 2019: 686-688).

Değişkenler arasında çoklu bağıntı/çoklu doğrusallık (Multicollinearity) bulunmaması önerilmektedir (Hair vd. 2019: 135). Değişkenler arasında incelenen ilişkilerde çok yüksek oranda ($r>.90$) ilişki olduğunda değişkenlerin birbirinin kombinasyonu olduğu dolayısıyla ilişkisi yüksek olan değişkenlerin kullanılmasının gereksiz olduğu anlaşılmaktadır (Tabachnick, Fidell 2019: 76). (**Ek 5**)'te yer alan tablo ile değişkenler arasında çoklu bağıntı problemi olup olmadığı incelenmiş ve değişkenler arası ilişkilerin yüksek oranda ($r>.90$) olmaması sebebiyle değişkenler arası çoklu bağıntı problemi ile karşılaşılmamıştır.

6.4. Normallik Testi Bulguları

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin dağılımının belirlenebilmesi için merkezi eğilim ölçümleri uygulanmıştır. Elde edilen verilerin dağılımına ilişkin bulgular **Tablo 6.20**'de yer almaktadır.

Tablo 6.20: Araştırma Kapsamında İncelenen Merkezi Eğilim Ölçümleri Sonucu Elde Edilen Verilerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Boyut/Ölçek	Kolmogorov-Smirnova			Merkezi Eğilim Ölçümleri			
	Statistic	sd.	P	$\bar{X}$	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
GKA	0.129	443	0.000	3.82	4.00	-0.53	-0.32
HRS	0.113	443	0.000	3.29	3.33	-0.28	-0.40
HUAEC	0.102	443	0.000	3.21	3.25	-0.08	-0.04
HMD	0.159	443	0.000	2.85	2.75	0.04	1.30
YBGGF	0.111	443	0.000	3.48	3.50	-0.42	0.01
OOSG	0.124	443	0.000	3.58	3.67	-0.71	0.54
UIEK	0.147	443	0.000	3.75	4.00	-1.08	0.73
IAT	0.082	443	0.000	3.52	3.67	-0.33	-0.22
HHGI	0.113	443	0.000	3.54	3.67	-0.67	0.39
HKCOY	0.099	443	0.000	3.44	3.33	-0.29	-0.15
PS	0.107	443	0.000	3.44	3.50	-0.54	-0.10
HGIHYD	0.157	443	0.000	3.44	3.33	-0.44	0.63
Genel HHGK	0.137	443	0.000	3.44	3.57	-0.96	0.56
SF	0.199	443	0.000	3.32	3.00	-0.17	-0.44
AK	0.062	443	0.000	3.23	3.30	-0.28	0.12
BUTUNSNL	0.117	443	0.000	3.10	3.33	-0.45	-0.53
GENEL OD	0.059	443	0.001	3.23	3.22	-0.10	-0.39
ORTKLIK	0.082	443	0.000	3.76	3.75	-0.56	0.24
DAYANSMA	0.095	443	0.000	3.79	3.88	-0.53	-0.16
KOORDNSY	0.072	443	0.000	3.66	3.71	-0.45	0.04
GENEL MAEI	0.052	443	0.007	3.74	3.78	-0.32	-0.20
BUTUN	0.135	443	0.000	4.05	4.00	-0.80	0.75
ODUN_VR	0.104	443	0.000	3.94	3.83	-0.53	0.50
HUKMETME	0.122	443	0.000	3.28	3.40	-0.35	-0.65
KACINMA	0.089	443	0.000	3.90	3.83	-0.63	0.42
UZLAŞMA	0.195	443	0.000	3.99	4.00	-0.48	0.05
GENEL OC	0.039	443	0.124	3.84	3.81	-0.07	-0.25
EY	0.090	443	0.000	4.02	4.00	-0.48	0.08
LIDERLIK	0.116	443	0.000	4.16	4.00	-0.41	-0.09
DRUM_IZ	0.119	443	0.000	4.05	4.00	-0.54	-0.04
KD	0.129	443	0.000	4.01	4.00	-0.23	-0.57
ILETİSİM	0.112	443	0.000	4.06	4.00	-0.50	0.08
GENEL EÇT	0.060	443	0.001	4.06	4.04	-0.30	0.01

$\bar{X}$ =Ortalama, sd.=Standart Sapma, K-S: Kolmogorov-Smirnov, Kurtosis: Basıklık Katsayısı, Skewness: Çarpıklık Katsayısı

K-S testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, araştırmada yer alan değişkenlere ait katılımcılardan toplanan verilerin normal dağılımda olduğu söylenebilmektedir ($p>0.05$). İncelenen merkezi eğilim ölçümleri sonucunda ortalama ve medyanın birbirine yakınlığı ile basıklık ve çarpıklığın ± 2 arasında yer alması sebebiyle araştırma verilerinin dağılımının normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir (George, Mallery 2010).

Tablo 6.21: K-S Testi Sonucu Araştırma Kapsamında Verilerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Boyut/Ölçek	($\bar{x}$)	ss	Düzey
GKA	3.82	0.85	Yüksek
HRS	3.29	1.00	Orta
HUAEC	3.21	0.86	Orta
HMD	2.85	0.76	Yüksek
YBGGF	3.48	0.99	Yüksek
OOSG	3.58	0.96	Yüksek
UIEK	3.75	1.04	Yüksek
IAT	3.52	0.98	Yüksek
HHGI	3.54	0.92	Yüksek
HKCOY	3.44	1.00	Yüksek
PS	3.44	1.05	Yüksek
HGIHYD	3.44	0.89	Yüksek
Genel HHGK	3.44	0.61	Yüksek
SF	3.32	0.98	Orta
AK	3.23	0.72	Orta
BUTUNSNL	3.10	1.01	Orta
GENEL OD	3.23	0.72	Orta
ORTKLIK	3.76	0.85	Yüksek
DAYANSMA	3.79	0.87	Yüksek
KOORDNSY	3.66	0.89	Yüksek
GENEL MAEI	3.74	0.75	Yüksek
BUTUN	4.05	0.67	Yüksek
ODUN_VR	3.94	0.66	Yüksek
HUKMETME	3.28	1.02	Orta
KACINMA	3.90	0.80	Yüksek
UZLAŞMA	3.99	0.70	Yüksek
GENEL OC	3.84	0.57	Yüksek
EY	4.02	0.69	Yüksek
LIDERLIK	4.16	0.62	Yüksek
DRUM_IJZ	4.05	0.68	Yüksek
KD	4.01	0.67	Yüksek
ILETISIM	4.06	0.66	Yüksek
GENEL EÇT	4.06	0.53	Yüksek

Likert formatında oluşturulan ölçeklerde elde edilen puanlar sonucu katılımcıların yanıt düzeylerinin hesaplanması sırasında 0.8 puan aralığı ($4/5=0.80$) kullanılmıştır. Bu durumda Likert yapıdaki ölçeğin başlangıç puanı olan 1 puanın üzerine 0.8'lik puan aralığı eklenerek her ölçüm düzeyine denk gelen aralık hesaplanmaktadır. Bu durumda 1-1.8 aralığı “Çok Düşük”, 1.81-2.6 aralığı “Düşük”, 2.61-3.4 aralığı “Orta”, 3.41-4.2 aralığı “Yüksek” ve 4.21-5.0 aralığı “Çok Yüksek” düzeyi temsil etmektedir.

Bu bilgiler ışığında katılımcıların hastane hasta güvenliği kültürü düzeylerinin ($\bar{x}=3.44$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından en yüksek düzeyin 3.82 ortalama ile güvenliğin kapsamlı algılanmasında olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların örgütsel dayanıklılık düzeylerinin ($\bar{x}=3.23$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Örgütsel dayanıklılık boyutlarından en yüksek düzeyin 3.32 ortalama ile stratejik farkındalık olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların meslekler arası ekip iş birliği düzeylerinin ($\bar{x}=3.74$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Meslekler arası ekip iş birliği boyutlarından en yüksek düzeyin 3.79 ortalama ile dayanışma olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların örgütsel çatışma yönetimi düzeylerinin ($\bar{x}=3.84$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Örgütsel çatışma yönetimi tarzlarının boyutlarından en yüksek düzeyin 4,05 ortalama ile bütünleşme olduğu belirlenmiştir.

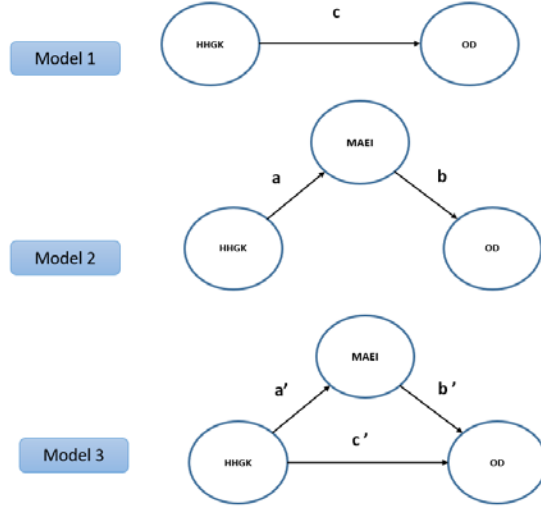
Katılımcıların ekip çatışması tutumları düzeylerinin ($\bar{x}=4.06$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ekip çatışma tutumları boyutlarından en yüksek düzeyin 4.16 ortalama ile liderlik boyutunda olduğu belirlenmiştir.

6.5. Araştırma Modeline Ait Bulgular

Hastane hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisini belirlemek ve bu etkide meslekler arası ekip iş birliği ile çatışma yönetimi tarzlarının rolünü belirlemeye yönelik kurgulanmış **Şekil 5.1’de** yer alan araştırma modeline ait hipotezler ve analizleri aşağıda yer almaktadır. Araştırma modeli aracılık ilişkisi Baron, Kenny’nin (1986: 1176) koşulları yerine getirilerek, **Şekil 5.2’de** yer alan üç basamaklı aracılık modelleriyle test edilmiştir.

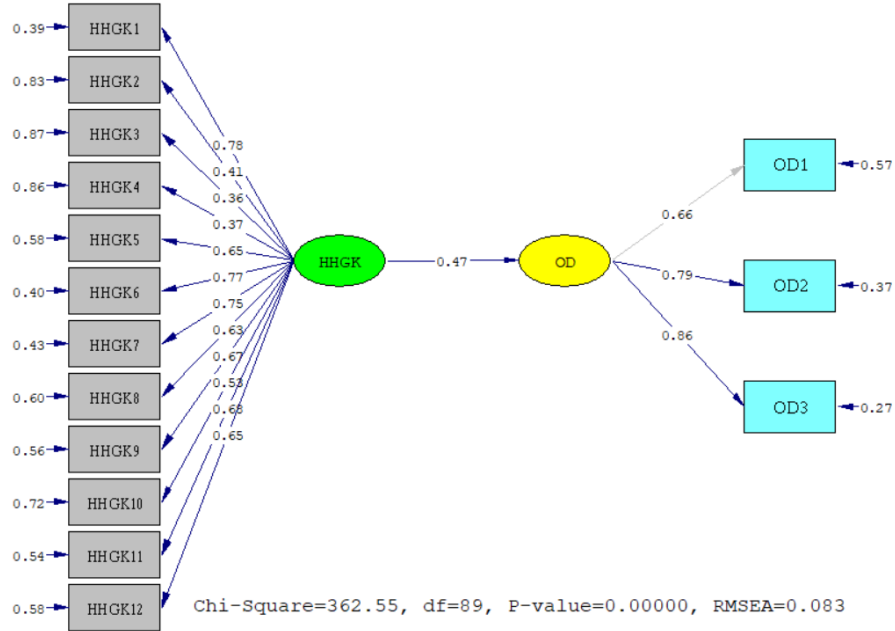
6.5.1. H₁: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.

Araştırmanın birinci hipotezinde (H₁) hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin olup olmadığının belirlenmesi için yapısal eşitlik modeli ile üç basamakta test edilmiştir. H₁ hipotezine ait kurulan model **Şekil 6.7’de** yer almaktadır.



Şekil 6.7: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli

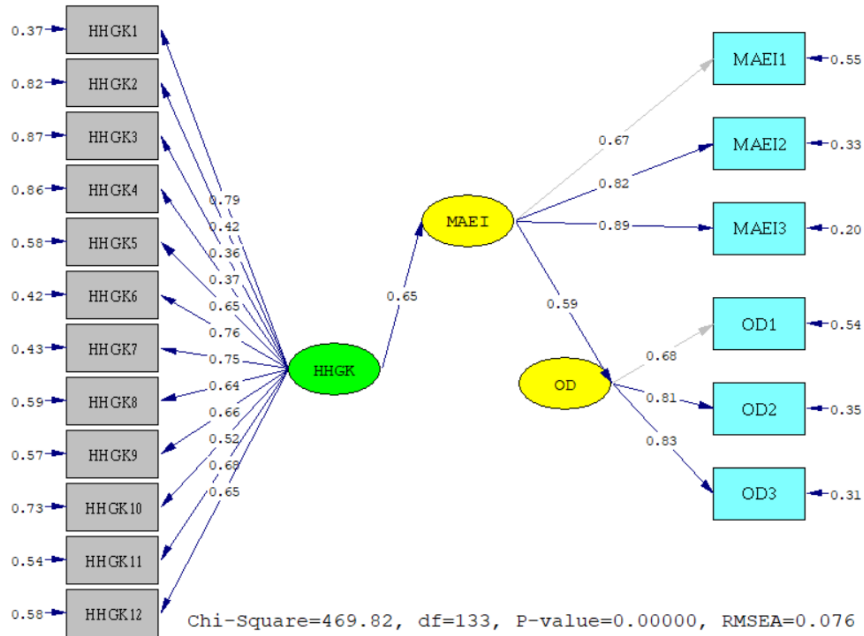
H₁ hipotezinin yapısal eşitlik modeli ile testinin ilk basamağında araştırmada yer alan değişkenlerden hastane hasta güvenliği kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin test edilmesi amacıyla **Şekil 6.7’de** verilen birinci model (Model 1) oluşturulmuştur. Birinci adımdaki yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.8’de** yer almaktadır.



Şekil 6.8: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)

Şekil 6.8’de verilen birinci modelde değişkenler arasındaki direkt etkiler incelenmiştir. Modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=362.55$; $df=89$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine (df) oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=4.073$) değerin 5’in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.083$, $RMR=0.063$, $SRMR=0.076$, $GFI=0.90$, $AGFI=0.87$, $CFI=0.95$, $NFI=0.94$ ve $NNFI=0.94$ değerlerine ulaşıldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.8’de** yer alan yol diyagramı incelendiğinde, hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.47$, $t=7.96$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiş olup araştırmanın birinci modeli doğrulanmıştır. Bu sonuç katılımcıların hastane hasta güvenliği kültürü düzeylerinde bir birimlik bir artışın örgütsel dayanıklılık düzeylerinde 0.47 birimlik bir etki ile artış olacağını göstermektedir.

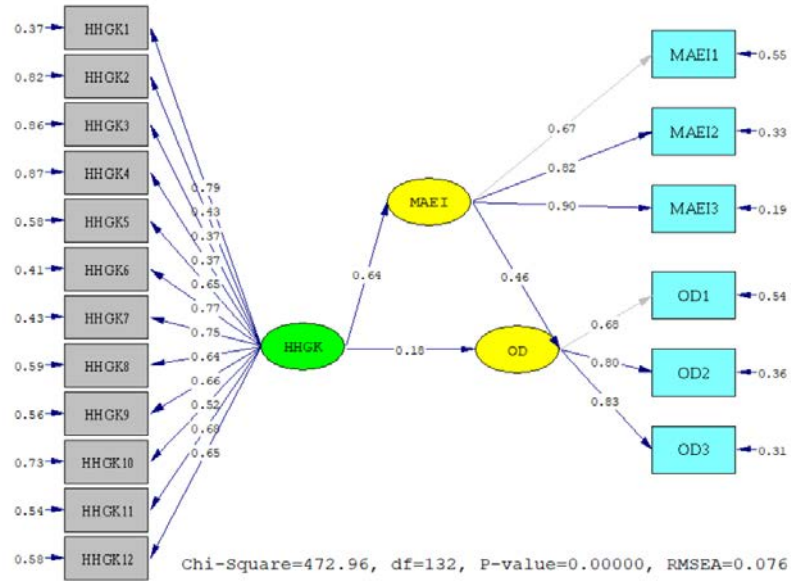
H₁ hipotezinin birinci basamak modeli (Model 1) ile hastane hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasında direkt etki test edildikten sonra modelin ikinci basamağına geçilmiş ve hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin belirlenmesi için **Şekil 6.7’de** verilen ikinci model olan, ara değişkenlerin direkt etkileri incelenmiştir (Model 2). Yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.9’da** yer almaktadır.



Şekil 6.9: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü, Örgütsel Dayanıklılık ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkenlerinin Bulunduğu Modelin Test Edilmesi (Model 2)

Oluşturulan model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=469.89$, $df=133$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.533$) değerin 5'in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.076, RMR=0.065, SRMR=0.079, GFI=0.93, AGFI=0.91, CFI=0.96, NFI=0.95 ve NNFI=0.95 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Hastane hasta güvenliği kültürünün meslekler arası ekip iş birliği üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.65$, $t=10.91$, $p<0.01$) ve meslekler arası ekip iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.59$, $t=8.91$, $p<0.01$) görülmektedir. Bu sonuçlar araştırmanın aracılık rolüne ait son basamaktaki üçüncü modelin (Model 3) kurulmasına bir engel olmadığını göstermektedir.

Hastane hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin aracılık rolüne ait üçüncü model (Model 3) **Şekil 6.10'da** yer almaktadır.



Şekil 6.10: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değişkenin Aracılık Rolü (Model 3)

Şekil 6.10'da yer alan aracılık modeline ait üçüncü basamağı oluşturan model (Model 3) test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare değeri $\chi^2 = 472.96$, $df=132$; $p=0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.58$) değerin 5'in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.76, RMR=0.065, SRMR=0.079,

GFI=0.93, AGFI=0.91 ve CFI=0.96, NFI=0.95 ve NNFI=0.95 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.10'da** hastane hasta güvenlik kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda meslekler arası ekip iş birliğinin aracılık rolü test edildiğinde hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.18$; $t=2.72$; $p<0.001$) olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın birinci hipotezine ait üç basamaklı modelden elde edilen uyum indeksi sonuçları **Tablo 6.22'de** yer almaktadır.

Tablo 6.22: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri

Uyum indeksleri										
MODEL	1	χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	SRMR	NFI	NNFI	CFI
	2	469.89	133	3.533	0.000	0.076	0.079	0.95	0.95	0.96
	3	472.96	132	3.580	0.000	0.076	0.079	0.95	0.95	0.96
	3	472.96	132	3.580	0.000	0.076	0.079	0.95	0.95	0.96

Model anlamlı: $P<0.01$
Model uygunluğu: $\chi^2/df < 5.0$

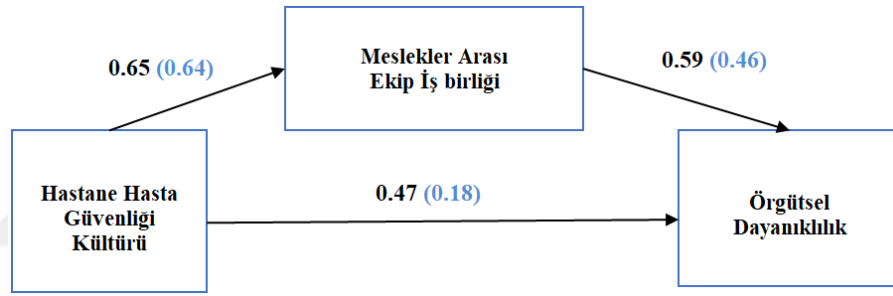
Kurulan modellerle elde edilen bulgulara göre araştırmanın birinci hipotezine ait modellerin sonuçları **Tablo 6.23'de** yer almaktadır.

Tablo 6.23: Araştırmanın Birinci Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, t-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri

Hipotezler	Yollar	Standart Değ.	t değeri	R ² Değeri	Hipotez Sonucu
H₁: Hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.	HHGK→MAEI→OD	0.18	2.65**	0.032	Kabul
MODEL 1: Hastane hasta güvenliği kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	HHGK→OD	0.47	7.96**	0.22	Doğrulandı
MODEL 2: Hastane hasta güvenliği kültürünün meslekler arası ekip iş birliği üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	HHGK→MAEI	0.65	10.91**	0.42	Doğrulandı
MODEL 3: Meslekler arası ekip iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	MAEI→OD	0.59	8.91	0.35	Doğrulandı

**p<0.01

Hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin olup olmadığını belirlemesi için **Şekil 6.8’de** yer alan birinci model incelendiğinde, hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.47$, $t=7.96$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiş modele aracı model olan meslekler arası ekip iş birliği değişkeni eklenince hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu etkisi devam etmekte ama bu etkinin 0.18’e düştüğü görülmüştür ($\beta=0.18$, $t=2.65$, $p<0.01$). Bu sonuç hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde aracı değişken yokken 0.47’lik etkisi varken aracı model olan meslekler arası ekip iş birliği dâhil edildiğinde 0.18’e düştüğü belirlenmiştir. Bu düşüşün aracı model sayesinde olduğu, meslekler arası ekip iş birliği değişkeninin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bulguların göre araştırma modelinde gösterimi **Şekil 6.11’de** yer almaktadır.

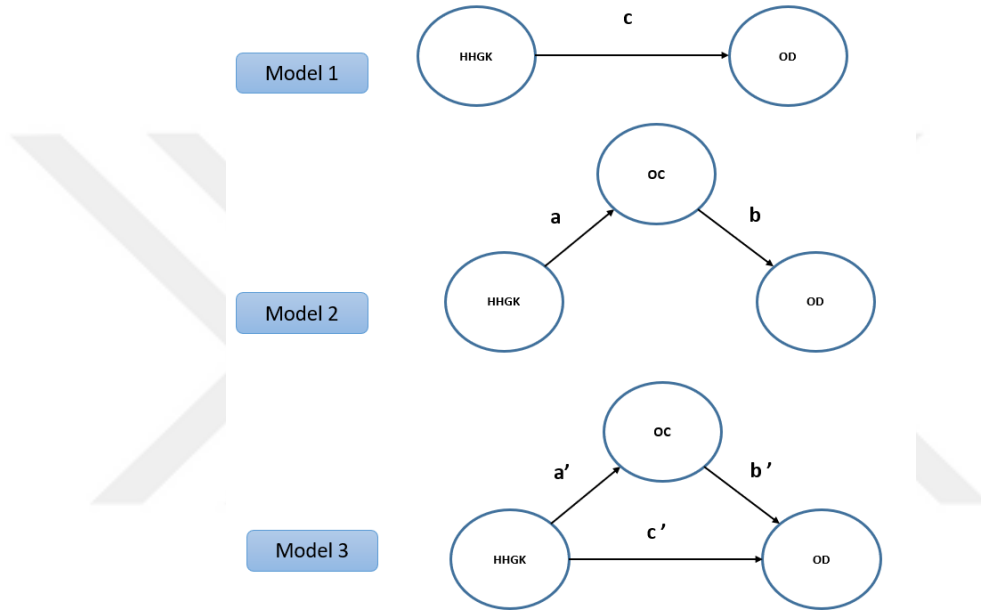


Şekil 6.11: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları

Bulgulara göre araştırmanın birinci hipotezi (**H₁**) olan “Hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır” hipotezinin kabul edildiği, meslekler arası ekip iş birliği değişkeninin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin aracı rolü olduğu; hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliğini artırdığı meslekler arası ekip iş birliğinin de örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır.

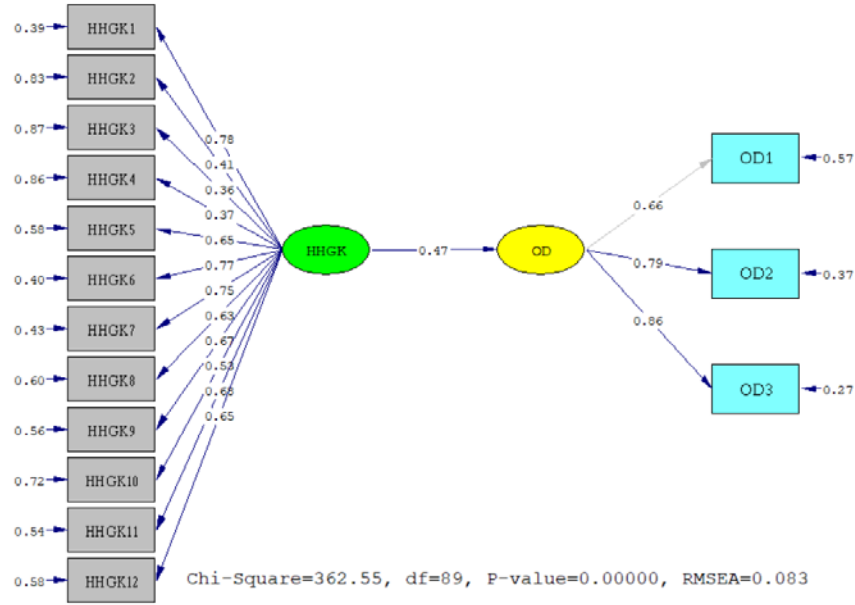
6.5.2. H₂: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.

Araştırmanın ikinci hipotezinde hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin olup olmadığının belirlenmesi yapısal eşitlik modeli ile üç basamakta test edilmiştir. H₂ hipotezine ait kurulan model Şekil 6.12’de yer almaktadır.



Şekil 6.12: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli

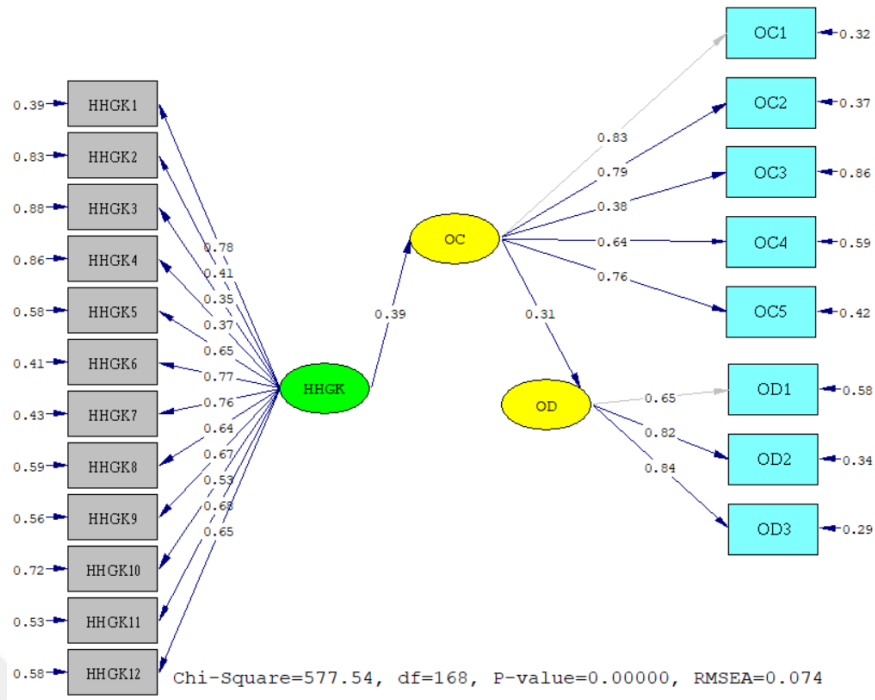
H₂ hipotezinin yapısal eşitlik modeli ile testinin ilk basamağında araştırmada yer alan değişkenlerden hastane hasta güvenliği kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin test edilmesi amacıyla Şekil 6.12’de verilen birinci model (Model 1) oluşturulmuştur. Birinci adımda yapılan yapısal eşitlik modeli Şekil 6.13’de yer almaktadır.



Şekil 6.13: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)

Şekil 6.12’de verilen birinci modelde değişkenler arası direkt etkiler incelenmiştir. Model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=362.55$, $df=89$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=4.073$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.083$, $RMR=0.063$, $SRMR=0.076$, $GFI=0.90$, $AGFI=0.87$, $CFI=0.95$, $NFI=0.94$ ve $NNFI=0.94$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.13’de** yer alan yol diyagramı incelendiğinde, hastane hasta güvenlik kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.47$, $t=7.96$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiş ve araştırmanın birinci modeli doğrulanmıştır. Bu sonuç katılımcıların hastane hasta güvenliği kültürü düzeylerinde bir birimlik bir artışın örgütsel dayanıklılık düzeylerinde 0.47 birimlik bir etki ile artış olacağını göstermektedir.

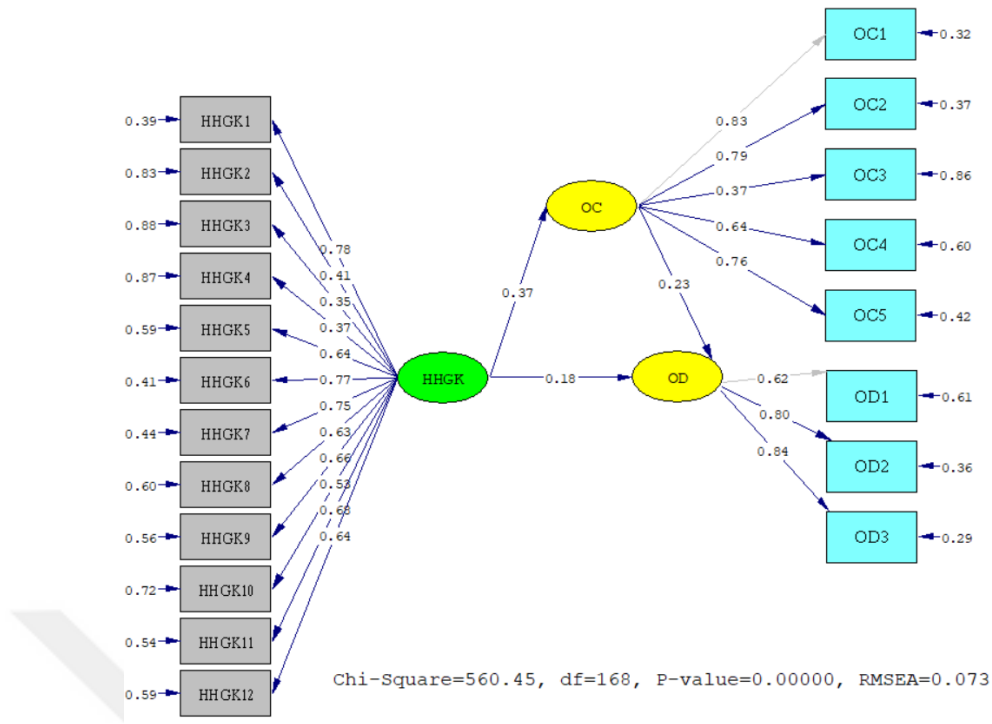
H₂ hipotezinin birinci basamağı modeli (Model 1) ile hastane hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasında direkt etki test edildikten sonra modelin ikinci basamağına geçilmiştir. Hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin belirlenmesi için **Şekil 6.12’de** verilen ikinci model olan ara değişkenlerin direkt etkileri incelenmiştir (Model 2). Yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.14’de** yer almaktadır.



Şekil 6.14: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü, Örgütsel Dayanıklılık ve Çatışma Yönetimi Değişkeninin Bulunduğu Modelin Test Edilmesi (Model 2)

Oluşturulan model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=577.54$, $df=168$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.437$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum indeksleri incelendiğinde; $RMSEA=0.074$, $RMR=0.069$, $SRMR=0.077$, $GFI=0.94$, $AGFI=0.92$, $CFI=0.98$, $NFI=0.98$ ve $NNFI=0.98$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Hastane hasta güvenliği kültürünün çatışma yönetimi tarzları üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.39$, $t=7.29$, $p<0.01$) ve çatışma yönetimi tarzlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.31$, $t=5.28$, $p<0.01$) görülmektedir. Bu sonuçlar araştırmanın aracılık rolüne ait üçüncü modelin (Model 3) kurulmasına bir engel olmadığını göstermektedir.

Hastane hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolüne ait model **Şekil 6.15’de** yer almaktadır.



Şekil 6.15: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi Tarzları Değişkenin Aracılık Rolü (Model 3)

Şekil 6.12’de verilen aracılık modeline ait üçüncü model (Model 3) test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare değeri $\chi^2=560.45$, $df=168$, $p=0.000$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.336$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.073$, $RMR=0.060$, $SRMR=0.072$, $GFI=0.94$, $AGFI=0.92$ ve $CFI=0.98$, $NFI=0.98$ ve $NNFI=0.98$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Şekil 6.15’de hastane hasta güvenlik kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda çatışma yönetim tarzlarının aracılık rolü test edildiğinde hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.18$, $t=2.83$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın ikinci hipotezine ait üç basamaklı modelden elde edilen uyum indeksi sonuçları Tablo 6.24’te yer almaktadır.

Tablo 6.24: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri

Uyum indeksleri										
MODEL		χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	SRMR	NFI	NNFI	CFI
	1	362.55	89	4.073	0.000	0.083	0.076	0.94	0.94	0.95
	2	577.54	168	3.437	0.000	0.074	0.077	0.95	0.98	0.98
	3	560.45	168	3.336	0.000	0.073	0.072	0.95	0.98	0.98

Model anlamlı: $P < 0.01$
Model uygunluğu: $\chi^2/df < 5,0$

Kurulan modelle ulaşılan bulgulara göre araştırmanın birinci hipotezine ait modellerin sonuçları **Tablo 6.25’da** yer almaktadır.

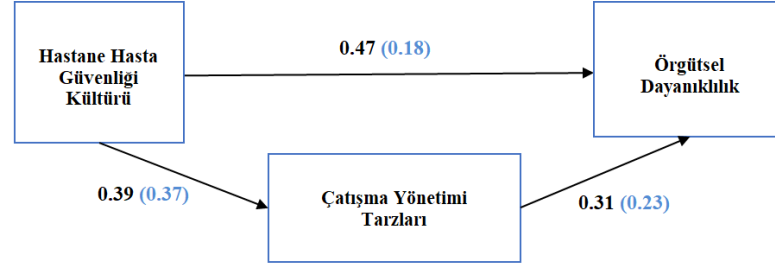
Tablo 6.25: Araştırmanın İkinci Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, t-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri

Hipotezler	Yollar	Standart Değ.	t değeri	R ² Değeri	Hipotez Sonucu
H₂: Hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.	HHGK→OC→OD	0.18	2.83**	0.032	Kabul
MODEL 1: Hastane hasta güvenliği kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	HHGK→OD	0.47	7.96**	0.22	Doğrulandı
MODEL 2: Hastane hasta güvenliği kültürünün çatışma yönetim tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	HHGK→OC	0.39	7.29**	0.15	Doğrulandı
MODEL 3: Çatışma yönetim tarzlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	OC→OD	0.31	5.28**	0.10	Doğrulandı

**p<0.01

Hastane hasta güvenlik kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda çatışma yönetimi tarzları değişkenlerinin aracılık rolünün olup olmadığını belirlemesi için **Şekil 6.13’de** yer alan birinci model incelendiğinde, hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.47$, $t=7.96$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiştir. Modele aracı model olan çatışma yönetim tarzları değişkeni eklenince hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi devam etmekte ama bu etki 0.18’e düştüğü görülmüştür ($\beta=0.18$, $t=2.83$, $p<0.01$). Bu sonuç hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde aracı değişken yokken 0.47’lik etkisi varken aracı

model olan çatışma yönetimi tarzları dâhil edildiğinde 0.18'e düştüğü belirlendiğinden bu düşüşün aracı model sayesinde olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulguların göre araştırma modelinde gösterimi **Şekil 6.16'da** yer almaktadır.

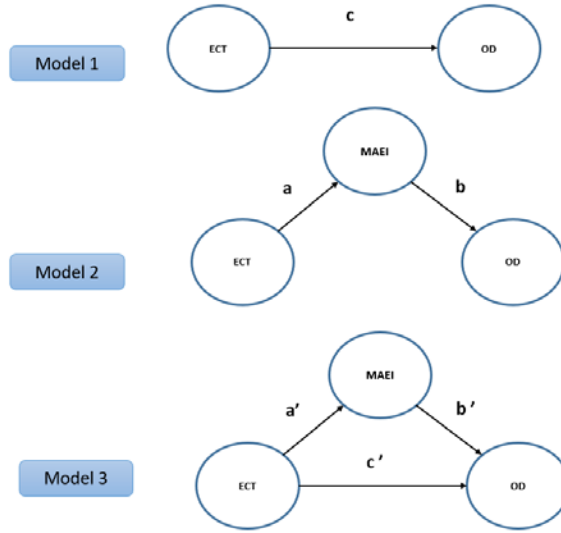


Şekil 6.16: Hastane Hasta Güvenlik Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Çatışma Yönetim Tarzları Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları

Bulgulara göre araştırmanın ikinci hipotezi (H_2) olan “Hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır” hipotezinin kabul edildiği, çatışma yönetimi tarzları değişkeninin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide çatışma yönetimi tarzlarının aracı rolü olduğu; hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetimi tarzları düzeyini artırdığı çatışma yönetimi tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır.

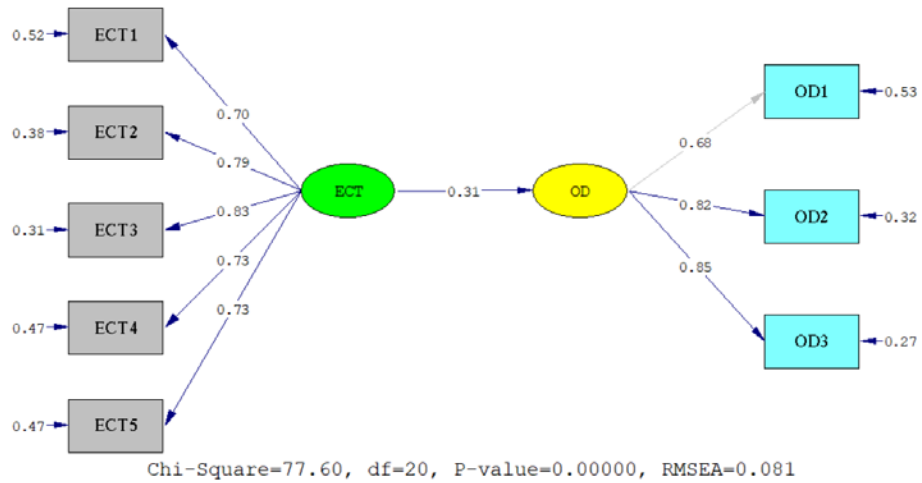
6.5.3. H_3 : Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.

Araştırmanın üçüncü hipotezinde ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin olup olmadığının belirlenmesi için yapısal eşitlik modeli ile üç basamakta test edilmiştir. H_3 hipotezine ait kurulan model **Şekil 6.17’de** verilmiştir.



Şekil 6.17: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli

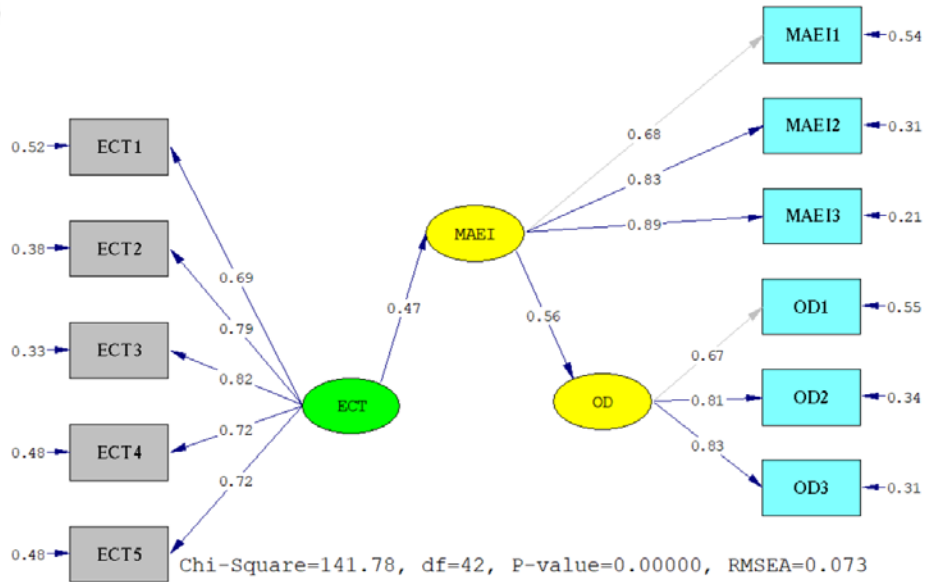
H₃ hipotezinin yapısal eşitlik modeli ile testinin ilk basamağında araştırmada yer alan değişkenlerden hastane ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin test edilmesi amacıyla **Şekil 6.17’de** verilen birinci model (Model 1) oluşturulmuştur. Birinci adımda yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.18’de** yer almaktadır.



Şekil 6.18: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)

Şekil 6.17’de verilen birinci modelde değişkenler arası direkt etkiler incelenmiştir. Oluşturulan model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=77.60$, $df=20$; $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.88$) değerin 5’in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; $RMSEA=0.081$, $RMR=0.050$, $SRMR=0.081$, $GFI=0.96$, $AGFI=0.92$, $CFI=0.97$, $NFI=0.97$ ve $NNFI=0.96$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.18’de** yer alan yol diyagramı incelendiğinde, ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.31$, $t=5.12$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiş ve araştırmanın ikinci hipotezinin kabul edildiği belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların ekip çalışması tutumlarında bir birimlik bir artışın örgütsel dayanıklılık düzeylerinde 0.31 birimlik bir etki ile artış olacağını göstermektedir.

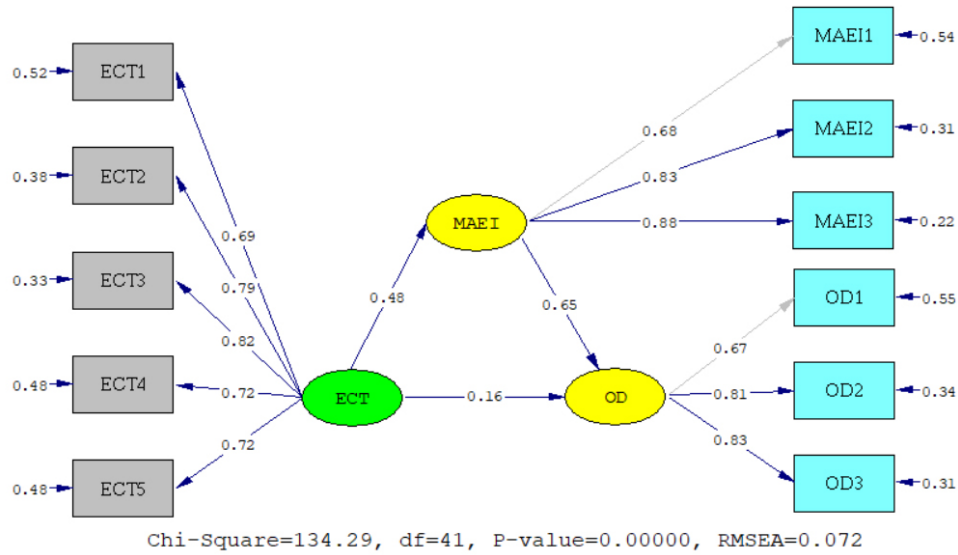
H₃ hipotezinin birinci basamağı modeli (Model 1) ile ekip çalışması tutumları ile örgütsel dayanıklılık arasında direkt etki test edildikten sonra modelin ikinci basamağına geçilmiştir. Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin belirlenmesi için **Şekil 6.17’de** verilen ikinci model olan, ara değişkenlerin direkt etkileri incelenmiştir (Model 2). Yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.19’de** yer almaktadır.



Şekil 6.19: Ekip Çalışması Tutumu, Örgütsel Dayanıklılık ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Modelin Test Edilmesi (Model 2)

Oluşturulan model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=141.78$, $df=42$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.375$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.073, RMR=0.040, SRMR=0.063, GFI=0.94, AGFI=0.91, CFI=0.97, NFI=0.96 ve NNFI=0.97 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.47$, $t=8.15$, $p<0.01$) ve meslekler arası ekip iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.56$, $t=8.63$, $p<0.01$) görülmektedir. Bu sonuçlar araştırmanın aracılık rolüne ait üçüncü modelin (Model 3) kurulmasına bir engel olmadığını göstermektedir.

Ekip çalışması tutumu ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin aracılık rolüne ait model **Şekil 6.20**'de yer almaktadır.



Şekil 6.20: Ekip Çalışması Tutumunun Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkeninin Aracılık Rolü (Model 3)

Şekil 6.17'de verilen aracılık modeline ait üçüncü model test (Model 3) edildiğinde modele ilişkin Ki-kare değeri $\chi^2=134.29$, $df=41$, $p=0.000$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.275$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.072, RMR=0.037, SRMR=0.057, GFI=0.95, AGFI=0.92 ve CFI=0.98, NFI=0.97 ve NNFI=0.97 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil**

6.20’de ekip çalışması tutumları ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda meslekler arası ekip iş birliğinin aracılık rolü test edildiğinde ekip çalışması tutumunun örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.16$, $t=2.75$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın üçüncü hipotezine ait üç basamaklı modelden elde edilen uyum indeksi sonuçları **Tablo 6.26’da** yer almaktadır.

Tablo 6.26: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri

Uyum indeksleri										
MODEL		χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	SRMR	NFI	NNFI	CFI
	1	77.60	20	3.88	0.000	0.081	0.081	0.97	0.96	0.97
	2	141.78	42	3.375	0.000	0.073	0.063	0.96	0.97	0.97
	3	134.29	41	3.275	0.000	0.072	0.057	0.97	0.97	0.98

Model anlamlı: $P<0.01$
Model uygunluğu: $\chi^2/df <5.0$

Kurulan modelle ulaşılan bulgulara göre araştırmanın üçüncü hipotezine ait modellerin sonuçları **Tablo 6.28’de** yer almaktadır.

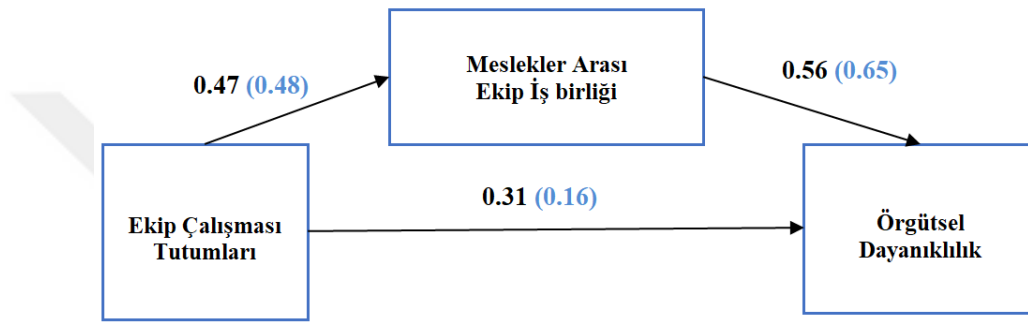
Tablo 6.27: Araştırmanın Üçüncü Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, T-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri

Hipotezler	Yollar	Standart Değ.	t değeri	R ² Değeri	Hipotez Sonucu
H₃: Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.	ECT →MAEI→OD	0.16	2.57**	0.026	Kabul
MODEL 1: Ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	ECT→OD	0.31	5.12**	0.10	Doğrulandı
MODEL 2: Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	ECT →MAEI	0.47	8.15**	0.22	Doğrulandı
MODEL 3: Meslekler arası ekip iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	MAEI→OD	0.56	8.63**	0.31	Doğrulandı

**p<0.01

Ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde meslekler arası ekip iş birliğinin aracılık rolünün olup olmadığını belirlemesi için **Şekil 6.18’de** yer alan birinci

model incelendiğinde, ekip çalışması tutumunun örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.31$, $t=5.12$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiştir. Modele aracı model olan meslekler arası ekip iş birliği değişkeni eklenince ekip çalışması tutumunun örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu etkisi devam etmekte ama bu etkinin 0.16'ya düştüğü görülmüştür ($\beta=0.16$, $t=2.75$, $p<0.01$). Bu sonuç ekip çalışması düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde aracı değişken yokken 0.31'lik etkisi varken aracı model olan meslekler arası ekip iş birliği dâhil edildiğinde 0.16'ya düştüğü belirlendiğinden bu düşüşün aracı model sayesinde olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulguların göre araştırma modelinde gösterimi **Şekil 6.21'de** yer almaktadır.

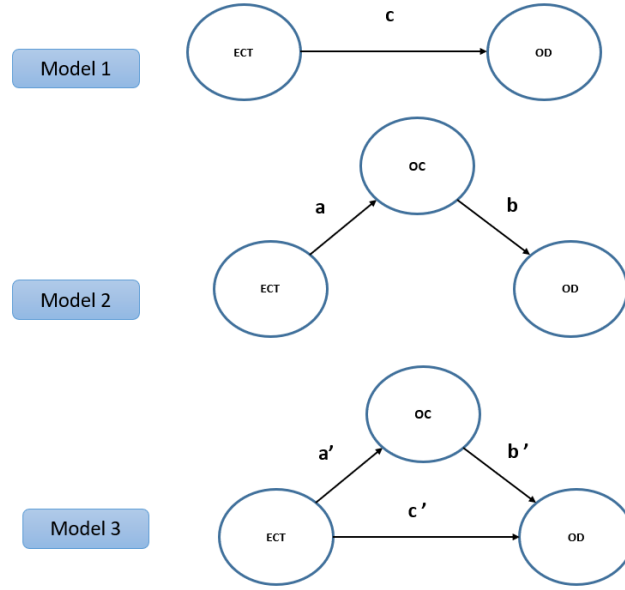


Şekil 6.21: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları

Bulgulara göre araştırmanın üçüncü (H_3) hipotezi olan “Ekip çatışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır” hipotezinin kabul edildiği, meslekler arası ekip iş birliği değişkeninin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin aracı rolü olduğu; ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliğini artırdığı, meslekler arası ekip iş birliğinin de örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır.

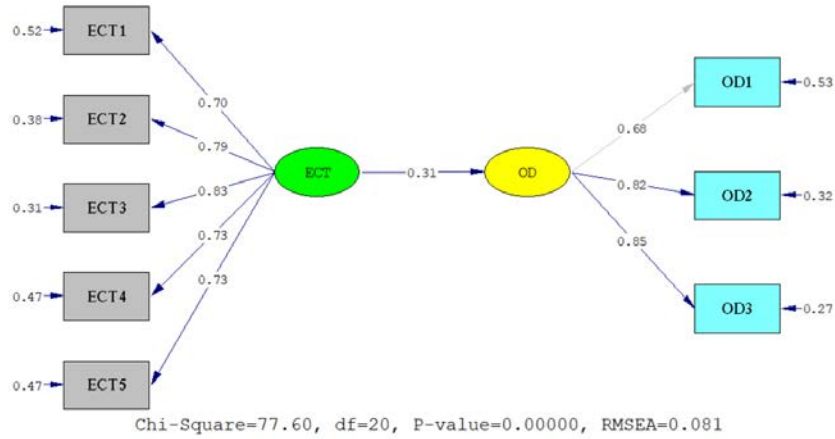
6.5.4. H_4 : Ekip Çalışması Tutumlarının Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.

Araştırmanın dördüncü hipotezinde ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin olup olmadığının belirlenmesi için yapısal eşitlik modeli ile üç basamakta test edilmiştir. H_4 hipotezine ait kurulan model **Şekil 6.22'de** verilmiştir.



Şekil 6.22: Ekip Çalışması Tutumlarının Çatışma Yönetimi Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli

H₄ hipotezinin yapısal eşitlik modeli ile testinin ilk basamağında araştırmada yer alan değişkenlerden ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin test edilmesi amacıyla **Şekil 6.22’de** verilen birinci model (Model 1) oluşturulmuştur. Birinci adımda yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.23’de** yer almaktadır.

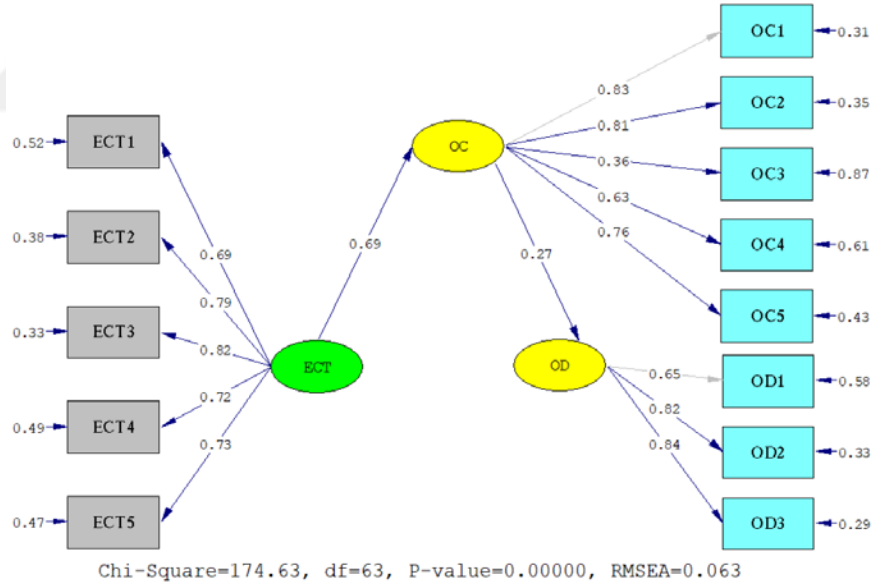


Şekil 6.23: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)

Şekil 6.22’de yer alan birinci modelde değişkenler arası direkt etkiler incelenmiştir. Oluşturulan model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=77.60$, $df=20$, $p=0.0000<0.01$

düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.88$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.081, RMR=0.050, SRMR=0.081, GFI=0.96, AGFI=0.92, CFI=0.97, NFI=0.97 ve NNFI=0.96 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.23’de** yer alan yol diyagramını incelendiğinde, ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.31$, $t=5.12$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiş olup araştırmanın birinci modelinin kabul edildiği belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların ekip çalışması tutumları düzeylerinde bir birimlik bir artışın örgütsel dayanıklılık düzeylerinde 0.31 birimlik bir etki ile artış olacağını göstermektedir.

H₄ hipotezinin birinci basamağı modeli (Model 1) ile ekip çalışması tutumları ile örgütsel dayanıklılık arasında direkt etki test edilmiştir. Sonrasında modelin ikinci basamağa geçilmiş ve ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin belirlenmesi için **Şekil 6.22’de** verilen ikinci model olan, ara değişkenlerin direkt etkileri incelenmiştir (Model 2). Yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.24’de** yer almaktadır.

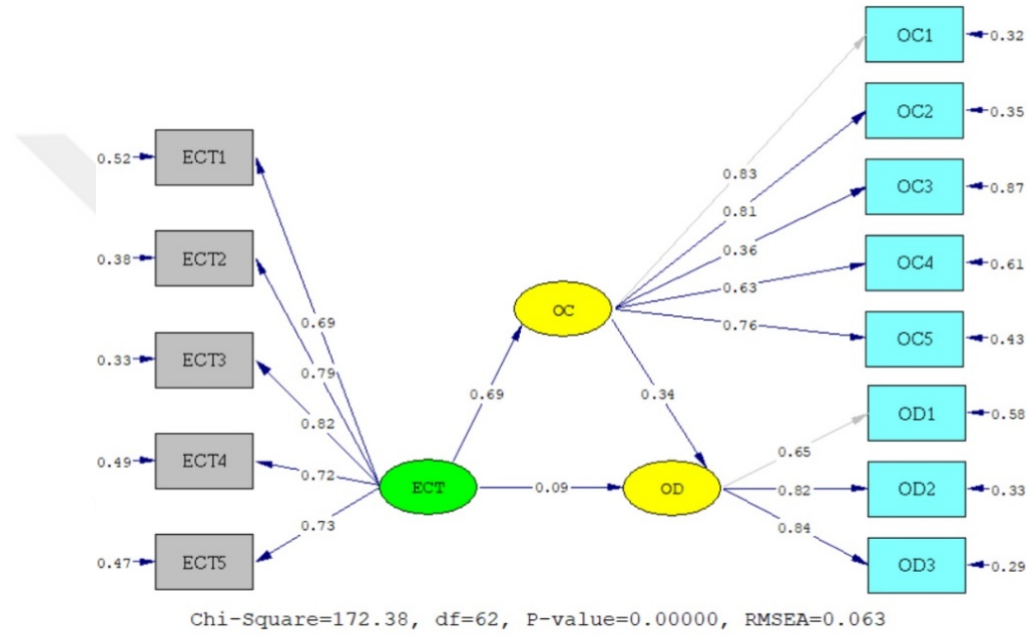


Şekil 6.24: Ekip Çalışması Tutumu, Örgütsel Dayanıklılık ve Çatışma Yönetim Tarzları Modelinin Test Edilmesi (Model 2)

Oluşturulan ikinci model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=174.63$, $df=63$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=2.771$) 3 değerinin altında olması mükemmel uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.063; RMR=0.047;

SRMR=0.065, GFI=0.94, AGFI=0.92, CFI=0.98, NFI=0.96 ve NNFI=0.97 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Ekip çalışması tutumunun çatışma yönetimi tarzları üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.69$, $t=13.17$, $p<0.01$) ve çatışma yönetimi tarzlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.27$, $t=4.75$, $p<0.01$) görülmektedir. Bu sonuçlar araştırmanın aracılık rolüne ait üçüncü modelin (Model 3) kurulmasına bir engel olmadığını göstermektedir.

Ekip çalışması tutumu ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide çatışma yönetimi aracılık rolüne ait model **Şekil 6.25**'de yer almaktadır.



Şekil 6.25: Ekip Çalışması Tutumunun Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi Değişkeninin Aracılık Rolü (Model 3)

Şekil 6.22'de verilen aracılık modeline ait üçüncü model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare değeri $\chi^2=172.38$, $df=62$, $p=0.000$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=2.780$) 3 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.063, RMR=0.047, SRMR=0.065, GFI=0.94, AGFI=0.92 ve CFI=0.98, NFI=0.96 ve NNFI=0.97 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.25**'de ekip çalışması tutumu ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolü test edildiğinde ekip çalışması tutumunun örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.09$, $t=2.01$, $p<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın dördüncü hipotezine ait üç basamaklı modelden elde edilen uyum indeksi sonuçları **Tablo 6.28’de** yer almaktadır.

Tablo 6.28: Ekip Çalışması Tutumlarının Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri

Uyum indeksleri										
MODEL		χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	SRMR	NFI	NNFI	CFI
	1	77.60	20	3.88	0.000	0.081	0.081	0.97	0.96	0.97
	2	174.63	63	2.771	0.000	0.063	0.065	0.96	0.97	0.98
	3	172.38	62	2.780	0.000	0.063	0.065	0.96	0.97	0.98

Model anlamlı: $P < 0.05$
Model uygunluğu: $\chi^2/df < 3.0$

Kurulan modellerle ulaşılan bulgulara göre araştırmanın dördüncü hipotezine ait modellerin sonuçları **Tablo 6.29’da** yer almaktadır.

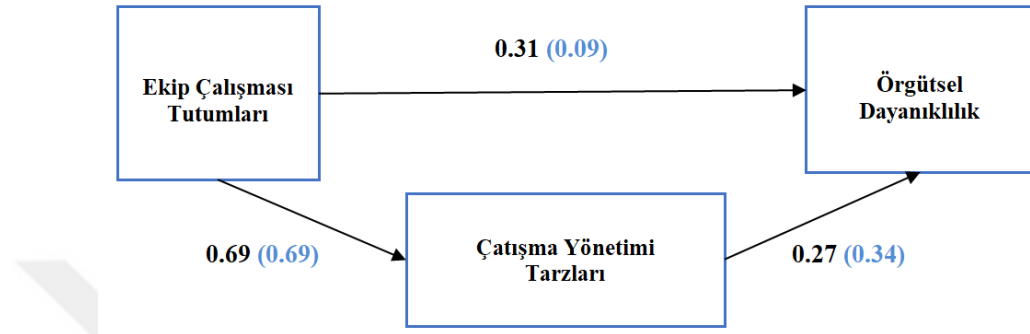
Tablo 6.29: Araştırmanın Dördüncü Hipotezine İlişkin Standardize Edilmiş, t-Değerleri ve Açıklanan Varyans Düzeyleri

Hipotezler	Yollar	Standart Değ.	t değeri	R ² Değeri	Hipotez Sonucu
H₄: Ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.	ECT → OC → OD	0.09	2.01**	0.008	Kabul
MODEL 1: Ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	ECT → OD	0.31	5.12**	0.10	Doğrulandı
MODEL 2: Ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	ECT → OC	0.69	13.17**	0.48	Doğrulandı
MODEL 3: Çatışma yönetim tarzlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	OC → OD	0.27	4.75**	0.07	Doğrulandı

**p<0.01

Ekip çalışması tutumu ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolünün olup olmadığını belirlemesi için **Şekil 6.23’de** yer alan birinci model incelendiğinde, ekip çalışması tutumunun örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.31$, $t=5.12$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiştir. Modele aracı model olan çatışma yönetimi değişkeni eklenince ekip çalışması tutumunun örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu etkisi

devam etmekte ama bu etki 0.09'a düştüğü görülmüştür ($\beta=0.09$, $t=2.01$, $p<0.05$). Bu sonuç ekip çalışması düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde aracı değişken yokken 0.31'lik etkisi varken aracı model olan çatışma yönetimi tarzları dâhil edildiğinde 0.09'a düştüğü belirlendiğinden bu düşüşün aracı model sayesinde olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulguların göre araştırma modelinde gösterimi **Şekil 6.26'de** yer almaktadır.



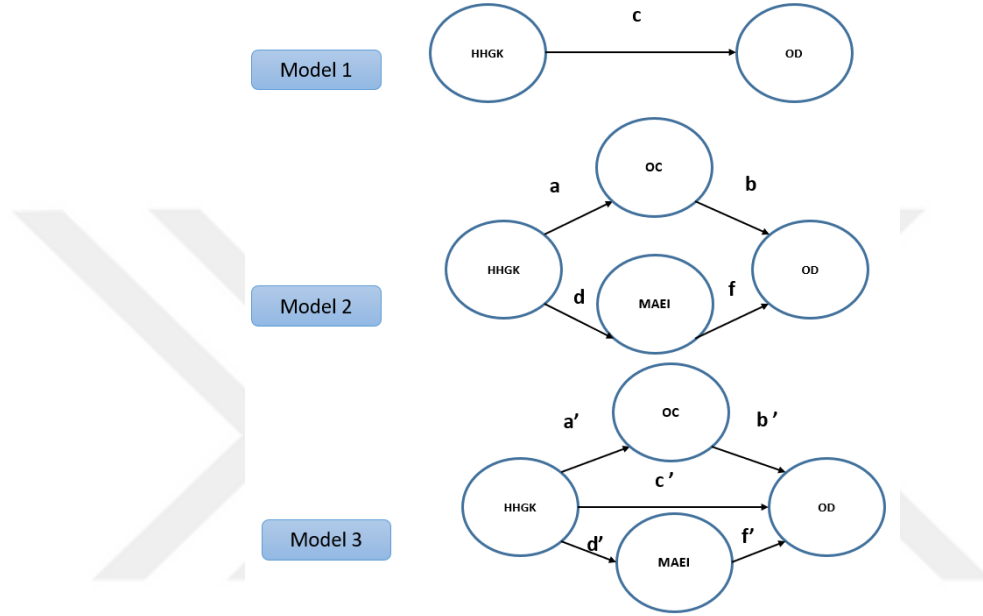
Şekil 6.26: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Çatışma Yönetim Tarzları Değişkeninin Aracı Rollerine Yönelik Analiz Sonuçları

Bulgulara göre araştırmanın üçüncü (**H₄**) hipotezi olan “Ekip çatışması tutumlarının çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.” hipotezinin kabul edildiği, çatışma yönetimi tarzları değişkeninin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide çatışma yönetimi tarzlarının aracı rolü olduğu; ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetimi tarzları düzeyini artırdığı çatışma yönetimi tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır.

Hastane hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisini belirlemek ve bu etkiye meslekler arası ekip iş birliği ile çatışma yönetimi tarzlarının rolünü belirlemeye yönelik kurgulanmış araştırma modelinde test edilen **H₁**, **H₂**, **H₃** ve **H₄** hipotezlerinden sonra aracı değişkenlerin birlikte etkisinin var olup olmadığını sınamak üzere iki ayrı analiz daha yapılmıştır. Bu analizler aracılığıyla bağımsız değişkenlerin örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde çatışma yönetimi ve meslekler arası ekip iş birliği değişkenlerinin birlikte aracılık rolünün var olup olmadığı sınanmış, ayrı olduğunda ulaşılan aracılık etkilerinin birlikte olduklarında da var olup olmadığı test edilmiştir.

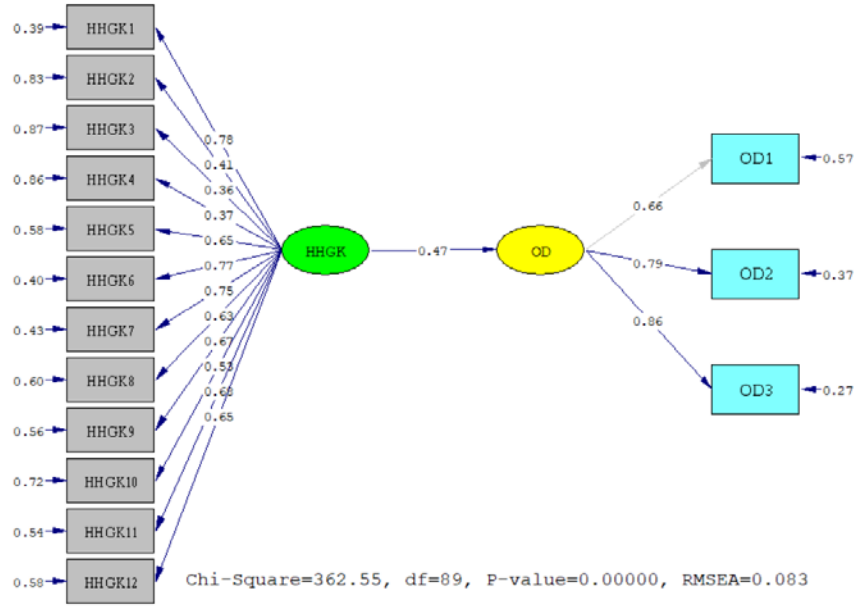
Ek Analiz 1: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisinin İncelenmesi

Araştırmanın birinci ek analizi hasta güvenliği kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin olup olmadığının belirlenmesi için yapısal eşitlik modeli ile üç basamakta test edilmiştir. Birinci ek analize ait kurulan model Şekil 6.27’de yer almaktadır.



Şekil 6.27: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş birliği ve Çatışma Yönetimi Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli

Hastane hasta güvenliği kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisini incelemeye yönelik ek analizin yapısal eşitlik modeli ile testinin ilk basamağında araştırmada yer alan değişkenlerden hastane hasta güvenliği kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin test edilmesi amacıyla Şekil 6.27’de verilen birinci model (Model 1) oluşturulmuştur. Birinci adımda yapılan yapısal eşitlik modeli Şekil 6.28’de yer almaktadır.

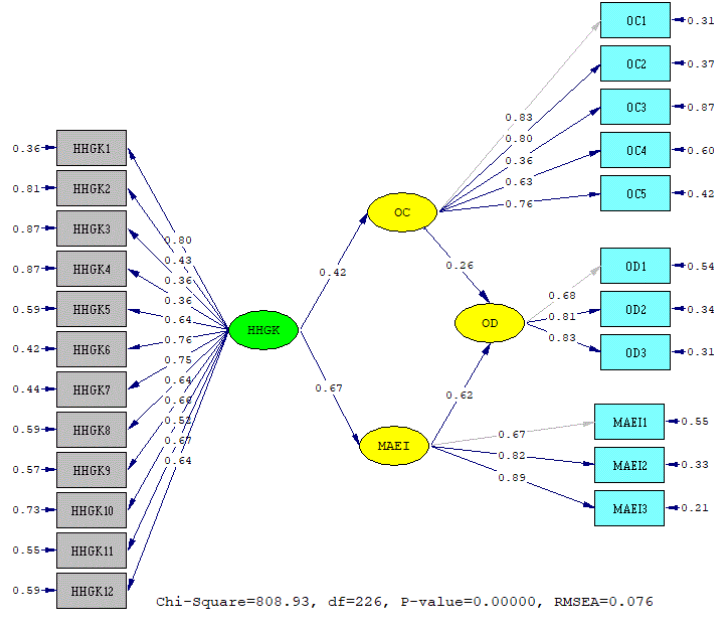


Şekil 6.28: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)

Şekil 6.27’de verilen birinci modelde değişkenler arası direkt etkiler incelenmiştir. Oluşturulan model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=362.55$, $df=89$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=4.073$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA=0.083, RMR=0.063, SRMR=0.076, GFI=0.90, AGFI=0.87, CFI=0.95, NFI=0.94 ve NNFI=0.94 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Şekil 6.28’de yer alan yol diyagramı incelendiğinde, hastane hasta güvenlik kültürü düzeylerinin örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.47$, $t=7.96$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiş olup araştırmanın birinci modeli doğrulanmıştır. Bu sonuç katılımcıların hastane hasta güvenliği kültürü düzeylerinde bir birimlik bir artışın örgütsel dayanıklılık düzeylerinde 0.47 birimlik bir etki ile artış olacağını göstermektedir.

Hastane hasta güvenliği kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisine yönelik birinci basamak modeli (Model 1) ile hastane hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasında direkt etki test edilmiştir. Sonrasında modelin ikinci basamağına geçilmiş ve hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin belirlenmesi için Şekil 6.27’de verilen ikinci model

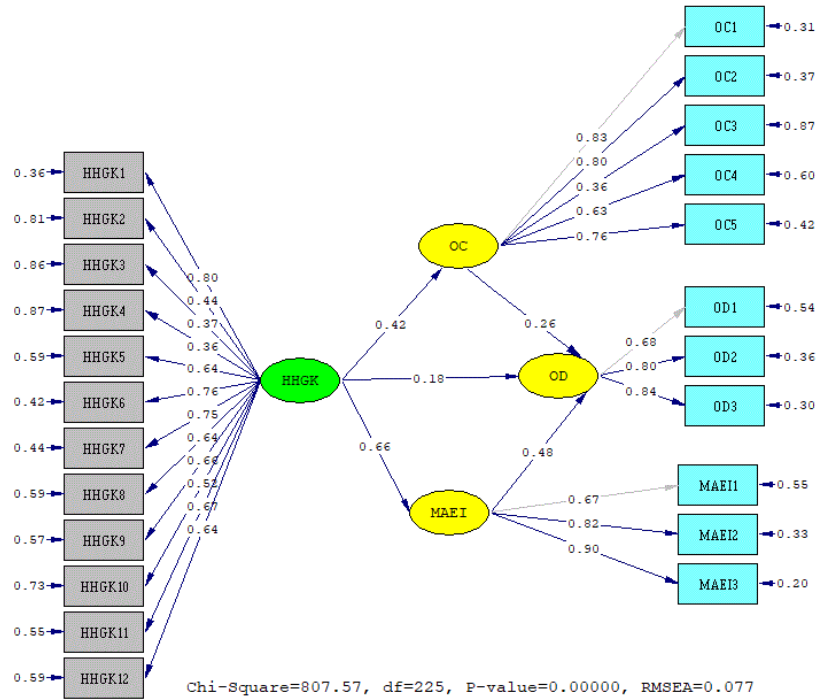
olan, ara değişkenlerin direkt etkileri incelenmiştir (Model 2). Yapılan yapısal eşitlik modeli Şekil 6.25’de yer almaktadır.



Şekil 6.29: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü, Örgütsel Dayanıklılık, Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Modelinin Test Edilmesi (Model 2)

Oluşturulan model test edildiğinde ikinci modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=808.93$, $df=226$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.579$) değer 5’in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.077$, $RMR=0.076$, $SRMR=0.082$, $GFI=0.94$, $AGFI=0.91$, $CFI=0.97$, $NFI=0.97$ ve $NNFI=0.97$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Hastane hasta güvenliği kültürünün çatışma yönetimi üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.42$, $t=7.84$, $p<0.01$) ve çatışma yönetimi tarzlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.26$, $t=3.82$, $p<0.01$) görülmektedir. Aynı zamanda hastane hasta güvenliği kültürünün meslekler arası ekip iş birliği üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.67$, $t=11.25$, $p<0.01$) görülmektedir. Meslekler arası ekip iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.62$, $t=8.95$, $p<0.01$) görülmektedir. Bu sonuçlar araştırmanın aracılık rolüne ait üçüncü modelin (Model 3) kurulmasına bir engel olmadığını göstermektedir.

Hastane hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolüne ait model **Şekil 6.30**'da yer almaktadır.



Şekil 6.30: Hastane Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkenlerinin Aracılık Rolü (Model 3)

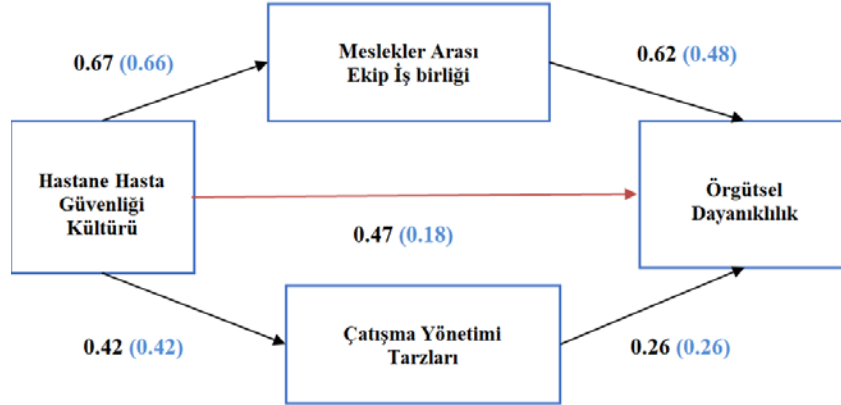
Şekil 6.27'da verilen aracılık modeline ait üçüncü model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=807.57$, $df=225$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.589$) değer 5'in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.077$, $RMR=0.070$, $SRMR=0.076$, $GFI=0.95$, $AGFI=0.92$, $CFI=0.98$, $NFI=0.98$ ve $NNFI=0.98$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.30**'da hastane hasta güvenlik kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolü test edildiğinde hastane hasta güvenlik kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.18$, $t=2.12$, $p<0.05$) olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın birinci ek hipotezine ait üç basamaklı modelden elde edilen uyum indeksi sonuçları **Tablo 6.30**'da yer almaktadır.

Tablo 6.30: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri

Uyum indeksleri										
MODEL		χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	SRMR	NFI	NNFI	CFI
1		362.55	89	4.073	0.000	0.083	0.076	0.94	0.94	0.95
2		808.93	226	3.579	0.000	0.077	0.082	0.97	0.97	0.97
3		807.57	225	3.589	0.000	0.077	0.076	0.98	0.98	0.98

Model anlamlı: $P < 0.01$
Model uygunluğu: $X^2/df < 5.0$

Hastane hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolünün olup olmadığını belirlemesi için birinci model incelendiğinde, hastane hasta güvenliği kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi olduğu etkisi ($\beta=0.47$, $t=7.96$, $p<0.01$) belirlenmiş modele aracı model olan meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları değişkenleri eklenince hastane hasta güvenlik kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu etkisi devam etmekte ama bu etkinin 0.18'a düştüğü görülmüştür ($\beta=0.18$, $t=2.12$, $p<0.05$). Bu düşüşün aracı model sayesinde olduğu, meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları değişkenlerinin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bulguların göre araştırma modelinde gösterimi **Şekil 6.31**'de yer almaktadır.



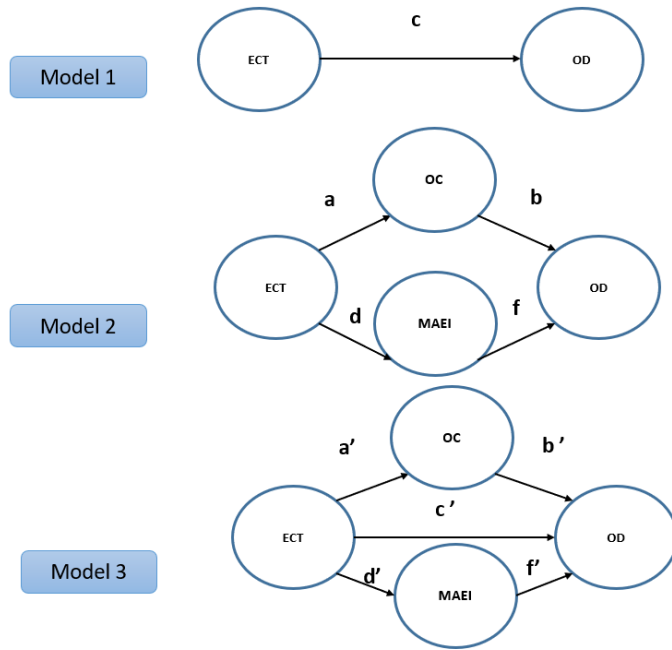
Şekil 6.31: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği ile Çatışma Yönetim Tarzları Değişkenlerinin Aracı Rolüne Ait Analiz Sonuçları

Bulgulara göre araştırmanın birinci ek analizi olan “Hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.” yapısal eşitlik modelinin kabul edildiği, meslekler arası ekip iş

birliği ve çatışma yönetimi tarzları değişkenlerinin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının aracı rolü olduğu belirlenmiştir. Hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları düzeyini artırdığı meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır.

Ek analiz 2: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisi Vardır.

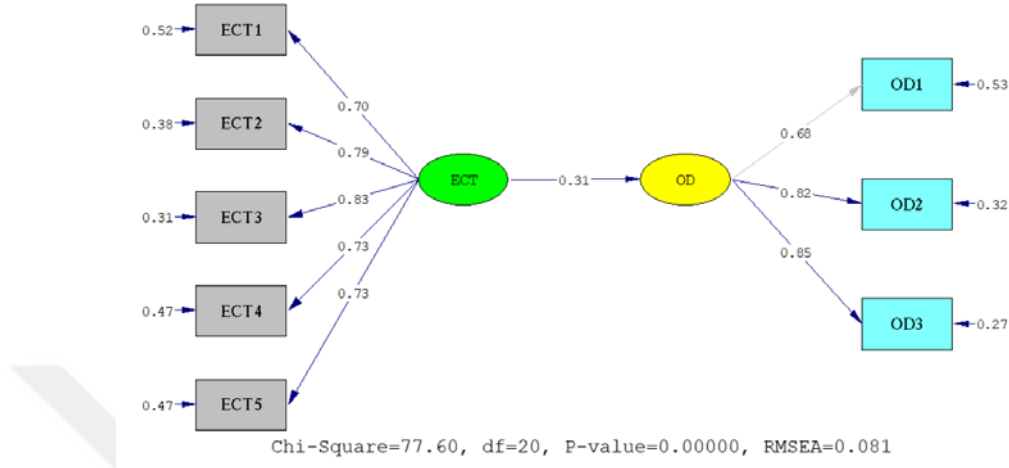
Araştırmanın ikinci ek analizi de ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin olup olmadığının belirlenmesi için yapısal eşitlik modeli ile üç basamakta test edilmiştir. İkinci ek analize ait kurulan model **Şekil 6.32’de** yer almaktadır.



Şekil 6.32: Ekip Çalışması Tutumlarının Meslekler Arası Ekip İş birliği ve Çatışma Yönetimi Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli

Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisini test etmeye yönelik yapısal eşitlik modeli ile testinin ilk basamağında araştırmada yer alan değişkenlerden ekip çalışması

tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin test edilmesi amacıyla **Şekil 6.32’de** verilen birinci model (Model 1) oluşturulmuştur. Birinci adımda yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.33’de** yer almaktadır.

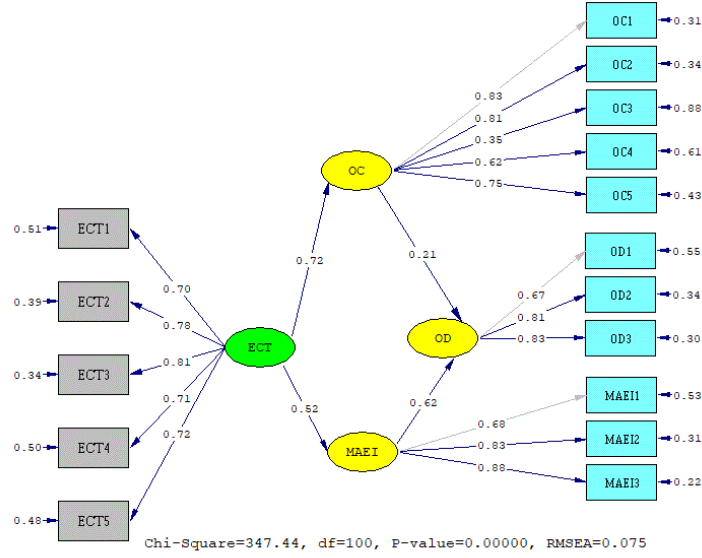


Şekil 6.33: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisine Ait Modelin Test Edilmesi (Model 1)

Şekil 6.32’de verilen birinci modelde değişkenler arası direkt etkiler incelenmiştir. Oluşturulan model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2=77.60$, $df=20$, $p=0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.88$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.081$, $RMR=0.050$, $SRMR=0.081$, $GFI=0.96$, $AGFI=0.92$, $CFI=0.97$, $NFI=0.97$ ve $NNFI=0.96$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. **Şekil 6.33’de** yer alan yol diyagramı incelendiğinde, ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.31$, $t=5.12$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiş olup araştırmanın birinci modelinin kabul edildiği belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların ekip çalışması tutumları düzeylerinde bir birimlik bir artışın örgütsel dayanıklılık düzeylerinde 0.31 birimlik bir etki ile artış olacağını göstermektedir.

Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisini test etmeye yönelik yapısal eşitlik modelinin birinci basamağı modeli (Model 1) ile ekip çalışması tutumları ile örgütsel dayanıklılık arasında direkt etki test edilmiştir. Sonrasında modelin ikinci basamağına geçilmiş ve ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisinin belirlenmesi için **Şekil 6.32’de**

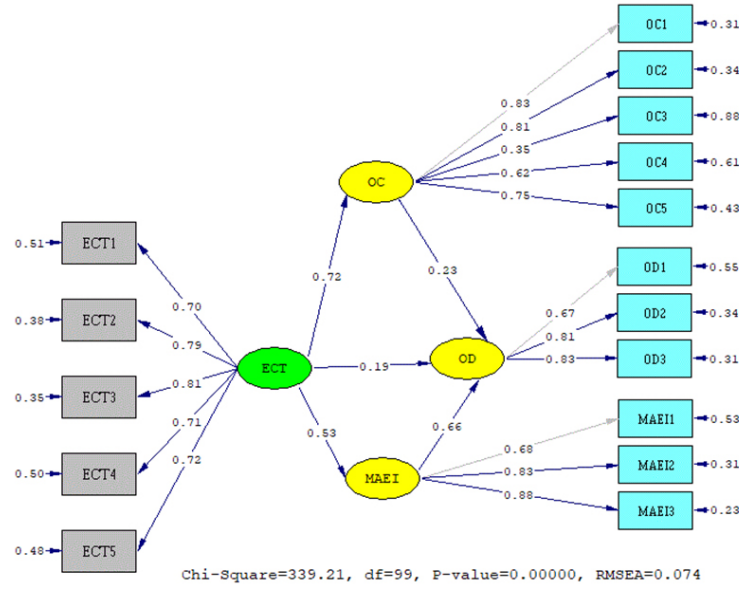
verilen ikinci model olan, ara değişkenlerin direkt etkileri incelenmiştir (Model 2). Yapılan yapısal eşitlik modeli **Şekil 6.34’de** yer almaktadır.



Şekil 6.34: Ekip Çalışması Tutumu, Örgütsel Dayanıklılık, Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İşbirliği Modelinin Test Edilmesi (Model 2)

Oluşturulan ikinci model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare $\chi^2 = 347.44$, $df=100$, $p=0.0000 < 0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.474$) değer 5’in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.075$, $RMR=0.063$, $SRMR=0.083$, $GFI=0.91$, $AGFI=0.89$, $CFI=0.97$, $NFI=0.97$ ve $NNFI=0.97$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetimi tarzları üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.72$, $t=13.89$, $p<0.01$) ve çatışma yönetimi tarzlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.21$, $t=3.62$, $p<0.01$) görülmektedir. Aynı zamanda ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.52$, $t=9.08$, $p<0.01$) ve meslekler arası ekip iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinin görüldüğü yol katsayısının anlamlı olduğu ($\beta=0.62$, $t=8.71$, $p<0.01$) görülmektedir. Bu sonuçlar araştırmanın aracılık rolüne ait üçüncü modelin (Model 3) kurulmasına bir engel olmadığını göstermektedir.

Ekip çalışması tutumu ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolüne ait model **Şekil 6.35’de** yer almaktadır.



Şekil 6.35: Ekip Çalışması Tutumlarının Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Çatışma Yönetimi ve Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değişkenlerinin Aracılık Rolü (Model 3)

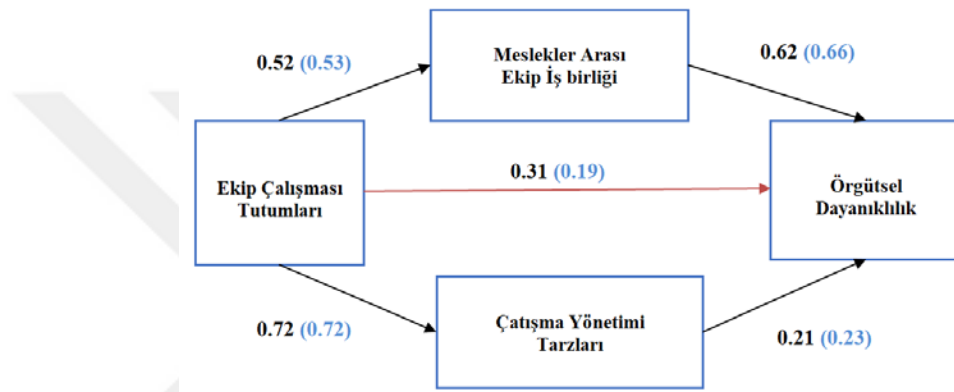
Şekil 6.32’de verilen aracılık modeline ait üçüncü model test edildiğinde modele ilişkin Ki-kare değeri $\chi^2=339.21$, $df=99$, $p=0.000$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/df=3.426$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde $RMSEA=0.074$, $RMR=0.062$, $SRMR=0.091$, $GFI=0.92$, $AGFI=0.90$ ve $CFI=0.97$, $NFI=0.97$ ve $NNFI=0.97$ değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Şekil 6.30’da ekip çalışması tutumları ile örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolü test edildiğinde ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.19$, $t=2.14$, $p<0.05$) olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın altıncı hipotezine ait üç basamaklı modelden elde edilen uyum indeksi sonuçları Tablo 6.31’de yer almaktadır.

Tablo 6.31: Hastane Hasta Güvenlik Kültürünün Meslekler Arası Ekip İş Birliği ve Çatışma Yönetim Tarzları Aracılığıyla Örgütsel Dayanıklılık Üzerinde Açıklayıcı Etkisini Test Etmeye Yönelik Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İndeksleri

Uyum indeksleri										
MODEL		χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	SRMR	NFI	NNFI	CFI
	1	77.60	20	3.88	0.000	0.081	0.081	0.97	0.96	0.97
	2	347.44	100	3.474	0.000	0.075	0.083	0.97	0.97	0.97
	3	339.21	99	3.426	0.000	0.074	0.091	0.97	0.97	0.97

Model anlamlı: $P<0.01$
Model uygunluğu: $\chi^2/df < 5.0$

Ekip çalışması tutumları ile örgütsel dayanıklılık arasındaki meslekler arası ekip iş birliğinin ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolünün olup olmadığını belirlemesi için birinci model incelendiğinde, ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=0.31$, $t=5.12$, $p<0.01$) belirlenmiştir. Modele aracı model olan meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi değişkeni eklenince ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerinde olumlu etkisi devam etmekte ama bu etkinin 0.19'a düştüğü görülmüştür ($\beta=0.19$, $t=2.14$, $p<0.05$). Bu düşüşün aracı model sayesinde olduğu, meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları değişkenlerinin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bulguların göre araştırma modelinde gösterimi **Şekil 6.36**'da yer almaktadır.



Şekil 6.36: Ekip Çalışması Tutumları ve Örgütsel Dayanıklılık Arasındaki Yapıda Meslekler Arası Ekip İş Birliği ile Çatışma Yönetim Tarzları Değişkenlerinin Aracı Rolüne Ait Analiz Sonuçları

Bulgulara göre araştırmanın ikinci ek analizi olan “Ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları aracılığıyla örgütsel dayanıklılık üzerinde açıklayıcı etkisi vardır.” yapısal eşitlik modelinin kabul edildiği meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları değişkenlerinin kısmi aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının aracılık rolü olduğu; ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları düzeyini artırdığı, meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda aracı etkinin modele girmesiyle düşüş olması ve kısmi aracılığıyla ulaşılmasına rağmen c katsayısının anlamlılığını korumaya devam ettirmesi sonucunda başka çoklu aracı faktörlerinin yer aldığı söylemektedir (Baron, Kenny 1986).

6.6. Araştırmanın Değerlendirilmesi ve Tartışma

Bu araştırma ekip etkinliğinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışmanın rolü konusu temel alınarak oluşturulmuştur. Literatürde sağlık hizmetleri alanında ekip etkinliği modellerinin var olduğu, özellikle son yıllardaki modellerin çok ekipli sistemler üzerine kurgulandığı görülmüştür. Bu modeller temel alınarak sağlık hizmetlerindeki ekip etkinliğinin çok boyutlu yapısı sağlık profesyonellerinin hastane hasta güvenliği kültürü ile ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının aracılık rolü üzerinden incelenmiştir. Literatürde bu çok boyutlu ilişkiyi inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Bu araştırma bu alanda çok boyutlu ilişkiyi inceleyen nadir çalışmalardan biri olması sebebiyle önemlidir.

Araştırmada değişkenlerin birbirleri ile olan etkileşimleri dört adet hipotez üzerinden incelenmiştir. Araştırma kapsamında geliştirilen hipotezler doğrultusunda ilk olarak hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin aracı rolü olduğu; hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliğini artırdığı meslekler arası ekip iş birliğinin de örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır. Böylece araştırmanın birinci hipotezi desteklenmiştir. Bunun sebebi olarak, araştırmanın evrenini yoğun uzmanlık bilgisi ile yüksek teknolojinin kullanıldığı ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu bir Üniversite Hastanesinde görevli sağlık profesyonellerinin oluşturması söylenebilir. Ayrıca araştırmanın COVID-19 küresel salgın krizi sırasında yürütülmüş olmasının sonucu etkilemiş olması muhtemeldir. Önceki bulgularla karşılaştırıldığında elde edilen araştırma sonuçlarının literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Özellikle yakın tarihli araştırmalarda bu alanda araştırmaların gittikçe arttığı ve bu çalışmanın sonucunun desteklendiği söylenebilmektedir (OECD 2020; de Bienassis vd. 2020). COVID-19 küresel salgını, acil durumlarda güvenli ve etkili sağlık bakım ortamlarını sürdürmek için hasta güvenliği kültürü alanının önemini göstermiştir. Daha pozitif hasta güvenliği kültürlerine sahip sağlık sistemleri, COVID-19 küresel salgın krizi sırasında yaşananlar gibi değişen koşullara daha dayanıklı olmaktadır (de Bienassis, Klazinga 2022). Sammer ve diğerleri (2020) çalışmalarında bu çalışmayla tutarlı bir sonuca ulaşmış ve pozitif bir hasta güvenliği kültürü, daha ilgili bir çalışan ve daha tatmin edici bir hasta deneyimi sayesinde daha az zarar ve daha dayanıklı örgüt sonuçlarına ulaştırdığını belirtmektedir. Fietz, Hillmann, Guenther (2021) ulusal kültürün örgütsel dayanıklılık üzerindeki ilişkiyi incelemiş, kültürün ve boyutlarının bir örgütün dayanıklılığı üzerinde doğrudan önemli bir etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Örgütün dayanıklılık kapasitesi örgütün kültüründe, tutumlarında ve değerlerinde yer aldığını ifade etmiştir. Çoban Kumbalı (2018) örgütsel dayanıklılık yönetimin de iş birliği gerektiren bir süreç, risk temelli bir yönetim sistemi olduğunu belirtmiştir. Barasa

ve diğerleri (2018) örgütsel dayanıklılığı etkileyen faktörleri yönetim süreçleri, teminat yolları ve artıklık, liderlik uygulamaları, maddi kaynaklar, örgüt kültürü, hazırlık ve planlama, sosyal ağlar ve iş birliği, bilgi yönetimi, beşerî sermaye, olarak belirtilmiştir. Leflar, Siegel (2013) örgütün amaçlarına ulaşması için disiplinler arası, çapraz bir yaklaşım izlenerek örgütsel dayanıklılığın yönetilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca Bisbey ve diğerleri (2021) güvenlik kültürünün sergilenen ekip çalışması ve iş birliği davranışlarını etkilediğini tespit etmiş; Kilcullen ve diğerleri ise (2022) güvenlik kültürünün sağlık örgütlerindeki karşılığı hasta güvenlik kültürü olduğunu ifade ederek sonuçları sağlık örgütlerinde tekrar incelemiş ve hasta güvenliği kültürünün sergilenen iş birliği davranışında etkili olduğunu desteklemiştir. Peltonen ve diğerleri (2020) ile Reeves ve diğerleri (2010) hasta güvenliğini, bakımın sürekliliğini ve yüksek kaliteli, hasta odaklı sağlık hizmetini artırmak için meslekler arası iş birliğinin günlük uygulamaya entegre edilmesinin önemini vurgulamıştır. Literatürde yer alan çalışmaların ilişkileri tespit ettiği ancak iki değişken arasındaki direkt ilişkiler veya meslekler arası iş birliğinin aracılık rolünü direkt inceleyen çalışma gözlenmemiştir. Bunun sebebi olarak meslekler arası iş birliği konusunun literatürde oldukça yeni bir konu olması ve tüm sağlık profesyonellerini temel alan bir Türkçe ölçeğin yer almaması söylenebilir. Bu nedenle hem aracılık etkisinin hem de Türkçe uyarlaması yapılan ölçeğin literatüre katkı anlamında yararlı olacağı söylenebilir.

Araştırma kapsamında geliştirilen ikinci hipotez olan hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide çatışma yönetimi tarzlarının aracı rolü olduğu; hastane hasta güvenlik kültürünün çatışma yönetimi tarzları düzeyini artırdığı çatışma yönetimi tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır. Böylece araştırmanın ikinci hipotezi de desteklenmiştir. Bunun sebebi olarak, COVID-19 küresel salgın krizi etkisiyle sağlık profesyonelleri çatışmaları olumlu yönde yöneterek ekibinin, örgütün dayanıklılığına katkı sağlamış olabileceği söylenebilir. Çatışma yönetim tarzları dayanıklılık kültürü oluşmasına katkı sağlayabilir. Bunu etkileyecek temel faktörden biri de sağlık profesyonellerinin içinde yer aldığı hasta güvenliği kültürüdür. Dolayısıyla kültür seçilen çatışma yönetim tarzını etkileyebilir ve dayanıklılığın oluşmasını sağlayabilir. Önceki bulgularla karşılaştırıldığında elde edilen araştırma sonuçlarının belli noktalarda literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. de Bienassis, Klazinga'a göre (2022) hasta güvenliği kültürü dayanıklılık sağlanması adına bir tedavi yöntemi olarak görmekte, dayanıklılık üzerinde oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Birçok yazar tarafından çatışma yönetimi, ekip çalışması ve iş birliğini, sağlık sektöründe etkinliği ve dayanıklılığı geliştirmede, sürdürmede bir faktör olarak kabul edilmektedir (Zajac vd. 2021; Anderson vd. 2020; Iflaife vd. 2020). Fietz, Hillmann, Guenther (2021) çatışmaları

yönetmenin dayanıklılığa ulaşmada önemli bir faktör olduğunu tespit etmiştir. Bu süreçte dayanıklılık kültürü oluşturulması için çatışma yönetiminin sağlanması gerektiğini ifade etmiştir (Bouaziz, Hachicha 2018). Yaseen ve diğerleri (2021) çatışma yönetim tarzlarının örgütsel çeviklik üzerinde aracılık etkisini kanıtlamıştır. Dayanıklılık kavramı çeviklik kavramını da kapsamı açısından bu çalışma sonuçları, gerçekleştirilen araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Ancak hasta güvenlik kültürü ile dayanıklılık arasındaki direkt ilişkide aracılık rolünü inceleyen direkt çalışma gözlenmemiştir. Bunun sebebi olarak özellikle dayanıklılık araştırmalarının özellikle COVID-19 küresel salgını ile birlikte sağlık alanına yönelmiş olması ve hasta güvenliği kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkinin yeni yeni araştırılıyor olması söylenebilir. Literatürde çatışma yönetim tarzlarının dayanıklılık oluşturulmasında etkili olabileceğine yönelik adımlar atılmakta ve bu yönde eğitimler düzenlenmeye başlamaktadır. Bu sebeple aracılık ve düzenleyicilik etkilerini inceleyen çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Araştırmanın aracılık etkisini incelemesi, güvenlik kültürü ve dayanıklılık ilişkisini incelemesi açısından literatüre katkı sağlayacağı söylenebilir.

Araştırma kapsamında geliştirilen hipotezlerden üçüncüsü olan ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliğinin aracı rolü olduğu; ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliğini artırdığı meslekler arası ekip iş birliğinin de örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır. Böylece araştırmanın üçüncü hipotezi de desteklenmiştir. Bunun sebebi olarak, araştırmanın evrenin üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu bir Üniversite Hastanesinde görevli sağlık profesyoneli ekip üyelerinden oluşturması söylenebilir. Ekip üyeleri ekiplerin dayanıklılığında ve örgütün genel dayanıklılığının oluşmasında etkilidir. Sağlık ekipleri çok ekipli karmaşık uyarlanabilir sistemler olarak sınıflandırıldığı göz önüne alındığında; alt ekipler ve ekipler arasındaki iş birlikleri önem kazanmaktadır. Ekip çalışması becerilerinin dayanıklı sağlık sistemini oluşturması ve tutumların birey davranışlarını etkilediği düşünüldüğünde ekip çalışması tutumları hem bireyin hem de içinde bulunduğu ekibin kuracağı iş birliğini etkileyebilir. Çok ekipli sistemdeki iş birliği hem meslek içi hem meslekler arası olabildiği gibi hem disiplin içi hem de disiplinler arası olabilir. Dolayısıyla ekip çalışması tutumları meslekler arası ekip iş birliğinin oluşmasını etkilemekte ve çok ekipli sistemin oluşturduğu örgüt dayanıklılığını da etkileyebilir. Bu hipotezde de araştırmanın COVID-19 küresel salgın krizi sırasında yürütülmüş olmasının sonucu etkilemiş olması muhtemeldir. Ayrıca ekiplerin almış oldukları hizmet içi eğitimler de bu sonucu desteklemiş olabilir. Ekip üyelerinin ekip çalışmalarına karşı tutumları (liderlik, iletişim, karşılıklı destek, durum izleme, ekip yapısı) tercih edecekleri davranışı,

meslekler arası ekip iş birliği biçimini (dayanışma, koordinasyon, ortaklık) etkilemiş, dolaylı etkiyle örgütsel dayanıklılık farkındalığı da etkilenmiş olabilir. Önceki bulgularla karşılaştırıldığında elde edilen araştırma sonuçlarının literatür ile kısmi paralellik gösterdiği söylenebilir. Iflaife ve diğerlerine göre (2020) ekip çalışması, sağlık sektöründe dayanıklılığı geliştirmede ve sürdürmede yer alan yedi anahtar faktörden biri olarak kabul edilmektedir. Gonçaves ve diğerleri (2022) sağlık hizmetlerinde dayanıklılığın, bireylerin bir özelliği olduğu kadar ekiplerin ve örgütün genelinin de bir özelliği olduğunu vurgulamıştır. Burke ve diğerleri (2004) ekip çalışmasının hatalara karşı dayanıklılığın temeli olduğunu; ekiplerin, gerektiğinde yedekleme ve izleme sağlayan uyarlanabilir/adapte edilebilir sistemler olarak düşünülebileceğini ifade etmektedir. Shuffler, Carter (2018) karmaşık hedeflerin daha büyük bir yapbozun yönetilebilir parçalara bölünerek, birden fazla ekibin iyi koordine edilmiş çabaları sayesinde yerine getirilmesiyle sağlanabileceğini bu noktada çoklu ekip sistemlerine ve bunlar arasındaki iş birliğinin sağlanmasıyla etkinliğin ve sağlık örgütünün genel dayanıklılığının sağlanabileceğini belirtmektedir. Rezaei ve diğerleri (2021) acil servis ekibindeki hekim ve hemşireler arasındaki ekip çalışmasına yönelik tutumların hemşirelerin meslekler arası iş birliğine yönelik tutumlarını önemli ölçüde yordadığını tespit etmiştir. Hemşirelerin meslekler arası iş birliğine yönelik tutumları ile ekip çalışması arasında doğrudan ve güçlü bir ilişki tespit etmiştir. Bu çalışma ile meslekler arası iş birliğinin örgütsel dayanıklılık üzerinde etkisi desteklenmiştir. Ancak bu çalışma sadece hekim ve hemşire ekip çalışması tutumları ve meslekler arası iş birliği tutumları ele alınmıştır. Sağlık ekibinde yer alan diğer sağlık profesyonelleri değerlendirilmemiştir. Elde edilen bulgular ile sağlık ekibi üyesi olan sağlık profesyonellerinin meslekler arası ekip iş birliklerinin aracılığıyla ekip çalışması tutumlarının dayanıklılığa etkisi sonucuyla geliştirilen aracı hipotez ile literatüre katkı sağlandığı söylenebilir.

Araştırma kapsamında geliştirilen hipotezlerden dördüncüsü olan ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide çatışma yönetimi tarzlarının aracı rolü olduğu; ekip çalışması tutumlarının çatışma yönetimi tarzları düzeyini artırdığı çatışma yönetimi tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır. Böylece araştırmanın dördüncü hipotezi de desteklenmiştir. Bunun sebebi olarak, yüksek riskli sektörler arasında yer alan sağlık alanının güvenlik, tıbbi hata, kalite yönetimi gibi önlemlere önem veriliyor olması söylenebilir. Sağlık profesyonellerinin sağlık ekibi üyesi olarak ekip çalışmalarına karşı tutumları (liderlik, iletişim, karşılıklı destek, durum izleme, ekip yapısı) tercih edecekleri davranışı yani seçecekleri çatışma yönetim tarzlarını etkileyebilir. Çatışma

yönetim tarzları hem bireylerin hem de ekiplerin dayanıklılığa ulaşmasında etkilidir. Hem hazır olmayı hem de içinde bulunduğu durumu pozitif yönde değerlendirmeyi etkileyecektir. Doğru bir şekilde uyumlaştırılmış çatışma yönetimi sinerji oluşmasını ve geleceğe karşı hazır olmayı ve dayanıklılık oluşmasını sağlayabilir. Önceki bulgularla karşılaştırıldığında elde edilen araştırma sonuçlarının literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Salas ve diğerlerinin (2018b) bulgularına göre ekip çalışması dayanıklılığın ve tıbbi hataları azaltmanın temeli olarak görülmüştür. Mathieu (2018) ekip çalışması süreçlerinde çatışma yönetim tarzlarının aracı faktör olduğu üzerinde durmuştur. Başoğlu (2020) çatışma yönetimi tarzlarının ekip çalışması tutumlarının önemli yordayıcısı olduğunu ifade etmiştir ve çatışma yönetimi tarzları ile ekip çalışması tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Başoğlu (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışma çatışma yönetim tarzlarının ekip çalışmasını etkileyeceği varsayımı üzerine kurulmuş ve doğrulanmış. İlişkinin var olduğunu desteklemesi açısından bu çalışma sonuçlarıyla paralellik içermektedir. Araştırmanın dördüncü hipotezindeki değişkenlerin etkilerini incelemek için hipotez ters yönde kurulmuştur. Buna sebep olarak ekip çalışmasına karşı olan birey tutumları bireylerin ve içinde bulundukları ekibin sergilediği davranış olan çatışma yönetim tarzlarını etkileyecektir. Ayrıca ekip çalışması tutumları ekip etkinliği modellerinde bireysel bağlamda değerlendirilen tutumlar, yetkinlikler algılar gibi faktörler arasında yer almaktadır. Çatışma yönetimi tarzı ise ekip etkinliği modellerinde aracı faktörler arasında yer alan bireyler arası süreçler sınıflandırmasında yer almaktadır. Literatürde bu ilişkileri inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Bu sebeple çalışmanın farklılık içerdiği söylenebilir. Elde edilen bulgular ile sağlık ekibi üyesi olan sağlık profesyonellerinin çatışma yönetim tarzları aracılığıyla ekip çalışması tutumlarının dayanıklılığa etkisi sonucuyla geliştirilen aracı hipotez ile literatüre katkı sağlandığı söylenebilir.

Ana hipotezlerle ilgili analizlere ek olarak aracılık modellerinin ayrı ayrı test edilmesi sonrasında hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları değişkenlerinin aynı modelde birlikte aracılık rolü olup olmadığına yönelik ek analiz yapılmıştır. Hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının aracı rolü olduğu; hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları düzeyini artırdığı meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır. Önceki araştırmalarla karşılaştırıldığında; Rosen ve diğerlerine göre (2019) güvenli, yüksek kaliteli bakımın koordinasyonu ve sağlanması, örgütsel disiplin, teknik ve kültürel sınırların yanı sıra, güvenilir

ekip çalışması ve iş birliği gerektirmektedir. Berg, Aase (2019) içerik analizi çalışmasıyla dayanıklı sağlık hizmetinin karakteristik özelliklerini araştırmış ve sağlık hizmetlerinde dayanıklılık özelliklerini birey, ekip, yönetim ve örgüt düzeyinde kategorize etmiştir. Ekip düzeyindeki dayanıklılık özelliklerini, rakip hedefler arasındaki değiş tokuşları yönetmek, uzmanlar arasında iş birliği ve kolektif anlamlandırma olarak belirtmiştir. Rangachari, Woods (2020)'a göre sağlık kurumlarında örgütsel dayanıklılık birey, ekip ve örgüt düzey olmak üzere gerçekleşmektedir. Bu durumda birey düzeyinde çalışanların hasta güvenliği endişelerini yöneticilere iletmesini sağlamak için güven sağlanmalı, psikolojik güvenlik ve yetkilendirme ortamı yaratılarak kurumun problem çözme stratejilerinden ve bireysel sağlık profesyonellerinin iş birlikleri ve iletişimlerinden öğrenmesini sağlamak için iletişim yapıları geliştirilmeli önerisini sunmaktadır. Literatürdeki öneriler doğrultusunda yapılan ek analiz sonuçlarına göre birlikle aracılık etkisi bulunduğu ve literatür önerisinin desteklendiği tespit edilmiştir. Bu sonuca ek olarak literatürdeki bilgilere ek olarak iş birliği meslekler arası iş birliği bakış açısıyla ele alınmıştır.

Aracılık modellerinin ayrı ayrı test edilmesi sonrasında bir ek analiz daha yapılmıştır. Ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki yapıda meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları değişkenlerinin aynı modelde birlikte aracılık rolleri test edilmiştir. Böylece ayrı olduğunda ulaşılan aracılık etkilerinin birlikte olduklarında da var olup olmadığı test edilmiştir. Ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının aracı rolü olduğu; ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları düzeyini artırdığı, meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı model doğrulanmıştır. Önceki araştırmalarla karşılaştırıldığında; Dülger (2020) ekipte eylem (çalışma) süreçleri ve bireyler arası süreçlerin, ekip etkinliği/başarısını bir şekilde öngörmesi ve bu ilişkinin istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı olduğunu bulmuştur. Burke ve diğerleri (2004) ekip çalışmasının hatalara karşı dayanıklılığın temeli olduğunu, ekiplerin, gerektiğinde yedekleme ve izleme sağlayan uyarlanabilir sistemler olarak düşünülebileceğini belirtmiştir. Salas ve diğerleri (2017) ekip etkinliği aracılarını üyelerin “ABC’leri” (Davranış Tutum ve biliş (Affect, Behaviors and Cognitions)) açısından karakterize etmiş, ekip çalışması aracılarını bireyler arası süreçlerde değerlendirmiştir. Meslekler arası iş birliğinin eylem süreçleri çatışma çözüm tarzının bireyler arası süreçlerde yer aldığı düşünüldüğünde araştırmanın sonuçları ile tutarlılığın olduğu görülmektedir. Literatürdeki öneriler doğrultusunda yapılan ikinci ek analiz

sonuçlarına göre birlikte aracılık etkisinin bulunduğu ve literatür bilgisinin desteklendiği tespit edilmiştir.

Grup bağlamında dayanıklılık, kolektif etkinlik, dayanıklılığı artırma için de oldukça önemlidir. Grup üyelerinin kolektif etkinliklerine olan inançları, grup çabası için ne kadar çaba harcadıklarını etkilemekte ve kolektif çabalar hızlı sonuçlar üretmediğinde grubun ne kadar süre devam edeceğini, dayanıklılığını da etkilemektedir (Fietz vd. 2021). Sağlık profesyonelleri arasında çatışma çıkmasının kaçınılmaz olduğu düşünüldüğünde çatışmanın sonucu olumlu ya da olumsuz olsa da taraflar çatışmaya yönelik yönetim tarzı tercih edeceklerdir. Kendilerinin daha etkin olduğunu algılayan grupların, ortaya çıkan her durumun altından kalkabileceklerine dair bir güven duygusuyla zorluklarla ve tehditlerle karşılaşmaları muhtemeldir. Bu da o grupların problem çözme yeteneklerini etkilemekte, grubun alışılmadık veya beklenmedik olay gibi zorluklar karşısında ayakta kalmasını sağlamaktadır. Bu döngünün kendi kendini güçlendiren doğasının bir sonucunda dayanıklılık oluşmaktadır (Sutcliffe 2003:164). Bu nedenle yapılan ek analizlerle birlikte aracılık etkilerinin gelecek araştırmalara katkı sağlayacağı söylenebilir.

Araştırma hipotezleri kapsamında yapılan analizler sonucunda aracı etkinin modele girmesiyle düşüş olması ve kısmi aracılığa ulaşılmasına rağmen c katsayısının anlamlılığını sürdürmesi sonucunda modelde başka çoklu aracı faktörlerinin olduğu söylenebilmektedir (Baron, Kenny 1986). Sağlık çok ekipli sistemlerden oluştuğu ve çok faktörlü karmaşık uyarlanabilir sistemler olduğu düşünüldüğünde ve dayanıklılığında çok faktörlü yapısı göz önünde bulundurulduğunda çoklu aracılık faktörünün etkileyen başka aracı faktörlerinde olabileceğini söylemek uygun olabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonuç ve öneriler başlığı altında öncelikle yapılan araştırmada ulaşılan sonuç hakkında bilgi verilmiş ardından araştırma konuları hakkında öneriler sunulmuştur.

7.1. Sonuç

Araştırma ekip etkinliğinde meslekler arası iş birliği ve çatışmanın rolünün ne olduğu sorusu ışığında başlamış, yapılan literatür okumaları ile araştırma modeli oluşturulmuştur. Modele hastane hasta güvenliği kültürü ve ekip çalışması tutumları bağımsız, örgütsel dayanıklılık ise bağımlı değişken olarak alınmış ve bu değişkenler arası ilişkiler üzerine model hazırlanmış ardından model üzerinde aracılık yapacak meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları değişkenlerinin rolü eklenmiş ve araştırma modeli tamamlanmıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma kapsamında Türkçeye uyarlaması ve psikometrik özelliklerine yönelik incelemesi yapılan Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği (T-AITCS-II), ekip çalışmasına ihtiyaç duyulan sağlık kurumlarında, bireylerin ölçeği oluşturan bileşenler hakkındaki algı düzeylerinin, meslekler arası ekip iş birliği düzeyini belirlemede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada katılımcıların hastane hasta güvenliği kültürü düzeylerinin ($\bar{x}=3.44$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların örgütsel dayanıklılık düzeylerinin ($\bar{x}=3.23$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların meslekler arası ekip iş birliği düzeylerinin ($\bar{x}=3.74$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların örgütsel çatışma düzeylerinin ($\bar{x}=3.84$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların ekip çatışması tutumları düzeylerinin ($\bar{x}=4.06$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın amacı hastane hasta güvenlik kültürü ile örgütsel dayanıklılık arasındaki potansiyel ilişkide meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının aracı rolünü araştırmaktır. Bu amaçla hastane hasta güvenlik kültürünün örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzlarının aracılık rolü ile ekip çalışması tutumlarının örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetim tarzları değişkenlerinin aracılık rolü aracı modellerle üç basamakta test edilmiştir.

Araştırma modelinde meslekler arası ekip iş birliğini ve çatışma yönetimi tarzları aracı değişken rolü doğrulanmıştır. Modele göre, hasta güvenliği kültürü ve ekip çalışması tutumları

meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarıyla pozitif yönde ilişkilidir. Hasta güvenliği kültürü ve ekip çalışması tutumları değişkenlerinin örgütsel dayanıklılığın üzerindeki dolaylı etkisi kanıtlanmıştır.

Hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide bulgular ışığında; meslekler arası ekip iş birliğinin ve çatışma yönetimi tarzlarının aracı rolünde olduğu hastane hasta güvenlik kültürünün meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları düzeyini artırdığı, meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı doğrulanmıştır. Hastane hasta güvenlik kültürü ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide iki aracı değişkenden meslekler arası ekip iş birliği değişkeninin etkisinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide, bulgular ışığında; meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının aracı rolünde olduğu ekip çalışması tutumlarının meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzları düzeyini artırdığı, meslekler arası ekip iş birliği ve çatışma yönetimi tarzlarının da örgütsel dayanıklılığı artırdığı doğrulanmıştır. Ekip çalışması tutumları ve örgütsel dayanıklılık arasındaki ilişkide iki aracı değişkenden meslekler arası ekip iş birliğinin etkisinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bulgulara göre ekip etkinliğinde meslekler arası iş birliğinin etkisi, çatışma yönetimi tarzlarının etkisinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

7.2. Öneriler

Araştırmanın öneriler kısmında araştırma sonuçlarına dayanarak oluşturulan öneriler; uygulamaya yönelik öneriler ve araştırmacılara yönelik öneriler olarak iki başlık altında yer almaktadır.

7.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Birden fazla mesleğin bir arada görev yaptığı sağlık ekiplerinde meslekler arası alanların ihlali ve ekip üyelerinin çatışması yerine, uygun iş birliğinin oluşturularak sinerjiden yararlanılması sağlanmalıdır. Bu sebeple araştırma konusu hakkında uygulamaya ve uygulayıcılara yönelik öneri olarak;

Ekip çalışmasının hasta güvenliğini nasıl iyileştirdiğine dair ayrıntılı bir anlayışın elde edilmesini sağlamak için hasta kalitesi ve ekip çalışmasına ilişkin daha nesnel önlemler gereklidir. Bu sebeple uygulayıcıların ekip çalışmasının, hasta güvenliği uygulamalarının hasta sonuçlarına etkisini objektif şekilde ortaya koyması sağlanmalıdır. Sadece negatif sonuçlar değil

iyi uygulama örnekleri de paylaşılarak ekip öğrenmesi ve pozitif hasta güvenliği oluşturulmasına katkı sağlanmalıdır.

Tıbbi hataları azaltmayı sağlayan ve sorumlulukları paylaştıran bir yol tercih edilmelidir. Yalnızca hatanın takibi değil; iyi uygulama örnekleri takibi ve kültüre yayılmasını sağlayıcı düzenlemeler yapılabilir. LfE (<http://www.learningfromexcellence.com>.) mükemmellik raporlamasını uygulamak için olası örnek bir stratejidir. Bununla birlikte, tıbbi eğitim, mesleki gelişim ve sağlık yönetimi dâhil olmak üzere daha geniş bir sağlık hizmetleri ortamına da etkili bir şekilde uygulanabilir. Örneğin bu uygulama COVID-19 küresel salgını sürecinde uyarlanarak COVID-19 küresel salgını sürecinde mükemmel uygulamaların paylaşılarak dayanıklılığın artırılması adına bir araç olarak kullanılmıştır <https://learningfromexcellence.com/covid19/>

Çalışanların hasta güvenliğine yönelik endişelerini ilgili yöneticilere iletmesini sağlamak için güven sağlanmalı, psikolojik güvenlik ve yetkilendirme ortamı yaratılmalıdır. Kurumun problem çözme stratejilerinden ve bireysel sağlık profesyonellerinin iletişimlerinden öğrenmesini sağlamak için iletişim yapıları geliştirilmelidir.

Sağlık profesyonellerinin iletişimde meydana gelebilecek çatışmaları başarılı bir şekilde yönetebilmeleri için ne yargılandıklarını ne de tehdit edildiklerini hissetmemeleri gerekir. Çatışmayı yapıcı bir şekilde ele almak, çatışma sağlık hizmetleri profesyonellerini rahatsız edecek bir aşamaya geçmeden önce proaktif çözümle olacaktır. Bu proaktif çözümü sağlamak, iş birliğine dayalı bir çalışma ortamını teşvik ederek ve çalışanlara çatışma yönetimi eğitimi sağlayarak yapılabilir. Çatışmanın olumsuz etkilerini hafifletmek için, çatışma ve çatışma yönetim süreçleri ile ilgili farklı tarzlarla ilgili eğitim süreçlerinin oluşturulması önerilebilir.

Hasta güvenliğine yönelik geliştirici uygulamalar prosedür takibi ile sınırlı tutulmak yerine video yansımali etnografi gibi teknikler kullanılarak hem ekip içi ve ekipler arası iş birliği ile katılımlı bir şekilde geliştirici önlemler alınması sağlanabilir. Sağlık ekibi eğitiminin etkisine ilişkin çok düzeyli, çok disiplinli, boylamsal ve titiz araştırmalar sağlanabilir. Bunu sağlamak için de disiplinler arası (endüstri psikolojisi, yönetim bilimi, insan faktörü mühendisliği. Bilişsel psikoloji vd.) iş birliği gereklidir. “Hasta güvenliğine yönelik çözümler tıpta yoktur, onlar psikolojide yer almaktadır” görüşü dikkate alınarak ekip çalışması ve eğitimi konusunda uzmanlığa sahip bilim adamları ile sağlık uzmanları ortaklık sağlamalı ve çözümleri birlikte aramalıdır.

Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi politikaları ve uygulamaları, çalışanların mesleki bilgilerini, yaratıcılığını ve kriz müdahale stratejilerini teşvik etmeyi amaçlamalıdır. Bu alandaki yeteneklerini geliştirmek için özel eğitim programları ve bilgi paylaşımı kullanılabilir. Ayrıca sağlık kurumları, kriz müdahale provaları ve diğer yöntemler düzenleyerek çalışanların dayanıklılığı artırabilir. Böylece örgütün dayanıklılığına katkı sağlanabilir.

Meslekler arası öğrenme yalnızca eğitim sonrasında olmamalı farklı eğitim süreçlerinden geçen farklı meslek grupları için meslekler arası öğrenmenin ve ekip çalışmasının alt yapısı eğitim sürecinde başlatılmalıdır. Ayrıca sağlık mesleğine başlamadan önce sağlık mesleği profesyoneller için önemli olan mesleki becerilerin yanı sıra iş birliği ve ekip çalışması yaklaşımlarının önemini öğrencilere kazandırmak önemlidir. Sağlık meslekleri müfredatının içeriği veya hizmet içi eğitimlerin bu yaklaşımla hazırlanması, sağlık eğitimcilerinin ve yöneticilerin sağlık mesleği öğrencileri ekip çalışması konusunda yönlendirmeleri ve motive etmeleri yararlı olabilir.

İşbirlikçi ekip çalışması için meslekler arası öğrenme ve işbirlikçi uygulamaların birlikte yürütülmesi sağlanmalıdır. Sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerinde disiplinler arası öğrenme işi pratiğe döküldüğünde meslekler arası İş birlikleri, ekip çalışmaları ve hizmet içi eğitim ekip (teamwork) ve görev (task work) odaklı) süreçleriyle desteklenmelidir. Sağlık ekibinde yer alan farklı üyeler aynı eğitim hazırlığından geçmediklerinden, iletişimin paylaşılmasındaki tutarsızlıklar var olmaya devam etmektedir. Bu sebeple sağlık kurumlarında meslekler arası ekip eğitimlerine önem verilmesi önerilmektedir.

Ekip etkinliği, hasta güvenliği, meslekler arası iş birliği faaliyetlerinin sürekliliğini sağlamak amacıyla üniversitelerde hem görev çalışmasını hem ekip çalışmasını değerlendiren ve geliştiren Araştırma ve Uygulama Merkezleri kurulabilir. Bu merkezler aracılığıyla hem meslekler arası eğitim hem de meslekler arası işbirlikçi uygulama ayağı eğitimleri sağlanabilir.

Sağlık kurumlarının, sağlık eğitimcilerinin, tıp fakültelerin ve diğer sağlık alanlarının havacılık sektörü ekip kaynak yönetimi (CRM) eğitimleri olduğu gibi sağlık için oluşturulmuş olan TeamSTEPPS'in öğretim materyallerini profesyonel ekip eğitim içeriğine dâhil etmeleri durumunda sağlık ekiplerinde güç mesafesinin kırılmasına, çalışanların güvenlik tutumlarını ve çalışma morallerinin artırılmasına, kaliteli ve güvenli hasta bakımının sağlanmasına, sonucunda da örgütün dayanıklılığına etkisi düşünüldüğünde meslekler arası iş birliği sağlanabilmesi adına meslekler arası ekip çalışması değerlendirmelerinin yapılması ve yine meslekler arası eğitimlerinin benimsenmesi gerekliliği üzerinde düşünülmelidir.

Eğitim süreçleri hem teknolojiden yararlanabilmek hem ulaşılabilirliği artırmak hem de merkez oluşturma maliyetleri göz önünde bulundurularak dijital eğitimler haline getirilebilir. Tüm sağlık personelinin kapsayacak nitelikte bir platform oluşturularak bu platform aracılığıyla değerlendirme, geliştirme, eğitim faaliyetleri sağlanabilir. Bu platform Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturularak sağlıkta kalite standartları çerçevesi de bütünleştirilerek, rol yapma tekniği ile bütünsel hale getirilebilir.

Hastanelerde örgütsel dayanıklılık kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bunun için iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin dayanıklılığa yüksek öncelik vermesi gerekmektedir. İnsan Kaynakları bölümü, tüm insanların dayanıklılığın ne olduğunun farkında olduğu bir “dayanıklılık kültürü” yaratmaya önem verilmelidir.

7.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Araştırma konusu hakkında gelecek araştırmalara ve araştırmacılara, ekip etkinliğini MTS gibi karmaşık örgüt yapılarında daha uzun süreyle nitel ve gözlemsel teknikler kullanılarak incelenmesi önerilebilir. Bu araştırmalar teknolojik imkânları da kullanarak simülasyon ortamlarında da gerçekleştirilebilir.

Ekip biliminin bilimi, araştırma bulgularının yeni bilimsel bilgilere, ilerlemelere, klinik uygulamalara ve politikalara dönüştürülmesini sağlamak için ekip bilimi koşullarının, işbirlikçi süreçlerin ve sonuçların anlaşılması, yönetimi ve değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Tıp mesleği öğrencilerinin (eczacılık, tıp, hemşirelik, diş hekimliği vb.) ekip temelli klinik uygulama için meslekler arası eğitime ihtiyaçları olduğu gibi, araştırmacı olmak için eğitim alan sağlıkla ilgili profesyonel öğrencilerin meslekler arası ve/veya disiplinler arası ekip tabanlı araştırma eğitimine de ihtiyaçları vardır. Meslekler arası üretilen bilimden elde edilen bulguları ekip temelli klinik bakıma başarılı bir şekilde dönüştürebilmek için bilimsel ve araştırma eğitiminin meslekler arası birleşimin sağlanması gerekmektedir. Bu birleşim için ekip biliminin bilimi farklı meslekler tarafından desteklenmeli ve birlikte çalışma alanının var olmasının somut etkilerine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Uzun vadeli hedefte, iyileştirilmiş nüfus sağlığı, alınan sağlık hizmetlerinden artan memnuniyet ve azalan sağlık hizmeti maliyetleri amaçlarının sağlanabilmesi için sağlık meslekleri eğitimi, klinik uygulamaları ve sağlık bilimlerindeki araştırmaların eğitim ve uygulaması süreçlerinin bir arada düşünülmesi ve araştırmalar bu üçlünün bir arada olduğu yönde ilerletilmesi önerilmektedir.

Bu araştırma kapsamında Türkçe uyarlaması gerçekleştirilen Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin (T-AITCS-II), sağlık ekipleri ile sınırlandırılmıştır. Bu araştırma bulgularından yararlanarak, diğer iş birliği ekiplerinde de geçerlik ve güvenirlik araştırmaların yapılmasının yararlı olacağı önerilmektedir.

Konuya ilişkin çeşitli finansman destekleri sağlanarak projeler geliştirilip teorikte yer alan sensör tabanlı yaklaşımlar aracılığıyla ekip takipleri ve etkinliklerinin pratikte de değerlendirilmesi sağlanabilir. Sosyometrik rozet gibi araçlarla konuşma ve davranış kalıplarının doğru ve gerçek zamanlı değerlendirilmesi sağlanarak ekip üyeleri arasındaki etkileşimin yakalanması sağlanabilir. Böylece ekip çalışmasının öznel ve nesnel ölçümlerinin karşılaştırılması raporlanan performans ve etkinliği ile gerçekte var olan durum karşılaştırılabilir. Farklı ölçüm yöntemleri kullanılarak tek ölçüm yönteminin neden olduğu tutarsızlıklar veya yanlılık azaltılabilir.

Özellikle COVID-19 küresel salgınından sonra web tabanlı öğrenmeye ve dağıtılmış ekiplerin sanal olarak eğitilmesine izin verilmesi teknolojinin eğitim için kullanılabilirliği ve fırsatı genişletmeye devam etmesi muhtemel olduğundan teknoloji tabanlı eğitim ve araştırmalardaki yöntemlerin etkinliğinin daha iyi anlaşılmasına ihtiyaç vardır. Alternatif yöntemlerin sonuçları geleneksel eğitimle karşılaştıran birincil araştırmalar yapılabilir. Böylece geleneksel yöntemin artılarının teknolojik öğrenme modellerine kazandırılmasına katkı sağlanabilir.

Türkiye’de dayanıklılık kültürünün oturtulabilmesi için dayanıklılık merkezleri oluşturulabilir. Bu merkezler bünyesinde hekim, hemşire, psikolog, fizik tedavi uzmanı, mesleki tedavi uzmanı, avukat, sosyolog, mühendis ve güvenlik bilimcileri gibi farklı disiplinlerden gelen iş birliğine dayalı uzman araştırmacılar bulunabilir. Bu uzmanların örgütsel dayanıklılık müdahaleleriyle sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırmaya yönelik araştırmalar yapmaları sağlanabilir.

Bu araştırmanın sonuçları, araştırma örnekleminde elde edilen verilerle sınırlıdır. Araştırmanın örneklemini oluşturan sağlık profesyonelleri, farklı ekiplerde bulunmaktadır. Gelecek araştırmalarda; araştırmada yer alan değişkenlerle farklı örneklemeler üzerinde gerçekleştirilebilir veya modele farklı değişkenler eklenerek birlikte ele alınabilir. Son araştırmalar ışığında psikolojik güvenlik değişkeninin modele dâhil edilmesi önerilebilir. Nicel yöntem araştırma deseninin kullanıldığı ve yukarıda bahsedilen sınırlılıkların bulunduğu bu araştırma, farklı desen ve yöntemlerle tekrarlanabilir. Karma yöntem kullanılarak nicel verilerin nitel verilerle derinlemesine inceleme sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., Bailey, C. (2017), "The Relationship between Team Climate and Interprofessional Collaboration: Preliminary Results of A Mixed Methods Study", *Journal of Interprofessional Care*, 31/2: 184-186. doi:10.1080/13561820.2016.1261098.
- Aktaş, H., Kılınç, T. (2007), "TUROB Üyesi Beş Yıldızlı Otel Yöneticilerinin Çatışma Yönetimi Yaklaşımları ile Bireyler Arası Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi", *İÜ İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*, 18(18), 76-87.
- Alharbi, M. F. J., Lam, S. K., Ismail AI, A. M. (2020), "A Systematic Review of Patient Safety Culture in Hospital Settings among Healthcare Professionals" *Journal of Talent Development and Excellence*, 12/3s: 2975-2989. doi: 10.1093/intqhc/mzy171.
- Alonso A, Baker, D.P., Holtzman A. (2006), "Reducing Medical Error in The Military Health System: Is Team Training The Right Prescription?" *Human Resource Management Review*, 16:396-415. doi:10.1016/j.hrmr.2006.05.006.
- Alshammari, H. F., Dayrit, R. D. J. (2017), "Conflict and Conflict Resolution among the Medical and Nursing Personnel of Selected Hospitals in Hail City", *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6/3: 45-60. doi:10.9790/1959-0603014560.
- Anderson, J. E., Aase, K., Bal, R., Bourrier, M., Braithwaite, J., Nakajima, K., Wiig, S., Guise, V. (2020), "Multilevel Influences on Resilient Healthcare in Six Countries: An International Comparative Study Protocol", *BMJ open*, 10/12: e039158. doi:10.1136/bmjopen-2020-039158
- Anderson, J.E., Ross, A.J., Back, J., Duncan, M., Snell, P., Walsh, K., Jaye, P., (2016). Implementing Resilience Engineering For Healthcare Quality Improvement Using The CARE Model: A Feasibility Study Protocol", Pilot and Feasibility Studies 2. doi:10.1186/s40814-016-0103-x
- Andersson, T., Cäker, M., Tengblad, S., Wickelgren, M. (2019), "Building Traits for Organizational Resilience Through Balancing Organizational Structures", *Scandinavian Journal of Management*, 35/1: 36-45. doi:10.1016/j.scaman.2019.01.001
- Aneas, A., Vila, R. (2019), "Assessment of Interprofessional Collaborative Practice: Spanish Version the AITCS Scale", *Culture of Learning and Experimentation*, 149.
- Annarelli, A., Nonino, F. (2016), "Strategic And Operational Management Of Organizational Resilience: Current State Of Research And Future Directions, *Omega*, 62: 1-18.
- Aslan, Ş. (2004), "Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11: 599-617.
- Ayan, B. (2018), Örgütsel Çatışma ve Yönetimi: Kamu Örgütlerinde Bir Araştırma, Doktora Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bajwa, N. M., Bochatay, N., Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Junod Perron, N., Maître, F., Chopard, P. Vu, N.V., Kim, S. Savoldelli, G.L., Hudelson P., Nendaz, M.R. (2020), "Intra Versus Interprofessional Conflicts: Implications for Conflict Management

- Training”, *Journal of Interprofessional Care*, 34/2: 259-268. doi: 10.1080/13561820.2019.1639645
- Baker, D. P., Amodeo, A. M., Krokos, K. J., Slonim, A., Herrera, H. (2010), “Assessing Teamwork Attitudes in Healthcare: Development of the TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire”. *Qual Saf Health Care*, 19/6: e49. doi:10.1136/qshc.2009.036129.
- Baker, D. P., Day, R., Salas, E. (2006). “Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations”, *Health Services Research*, 41/4: 1576–1598. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x
- Baker, D. P., Gustafson, S., Beaubien, J. M., Salas, E., Barach, P. (2003), “Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-Based Relation”, *American Institutes for Research*, Washington: DC. 5(53), 1-64.
- Baker, D.P., Krokos, K.J., Amodeo, A.M. (2008), *TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire Manual*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville: MD, <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/reference/teamattitudesmanual.html>
- Barasa, E., Mbau, R., Gilson, L. (2018), “What is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience”, *International Journal of Health Policy and Management*, 7/6: 491-503. doi:10.15171/ijhpm.2018.06
- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The Moderator–Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.
- Başoğlu, C. (2021), “Conflict Management and Teamwork in Workplace from the Perspective of Nurses”, *Perspectives in Psychiatric Care*, 57/2: 610-619. doi: 10.1111/ppc.12584
- Bayık, M. E., Gürbüz, S. (2016), “Ölçek Uyarlamada Metodoloji Sorunu: Yönetim ve Örgüt Alanında Uyarlanan Ölçekler Üzerinden Bir Araştırma”, *İş ve İnsan Dergisi*, 3/1: 1-20. doi:10.18394/iid.15648.
- Baykal, U., Şahin, N. H., Altunas, S. (2010), “Turkish Adaptation of Patient Safety Attitude Questionnaire/Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması”, *Journal of Education and Research in Nursing*, 7/1: 39-46.
- Beaird, G., Baernholdt, M., Byon, H. D., White, K. R. (2021), “Interprofessional Rounding Design Features and Associations with Collaboration and Team Effectiveness”, *Journal of Interprofessional Care*, 35/3: 343-351.
- Berg, S. H., Aase, K. (2019). “Resilient Characteristics as Described in Empirical Studies on Health Care”, Wiig, S., Fahlbruch, B. (Ed.), *Exploring Resilience A Scientific Journey from Practice to Theory*, Springer, Cham: 79-87.
- Bhamra, R., Dani, S., Burnard, K. (2011), “Resilience: The Concept, A Literature Review and Future Directions”, *International Journal of Production Research*, 49/18: 5375-5393. doi:10.1080/00207543.2011.563826.
- Bisbey, T. M., Kilcullen, M. P., Thomas, E. J., Ottosen, M. J., Tsao, K., Salas, E. (2021), “Safety Culture: An Integration of Existing Models and a Framework for Understanding

- Bishop, Fleming, Flin (2016) "Patient Safety Culture", Clarke, S., Probst, T. M., Guldenmund, F. W., Passmore, J. (Ed.) *The Wiley Blackwell Handbook Of The Psychology Of Occupational Safety And Workplace Health*, John Wiley & Sons, West Sussex: UK
- Bispo, E., Rossit, R. (2018), "Processo De Validação E Adaptação Transcultural Do Assessment of Interprofessional Team Collaboration SCALE II (AITCS II)", *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*, ISSN 2179-6750, 8/3: 10-11.
- Bochatay, N., Bajwa, N. M., Cullati, Muller-Juge, V., Blondon, K., Perron, N. J., Nendaz, M. R. (2017), "A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Health Care Teams: Insight For Future Training", *Academic Medicine*, 92/11S; 84-92. doi: 10.1097/ACM.0000000000001912.
- Bodur, S., Filiz, E. (2010), "Validity and Reliability of Turkish Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and Perception Patient Safety in Public Hospitals in Turkey", *BMC Health Services Research*, 10/28. doi:10.1186/1472-6963-10-28.
- Bouaziz, F., Smaoui Hachicha, Z. (2018), "Strategic Human Resource Management Practices And Organizational Resilience", *Journal of Management Development*, 37, 537-551. doi:10.1108/jmd-11-2017-0358.
- Braithwaite J, Churrua K, Ellis L. (2017b), "Can We Fix The Uber-Complexities of Healthcare?", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110/10: 392-394. doi: 10.1177/0141076817728419
- Braithwaite J, Wears R.L., Hollnagel E. (Ed.) (2016), *Resilient Health Care Volume 3: Reconciling Work-as-Imagined and Work-as-Done*. Abingdon, UK: Taylor & Francis
- Braithwaite, J., Wears, R. L., Hollnagel, E. (2015), "Resilient Health Care: Turning Patient Safety on Its Head" *International Journal for Quality in Health Care*, 27/5: 418-420. doi:10.1093/intqhc/mzv063
- Braithwaite, J., Wears, R.L., Hollnagel, E., R (2017a), *Resilient Health Care Reconciling Work as Imagined and Work as Done*. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group, 3. ISBN-10: 0367889919
- Brislin, R. W., Brislin, R. W., Lonner, W. J., Thorndike, R. M. (1973), *Cross-Cultural Research Methods*, 11 New York: J. Wiley.
- Bronstein, L.R. (2002), "Index of Interdisciplinary Collaboration (Instrument Development)", *Social Work Research*, 26/2:113-127. doi:10.1093/swr/26.2.113
- Broukhim, M., Yuen, F., McDermott, H., Miller, K., Merrill, L., Kennedy, R., Wilkes, M. (2019), "Interprofessional Conflict and Conflict Management in an Educational Setting", *Medical Teacher*, 41/4: 408-416. doi:10.1080/0142159X.2018.1480753
- BSI, (2014), "*BS 65000 Örgütsel Dayanıklılık Kılavuzu*", <https://www.bsigroup.com/en-GB/about-bsi/media-centre/press-releases/2014/november/Organizational-resilience-standard-published/> adresinden alındı (Erişim Tarihi 10.04.2020)

- Burns, L., Bradley, E., Weiner, B. (2011), *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*, Canada: Cengage Learning.
- Büyüköztürk, Ş. (2006), *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (6. Baskı), Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Çağatay, A., Arslan, Ü. (2020), “Hastane Çalışanlarına Göre Yöneticilerin Çatışma Çözme Stratejileri”, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9/4: 2300-2310. doi: 10.33206/mjss.742412
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010), “A National Interprofessional Competency Framework”, <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf> adresinden alındı (Erişim Tarihi 11.04.2020)
- Caneppele, A. H., Cucolo, D. F., Mininel, V. A., Meireles, E., Silva, J. A. M. D. (2020), “Interprofessional Collaboration in Urgency and Emergency Network Teams in the Covid-19 Pandemic”. *Escola Anna Nery*, 24(SPE). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312
- Carroll, J.S, Edmondson, A.C. (2002), “Leading Organisational Learning in Health Care”, *Qual Saf Health Care*, 11/1:51–56. doi:10.1136/qhc.11.1.51.
- Caruso, R., Magon, A., Dellafiore, F., Griffini, S., Milani, L., Stievano, A., Orchard, C. A. (2018), “Italian Version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (I-AITCS II): A Multiphase Study of Validity and Reliability Amongst Healthcare Providers”, *La Medicina del lavoro*, 109/4: 316-324. doi: 10.23749/mdl.v109i4.7101
- Çelik Durmuş, S., Yıldırım, A. (2016), “Adaptation to Turkish of Nurse–Nurse Collaboration Scale”, *Journal of Human Sciences*, 13/2: 3521-3528.
- Çelik, Y. (Ed.), (2013), *Sağlık Kurumları Yönetimi-II*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları
- Choi, B.C.K., Pak, A.W.P (2006). “Multidisciplinarity, Interdisciplinarity and Transdisciplinarity in Health Research, Services, Education and Policy: 1. Definitions, Objectives, and Evidence of Effectiveness” *Clinical and Investigative Medicine*, 29/6: 351-364.
- Çimen, M., Deniz, S. (Ed.) (2017), *Sağlık Kurumları Yönetiminde Örgütsel Davranış Konuları*, İstanbul: Nobel Yayınları.
- Çoban Kumbalı, Ç. (2018), Örgüt Yapısına Göre Bilgi Yönetimi ve Örgütsel Dayanıklılık İlişkisi, Doktora Tezi, Denizli, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2021), *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları* (6. Baskı), Ankara: Pegem Akademi.
- Colombia Center for Teaching and Learning (CCNMTL), Team Healthcare Models Background Information, <https://ccnmtl.columbia.edu/projects/sl2/pdf/glossary.pdf>, adresinden alındı Erişim Tarihi: 20.01.2020).
- Coutu, D. L. (2002), “How Resilience Works”, *Harvard Business Review*, 80/5: 46-56.

- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., Beaulieu, M., (2005), "The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks", *Journal of Interprofessional Care*, 19/1:116-31. doi: 10.1080/13561820500082529
- D'Amour, D., Oandasan, I. (2004), "Interprofessional Education for Patient-Centred Practice: An Evolving Framework. *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice: Research & Findings Report*. Ottawa, ON: Health Canada.
- D'Amour, D., Oandasan, I. (2005), "Interprofessionality as the Field of Interprofessional Practice and Interprofessional Education: An Emerging Concept", *Journal of Interprofessional Care*, 19/1: 8-20. doi: 10.1080/13561820500081604
- D'Oliveira, T. C., Mário, C. (2010), "P20 Organizational Safety: From Safety Culture to Resilience", André Droog and Michaela Heese (Ed.) *The 29th Performance, Safety and Well-being in Aviation(EAAP) Conference*, 20-24 September 2010, Hungary: 439-443 ISBN: 978-90-815253-2-9, https://www.researchgate.net/profile/Teresa-Doliveira/publication/267926244_Organizational_safety_From_safety_culture_to_organizational_resilience/links/545d10a90cf295b5615e66eb/Organizational-safety-From-safety-culture-to-organizational-resilience.pdf.
- Davis, L. L. (1992). "Instrument Review: Getting the Most from a Panel of Experts", *Applied Nursing Research*, 5/4: 194-197. doi: 10.1016/S0897-1897(05)80008-4
- de Bienassis, K., Klazinga, N. S. (2022), "Developing International Benchmarks of Patient Safety Culture in Hospital Care: Findings of the OECD Patient Safety Culture Pilot Data Collection and Considerations for Future Work" OECD Health Working Papers No. 134. doi: /10.1787/95ae65a3-en
- de Bienassis, K., Kristensen, S., Burtscher, M., Brownwood, I., Klazinga, N. S. (2020), "Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries", OECD Health Working Papers No. 119, 10.1787/6ee1aeae-en
- Dellafiore, F., Caruso, R., Conte, G., Grugnetti, A. M., Bellani, S., Arrigoni, C. (2019), "Individual-level Determinants of Interprofessional Team Collaboration in Healthcare". *Journal of Interprofessional Care*, 1-6. doi: 10.1080/13561820.2019.1594732
- Denyer, D. (2017), "Organizational Resilience: A Summary of Academic Evidence, Business Insights and New Thinking", *BSI and Cranfield School of Management*, 8-25.
- Dinh, J. V., Traylor, A. M., Kilcullen, M. P., Perez, J. A., Schweissing, E. J., Venkatesh, A., Salas, E. (2020), "Cross-disciplinary care: A Systematic Review on Teamwork Processes in Health Care", *Small Group Research*, 51/1: 125-166. doi: 10.1177/1046496419872002 doi: 10.1080/13561820.2017.1344048
- Dow, A. W., Zhu, X., Sewell, D., Banas, C. A., Mishra, V., Tu, S. P. (2017), "Teamwork on the Rocks: Rethinking Interprofessional Practice as Networking". *Journal of Interprofessional Care*, 31/6: 677-678. doi: 10.1080/13561820.2017.1344048
- Dülger, M. (2020), "Ekip Süreçlerinin Ekip Etkinliği ve Başarısına Etkisi: Türkiye’de Hizmet Sektöründe Faaliyet Gösteren Firmalar Üzerinde Bir Uygulama", *Journal Of Marmara University Social Sciences Institute/Öneri*, 15/54:644-671 doi:10.14783/maruoneri.771752

- Edmondson, A.C. (1999), "Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams", *Administrative Science Quarterly*, 44/2: 350-384. doi:10.2307/2666999
- Eken, A. (2018), Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Etkinliği İle Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Bir Kamu Hastanesi Örneği, İstanbul, Doktora Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Engieimpact, (2020), 2021 Yılı Dünya Sürdürülebilirlik Raporu Küresel Trendleri, <https://www.engieimpact.com/insights/sustainability-trends-2021> adresinden alındı, (Erişim Tarihi 10.04.2020).
- Enzinger, I. H. (2017), Teamwork Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in a Community Hospital, Walden University, Walden Dissertations and Doctoral Studies. 4512. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/4512>
- Fairbanks, R. J., Wears, R. L., Woods, D. D., Hollnagel, E., Plsek, P., Cook, R. I. (2014), "Resilience and Resilience Engineering In Health Care", *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40/8: 376-383.
- Fietz, B., Hillmann, J., Guenther, E. (2021), "Cultural Effects on Organizational Resilience: Evidence From The NAFTA Region". *Schmalenbach Journal of Business Research*, 73/1: 5-46.
- FM Global, (2019), "2019 Resilience Index Annual Report, Resilience Metodology", <https://www.fmglobal.com/research-and-resources/tools-and-resources/resilienceindex> adresinden alındı (Erişim Tarihi, 08.03.2021).
- Francis, R. (2013). Report of The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry: Executive Summary: The Stationery Office, 947.
- Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., Davis, S. (2015), "Interprofessional Teamwork and Collaboration between Community Health Workers and Healthcare Teams: an Integrative Review", *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1177/2333392815573312>
- George, D., Mallery, P. (2010). SPSS for Windows step by step. A Simple Study Guide and Reference (10. Baskı). GEN, Boston, MA: Pearson Education, Inc, 10.
- Gonçalves, L., Sala, R., Navarro, J. B. (2022), "Resilience and Occupational Health of Health Care Workers: A Moderator Analysis of Organizational Resilience and Sociodemographic Attributes. *International Archives of Occupational And Environmental Health*, 95/1: 223-232. doi:10.1007/s00420-021-01725-8
- Gordon, M., Baker, P., Catchpole, K., Darbyshire, D., Schocken, D. (2015), "Devising a Consensus Definition and Framework for Non-Technical Skills in Healthcare to Support Educational Design: A Modified Delphi Study", *Medical Teacher*, 37/6, 572-577. doi:10.3109/0142159X.2014.959910
- Gover, L., Duxbury, L. (2018), "Inside the Onion: Understanding What Enhances and Inhibits Organizational Resilience" *The Journal of Applied Behavioral Science*, 54/4: 477-501. doi: 10.1177/0021886318797597

- Gözüm S, Aksayan S. (2003), “Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5: 3-14.
- Greer, L. L., Dannals, J. E. (2017), “Conflict in Teams”, Salas, E., Rico, R., Passmore, J. (Ed.), *the Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Team Working and Collaborative Processes*, Hoboken: Wiley-Blackwell: 317-343.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2016), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Felsefe – Yöntem - Analiz*, (3. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürsoy, A. (2014). Çalışma Ortamında Çatışma Nedenleri, Çözüm Yöntemleri ve Sağlık Sektörü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hafeez, H., Abdullah, M.I., Zaheer, M.A., Ahsan, Q., (2021), “Organizational Resilience Process: Integrated Model of Safety Culture” *Organization Management Journal*, 19/1:1541-6518. doi:10.1108/omj-03-2020-0893
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L. (2019). *Multivariate Data Analysis*, Eighth Edition. ABD: Cengage Learning.
- Hamel, G., L. Valikangas. (2003), “The Quest for Resilience.” *Harvard Business Review*, 81/9: 52–63.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, (1998), 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>, adresinden alındı. (Erişim Tarihi, 15.10. 2021).
- Hayran, O. (2012). *Sağlık Yönetimi Yazıları*, https://www.researchgate.net/publication/305656763_Saglik_Yonetimi_Yazilari, ISBN: 978-605-88828-9-8, Ankara: Sage Yayınevi
- Hayran, O. (2016), *Kanıtı Dayalı İnsan Odaklı Sağlık Yönetimi*, (1. Basım), İstanbul: Yüce Yayın.
- Hellman, T., Jensen, I., Orchard, C., Bergström, G. (2016), “Preliminary Testing of the Swedish Version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-S)”, *Journal of Interprofessional Care*, 30/4: 499-504. doi: 10.3109/13561820.2016.1159184
- Helmreich, R. L. (2000), *On Error Management: Lessons from Aviation*. *Bmj*, 320(7237), 781-785. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.781>
- Herawati, F., Irawati, A.D., Viani, E., Sugianto, N.A., Rahmatin, N.L., Artika, M.P., Sahputri, S.E.B., Setiasih, S., Kantono, K., Yulia, R., Andrajati, R., Soemantri, D., (2022). “Effective Clinical Pathway Improves Interprofessional Collaboration and Reduces Antibiotics Prophylaxis Use in Orthopedic Surgery in Hospitals in Indonesia”. *Antibiotics*, 11/3:399. doi:10.3390/antibiotics11030399
- Hillmann, J. (2021), “Disciplines of Organizational Resilience: Contributions, Critiques, and Future Research Avenues”, *Review of Managerial Science*, 15/4: 879-936. doi:10.1007/s11846-

- Hillmann, J., Guenther, E. (2021), "Organizational Resilience: A Valuable Construct for Management Research? *International Journal of Management Reviews*, 23/1: 7-44. doi:10.1111/ijmr.12239
- Holling, C. S. (1973). "Resilience and Stability of Ecological Systems", *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4/1: 1–23. doi:10.1146/annurev.es.04.110173.000245
- Hollnagel E, Braithwaite J, Wears RL, (Ed.) (2013), *Resilient Health Care*, Farnham, Surrey: Aldershot, UK: Ashgate Publishing Ltd.
- Hollnagel E, Woods D, Leveson N. (Ed.) (2007), *Resilience Engineering: Concepts and Precepts*. England: Ashgate Publishing.
- Hollnagel E. (2014), *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Farnham, Surrey: Ashgate Publishing. ISBN: 1306838916, 9781306838917
- Hollnagel, E., Wears, R. L., Braithwaite, J. (2015), *From Safety-I to Safety-II: a white paper*, The Resilient Health Care Net: Published Simultaneously By the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.
- Iflaifel, M., Lim, R.H., Ryan, K., Crowley, C., (2020), "Resilient Health Care: A Systematic Review of Conceptualisations, Study Methods and Factors that Develop Resilience", *BMC Health Services Research*, 20:324. doi:10.1186/s12913-020-05208-3
- Ilgen, D. R., Hollenbeck, J. R., Johnson, M., Jundt, D. (2005), "Teams in organizations: From input-process-output models to IMOI models", *Annual Review of Psychology*, 56: 517-543. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070250
- Institute of Medicine (IOM), (2000), *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:https://doi.org/10.17226/9728
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (IOM), (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit, Greiner, A. C., Knebel, E. (Eds.). (2003), *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- International Organization for Standardization (ISO), "Security and Resilience-Guidelines for Organizational Resilience", ISO/DIS 22316 (en), <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:22316:dis:ed-1:v1:en> adresinden alındı (Erişim Tarihi, 08.03.2021).
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (2011), *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*, (2011 Update). Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (2016), *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*, (2016 Update). Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- İslamoğlu, A. H. (2011), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)*, (2. Baskı), İstanbul: Beta Yayınevi.

- ISO, (2017) 22316:2017 Security and resilience-Guidelines for Organizational Resilience, <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:22316:dis:ed-1:v1:en> adresinden alındı. (Erişim Tarihi 20.10.2020).
- Johnson, A., Lane, P., (2017), “*Resilience Work-as-Done in Everyday Clinical Work*”, Braithwaite, J., Wears, R.L., Hollnagel, E., R. (Ed.), *Resilient Health Care Reconciling Work as Imagined and Work as Done*. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group, 3. ISBN-10: 0367889919
- Kalaycı, Ş. (2010). SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri (5. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kantur, D. ve Say, A.I. (2015). “Measuring Organizational Resilience: A Scale Development”, *Journal of Business Economics and Finance*, 4/3: 456-472. doi: 10.17261/Pressacademia.2015313066
- Karakoç, F. Y., Dönmez, L. (2014), “Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler”, *Tip Eğitimi Dünyası*, 13/40: 39-49. doi: 10.25282/ted.228738
- Kelly, N., Blake, S., Plunkett, A. (2016), “Learning From Excellence in Healthcare: A New Approach to Incident Reporting”, *Archives of Disease in Childhood*, 101/9: 788-791. doi: 10.1136/archdischild-2015-310021
- Kelly, P., Vottero, B. A., Christie-McAuliffe, C. A. (2014), *Introduction to Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies*, New York: Springer Publishing Company.
- Kerr, H. (2015), “Organizational Resilience: Harnessing Experience, Embracing Opportunity. Executive Summary”, United Kingdom: British Standards Institution (BSI).
- Kerr, H. (2017). *Organizational Resilience: Harnessing Experience, Embracing Opportunity (Whitepaper)*. United Kingdom: British Standards Institution (BSI).
- Kieny, M.-P., Evans, D.B., Schmets, G., Kadandale, S., (2014), “Health-System Resilience: Reflections on the Ebola Crisis in Western Africa”, *Bulletin of the World Health Organization*, 92:850–850. doi:10.2471/blt.14.149278
- Kilcullen, M. P., Bisbey, T. M., Ottosen, M. J., Tsao, K., Salas, E., Thomas, E. J. (2022), “The Safer Culture Framework: An Application to Healthcare Based on a Multi-Industry Review of Safety Culture Literature”, *Human Factors*, doi:10.1177/00187208211060891
- Kılınç, E., Hasdemir, S., Ulusoy, H. (2018), “Sağlık Kurumlarında Çatışma ve Çatışma Yönetimi”, *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1/34-47.
- Kim, S., Bochatay, N., Relyea-Chew, A., Buttrick, E., Amdahl, C., Kim, L., Lee, Y. M. (2017), “Individual, Interpersonal, and Organizational Factors of Healthcare Conflict: A Scoping Review”, *Journal of Interprofessional Care*, 31/3: 282-290. doi: 10.1080/13561820.2016.1272558
- Kinicki, A., Kreitner, R. (2010). *Organizational Behavior: Key Concepts, Skills & Best Practices* (9th ed.), New York, NY: McGraw-Hill Irwin.

- Kline, R. B. (2019). Yapısal Eşitlik Modellemesinin İlkeleri ve Uygulaması-Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (Çeviri Editörü Sedat Şen). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Koçel, T. (2018), *İşletme Yöneticiliği*, (17. Baskı), İstanbul: Beta Yayınları.
- Korkmazer, F., Yıldız, A., Ekingen, E. (2016), “Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma”, *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4/2: 141-154. doi: 10.18506/anemon.258558
- Kozlowski, S. W., Ilgen, D. R. (2006), “Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams”, *Psychological Science in the Public Interest*, 7/3: 77-124. doi: 10.1111/j.1529-1006.2006.00030.x
- Kreitner, R., Kinicki, A. (2010). Organizational Behavior (Ninth edition). New York: McGraw-Hill Irwin
- Lacerenza, C. N., Marlow: L., Tannenbaum: I., Salas, E. (2018), “Team Development Interventions: Evidence-Based Approaches for Improving Teamwork”, *American Psychologist*, 73/4: 518. doi: 10.1037/amp0000295
- Lee, J.K., Mccutcheon, L.R.M., Fazel, M.T., Cooley, J.H., Slack, M.K., (2021), “Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care”, *JAMA Network Open* 4/e2036725. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36725
- Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D., Park, C. G. (2019), “Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review”, *Western Journal of Nursing Research*, 41/2: 279-304. doi: 10.1177/0193945917747416
- Leflar, J. J., Siegel, M. H. (2013), *Organizational Resilience: Managing the Risks of Disruptive Events-A Practitioner’s Guide*, Boca Raton, FL: CRC PressTaylor & Francis Group.
- Lemieux-Charles, L., McGuire, W. L. (2006), “What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature”, *Medical Care Research and Review*, 63/3: 263-300. doi: 10.1177/1077558706287003
- Lengnick-Hall, C. A., Beck, T. E., Lengnick-Hall, M. L. (2011), “Developing a Capacity for Organizational Resilience through Strategic Human Resource Management”, *Human Resource Management Review*, 21/3: 243-255. doi: 10.1016/j.hrmr.2010.07.001
- LePine, J. A., Piccolo, R. F., Jackson, C. L., Mathieu, J. E., & Saul, J. R. (2008). A Meta-Analysis of Teamwork Processes: Tests of a Multidimensional Model and Relationships with Team Effectiveness Criteria”, *Personnel psychology*, 61/2: 273-307 doi:10.1111/j.1744-6570.2008.00114.x
- Liang, F., Cao, L. (2021), “Linking Employee Resilience With Organizational Resilience: The Roles Of Coping Mechanism And Managerial Resilience”. *Psychology Research and Behavior Management*, 14: 1063-1075. doi: 10.2147/PRBM.S318632
- Lioce L. (Ed.), Lopreiato J. (Founding Ed.), Downing D., Chang T.P., Robertson J.M., Anderson M., Diaz D.A., and Spain A.E. (Assoc. Eds.) and the Terminology and Concepts Working Group (2020), *Healthcare Simulation Dictionary– Second Edition*.

Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2020. AHRQ Publication No. 20-0019. doi: <https://doi.org/10.23970/simulationv2>.

- Little, M. M., St Hill, C. A., Ware, K. B., Swanoski, M. T., Chapman, S. A., Lutfiyya, M. N., Cerra, F. B. (2017), "Team Science as Interprofessional Collaborative Research Practice: A Systematic Review of The Science of Team Science Literature", *Journal of Investigative Medicine*, 65/1: 15-22. doi:10.1136/jim-2016-000216
- Lounsbury, O., Longley, A., Walker, C. (2021). "Patient Safety Awareness Poll Results Compared to 2020 Assessment, Patient Safety Movement". <https://patientsafetymovement.org/wp-content/uploads/2021/06/3166A-ClearPath-Part-II-White-Paper-2.pdf>.
- Lyubovnikova, J., West, M. A., Dawson, J. F., Carter, M. R. (2015), "24-Karat or Fool's Gold? Consequences of Real Team and Co-Acting Group Membership In Healthcare Organizations", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24/6: 929-950. doi: 10.1080/1359432X.2014.992421
- Ma, Z., Xiao, L., Yin, J. (2018), "Toward a Dynamic Model of Organizational Resilience", *Nankai Business Review International*, 9/3: 246-263. doi: 10.1108/NBRI-07-2017-0041
- Mallak, L. (1998), "Putting Organisational Resilience to Work", *Industrial Management*, 40: 8–14.
- Mannion R, Braithwaite J. (2017), "False Dawns and New Horizons in Patient Safety Research and Practice", *International Journal of Health Policy Management*, 6/12:685–689. doi: 10.15171/ijhpm.2017.115
- Manser, T. (2009), "Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: A Review of the Literature", *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53/2: 143–151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., Zaccaro, S. J. (2001), "A Temporally Based Framework and Taxonomy of Team Processes", *Academy of Management Review*, 26/3: 356-376. doi: 10.5465/amr.2001.4845785
- Mathieu, J. E., Gallagher, P. T., Domingo, M. A., Klock, E. A. (2019), "Embracing Complexity: Reviewing the Past Decade of Team Effectiveness Research", *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 6:17-46. doi:10.1146/annurev-orgpsych-012218-015106
- Mathieu, J. E., Hollenbeck, J. R., van Knippenberg, D., Ilgen, D. R. (2017), "A Century of Work Teams in the Journal of Applied Psychology", *Journal of Applied Psychology*, 102/3: 452. doi: 10.1037/apl0000128
- Mathieu, J. E., Wolfson, M. A., Park, S. (2018), "The Evolution of Work Team Research since Hawthorne", *American Psychologist*, 73/4: 308. doi: 10.1037/amp0000255
- Mathieu, J., Heffner, T., Goodwin, G., Salas, E., Cannon-Bowers, J. (2000), "The influence of Shared Mental Models on Team Process and Performance", *Journal of Applied Psychology*, 85/2: 273-283. doi: 10.1037/0021-9010.85.2.273

- Mathieu, J., Maynard, M. T., Rapp, T., Gilson, L. (2008), "Team effectiveness 1997-2007: A Review of Recent Advancements and a Glimpse into the Future", *Journal of Management*, 34/3: 410-476. doi: 10.1177/0149206308316061
- Mathieu, John E., and Lucy L. Gilson, "Criteria Issues and Team Effectiveness", in Steve W. J. Kozlowski (ed.), *The Oxford Handbook of Organizational Psychology*, Volume 2, Oxford Library of Psychology (2012; online edn, Oxford Academic, 18 Sept. 2012), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199928286.013.0027>.
- McDonald, R., P. (1985), *Factor Analysis and Related Methods*, (1st Edition), United Kingdom: Psychology Press.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., Halcomb, E., (2015), "An Integrative Review Of Facilitators And Barriers Influencing Collaboration And Teamwork Between General Practitioners And Nurses Working In General Practice", *Journal of Advanced Nursing* 71: 1973–1985. doi:10.1111/jan.12647
- McManus, S., Seville, E., Vargo, J. Brunsdon, D. (2008), "Facilitated Process for Improving Organizational Resilience", *Natural Hazards Review*, 9/2: 81-90. doi: 10.1061/(ASCE)1527-6988(2008)9:2(81)
- McShane, S. L., Von Glinow, M. A. (2016), *Örgütsel Davranış (Çev. A. Günsel; S. Bozkurt, İstanbul: Nobel Yayınları.*
- Naden, C. (13.05.2017) Organizational Resilience Made Simple with New ISO Standard, <https://www.iso.org/news/Ref2189.htm>
- Naden, C. (19.05.2016), "Make Resilience the Key to a Prosperous Future", <https://www.iso.org/news/2016/05/Ref2081.html> adresinden alındı (Erişim Tarihi, 08.03.2021).
- National Patient Safety Agency (2004), *Seven Steps to Patient Safety: The Full Reference Guide*, National Patient Safety Agency. <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf> adresinden alındı (Erişim Tarihi, 03.03.2022).
- O'Connor, P., Flin, R., Fletcher, G., (2002), Techniques used to Evaluate Crew Resource Management Training: A Literature Review, *Journal of Human Factors and Aerospace Safety*, 2 (3): 1- 2.
- Öğüt, M. T. (2019), *Ameliyathane Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumu ile Hasta Güvenliği Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Okuyama, J. H. H., Galvao, T. F., Silva, M. T. (2018), "Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis", *The Scientific World Journal*, 2018-11. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
- Orçan, F. (2018). Exploratory and confirmatory factor analysis: which one to use first? *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 9(4), 414-421.
- Orchard, C. A., King, G. A., Khalili, H., Bezzina, M. B. (2012), "Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the

- Instrument”, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32/1: 58-67. doi: 10.1002/chp.21123
- Orchard, C., Bainbridge, L., Bassendowski, Stevenson, K., Wagner; J., Weinberg, L., Sawatsky-Girling, B. (2010), “A National Interprofessional Competency Framework”, *Canadian Interprofessional Health Collaborative–CIHC*, 9.
- Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C., Laschinger, H. (2018), “Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision”, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38/1: 11-18. doi: 10.1097/CEH.0000000000000193
- Orth, D., Schuldis, P. M. (2021). Organizational Learning and Unlearning Capabilities for Resilience During COVID-19. *The Learning Organization*. 28, 509–522. doi:10.1108/tlo-07-2020-0130.
- Öztürk, A. (2018), Sağlık Sektöründe Hizmet Yenilikçiliğine Dair Yenilikçi Eğilimler İle Örgütsel Dayanıklılık İlişkilerinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztürk, M.(2019), Örgütsel Sinizmin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Paige, J. T. (2010), “Surgical Team Training: Promoting High Reliability with Nontechnical Skills”, *Surgical Clinics*, 90/3: 569-581. doi: 10.1016/j.suc.2010.02.007
- Palada, L. C. (2016), Interdisciplinary Rounds as a Tool to Enhance Teamwork and Communication in Rural Healthcare Settings, Doctoral Dissertation, USA: Utica College.
- Patient Safety Movement (2022, March 22). “The Global Patient Safety Crisis The Facts”, Patient Safety Movement. <https://patientsafetymovement.org/patient-safety/the-facts/>
- Patterson, M., Deutsch, E.S., (2015), “Safety-I, Safety-II and Resilience Engineering”. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 45/12:382–389. doi:10.1016/j.cppeds.2015.10.001
- Patton, C. M. (2014), “Conflict in Health Care: A Literature Review”, *the Internet Journal of Healthcare Administration*, 9/1: 1-11.
- Pedersen, K.Z., Mesman, J. (2021), “A Transactional Approach to Patient Safety: Understanding Safe Care as a Collaborative Accomplishment”, *Journal of Interprofessional Care*, 35/ 4: 503-513. doi: 10.1080/13561820.2021.1874317.
- Peltonen, J., Leino-Kilpi, H., Heikkilä, H., Rautava, P., Tuomela, K., Siekkinen, M., Stolt, M. (2020), “Instruments Measuring Interprofessional Collaboration in Healthcare–A Scoping Review”, *Journal of Interprofessional Care*, 34/2: 147-161. doi: 10.1080/13561820.2019.1637336
- Petit dit Dariel, O., Cristofalo, P. (2018), “A Meta-Ethnographic Review of Interprofessional Teamwork in Hospitals: What It is and Why it Doesn’t Happen More Often”, *Journal of Health Services Research & Policy*, .23/4: 272-279. doi: 10.1177/1355819618788384

- Quendler, E. (2017), "Organisational Resilience: Building Business Value in a Changing World", *Journal for International Business and Entrepreneurship Development*, 10/2: 101-119. doi: 10.1504/JIBED.2017.10005151
- Rahi, K. (2019), "Indicators to Assess Organizational Resilience—A Review of Empirical Literature", *International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment*. 10-2/3: 85-98 ISSN: 1759-5908. doi:10.1108/IJDRBE-11-2018-0046
- Rahim, M. A. (1983), "A Measure of Styles of Handling Interpersonal Conflict", *Academy of Management Journal*, 26/2: 368-376. doi: 255985
- Rahim, M. A. (2002), "Toward a Theory of Managing Organizational Conflict", *International Journal of Conflict Management*, 13/3. doi: 10.2139/ssrn.437684
- Rangachari, P., L Woods, J. (2020), "Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of The Psychological Safety of Healthcare Workers", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17/12: 4267. doi: 10.3390/ijerph17124267
- Raykova E, Semerdjieva M, Tornyova B.(2020), "Conflict Management Style in the Work of Medical Specialists in Hospitals". *Journal of IMAB. Annual Proceeding Scientific Papers*, Apr-Jun;26(2):3068-3072. doi: 10.5272/jimab.2020262.3068
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S, Zwarenstein, M. (2010), *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, 8. UK: Blackwell Publishing
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein, M., (2017), "Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6/6, CD000072. doi:10.1002/14651858.cd000072.pub3 .
- Reeves, S., Xyrichis, A., Zwarenstein, M. (2018), "Teamwork, Collaboration, Coordination, And Networking: Why We Need to Distinguish between Different Types of Interprofessional Practice", *Journal of Interprofessional Care*, 32/1-3. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Refsum, A. (2012), "Disciplinarity: Intra, Cross, Multi, Inter, Trans", *Jensenius*, <https://www.arj.no/?s=Disciplinarity%3A+intra%2C+cross%2C+multi%2C+inter%2C+trans>, adresinden alındı (Erişim Tarihi, 05.02.2021).
- Rehman, K. U., Aslam, F., & Maitlo, Q. U. (2020), "Impact of Employee's Resilience on Organizational Resilience: Mediating Role of Compassion", *Journal on Innovation and Sustainability RISUS*, 11/3: 156-164.
- Rezaei, S., Roshangar, F., Rahmani, A., Tabrizi, F. J., Sarbakhsh, P., & Parvan, K. (2021). Emergency Nurses' Attitudes toward Interprofessional Collaboration And Teamwork And Their Affecting Factors: A Cross-Sectional Study. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(3), 173.
- Robbins, S. P., Judge, T. (2013), *Örgütsel Davranış*, (Çev. İ. Erdem), İstanbul: Nobel Yayınları.
- Robbins, S., Judge, T. (2018), *Essentials of Organizational Behavior*, England: Pearson Education.

- Roberts, A.P.J., Webster, L.V., Salmon, P.M., Flin, R., Salas, E., Cooke, N.J., Read, G.J.M., Stanton, N.A., (2022), "State of Science: Models and Methods For Understanding And Enhancing Teams and Teamwork in Complex Sociotechnical Systems". *Ergonomics* 65: 161–187. doi:10.1080/00140139.2021.2000043
- Rosen, M. A., Diaz Granados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., Weaver, S. J. (2019), "Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care"*American Psychologist*, 73/4: 433. doi: 10.1037/amp0000298
- Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., Lewalle, P. (2009), "Towards an International Classification for Patient Safety: Key Concepts and Terms". *International Journal for Quality in Health Care*, 21/1: 18-26. do:10.1093/intqhc/mzn057
- Sağlık Bakanlığı (2005). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, SB: Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011), *Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik*, SB: Ankara. (Resmi Gazete 2011: 27897).
- Sağlık Bakanlığı (2015a) *Sağlık Kalite Sistemi (SKS)-Hastane (Sürüm 5)*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 1. Baskı, SB: Ankara,
- Sağlık Bakanlığı (2015b) *Sağlık Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*, SB: Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2020a), *Sağlık Kalite Sistemi (SKS)-Hastane (Sürüm 6)*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 1. Baskı, SB: Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2020b), *Sağlık Kalite Sistemi (SKS)-Hastane (Sürüm 6.1)*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 1. Baskı, SB: Ankara.
- Salas, E., Bisbey, T. M., Traylor, A. M., Rosen, M. A. (2020), "Can Teamwork Promote Safety in Organizations?", *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 7: 283-313. 10.1146/annurev-orgpsych-012119-045411
- Salas, E., Reyes, D. L., McDaniel, S. H. (2018a), "The Science of Teamwork: Progress, Reflections, and The Road Ahead", *American Psychologist*, 73/4: 593. doi: 10.1037/amp0000334
- Salas, E., Rico, R., Passmore, J. (Ed.), (2017), *Handbook of the Psychology of Team Working and Collaborative Processes*, Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Salas, E., Rosen, M., Burke, C. S., Goodwin, G. F. (2009), "The Wisdom of Collectives in Organizations: an Update of the Teamwork Competencies", E. Salas, G. F. Goodwin, C. S. Burke (Ed.), *Team Effectiveness In Complex Organizations*, New York, NY: Taylor & Francis: 39–79.
- Salas, E., Sims, D. E., Burke, C. S. (2005), "Is there a "Big Five" in Teamwork?", *Small Group Research*, 36/5: 555-599. doi: 10.1177/1046496405277134

- Salas, E., Zajac, S., Marlow, S. L. (2018b), "Transforming Health Care One Team at a Time: Ten Observations and the Trail Ahead", *Group & Organization Management*, 43/3: 357-381. doi: 10.1177/1059601118756554
- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., Soares, C. B. (2017), "Experiences and Shared Meaning of Teamwork and Interprofessional Collaboration Among Health Care Professionals in Primary Health Care Settings: A Systematic Review", *JBIS Evidence Synthesis*, 15/11: 2723-2788. doi: 10.11124/JBISIRIR-2016-003016
- Sartori, R. (2010), "Face Validity in Personality Tests: Psychometric Instruments and Projective Techniques in Comparison" *Quality & Quantity*, 44/4: 749-759.
- Saruhan, Ş. C., Özdemirci, A. (2016), *Bilim, Felsefe ve Metodoloji: Araştırmada Yöntem Problemi-SPSS Uygulamalı*, (4. Baskı), İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Saurin, T. A., Rosso, C. B., Colligan, L. (2016). Towards a Resilient and Lean Health Care. In Braithwaite, J., Wears, R. L., Hollnagel, E., (Ed.), *Resilient Health Care*, Volume 3, CRC Press, pp: 29-44.
- Sayek, F. (2011) *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, (1. Baskı), Ankara: Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları. ISBN 978-605-5867-51-5
- Saygılı, M., Özlem, Ö. (2020), "Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumlarının İncelenmesi". *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11/27: 444-454 doi: 10.21076/vizyoner.656545.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., Müller, H. (2003), "Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-Of-Fit Measures", *Methods of Psychological Research Online*, 8/2: 23-74., <http://www.mpr-online.de>.
- Schot, E., Tummers, L., Noordegraaf, M. (2020), "Working on Working Together. A Systematic Review on How Healthcare Professionals Contribute to Interprofessional Collaboration", *Journal of Interprofessional Care*, 34/3: 332-342. doi: 10.1080/13561820.2019.1636007
- Schuhmann, C. Damen, A. (2020), "İyi Temsil Etmek: Seküler Bir Çağda Pastoral Bakım (M. Kısakol, Çev.), Türk Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi, 1: 159-179, <https://dergipark.org.tr/en/pub/tmdrd/issue/55695/729259>.
- Schumacher, R. E., Lomax, R. G. (1996). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Seçer, B. (2019), *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
- Seçer, İ. (2018), *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci: SPSS ve LISREL Uygulamaları*. (2. Baskı), Ankara: Anı yayıncılık.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, (1. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık

- Shuffler, M. L., Carter, D. R. (2018), "Teamwork Situated In Multiteam Systems: Key Lessons Learned and Future Opportunitie", *American Psychologist*, 73/4: 390: 395. doi: 10.1037/amp0000322
- Sipahi, B., Yurtkoru, E. S., Çinko, M. (2008), *Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi* (2. Baskı), İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Slawomirski, L., Klazinga, N. (2020). The Economics of Patient Safety, from Analysis to Action. *Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development*. OECD. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
- Söğüt, M. T. (2019), *Ameliyathane Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumu İle Hasta Güvenliği Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, İzmir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sönmez, V., Alacapınar, F. G. (2013), *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Sujan, M. (2018), "A Safety-II Perspective on Organisational Learning in Healthcare Organisations: Comment on False Dawns and New Horizons in Patient Safety Research and Practice", *International Journal of Health Policy and Management*, 7/7. doi: 10.15171/ijhpm.2018.16
- Sorra J, Gray L, Streagle S (January 2016). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSA290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.—<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- Sorra J, Nieva V (2004), Hospital Survey on Patient Safety Culture, Rockville MD; AHRQ Publ. No. 04-0041 2004. 17.
- Sorra, J. S., Dyer, N. (2010). "Multilevel Psychometric Properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture" *BMC Health Services Research*, 10/1: 1-13. doi: 10.1186/1472-6963-10-199
- Sousa, V. D., Rojjanasrirat, W. (2011), "Translation, Adaptation and Validation of Instruments or Scales for Use in Cross-Cultural Health Care Research: A Clear and User-Friendly Guideline", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17/2: 268-274. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
- Sujan, M. A., Huang, H., Braithwaite, J. (2017), "Learning from Incidents in Health Care: Critique from A Safety-II Perspective", *Safety Science*, 99, 115-121. doi: 10.1016/j.ssci.2016.08.005
- Sullivan, T.J. (1998), *Collaboration: A Health Care Imperative*, New York, NY: McGraw-Hill.
- Sur, D. (2020). "Interprofessional Intentional Empathy Centered Care (IP-IECC) In Healthcare Practice: A Grounded Theory Study", *Journal of Interprofessional Care*, 1-10. doi: 10.1080/13561820.2020.1752162
- Suryaningtyas, D., Sudiro, A. (2019), "Organizational Resilience and Organizational Performance: Examining the Mediating Roles of Resilient Leadership and Organizational Culture", *Academy of Strategic Management Journal*, 18/2. doi: 10.4108/eai.6-12-2018.2286329

- SustainAbility Trends (2019), What's Next for Sustainable Business? the SustainAbility Institute by ERM, <https://www.sustainability.com/thinking/whats-next-for-sustainable-business/> adresinden alındı. (Erişim Tarihi, 02.03.2022)
- Sutcliffe, K.M. Vogus, T.J. (2003). Organizing for Resilience. In Cameron, K., Dutton, J.E., Quinn, R.E. (Ed.), Positive Organizational Scholarship. San Francisco: Berrett-Koehler. Chapter 7, pp: 94-110
- Sütçü, N. (2019), "Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2019), *Using Multivariate Statistics* (7.th Edition) Hudson NY: Pearson. ISBN-10: 0-13-479054-5
- Tam, C.C., Sun, S., Yang, X., Li, X., Zhou, Y., Shen, Z., (2021), Psychological Distress Among HIV Healthcare Providers During the COVID-19 Pandemic in China: Mediating Roles of Institutional Support and Resilience. *AIDS and Behavior* 25, 9–17.. doi:10.1007/s10461-020-03068-w
- Teles, C., Cabral, M., Peduzzi, M., Lourdes, E., Baldini, C. (2014), "The Experiences and Shared Meaning of Teamwork and Interprofessional Collaboration to Health Care Professionals in Primary Health Care Settings: A Systematic Review Protocol", *JBIR Evidence Synthesis*, 12/5: 24-33. doi: 10.11124/JBIRIR-2016-003016
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2014), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Terlemez, B., Erdem, İ., Börü, D. E., Orchard, C. (2022) Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması (T-AITCS-II). *Journal of Organizational Behavior Review*, 4(1), 91-111.
- Terzioğlu M. (Ed.), (2010), Ekip Kaynak Yönetimi, İstanbul: Cinius Yayınları.
- The Economist Intelligence Unit (2015), "Organisational Resilience: Building an Enduring Enterprise", *Economist Intelligence Unit and BSI*, <https://www.bsigroup.com/Global/revisions/Org-res-EIU-report.pdf?epslanguage=en-GB> adresinden alındı (Erişim Tarihi, 10.04.2020).
- The Economist Intelligence Unit (2018), Industries in 2019, The Economist Intelligence Unit Limited, www.eiu.com/industry adresinden alındı (Erişim Tarihi, 10.04.2020).
- The Joint Commission (JCI), (2020), *2021 Hospital National Patient Safety Goals*, JCI: USA, <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/simplified-2021-hap-npsg-goals-final-11420.pdf> adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020).
- The Joint Commission (JCI), (2015), "National Patient Safety Goals", http://www.jointcommission.org/facts_about_the_national_patient_safety_goals/default.aspx adresinden alındı. (Erişim Tarihi, 02.02.2021)
- The Sustainability Institute by ERM (2018) "What's next for sustainable business, Sustainability Trends 2019", <https://trends.sustainability.com/wp->

content/uploads/2019/02/SA-Trends2019-Full.pdf adresinden alındı. (Erişim Tarihi, 03.08.2021)

- Tokalı, S. (2018).Yüksek Lisans Tezi. İş Sürekliliği Yönetimi, Örnek Uygulaması ve Örgütsel Dayanıklılık Çerçevesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Bahçeşehir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü
- Tortorella, G. L., Fogliatto, F. S., Saurin, T. A., Tonetto, L. M., McFarlane, D. (2021), “Contributions of Healthcare 4.0 Digital Applications to the Resilience of Healthcare Organizations During the COVID-19 Outbreak”, *Technovation*, 111/102379. Doi: 10.1016/j.technovation.2021.102379
- Turenne, C.P., Gautier, L., Degroote, S., Guillard, E., Chabrol, F., Ridde, V., (2019). “Conceptual Analysis of Health Systems Resilience: A Scoping Review”, *Social Science & Medicine*, 232:168–180. doi:10.1016/j.socscimed.2019.04.020
- Turhan, Ö., Tiftik, C. (2022), “Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Çatışma Yönetme Stratejilerine Etkisi”. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 12: 181-210. doi: 10.21733/ibad.955563
- Türk Meslekler Sözlüğü, (2021), “Meslekler Tanımı”, <https://esube.iskur.gov.tr/Meslek/meslek.aspx>, (Erişim Tarihi, 02.03.2021)
- Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S., Zekioğlu, A. (2018), “Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Araştırma: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5/1: 25-34.
- Turner, J., Baker, R., Ali, Z., Thurlow, N. (2020), “A New Multiteam System (MTS) Effectiveness Model. *Systems*”, 8/2: 12. doi:10.3390/systems8020012
- Ulusoy, H., Tokgöz, D. M. (2009), “Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri”, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2: 55-61.
- Umebayashi, T. (2015), “Improving Attitudes and Perceptions About Teamwork Among Health Care Professionals with a TeamSTEPPS Approach”, *Walden Dissertations and Doctoral Studies*. 769. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/769>
- Vatn, L., Dahl, B.M., (2021), “Interprofessional Collaboration Between Nurses and Doctors for Treating Patients in Surgical Wards”, *Journal of Interprofessional Care*, 1–9. doi:10.1080/13561820.2021.1890703.
- Vittadello, F., Mischo-Kelling, M., Wieser, H., Cavada, L., Lochner, L., Naletto, C., Reeves, S. (2018), “A Multiple-Group Measurement Scale for Interprofessional Collaboration: Adaptation and Validation into Italian and German Languages”, *Journal of Interprofessional Care*, 32/3: 266-273. doi: 10.1080/13561820.2017.1396298
- Vogus, T. J., Sutcliffe, K. M. (2008), “Organizational Resilience: Towards A Theory and Research Agenda”, *IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics* 7-10 October, 2007, Canada: Montreal QC: 3418-3422.
- Wagner, E. H., Flinter, M., Hsu, C., Crompton, D., Austin, B. T., Etz, R., Ladden, M. D. (2017), “Effective Team-Based Primary Care: Observations from Innovative Practices. *BMC Family Practice*, 18/1: 1-9. doi:10.1186/s12875-017-0590-8

- Walters, S. J., Robertson-Malt, S., Stern, C. (2015). The Measurement of Collaboration Within Healthcare Settings: A Systematic Review Protocol of Measurement Properties of Instruments”, *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13/7: 24-43. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-2159
- Walters, S. J., Stern, C., Robertson-Malt, S. (2016), “The Measurement of Collaboration within Healthcare Settings: A Systematic Review of Measurement Properties of Instruments”, *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14/4: 138-197. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-2159
- Wears, R. L., Hollnagel, E., Braithwaite, J. (Eds.). (2015). *Resilient Health Care, the resilience of Everyday Clinical Work* (Volume 2), England: Ashgate Publishing Limited
- Weaver, T. E. (2008), “Enhancing Multiple Disciplinary Teamwork”, *Nursing Outlook*, 56/3: 108-114. doi: 10.1016/j.outlook.2008.03.013
- Wei, H., Corbett, R.W., Ray, J., Wei, T.L., (2020), “A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration”, *Journal of Interprofessional Care*, 34:324–331.. doi:10.1080/13561820.2019.1641476
- Wei, H., Horns, P., Sears, S.F., Huang, K., Smith, C.M., Wei, T.L., (2022), “A Systematic Meta-Review of Systematic Reviews about Interprofessional Collaboration: Facilitators, Barriers, and Outcomes”, *Journal of Interprofessional Care*, 1–15.. doi:10.1080/13561820.2021.1973975
- Wiig, S., O’Hara, J.K., (2021), “Resilient and Responsive Healthcare Services And Systems: Challenges And Opportunities in a Changing World”, *BMC Health Services Research*, 21. doi:10.1186/s12913-021-07087-8
- Williams, B., Onsmann, A. Brown, T. (2010), “Exploratory Factor Analysis: A Five-Step Guide for Novices”, *Australasian Journal of Paramedicine*, 8/3: 1-13. doi: 10.33151/ajp.8.3.93
- Williams, R.C., Greenfield, D., Stone, J., Braithwaite, J., (2014), On a Wing and a Prayer: an Assessment of Modularized Crew Resource Management Training for Health Care Professionals, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34(1): 56-67, doi:10.1002/chp.21218. doi:
- World Health Organization (2019a), “*Küresel Hasta Güvenliği Günü*”, <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019> adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020).
- World Health Organization (WHO), (2017), “Building resilience: a key pillar of Health 2020 and the Sustainable Development Goals: examples from the WHO Small Countries Initiative”, ISBN 978 92 890 5245 0
- World Health Organization (WHO), (1948). WHO Basic Documents. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), (2010). “Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice World Health Organization” (No.WHO/HRH/HPN/10.3), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf

fj;sessionid=976A4A7BEE3B7440F94FDDE37A18C2DF?sequence=1 (Erişim Tarihi 11.04.2020)

- World Health Organization (WHO), (2012) “*Definition of Palliative Care*”, <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> adresinden alındı (Erişim Tarihi, 02.03. 2022).
- World Health Organization (WHO), (2016), “Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health: Action Framework for the Western Pacific Region”. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, ISBN 978 92 9061 756 3, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246420/9789290617563_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alındı (Erişim Tarihi 19.03.2022).
- World Health Organization (WHO), (2019b) “*Patient Safety Fact File*”, https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/, adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020)
- World Health Organization (WHO), (2019c), “*Seventy-Second World Health Assembly (WHA72.6)*”, https://app.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020).
- World Health Organization (WHO), (2020a) “*2021-2030 Küresel Hasta güvenliği Eylem Planı*”, https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4 adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020a).
- World Health Organization (WHO), (2020b), “*Dünya Hasta Güvenliği Günü*”, <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020> adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020)
- World Health Organization (WHO), (2020d) “*Hasta Güvenliği*”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020).
- World Health Organization (WHO), (2020e) “*Hasta Güvenliği İle İlgili Zarar Oranları*”, <https://www.who.int/patientsafety/en/> adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020).
- World Health Organization (WHO), (2020f) “*Küresel Hasta Güvenliği İş birliği*”, <https://www.who.int/patientsafety/partnerships/GPS-collaborative/en/> adresinden alındı (Erişim Tarihi 21.10.2020).
- Worthington, R. L., Whittaker, T. A. (2006). Scale Development Research: a Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838.
- Wu, W. T., Wu, Y. L., Hou, S. M., Kang, C. M., Huang, C. H., Huang, Y. J., Wang, P. C. (2016), “Examining The Effects of an Interprofessional Crew Resource Management Training Intervention on Perceptions of Patient Safety. *Journal of interprofessional Care*, 30/4: 536-538. doi: 10.1080/13561820.2016.1181612
- Yamamoto, Y., Haruta, J. (2019), “Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Japanese Version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale-II (J-AITCS-II)”, *MedEdPublish*, 8. doi:10.15694/mep.2019.000195.1
- Yardımcı, F., Başbakkal, Z. (2012a), “Tıp Bilimlerinde Ekip Kaynak Yönetimi”, *Nobel Medicus* 8/3:12-17.

- Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G., Ersun, A. (2012b), “Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması”, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13/2: 131-137.
- Yaseen, S. G., El Refae, G. A., Dajani, D. M., & Ghanem, A. A. (2021), Conflict Management Styles and Innovation Performance: The Mediating Role of Organizational Agility. *International Journal of Human Capital and Information Technology Professionals (IJHCITP)*, 12(4), 31-45.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017), “Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46: 74-85.
- Yazıcı, G., Karabulut, A. B. (2018), “Kalite Yönetiminde Hasta Güvenliği İçin Anahtar Noktalar”, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1/2: 10-15.
- Yıldırım, A.(2002), “Hekim Hemşire İş birliği”, *Modern Hastane Yönetimi*, 6/2: 36-39. doi: 10.5222/SHYD.2018.210
- Yılmaz Börekci, D., Rofcanin, Y., Gürbüz, H. (2014), “Organisational Resilience and Relational Dynamics in Triadic Networks: A Multiple Case Analysis”, *International Journal of Production Research*, 53/22: 6839-6867. doi: 10.1080/00207543.2014.903346
- Yılmaz Börekçi, D., Gerçek, M. (2018). “Resilience” Kavramının Sosyal Bilimlerde Türkçe Kullanımları Bağlamında Değerlendirilmesi”, *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30: 41-52. doi: 10.5505/pausbed.2018.72473
- Yurdagül, H. (2005). “Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması”, *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 28-30 Eylül, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Faültesi, 1: 771-774.
- Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., Holladay, C. L. (2021), “Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance”, *Frontiers in Communication*, 6/6. doi: 10.3389/fcomm.2021.606445

Ek 4: Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Aşağıda yer alan anket formu, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalında yürütülen, “Takım Etkinliğinde Meslekler Arası İş Birliği ve Çatışmanın Rolü” isimli tez araştırmasında kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma için gerekli olan izinler alınmıştır. Lütfen, sizi temsil ettiğini düşündüğünüz tek bir seçeneği işaretleyiniz. Değerli zamanınızı ayırarak görüşlerinizi bizimle paylaştığınız için teşekkür ederiz.

Bahriye TERLEMEZ
Prof. Dr. İnci ERDEM ARTAN

BÖLÜM I

A: Çalıştığınız Birim

(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Ne Katılımım Ne Katılmam, (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle Katılıyorum	1	2	3	4	5
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	1	2	3	4	5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	1	2	3	4	5
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	1	2	3	4	5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	1	2	3	4	5
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışır.	1	2	3	4	5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	1	2	3	4	5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	1	2	3	4	5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederek.	1	2	3	4	5
9. Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	1	2	3	4	5
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	1	2	3	4	5
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	1	2	3	4	5
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediyor duygusu vardır.	1	2	3	4	5
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	1	2	3	4	5
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	1	2	3	4	5
15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	1	2	3	4	5
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	1	2	3	4	5
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	1	2	3	4	5
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	1	2	3	4	5

B: Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Ne Katılımım Ne Katılmam, (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle Katılıyorum	1	2	3	4	5
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	1	2	3	4	5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	1	2	3	4	5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	1	2	3	4	5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	1	2	3	4	5

C: Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

(1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Bazen (4) Çoğu Zaman, (5) Her Zaman	1	2	3	4	5
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	1	2	3	4	5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	1	2	3	4	5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	1	2	3	4	5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	1	2	3	4	5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	1	2	3	4	5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	1	2	3	4	5

Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

D: Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

(1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Bazen (4) Çoğu Zaman, (5) Her Zaman	1	2	3	4	5
1. Bir hata yapıldığında ancak <u>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde</u> ne sıklıkla rapor ediliyor?	1	2	3	4	5
2. Bir hata yapıldığında ancak <u>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına</u> ne sıklıkla rapor ediliyor?	1	2	3	4	5
3. <u>Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?</u>	1	2	3	4	5

E: Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

☐ A Mükemmel	☐ B Çok İyi	☐ C Kabul Edilebilir	☐ D Zayıf	☐ E Başarısız
--	---------------------------------------	--	-------------------------------------	---

F: Sağlık kuruluşunuzla ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Ne Katılımım Ne Katılmam, (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle Katılıyorum	1	2	3	4	5
1. Hastane/kuruluş yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
2. Hastane/kuruluş üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	1	2	3	4	5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	1	2	3	4	5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	1	2	3	4	5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman <u>kaybedilir</u> .	1	2	3	4	5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	1	2	3	4	5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	1	2	3	4	5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	1	2	3	4	5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	1	2	3	4	5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	1	2	3	4	5
11. Bu hastanede/kuruluştaki nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	1	2	3	4	5

G: Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

☐ a. Hiç	☐ d. 6-10 olay raporu
☐ b. 1-2 olay raporu	☐ e. 11-20 olay raporu
☐ c. 3-5 olay raporu	☐ f. 21 ve üzeri olay raporu

I: Lütfen Hastaneniz/ Kuruluşunuzdaki "hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama" konularındaki düşünce / yorumunuzu yazınız.

Hasta Güvenliği:
Tıbbi Hatalar:
Olay/Hata Raporlama:

AHRQ Hospital Survey on Patient

Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

BÖLÜM II

Hastanenizle ilgili aşağıda belirtilen ifadelere ne ölçüde katıldığınızı verilen ölçek üzerinde gösteriniz.

(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum		1	2	3	4	5
1	Hastanemizde, çalışanların kendilerini geliştirmelerini, daha üstün performans göstermelerini teşvik edecek yönetim anlayışı vardır.	1	2	3	4	5
2	Hastanemizde, çalışanların kendilerini geliştirmeleri ve daha üstün performans göstermelerini teşvik edecek bir performans değerlendirme sistemi vardır.	1	2	3	4	5
3	Çalışanlarımız, kriz anında üst yönetimin aldığı tüm kararları (kendilerine danışılmadan alınmış olsa da) kabul eder ve uygularlar.	1	2	3	4	5
4	Hastanemizde çalışanlar, görevlerini layıkıyla yapmak için diğer birim-kişilerle işbirliği ve koordinasyon içindedirler.	1	2	3	4	5
5	Hastanemiz bir krizle karşı karşıya kaldığında üst yönetimin örnek liderlik sergileyeceğinden eminim.	1	2	3	4	5
6	Hastanemizde bir kriz ya da sorun ortaya çıktığında çalışanlar kime başvuracaklarını bilirler.	1	2	3	4	5
7	Hastanemizde çalışanların yaratıcı düşüncelerini, sorunlara farklı açılardan bakmalarını teşvik eden bir öneri-ödü sistemi vardır.	1	2	3	4	5
8	Hizmetlerin sunumunda kullandığımız yeni yöntem- uygulamalar, hasta-hasta yakınlarınca da yenilikçi olarak algılanır.	1	2	3	4	5
9	Hastanemiz yenilikçi yöntem ve tedavilerin sunulmasında (Örnek : Organ nakilleri, kök hücre tedavisi) rakiplerimizden daha hızlı davranmıştır.	1	2	3	4	5
10	Hastanemiz son beş yılda, rakiplerimize kıyasla yeni sayılabilecek çok sayıda sağlık hizmeti sunmuştur. (Örnek : Organ nakilleri, kök hücre tedavisi, gibi)	1	2	3	4	5
11	Hizmetlerin sunumunda kullandığımız yeni yöntem- uygulamalar, rakiplere karşı bize avantaj sağlar.	1	2	3	4	5
12	Hizmetlerin sunumunda kullandığımız yeni yöntem- uygulamalar, hasta-hasta yakınlarınca da yenilikçi olarak algılanır.	1	2	3	4	5
13	Hastanemizde, çalışanların kendilerini geliştirmelerini, daha üstün performans göstermelerini teşvik edecek yönetim anlayışı vardır.	1	2	3	4	5
14	Hastanemizde, çalışanların kendilerini geliştirmeleri ve daha üstün performans göstermelerini teşvik edecek bir performans değerlendirme sistemi vardır.	1	2	3	4	5
15	Çalışanlarımız, kriz anında üst yönetimin aldığı tüm kararları kabul eder ve uygularlar.	1	2	3	4	5
16	Hastanemizde çalışanlar, görevlerini layıkıyla yapmak için diğer birim-kişilerle işbirliği ve koordinasyon içindedirler.	1	2	3	4	5
17	Hastanemiz, sağlık sektöründeki diğer kuruluşlarla ilişkilerin önemini farkında olup; bu ilişkileri aktif bir şekilde yönetir.	1	2	3	4	5
18	Yöneticilerimiz, daha iyi çözümler geliştirebilmek için sorunları doğrudan çalışanların veya hastaların ağzından dinler.	1	2	3	4	5
19	Hastanemizde bir sorun ortaya çıktığında; bunu fark eden herhangi bir çalışan, yöneticisiyle-üst yönetimle rahatlıkla iletişime geçebilir.	1	2	3	4	5
20	Hastanemiz, beklenmeyen durum ve krizleri doğru yönetmek için sağlık sektöründeki diğer kurumlarla işbirliği yapar.	1	2	3	4	5
21	Hastanemizde, geçmişte yaşanan hata ve problemlerin üstünü örtmek yerine; bunlardan ders alarak tekrarı önlenir.	1	2	3	4	5
22	Hastanemizde kilit konumdaki çalışanların yokluğunda, onların görevlerini devralabilecek birileri daima vardır.	1	2	3	4	5

Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

BÖLÜM III

Lütfen, ekibinizin bir üyesi olarak ekip içerisinde sizin ve ekibinizin nasıl çalıştığını veya işlediğini en iyi şekilde yansıtan değeri işaretleyiniz.

Bir ekip¹ olarak çalışırken ekibimdeki tüm üyeler...

(1) Asla, (2) Nadiren, (3) Bazen, (4) Genellikle (5) Her Zaman	1	2	3	4	5
1. hastaları, bakımları için hedef belirlemeye dâhil ederler.	1	2	3	4	5
2. ekip tarafından seçilen bakımın sürecini belirlerken hastalarının isteklerini dinlerler.	1	2	3	4	5
3. düzenli olarak bir araya gelir ve hasta bakımını görüşürler.	1	2	3	4	5
4. hasta bakımı gereksinimlerine göre sağlık ve sosyal hizmetleri (Ör. Finansal, mesleki, barınma, toplumla bağlantı, manevi) koordine ederler.	1	2	3	4	5
5. hasta bakımını görüşmek için tüm ekip üyeleriyle tutarlı bir iletişim kullanırlar.	1	2	3	4	5
6. her bir hasta için hedef belirlemeye dahil olurlar.	1	2	3	4	5
7. hasta bakım planlarının geliştirilmesinde birbirlerini, hastaları ve hasta ailelerini, her birimizin sağlayabileceği bilgi ve becerileri kullanmaya teşvik ederler.	1	2	3	4	5
8. hasta bakım planlarının belirlenmesinde hasta ve yakınlarıyla birlikte çalışırlar.	1	2	3	4	5
9. sahip oldukları gücü birbirleriyle paylaşırlar.	1	2	3	4	5
10. birbirlerine saygı duyarlar ve güvenirlir.	1	2	3	4	5
11. birbirlerine karşı açık ve dürüsttürler.	1	2	3	4	5
12. yansıtılan yorumlara dayanarak ekiplerinin işleyişinde değişiklikler yaparlar.	1	2	3	4	5
13. fikir farklılıkları için karşılıklı olarak tatmin edici bir çözüm elde etmeye çalışırlar.	1	2	3	4	5
14. birbirlerinin yapabileceklerinin sınırlarını bilirler.	1	2	3	4	5
15. ekipteki sağlık çalışanları arasında paylaşılan bilgi ve becerilerin olduğunu bilirler.	1	2	3	4	5
16. ekip üyeleri arasında güven duygusu oluşturlar.	1	2	3	4	5
17. “Meslekler Arası İşbirlikçi Uygulamanın” uygulama ortamına özgü bir tanımını uygularlar.	1	2	3	4	5
18. kararlaştırılan hedefleri ekip içerisinde eşit olarak bölerler.	1	2	3	4	5
19. ekip toplantılarında, hasta ve hasta yakınlarını da kapsayacak şekilde, açık iletişimi destekler ve teşvik ederler.	1	2	3	4	5
20. çatışmaları çözmek için üzerinde anlaşmaya varılmış bir süreç kullanırlar.	1	2	3	4	5
21. hastalarımızın gereksinimlerine bağlı olarak ekip değişimi için lideri desteklerler.	1	2	3	4	5
22. ekibimiz için lideri birlikte seçerler.	1	2	3	4	5
23. hastanın, ekip toplantılarımıza dâhil edilmesini açıkça desteklerler.	1	2	3	4	5

¹Ekip, hasta bakımı sağlamak amacıyla düzenli olarak bir veya daha fazla sağlık profesyoneli arasındaki etkileşimler olarak tanımlanabilir.

BÖLÜM IV

Bu bölümdeki “Çalışma arkadaşı” ifadesi ile Çalıştığınız birim/bölümdeki ekip arkadaşlarınız kastedilmektedir. Bu ölçekte yer alan maddelerin doğru cevabı bulunmamaktadır. Aşağıda belirtilen ifadelere ne ölçüde katıldığınızı verilen ölçek üzerinde gösteriniz.

(1) Kesinlikle, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle Katılıyorum	1	2	3	4	5
1. Kabul edebileceğimiz bir çözüm için sorunu çalışma arkadaşlarımla birlikte incelemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
2. Genellikle çalışma arkadaşlarımla ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Çalışma arkadaşlarımla olan çatışmamı kendime saklar, işi zora sokmaktan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
4. Ortak bir karar vermek için fikirlerimi çalışma arkadaşlarımla fikirleriyle bütünleştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5. Bir sorun karşısında, beklentilerimizi gerçekleştirecek çözümler bulmak için çalışma arkadaşlarımla birlikte çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
6. Farklı görüşlerimi çalışma arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan genellikle kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. İçinden çıkılmaz bir durumun çözümünde orta yolu bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
8. Fikirlerimi kabul ettirmek için çalışma arkadaşlarımla üzerinde etkileme gücümü kullanırım	1	2	3	4	5
9. Kendi lehime karar aldırarak için yetkimi kullanırım.	1	2	3	4	5
10. Çalışma arkadaşlarımla isteklerini genellikle yerine getiririm.	1	2	3	4	5
11. Çalışma arkadaşlarımla isteklerine boyun eğirim.	1	2	3	4	5
12. Çalışma arkadaşlarımla bir problemi çözmeye çalışırken tam ve doğru bilgi alışverişinde bulunurum.	1	2	3	4	5
13. Genellikle çalışma arkadaşlarıma taviz veririm.	1	2	3	4	5
14. Çıkmazlardan kurtulmak için genellikle bir orta yol öneririm.	1	2	3	4	5
15. Bir uzlaşma sağlanabilmesi için çalışma arkadaşlarımla görüşürüm.	1	2	3	4	5
16. Çalışma arkadaşlarımla anlaşmazlığa düşmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
17. Çalışma arkadaşlarımla karşı karşıya gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
18. Kendi lehime bir karar aldırarak için uzmanlığımı kullanırım.	1	2	3	4	5
19. Çalışma arkadaşlarımla önerilerine çoğunlukla uyarım.	1	2	3	4	5
20. Uzlaşma sağlanması için karşılıklı özverilerde bulunma yaklaşımını kullanırım.	1	2	3	4	5
21. Genellikle, herhangi bir olayın benimle ilgili olan bölümünü yakından takip ederim.	1	2	3	4	5
22. Meselelerin mümkün olan en iyi şekilde çözülebilmesi için tüm endişelerimizi açığa çıkarmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
23. Kabul edebileceğimiz kararlara varmak için çalışma arkadaşlarımla iş birliği içinde çalışırım.	1	2	3	4	5
24. Çalışma arkadaşlarımla beklentilerini karşılamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
25. Rekabetçi bir durumda kazanmak için bazen gücümü kullanırım.	1	2	3	4	5
26. Kırılmalıya meydan vermemek için, çalışma arkadaşlarımla olan anlaşmazlığımı kendime saklamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
27. Çalışma arkadaşlarımla olumsuz etkileşime girmekten kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
28. Bir sorunun gerektiği şekilde anlaşılması için çalışma arkadaşlarımla birlikte çalışmaya gayret ederim.	1	2	3	4	5

Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

BÖLÜM IV

Bu bölümdeki “Çalışma arkadaşı” ifadesi ile Çalıştığınız birim/bölümdeki ekip arkadaşlarınız kastedilmektedir. Bu ölçekte yer alan maddelerin doğru cevabı bulunmamaktadır. Aşağıda belirtilen ifadelere ne ölçüde katıldığınızı verilen ölçek üzerinde gösteriniz.

(1) Kesinlikle, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle Katılıyorum	1	2	3	4	5
1. Kabul edebileceğimiz bir çözüm için sorunu çalışma arkadaşlarımla birlikte incelemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
2. Genellikle çalışma arkadaşlarımla ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Çalışma arkadaşlarımla olan çatışmamı kendime saklar, işi zora sokmaktan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
4. Ortak bir karar vermek için fikirlerimi çalışma arkadaşlarımla fikirleriyle bütünleştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5. Bir sorun karşısında, beklentilerimizi gerçekleştirecek çözümler bulmak için çalışma arkadaşlarımla birlikte çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
6. Farklı görüşlerimi çalışma arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan genellikle kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. İçinden çıkmaz bir durumun çözümünde orta yolu bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
8. Fikirlerimi kabul ettirmek için çalışma arkadaşlarımla üzerinde etkileme gücümü kullanırım	1	2	3	4	5
9. Kendi lehime karar aldırarak için yetkimi kullanırım.	1	2	3	4	5
10. Çalışma arkadaşlarımla isteklerini genellikle yerine getiririm.	1	2	3	4	5
11. Çalışma arkadaşlarımla isteklerine boyun eğirim.	1	2	3	4	5
12. Çalışma arkadaşlarımla bir problemi çözmeye çalışırken tam ve doğru bilgi alışverişinde bulunurum.	1	2	3	4	5
13. Genellikle çalışma arkadaşlarıma taviz veririm.	1	2	3	4	5
14. Çıkmazlardan kurtulmak için genellikle bir orta yol öneririm.	1	2	3	4	5
15. Bir uzlaşma sağlanabilmesi için çalışma arkadaşlarımla görüşürüm.	1	2	3	4	5
16. Çalışma arkadaşlarımla anlaşmazlığa düşmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
17. Çalışma arkadaşlarımla karşı karşıya gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
18. Kendi lehime bir karar aldırarak için uzmanlığımı kullanırım.	1	2	3	4	5
19. Çalışma arkadaşlarımla önerilerine çoğunlukla uyarım.	1	2	3	4	5
20. Uzlaşma sağlanması için karşılıklı özverilerde bulunma yaklaşımını kullanırım.	1	2	3	4	5
21. Genellikle, herhangi bir olayın benimle ilgili olan bölümünü yakından takip ederim.	1	2	3	4	5
22. Meselelerin mümkün olan en iyi şekilde çözülebilmesi için tüm endişelerimizi açığa çıkarmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
23. Kabul edebileceğimiz kararlara varmak için çalışma arkadaşlarımla iş birliği içinde çalışırım.	1	2	3	4	5
24. Çalışma arkadaşlarımla beklentilerini karşılamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
25. Rekabetçi bir durumda kazanmak için bazen gücümü kullanırım.	1	2	3	4	5
26. Kırılmalıya meydan vermemek için, çalışma arkadaşlarımla olan anlaşmazlığımı kendime saklamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
27. Çalışma arkadaşlarımla olumsuz etkileşime girmekten kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
28. Bir sorunun gerektiği şekilde anlaşılması için çalışma arkadaşlarımla birlikte çalışmaya gayret ederim.	1	2	3	4	5

Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

BÖLÜM VI

1	Cinsiyetiniz	☐ Kadın	☐ Erkek
2	Medeni durumunuz	☐ Evli	☐ Bekâr
3	Yaşınız (Lütfen belirtiniz)	: _____	
4	Eğitim düzeyiniz	☐ İlköğretim	☐ Lise
		☐ Ön Lisans	☐ Lisans
		☐ Yük. Lisans	☐ Doktora
		☐ Tıpta Uzmanlık	☐ Diğer (Lütfen Belirtiniz) _____
5	Çalıştığınız Birim	☐ Acil Servis	☐ Ameliyathane/Anjiyo
		☐ Poliklinik	☐ Servis
		☐ Yoğun Bakım	☐ Diğer
		(Lütfen belirtiniz)	(Lütfen belirtiniz)
6	Biriminizdeki pozisyonunuz	☐ Hekim	☐ Tıbbi Sekreter/Veri giriş Personeli
		☐ Asistan Hekim	☐ Fizyoterapist
		☐ Hemşire	☐ Odyolog
		☐ Ebe	☐ Sosyal Hizmet Uzmanı
		☐ Diş Hekimi	☐ Dil ve Konuşma Terapisti
		☐ Diş Hekimi Asistanı	☐ Rekreasyon Terapisti
		☐ Psikolog	☐ Solunum Terapisti
		☐ Diyetisyen	☐ İş ve Uğraşı Terapisti (Ergoterapist)
		☐ Eczacı	☐ Diğer (Lütfen Belirtiniz): _____
		☐ Paramedik	
		☐ Görüntüleme Teknikeri	
		☐ Laboratuvar Teknikeri	
		☐ Ameliyathane Teknikeri	
		☐ Kişisel bakım görevlisi (Destek Personel)	
		☐ Ruhsal/Manevi Bakım (Din görevlisi)	
7	Meslekte <u>toplam</u> hizmet süreniz? (Lütfen belirtiniz): _____		
8	Çalışmakta olduğunuz <u>kurumda</u> toplam hizmet süreniz?: _____		
9	<u>Su anda çalışmakta olduğunuz</u> birimde/ekte toplam hizmet süreniz?: _____		
10	Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?		
	☐ 40 saatten az	☐ 40-49 saat	☐ 50 saat ve üzeri
11	Genellikle hangi vardiyada çalışıyorsunuz?		
	☐ Sürekli Gündüz	☐ Sürekli Gece	☐ Bazen Gece Bazen Gündüz
12	Temel eğitiminiz (tıp, hemşirelik vd. eğitimi) <u>Sırasında</u> eğitim müfredatınızda ekip kavramına ilişkin bilgiler-dersler aldınız mı?		
	☐ Evet ☐ Hayır		
13	Temel eğitiminiz (tıp, hemşirelik vd. eğitimi) <u>Sonrasında</u> eğitim müfredatınızda ekip kavramına ilişkin bilgiler-dersler aldınız mı?		
	☐ Evet ☐ Hayır		
14	Kurumunuzda son 6 ay içinde aşağıda bulunan konular hakkında (amaç, hedefleri belli olan ve konusunda uzman kişiler tarafından yapılan) bir eğitim programına katıldığınız mı?		
	☐ Hasta güvenliği	☐ Ekip Çalışması	☐ Çatışma Yönetimi
	☐ İş Birliği	☐ Hiçbiri	

Anket sona ermiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Sayfanın arkasında bulunan BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR formunu imzalamayı unutmayınız.

TAKIM ETKİNLİĞİNDE MESLEKLER ARASI İŞ BİRLİĞİ VE ÇATIŞMANIN ROLÜ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Havva İnci ARTAN

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı, hastane hasta güvenlik kültürü ve ekip çalışması tutumlarının takım etkinliği olarak örgütsel dayanıklılık üzerindeki etkisinde sağlık ekibi üyelerinin çatışma çözüm tarzları ve meslekler arası ekip iş birliklerinin rolünün araştırılmasıdır. Bu kapsamda kullanılacak olan ölçeklerden biri olan Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin de Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması alt amacı oluşturmaktadır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Çalışmamız siz sağlık ekibi üyeleri gönüllü olmanız ve formları doldurmayı kabul etmeniz halinde uygulanacaktır.

Bu araştırmanın protokolü, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Yok

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Yok

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: Yok

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi: Bahriye TERLEMEZ 0543 415 4234

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarımızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih: _____

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih: _____

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih: _____

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih: _____

Ek 5: Değişkenlere İlişkin Veri Tablosu

Değişkenler	Ort.	s.s	AVE	CR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1.HHGK1	3.82	0.85	0.72	0.91	0.85*																											
2.HHGK2	3.29	1.00	0.80	0.92	.455**	0.89*																										
3.HHGK3	3.21	0.86	0.74	0.92	.297**	.214**	0.86*																									
4.HHGK4	2.85	0.76	0.70	0.90	.305**	.114*	.140**	0.84*																								
5.HHGK5	3.48	0.99	0.81	0.95	.516**	.273**	.172**	.237**	0.90*																							
6.HHGK6	3.58	0.96	0.79	0.92	.575**	.334**	.235**	.277**	.471**	0.89*																						
7.HHGK7	3.75	1.04	0.81	0.94	.548**	.233**	.286**	.218**	.527**	.653**	0.90*																					
8.HHGK8	3.52	0.98	0.83	0.93	.502**	.217**	.190**	.274**	.381**	.455**	.488**	0.91*																				
9.HHGK9	3.54	0.92	0.80	0.92	.520**	.281**	.221**	.220**	.427**	.513**	.485**	.504**	0.88*																			
10.HHGK10	3.44	1.00	0.80	0.93	.410**	.111*	.139**	.246**	.352**	.456**	.412**	.334**	.319**	0.89*																		
11.HHGK11	3.44	1.05	0.81	0.95	.539**	.199**	.304**	.312**	.461**	.525**	.537**	.450**	.405**	.374**	0.90*																	
12.HHGK12	3.44	0.89	0.74	0.89	.502**	.213**	.316**	.307**	.434**	.490**	.457**	.393**	.481**	.346**	.451**	0.86*																
13.OO1	3.32	0.98	0.70	0.94	.525**	.475**	.308**	.165**	.282**	.329**	.288**	.298**	.312**	.209**	.256**	.316**	0.84*															
14.OO2	3.23	0.72	0.50	0.91	.212**	.322**	.367**	0.014	.179**	.256**	.199**	.167**	.166**	.140**	.152**	.208**	.470**	0.71*														
15.OO3	3.10	1.01	0.82	0.96	.316**	.325**	.423**	0.038	.240**	.298**	.230**	.220**	.280**	.149**	.240**	.244**	.514**	.695**	0.91*													
16.NAE11	3.76	0.85	0.76	0.96	.403**	.322**	.196**	0.085	.255**	.305**	.317**	.347**	.256**	.164**	.278**	.267**	.405**	.367**	.342**	0.87*												
17.NAE12	3.79	0.87	0.80	0.97	.506**	.394**	.301**	.106*	.319**	.322**	.377**	.355**	.291**	.191**	.328**	.310**	.420**	.328**	.324**	.542**	0.89*											
18.NAE13	3.66	0.89	0.79	0.96	.555**	.391**	.340**	.113*	.319**	.407**	.435**	.375**	.319**	.224**	.345**	.346**	.481**	.384**	.378**	.591**	.743**	0.89*										
19.OO1	4.05	0.67	0.71	0.94	.349**	.245**	.102*	-.0027	.189**	.177**	.220**	.235**	.210**	.132**	.185**	.183**	.295**	.162**	.122*	.466**	.506**	.417**	0.84*									
20.OO2	3.94	0.66	0.65	0.92	.303**	.228**	.102*	-.0067	.119*	.194**	.171**	.222**	.183**	.124**	.151**	.108*	.237**	.132**	.127**	.450**	.449**	.417**	.671**	0.81*								
21.OO3	3.28	1.02	0.82	0.96	.211**	.225**	0.027	.151**	.114*	.152**	0.092	.131**	.134**	.177**	.127**	.111*	.312**	.263**	.223**	.268**	.208**	.192**	.299**	.245**	0.91*							
22.OO4	3.90	0.80	0.74	0.94	.247**	.259**	0.017	-.0029	.175**	.189**	.157**	.170**	.165**	.126**	.150**	.147**	.308**	.179**	.103*	.320**	.292**	.337**	.506**	.521**	.277**	0.86*						
23.OO5	3.99	0.70	0.71	0.91	.343**	.279**	.108*	-.0036	.124**	.241**	.183**	.183**	.185**	.147**	.159**	.121*	.249**	.140**	.155**	.441**	.431**	.386**	.631**	.597**	.299**	.481**	0.84*					
24.ECT1	4.02	0.69	0.70	0.92	.306**	.242**	0.081	0.085	.173**	.156**	.200**	.220**	.189**	.180**	.231**	.148**	.259**	.110*	.108*	.354**	.334**	.349**	.429**	.421**	.176**	.361**	.347**	0.84*				
25.ECT2	4.16	0.62	0.70	0.93	.251**	.177**	.094*	0.037	.174**	.130**	.213**	.249**	.219**	.124**	.209**	0.087	.179**	0.006	0.023	.304**	.365**	.302**	.463**	.484**	0.09	.298**	.415**	.571**	0.84*			
26.ECT3	4.05	0.68	0.71	0.94	.255**	.167**	0.076	-.004	.098*	.104*	.148**	.193**	.177**	.159**	.124**	0.08	.169**	.133**	.101*	.294**	.304**	.308**	.461**	.473**	.149**	.302**	.431**	.592**	.635**	0.84*		
27.ECT4	4.01	0.67	0.72	0.93	.199**	.147**	0.017	0.029	.096*	0.084	.097*	.142**	.152**	.108*	.103*	0.077	.120*	0.066	0.069	.242**	.261**	.297**	.381**	.433**	.152**	.295**	.362**	.448**	.536**	.609**	0.85*	
28.ECT5	4.06	0.66	0.71	0.92	.212**	.096*	0.007	-.0021	0.088	0.085	.104*	.164**	.180**	.032	.126**	0.048	.112*	0.043	0.052	.278**	.282**	.249**	.412**	.416**	.180**	.243**	.388**	.451**	.590**	.578**	.573**	0.84*

N=443, **p<0.01 *p<0.05 CR= Composite Reliability, AVE= Average Variance Extracted, ρ^2 =AVE

Birim Kalite Komisyonu 2017-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Akademik Teşvik Kurulu Birim Komisyon Başkanlığı 2016-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
MYO/Yüksekokul Müdür Yrd. 2015-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
MYO/Yüksekokul Müdür Yrd. 2015-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU / TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ - TIBBİ DOKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PR.
Mevlana Değişim Programı Kurum Koordinatörü 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Yayın Alt Komisyonu Üyesi 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Bologna Koordinatörü 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Yönetim Kurulu Üyesi 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU / TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ - TIBBİ DOKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PR.
Eğitim Öğretim Komisyonu Üyesi 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Öğrenci Disiplin Kurulu Üyesi 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Disiplin Kurulu Üyesi 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Staj Komisyonu Başkanlığı 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Yüksekokul Kurulu Üyesi 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
YÖK Üyesi 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU / TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ - TIBBİ DOKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PR.
Erasmus Koordinatörü 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU / TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ - TIBBİ DOKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PR.
Farabi Koordinatörü 2014-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Akademik Kurul Üyesi 2014-	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Web Sitesi Sorumlusu 2013-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Arşiv Birimi Sorumlusu 2013-2019	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

ÜYELİKLER

Yönetim Kurulu	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MYO
----------------	--

ÜNİVERSİTELER ARASI KURUL BİLİM ALANI BİLGİLERİ

Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Temel Alanı / Yönetim ve Strateji

YAYINLAR

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. TERLEMEZ B. ., ARTAN H. İ., BÖRÜ M. D., Orchard C., Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması (T-AITCS-II), Journal of Organizational Behavior Review, vol. 4, pp. 91-11, 2022.
2. KOCAMAN E. ., BAÇ A. ., TERLEMEZ B. ., Türkiye'nin Şehir Sağlığı Politikalarının Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, vol. 10, pp. 328-340, 2021.
3. ALTUNOĞLU A. E., ATAY H., TERLEMEZ B., İNSAN KAYNAKLARI BAKIŞ AÇISINDAN YETENEKYÖNETİMİ BANKACILIK SEKTÖRÜ UYGULAMA ÖRNEĞİ, T.C. Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, vol. 37, pp. 47-70, 2015.
4. TERLEMEZ B., DEMİR N., DİLEK F., NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ÖZ ETKİLİLİK YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ, Electronic Journal of Vocational Colleges, vol. 5, pp. 113-146, 2015.
5. AYDIN TÜKELTÜRK Ş., ŞAHİN D., TERLEMEZ B., BAÇ A., HASTANE ÇALIŞANLARININ ETİK İKLİM ALGILARI HOSPITAL WORKERS PERCEPTION OF ETHICAL CLIMATE, JASSS-THE JOURNAL OF ARTIFICIAL SOCIETIES AND SOCIAL SIMULATION, vol. 1, pp. 425-437, 2015.

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. TERLEMEZ B., DİLEK F., DEMİR N., NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ÖZ ETKİLİLİK YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ, Electronic Journal of Vocational Colleges, cilt 5, ss. 113-146, 2015.
2. TERLEMEZ Ö. G. B., ŞAHİN Ö. G. D., DİLEK Ö. G. F. ., Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Akademik Motivasyon Düzeyleri , Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies, cilt 2, ss. 67-78, 2015.

Yazılan ulusal kitaplar veya kitaptaki bölümler

1. TERLEMEZ B., KOCAMAN E., Örgütsel Yaklaşımlar II, Bölüm: Örgütsel Dayanıklılık, Yayın Yeri: Nisan Kitabevi, Editör: Gözde Yeşilaydın, Yeter Demir Uslu, Yasemin Hancıoğlu, 2020.
2. TERLEMEZ B., KOCAMAN E., Örgütsel Yaklaşımları-I, Bölüm: ÖRGÜTSEL GÜÇ VE POLİTİKA, Yayın Yeri: NISAN, Editör: DEMİR USLU YETER, HANCIOĞLU YASEMİN, YEŞİLAYDIN GÖZDE, ORAL KARA NURDAN, 2019.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

1. TERLEMEZ B., DİLEK F., DEMİR N., Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin incelenmesi, 14. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi (08.10.2015-10.10.2015).
2. DİLEK F., ŞAHİN D., TERLEMEZ B., DEMİROĞLU K., ÜNAL A., TEKİRDAĞ ZÜBEYDE HANIM HUZUREVİ SAKINLERİNİN YALNIZLIK DÜZEYLERİ VE ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ, 17. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ (20.10.2014-24.10.2014).
3. Bahriye T., D. Ş., F. D., NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARASTIRMA MERKEZİNDEKİ TIBBİ SEKRETERLER VE İDARİ PERSONELİN BİLGİ ve ARŞİV SİSTEMLERİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ, 12.Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi (24.10.2013-26.02.2014).
4. TERLEMEZ B., DİLEK F., ŞAHİN D., Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezindeki Tıbbi Sekreterler ve İdari Personelin Bilgi ve Arşiv Sistemleri Hakkındaki Düşünceleri, 12. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi (24.10.2013-26.10.2013).
5. TERLEMEZ B., ŞAHİN D., DİLEK F., Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Akademik Motivasyon Düzeyleri, 13. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi, Pamukkale Üniversitesi (25.10.2012-27.10.2012).

Yayın Hakemliği (Uluslararası)

1. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (20.03.2022-), Hakemlik Sayısı:1.
2. International Journal of Management and Administration (11.01.2022-), Hakemlik Sayısı:1.

KATILDIĞI BİLİMSEL ETKİNLİKLER

1. Stratejik Plan Ortak Akıl Platformu, Yer:Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Düzenleyenler:TUBİTAK TÜSSİDE ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İşbirliği, 21.06.2018-21.06.2018.
2. 26. ULUSAL YÖNETİM VE ORGANİZASYON KONGRESİ, Yer:Karadeniz Teknik Üniversitesi Merkez Yerleşkesi, Düzenleyenler:Karadeniz Teknik Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme Bölümü, 10.05.2018-12.05.2018.
3. İşletme ve Yönetim Tarihi Konferansı, Yer:İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Düzenleyenler:İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, 09.04.2018-09.04.2018.
4. Ulakbim Dergi Sistemleri Eğitim Semineri, Yer:Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Düzenleyenler:Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, 05.04.2018-05.04.2018.
5. 2. Yönetim ve Organizasyon Çalıştayı: Endüstri 4.0 ve Sürdürülebilirlik , Yer:İstanbul Üniversitesi Rektörlük Binası Doktora Salonu, Düzenleyenler:İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Yönetimi ve Organizasyon Anabilim Dalı , 23.11.2017-24.11.2017.
6. 5. Örgütsel Davranış Kongresi, Yer:Akra Barut Otel, Antalya, Düzenleyenler:İstanbul Marmara Üniversitesi, 03.11.2017-04.11.2017.
7. The 3rd International Conference on Management and Humanities (ICMH2016) , Yer:Marmara Üniversitesi İşletme Fakültesinde, Düzenleyenler:Marmara Üniversitesi İşletme Fakültesinde, 27.04.2016-28.04.2016.
8. 7. Örgüt Kuramı Çalıştayı , Yer:Marmara Üniversitesi Sultanahmet Yerleşkesi Konferans Salonu, Düzenleyenler:Marmara Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı , 05.02.2016-06.02.2016.
9. İstanbul Teknik Üniversitesi Yönetim Bilimleri Kongresi , Yer:İstanbul , Düzenleyenler:İstanbul Teknik Üniversitesi, 12.03.2015-14.03.2015.
10. 1. iletişim günleri: Nöropazarlama ve Yetenek Yönetimi Zirveleri , Yer:Üsküdar Üniversitesi, Düzenleyenler:Üsküdar Üniversitesi, 03.04.2014-04.04.2014.
11. 7. İnsan Yönetimi Kongresi , Yer:Çorlu Silverside Otel, Düzenleyenler:PERYÖN TÜRKİYE İNSAN YÖNETİMİ DERNEĞİ TRAKYA ŞUBESİ, 27.11.2013-28.11.2013.

BAHRİYE TERLEMEZ	TAKIM ETKİNLİĞİND E MESLEKLER ARASI İŞ BİRLİĞİ VE ÇATIŞMANIN ROLÜ	İŞLETME/ YÖNETİM VE ORGANİZASYON	İSTANBUL, 2022
-----------------------------	--	---	---------------------------

