



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**CERRAHİ GİRİŞİM SÜRECİNDE YER ALAN SAĞLIK EKİBİ
ÜYELERİNİN KİŞİLERARASI İLETİŞİM TARZLARI VE EKİP
ÇALIŞMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Aslı SALDAMLI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. Işıl IŞIK ANDSOY

KARABÜK
2018

TEZ ONAYI

ASLI SALDAMLI'nın hazırladığı “Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyelerinin Kişilerarası İletişim Tarzları ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi” adlı bu çalışma 22/01/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr. Işıl IŞIK ANDSOY

Tez Danışmanı



Yrd.Doç.Dr. Nevin ONAN

Üye



Doç.Dr. Nurten TAŞDEMİR

Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından **YÜKSEK LİSANS** tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

1 Şubat 2018

Aslı SALDAMLI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan Değerli Danışman Hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve mesleki çalışmalarımda hiçbir zaman desteğini esirgemeyen Değerli Hocam Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü Sayın Prof. Dr. İbrahim TÜMEN'e,

Çalışmamda bilimsel anlamda beni destekleyip her zaman yanımda olan Kıymetli Arkadaşım ve Meslektaşım Nevin BAKIR'a,

Çalışma sürecimde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Kıymetli Arkadaşlarım ve Meslektaşlarım Emine ARSLAN KILIÇOĞLU, Figen KARAÇETİN ve Pelin SARIKAYA ŞEKER'e

Çalışma sürecimde, attığım her adımda olduğu gibi yanımda olan Canım Babam Nurettin BİRKİYE, Canım Annem Kadriye BİRKİYE ve Canım Kardeşlerim İlknur BİRKİYE MERAL ve Elif BİRKİYE'ye,

Çalışma sürecimde sabrıyla, sevgisiyle ve en içten desteğiyle yanımda olan Canım Eşim Murat SALDAMLI'ya

Ve hayatıma renk katan, yaşamımın anlamı Canım Oğlum Kemal SALDAMLI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAY FORMU	ii
BEYAN FORMU	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kişilerarası İletişim Tarzları.....	4
2.1.1. İletişim Tanımı.....	4
2.1.2. İletişim Çeşitleri ve Kişilerarası İletişim Kavramı.....	5
2.1.3. Kişilerarası İletişimi Etkileyen Faktörler.....	6
2.1.4. Kişilerarası İletişim Tarzları.....	8
2.2. Ekip Çalışması.....	9
2.2.1. Ekip Çalışması Kavramı ve Önemi.....	9
2.2.2. Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler.....	10
2.2.3. Ekip Çalışması İçin Gerekli Faktörler.....	10
2.2.4. Ekip Çalışması ve Kişilerarası İletişim.....	10
2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması.....	11

2.3.	Cerrahi Girişim Süreci.....	12
2.3.1.	Cerrahi Girişim Tanımı.....	12
2.3.2.	Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Birimler.....	13
2.3.3.	Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyeleri.....	14
2.3.4.	Cerrahi Girişim Sürecinde Ekip Çalışmasının Önemi.....	17
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
4.	BULGULAR.....	27
5.	TARTIŞMA.....	54
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
6.1.	Sonuçlar.....	64
6.2.	Öneriler.....	68
7.	KAYNAKLAR.....	69
8.	EKLER.....	78
EK1:	ÖZGEÇMİŞ.....	78
EK2:	ETİK KURUL ONAYI.....	79
EK3:	ANKET FORMU.....	80
EK4:	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU.....	87
EK5:	KURUM İZİN BAŞVURU DİLEKÇELERİ.....	89
EK6:	ÖLÇEK İZİNLERİ.....	90

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların Demografik Ve Tanıtıcı Özellikleri.....	28
Tablo 2. Katılımcılara Ait Meslek Gruplarını Oluşturan Meslekler.....	29
Tablo 3. KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Verilerin İncelenmesi..	30
Tablo 4. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Mesleklere Göre İncelenmesi.....	31
Tablo 5. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Medeni Durumlarına Göre İncelenmesi.....	35
Tablo 6. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Meslekte Çalışma Yıllarına Göre İncelenmesi.....	38
Tablo 7. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Şuan Çalıştıkları Birimde Çalışma Yıllarına Göre İncelenmesi.....	40
Tablo 8. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Cinsiyetlerine Göre İncelenmesi.....	43
Tablo 9. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Yaşlarına Göre İncelenmesi.....	46
Tablo 10. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre EÇTÖ Madde Puanlamasının İncelenmesi.....	48
Tablo 11. Katılımcıların Mesleklere Göre EÇTÖ Toplam Puan Ortalamaları.....	50
Tablo 12. Katılımcıların Mesleklere Göre KİTÖ Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	51
Tablo 13. KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Toplam Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	52

EKLER DİZİNİ

	Sayfa
EK1: Özgeçmiş.....	78
EK2: Etik Kurul Onayı.....	79
EK3: Anket Formu.....	80
EK4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu.....	87
EK5: Kurum İzin Başvuru Dilekçeleri.....	89
EK6: Ölçek İzinleri.....	90

KISALTMALAR DİZİNİ

KİTÖ:	Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği
EÇTÖ:	Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
JCI:	Joint Commission International
MÖ:	Milattan Önce
MS:	Milattan Sonra
TCK:	Türk Ceza Kanunu

ÖZET

Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyelerinin Kişilerarası İletişim Tarzları ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, cerrahi girişim sürecinde yer alan sağlık ekibi üyelerinin kişilerarası ilişki tarzları ve ekip çalışmasına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı analitik tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini 01.12.2017-30.12.2017 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde çalışmakta olan cerrahi ekip üyeleri oluşturdu. Araştırmanın örneklemine gönüllü 126 cerrahi ekip üyesi alındı. Cerrahi ekip üyelerinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik “Kişisel Bilgi Formu”, etkileşim tarzını belirlemeye yönelik “Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği” ve ekip çalışma tutumlarını belirlemeye yönelik “Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği” kullanıldı. Verilerin değerlendirmesinde yüzde, sayı, ANOVA ve Tukey testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi. Araştırmada diğer sağlık profesyonellerinin, kaçınan tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının hemşirelere ve hekimlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0.05$), diğer sağlık profesyonellerinin EÇTÖ iletişim alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların hemşirelerin ortalama puanlarından ve hekimlerin ortalama puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,024$) yüksek olduğu bulundu. Çalışmada iletişim alt ölçeğinden en düşük puanı hekimlerin aldığı, katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yıllarına göre KİTÖ baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, her üç meslek grubu içinde EÇTÖ’de en düşük madde puanını “Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığını göstergesidir” ifadesinin olduğu belirlendi. Çalışmada EÇTÖ ve KİTÖ toplam puan ortalamalarından en yüksek puanı diğer sağlık profesyonellerinin ve en düşük puanı hemşirelerin aldığı saptandı. Sonuç olarak cerrahi ekip üyelerinin kişilerarası iletişim ve ekip çalışması tutumlarında anlamlı farklılık olduğu, ekip çalışması ile ilgili farklı beklentilerde oldukları belirlendi. Bu doğrultuda cerrahi ekip üyelerinin ekip çalışması ve kişilerarası

iletişimlerinin iyileştirilmesi ile hasta güvenliği kültürünün bireysel ve kurumsal düzeyde anlaşılması için gerekli eğitimlerin sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi Ekip, İletişim, Ekip alışması, Kişilerarası İletişim Tarzları, Tutum



SUMMARY

Evaluation of Attitudes of the Health Team Members Taken Part in the Surgical Process on the Interpersonal Communication Manners and Teamwork

This study was conducted in a descriptive analytical type in order to evaluate the attitudes of the health team members taken part in the surgical process on interpersonal relationship styles and teamwork. The universe of the research consisted of the surgical team members working in a state hospital between 1 -30 Dec, 2017. The 126 volunteer surgical team members were included in the sample of the study. "Personal Information Form" for determining the socio-demographic characteristics of the surgical team members, "Interpersonal Communication Style Scale" for determining the interaction style and "Team Work Attitudes Scale" for determining the teamwork attitudes was used. Percentage, number, ANOVA and Tukey test were used in evaluation of the data. Significance level was accepted as $p < 0.05$ in statistical analyses. It was found that "avoidant" subscale mean scores of the other health professionals were significantly higher than the nurses and physicians ($p < 0.05$), and the "TWAS" subscale mean scores of other health professionals were significantly higher in statistically than the mean scores of the nurses and mean scores of the physicians ($p = 0.024$). It was determined in the study that doctors scored lowest at communication subscale and it was significant difference between the mean scores of participants at ICSS dominant style subscale, and that the statement of "Helping the team members is a sign showing that Individual has not adequate work to do" has the lowest score in every three occupational group. It was found in the study that the health professionals scored the highest in the TWAS and ICSS total mean scores and nurses scored the lowest one. As a result, it was determined that there were significant differences at the interpersonal communication and teamwork attitudes of surgical team members, and they had different expectations regarding teamwork. Accordingly, it is recommended that surgical team members should be trained to improve their team work and interpersonal communication and necessary

trainings should be provided for understanding of the patient safety culture at the individual and institutional level.

KeyWords: Attitude, Communication, Interpersonal Communication Styles, Surgical Team, Team Work,



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

İletişim, bireylerin bilgi üretmesiyle başlayıp, aktarmasıyla devam eden ve anlamlandırmasıyla sonuçlanan iki yönlü aktif bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Dökmen, 2005). Kişilerarası iletişimi etkileyen en önemli faktörlerden bazıları; kişilik, algı ve tutumlardır. Algı ve tutumlar kişilerarası etkileşimleri belirlemede önemli rol oynamaktadır. Kişilerarası iletişim tarzlarının bireylerin sosyal etkileşiminde yadsınamaz bir etkisi bulunmaktadır (Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Koç, 2011, Gürüz ve Temel Eğinli, 2012). Kişilerarası iletişimin en belirgin örneklerinden biri olan “ekip” belirli bir amaç için bir araya gelmiş farklı becerilere sahip kişilerden oluşan gruptur (Baltaş, 2012). Ekip çalışması literatürdeki karşılığı ile “teamwork” koordineli hareket edebilme yeteneği olan, birbiriyle sürekli iletişim halinde bulunan kişilerin belli bir amaca hizmet etmeleri olarak tanımlanmaktadır (Özdemir, 1999).

Sağlık hizmetlerinde çalışan bireyler için ekip çalışmasında amaç, hasta bireylerin sağlık ekibi üyeleri tarafından (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, acil tıp teknisyeni vb.) planlanan bakım ve tedavi sürecinde ortak karar verip ortak hareket ederek nitelikli sağlık hizmeti alabilmesidir (Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz, 2009). Bu yaklaşım kaliteli bakım vermenin temelidir. Sağlık bakım üyeleri arasında cerrahi girişim geçirecek hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemlerinde cerrahi ekip üyeleri ve bu üyelerin istendik ekip çalışması önemli rol oynamaktadır (Mazocco, et al., 2009).

Tüm meslek gruplarında olduğu gibi sağlık hizmetlerini sürdüren ekipte de iletişim sorunları görülebilmektedir. İletişim çatışmaları, görev tanımlarındaki aksaklıklar ve yetersiz iletişim cerrahi ekip üyelerinde tatminsizlik ve mutsuzluğun yanı sıra hastaya verilen bakımın kalitesinin düşmesine, tedavi ve bakım süreçlerinde gecikmeye, hasta hakkında eksik/yanlış bilgi akışına ve hasta güvenliğini tehdit eden sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Yine birçok hasta ve sağlık çalışanına ev sahipliği yapan ameliyathanelerde ekip çalışmasının tam olarak anlaşamadığı ve sağlanamadığı durumlar iletişim eksikliklerine neden olmakta ve hasta güvenliği açısından tehlike oluşturmaktadır (Atay, 2016, Hu, et al., 2016). Cerrahi süreçte hasta güvenliğini tehdit eden unsurların başında büyük oranla iletişim eksiklikleri gelmektedir. DSÖ verilerine göre, dünyada her 25 kişiden biri hayatı boyunca en az bir kez cerrahi girişim geçirmektedir. Bu veri ameliyathanelerin ne kadar aktif kullanıldığını göstermektedir (Işık Andsoy, 2013).

Cerrahi servislerde ve ameliyathanelerde çalışan cerrahi ekip üyeleri arasında olumlu ekip çalışması sergilendiğinde hasta güvenliğinin arttığı, hastaya ilişkin bilgi kaybının olmadığı, tedavi ve bakımda kalitenin arttığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Mazocco, et al., 2009, Baker et al., 2008). Ameliyathanelerde hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sarsabilecek risklerin saptanması ve önleyici girişimlerin planlanıp uygulanması verilen hizmet süresince temel yaklaşım olmalıdır (Işık Andsoy, 2013). Görüldüğü üzere, cerrahi süreçte yer alan sağlık profesyonellerinin ekip ruhu içinde çalışma yeteneğine sahip olmaları ve bunu etkileyen kişilerarası iletişim tarzlarının belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle cerrahi ekip üyelerinin birlikte çalışma, ortak karar alma, işbirliği ve ekip çalışması becerilerinin geliştirilmesi ve etkili iletişim tekniklerini kullanması gerekmektedir (Baker et al., 2008, Yardımcı ve ark., 2012).

Yurt dışı ve ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık kurumlarında genel olarak ekip çalışması üzerine araştırmalara rastlanılsa da, cerrahi ekip üyelerinin ekip çalışmasını ve kişilerarası iletişim tarzlarını belirlemeye yönelik araştırma sayısının yetersiz olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, araştırmanın cerrahi girişim sürecinde rol oynayan ekip üyelerinin hasta güvenliğinin temelini oluşturan ilkelerden ekip çalışmasına yönelik tutumlarının ve kişilerarası iletişim tarzlarının değerlendirmesi açısından alana önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Cerrahi girişim sürecinde yer alan sağlık ekibi üyelerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışmasına yönelik tutumlarının değerlendirilmesidir.

Araştırmanın yan amaçları ise;

- Cerrahi ekip üyelerinin kişilerarası iletişim tarzlarının değerlendirilmesi ve
- Cerrahi ekip üyelerinin ekip çalışması tutumlarının değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kişilerarası İletişim Tarzları

2.1.1 İletişim Tanımı

İletişim sözcüğü, Latince “communis” sözcüğünden türetilmiş olan “communication” sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmaktadır. Latinedeki anlamı, toplumsallaşmayı ve birlikteliği tanımlamaktadır (Güney, 2013). İnsan varoluşunun başlangıcından bu yana gereksinimlerini karşılamak, öğrenmek ve bildiklerini öğretmek gibi amaçlarla iletişim kurma ihtiyacı duymuştur (Dökmen, 2005, Gürüz ve Temel Eğinli, 2012). Sosyalleşmenin en önemli unsuru olan iletişim, insanın gördüklerini, bildiklerini kuşaktan kuşağa aktarmasını sağlamasıyla kültürün bir aracıdır (Fidan, 2012, Küçükaslan, 2014). İletişim, bilgi, duygu ve düşüncelerin paylaşılması olmakla birlikte, kişi ya da grupların tutum ve davranışlarını etkilemeyi sağlayan bir eylemdir. Başka bir deyişle iletişim, bireyler arasında çeşitli sebeplerle kurulan bir ilişkiler sistemi olarak açıklanabilmektedir (Gürüz ve Temel Eğinli, 2012, Altıntaş ve Çamur, 2013).

Farkındalıkla başlayan iletişim, kişinin duygu ve düşüncelerini sözlü ya da sözsüz akla gelebilecek her yolla başkalarına aktarması olup, her duyu organının bir iletişim kanalı görevi üstlendiği çok kanallı bir süreçtir. Kişiyi sadece biyolojik bir canlı olmaktan çıkararak ona toplumsal bir kimlik kazandırmaktadır (Dökmen, 2005, Yüksel, 2006, Cüceloğlu 2014). Bununla birlikte iletişim sürecinde etkin iletişimi etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin temelinde bireylerin iletişimin öneminin yeterince farkında olmamaları bulunmaktadır (Tutar, 2009).

2.1.2. İletişim Çeşitleri ve Kişilerarası İletişim Kavramı

İletişim Çeşitleri

İletişim, kişi-içi, kişilerarası, örgüt içi ve kitle iletişimi şeklinde gruplandırılabilir. Kişinin düşünmesi, algılaması, kendisinin ve dış dünyanın farkına varması, kendisine sorular sorup cevaplar alması “kişi-içi iletişim” olarak adlandırılırken, kişilerin çeşitli nedenlerle etkileşimde bulunmak için sözlü/sözsüz bilgi/sembollerini birbirine aktararak yorumlamasına “kişilerarası iletişim” denilmektedir. Belirli bir grubun ortak amaçlar doğrultusunda iş bölümü yaparak hiyerarşik bir düzen içinde iletişim halinde bulunması “örgüt iletişimi” ve hedefini geniş toplulukların oluşturduğu, kaynağın bilgi/sembollerini kitle iletişim araçlarıyla mesajını ilettiği iletişim şekli de “kitle iletişimi” olarak isimlendirilmektedir (Dökmen, 2005, Tutar, 2009, Gürüz ve Temel Eğinli, 2012).

Kişilerarası İletişim

Kişilerarası iletişim, iletişimini ve alımını etkileyen değer, kültürel, duygusal ve bilişsel değişkenlere sahip çift yönlü, aktif bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Arnold, 2016). Az sayıda kişinin kendi aralarında kurduğu ilişkidir ve kişisel yaşantıdan paylaşımlar bulundurması nedeniyle diğer iletişim çeşitlerinden ayrılmaktadır (Siyez, 2012). Kişilerarası iletişim sürecinin başlangıcını kişinin iç ve dış çevreden aldığı uyaranların etkisi oluşturmakta ve kişinin aldığı uyaranları kendi içinde yorumlaması ve geri bildirimde bulunması ile iletişim süreci son bulmaktadır (Gürüz ve Temel Eğinli, 2013).

2.1.3. Kişilerarası İletişimi Etkileyen Faktörler

Kişilerarası iletişimi etkileyen temel faktörlerin genel olarak; kişilik, algı, duygu, tutum ve kültür olduğu belirtilmektedir (Gürüz ve Temel Eğinli, 2012, Siyez, 2012).

2.1.3.1. Kişilik

Kişilik kelimesi latince “persona” kelimesinden köken almaktadır. Klasik Roma tiyatrosunda oyuncuların temsil ettikleri karakterleri simgelemesi için taktıkları maskelerin ismi olan person, sahneden uzakta oturan seyircilere karakterin özelliklerini daha iyi yansıtması amacıyla kullanılmıştır. Bireyin yaşama biçim olarak tanımlanan kişilik, bireyin var olan tüm özelliklerini yansıtan aktif bir süreçtir (Zel, 2011). Kişilik, bireyin tutum, ilgi, yetenek, dış görünüş, çevresiyle etkileşim ve konuşma tarzı gibi şahsına özgü nitelikleri kapsayan bir kavram olup bireyin iç ve dış iletişim şeklini etkileyen faktörlerden biridir (Güney, 2013).

2.1.3.2. Algı

Duyu organları tarafından beyne iletinin verinin yorumlanıp anlamlandırılması işlemlerine algı denilmektedir. Aynı duyuşal uyarı farklı kişilerce farklı algılanabilmektedir. Bunun nedeni fiziksel farklılıklar, kültür, bireyin öyküsü ve hali hazırdaki duygu durumu olabilir. Kişilerarası iletişim bireyin algılarından belirgin bir şekilde etkilenmektedir. İletişim bireylerin birden fazla duyusuna hitap etmekte, sözlü ve sözsüz mesajların değerlendirilmesinde algılar rol oynamaktadır (Siyez, 2012).

2.1.3.3. Duygu

Bireylerin hislerinde değişim yaratan uyarıcı bir etkinin meydana gelmesi sonucunda vücutta bir dizi kimyasal olayın oluşmasıyla gelişen değişikliklere duygu denilmektedir. Duygu ve his aynı anlama gelmemekle birlikte hislerin duyguyu oluşturan bileşenlerden biri olduğu söylenebilmektedir. Kişilerarası iletişimde bulunan bireyler arasındaki etkileşim, duyguların anlaşılması, duygu geçişi ve duygu ifadesi ile ilgilidir. Bireylerin sağlıklı iletişim kurabilmeleri ve sürdürebilmeleri duygularını kontrol edebilmeleri ve gerektiği şekilde ifade edebilmeleri ile mümkün olmaktadır (Gürüz ve Temel Eğinli, 2012).

2.1.3.4. Tutum

Çınarlı (2008)'nin belirttiğine göre Roediger (1984) tutumu, "belirli bir kişiye, nesnelere ya da durumlara karşı istikrarlı bir tepkinin, nispeten değişmez bir şekilde verilmesi eğilimi" olarak tanımlamıştır (Çınarlı, 2008). İnsan duygu ve düşüncelerini açığa vurmak istediğinde bunu davranışlarıyla belli etmektedir. Bireyin duygu ve düşünceleri bütüncül bir yapı oluşturarak belirli bir biçimde davranma eğilimini, bir diğer ifade ile tutumu belirlemektedir. Tutum, kişilik gibi karmaşık bir bilişsel süreç olup insan davranışında çok önemli bir yeri olan değişkendir, kişinin davranışlarını şekillendirmektedir. Yine tutumların bireylerin iletişimini, işbirlikçiliğini, günlük hayatta görevlerini nasıl yerine getirdiğini, başarısını ve mutluluğunu doğrudan etkilediği vurgulanmaktadır (Kumar and Rani, 2016).

2.3.1.5. Kültür

Akpınar ve Genç (2017)'in belirttiğine göre kültürle ilgili ilk ve en kapsamlı tanımlı yapan Tylor (1981) kültürü; "kişinin, toplumun bir üyesi olarak kazandığı bilgi, inanç, sanat, hukuk, âdet, gelenek, alışkanlık ve yeteneklerin bütünü"dür (Akpınar ve Genç, 2017). Kültürlere göre kişilerarası iletişim farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar

beden dili, önyargılar ve bakış açısı iletişimde algı ve tutumları etkileyen önemli faktörlerdir (Siyez, 2012). Kültür sözlü ve sözsüz iletişimde oldukça önemlidir. Örneğin Batı Avrupalı bir birey selamlaşırken tokalaşmayı tercih ederken, Latin Amerikalı birey kucaklaşmayı tercih etmektedir. Bu iki bireyin birbirleriyle selamlaştığını hayal edersek Batı Avrupalı birey Latin Amerikalı bireyin kişisel alanına girdiğini düşünmesi ve Latin Amerikalı bireyinde diğer bireyi soğuk ve iletişime kapalı değerlendirmesi muhtemeldir. Oysa her iki bireyde kendi kültürel özelliğini iletişimine yansıtmaktadır (Dutta, 2011).

2.1.4. Kişilerarası İletişim Tarzları

Siyez (2012)'e göre kısa süreli ve gerektiğinde gerçekleşen iletişim süreçleri kişilerarası iletişime örnek oluşturmayıp bir iletişimin kişilerarası iletişim olabilmesi için iletişimde kişiselleştirilmiş bir yaşantının olması gerekmektedir (Siyez, 2012). Bu anlamda ekip kişilerarası iletişimi sağlayan gruplara örnek teşkil etmektedir. Bireyin kişilerarası iletişimini etkileyen bütün faktörler ve çevresiyle olan etkileşim süreçleri bireyden bireye değişebilen etkileşim şekillerini, yani kişiler arası tarzlarını oluşturmaktadır (Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Koç, 2011). İnsanın çevresiyle kurduğu ilişkiler ve bu ilişkileri sürdürmede gösterdiği başarısı yaşamdan aldığı zevk ve mutluluğu etkilemektedir. Kişilerarası ilişkilerinde iletişim becerilerinin sergilenemediği durumlarda, yalnızlık, stres, mutsuzluk, tatminsizlik, aile içi ve mesleki sorunlar ile fiziksel hastalıklara kadar pek çok olumsuz durum gelişebilmektedir (Durak Batıgün ve Hasta, 2010).Yapılan çalışmalar incelendiğinde kişilerarası iletişim tarzlarının; öfke, depresyon, yalnızlık, internet bağımlılığı, anksiyete bozuklukları, çocukluk çağı örselenmesi, evlilik uyumu ve cinsel işlev bozuklukları gibi konularla birlikte ele alındığı ancak cerrahi ekiple ilgili yapılan bir çalışma olmadığı saptanmıştır (Özmen Süataç, 2010, Durak Batıgün ve Hasta, 2010, Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Koç 2011, Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Uzun, 2011, Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Pazvantoğlu Alkan, 2012, Bilim, 2012).

2.2. Ekip Çalışması

2.2.1.Ekip Çalışması Kavramı ve Önemi

“Ekip” belirli bir amaç için bir araya gelmiş farklı becerilere sahip kişilerden oluşan gruptur (Baltaş, 2012). Ekip çalışması literatürdeki karşılığı ile “teamwork” koordineli hareket edebilme yeteneği olan, birbiriyle sürekli iletişim halinde bulunan kişilerin belli bir amaca hizmet etmeleridir (Özdemir, 1999).

Etkin ekip performansının sağlandığı gruplarda; ekibi oluşturan bireylerinekibin bir parçası olmaktan mutlu, yenilikçi, yapıcı ve görev tanımlarının bilincinde oldukları vurgulanmaktadır. Bu durum ekipte çalışma verimliliğinin artmasını, iletişim sorunlarının önlenmesini ve hedeflenen başarıya ulaşılmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte ekip toplumun özelliklerini yansıtan küçük bir kesiti olduğu için toplumda görülen sorunlar ekip içinde de görülebilmektedir (Tosun ve Akbayrak, 2002, Baltaş, 2012).

Ekip çalışması grup içindeki her üyenin kendi payına düşen çalışmayı gerçekleştirmesi, tüm çalışmanın sorumluluğunu paylaşması ve tüm grup üyelerinin ortak düşünme, değerlendirme, planlama ve uygulamasını içermektedir. Ekibin başarısı ekibi oluşturan bireylerin gerçekleştirdikleri ile değil, ortak amacın gerçekleşme derecesiyle değerlendirilmektedir. Ekipteki birinin başarılı olması ekip için başarıyı temsil etmekte, bir üye başarılıyken diğeri başarısızsa ekip kavramı yıpranmaktadır. Her ekip üyesi mesleği doğrultusunda katkı vermekte ve meslek grubunun özel otoritesini temsil etmektedir. Her ekip üyesinin görev tanımı farklı ve aynı derecede önemlidir. Bu bağlamda sağlık ekibi üyeleri birbirinin yardımcısı değil tamamlayıcısı olduğu belirtilmektedir (İnanç ve ark., 2000, Demirel, 2005, Moroğlu, 2007).

2.2.2. Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler

Etkili ekip çalışması ekipteki bireylerin bireysel donanımlarını sağlamalarıyla mümkün olamamakta, kurumsal düzeyde de yapılanma gerektirmektedir (Yüce, 2015). Baltaş (2012)'a göre ekip için başarı; bireysel, ekip ve yönetim kalitesine bağlıdır. Bu üç temel faktörden ilki olan bireysel kalite bireyler için duygusal olgunluk kavramını ifade etmektedir. Ekip kalitesi için ortak bir değerler sistemi varlığı ve uyumlu çalışma becerilerinin gelişmesi beklenmekte ve yönetim kalitesi içinse, yöneticilerin ortak değerler sistemine uygun örnek çalışmaları ve adil olmaları gerekmektedir (Baltaş, 2012).

2.2.3. Ekip Çalışması İçin Gerekli Faktörler

Ekip çalışması için gerekli faktörler; beraber hareket etme, atak, açık görüşlü ve saygılı olma ile tartışma kabiliyetine sahip olabilmektir (Tosun ve Akbayrak, 2002). Ekipte yer alan üyelerin etkili bir biçimde çalışma performansı sergileyebilmeleri için çalışma atmosferi oldukça önem taşımaktadır. Bu ortamın; yapıcı ilişkilere, saygıya, açık fikirliğe, katılımcı yönetime, karşılıklı güvene, görüşlerin özgürce ifade edilmesi ve tartışılmasına, hizmetlerin profesyonel şekilde sürdürülmesine, özgün mesleki becerilerin sergilenebilmesine olanak verecek özelliklere sahip olması gerekmektedir. (Coşkun, 1996).

2.2.4. Ekip Çalışması ve Kişilerarası İletişim

İletişim, bireyin ekip içinde yer edinebilme, bireysel ve bir ekip elemanı olarak amacına ulaşabilme sonuçlarını etkileyen bir sosyal beceridir (Baltaş, 2012).

Tüm meslek grupları için iletişimin önemi yadsınamaz bir gerçektir. Ancak sağlık bakım hizmetlerinde çalışan profesyoneller açısından iletişim çok daha önemlidir. Ekip içerisinde yaşanan iletişim sorunları, çatışmalar, rol ve görev tanımlarında aksaklıklar ile yetersiz iletişim cerrahi ekip üyelerinde ekipte tatminsizlik ve mutsuzluğun yanı sıra

hasta tedavi ve bakım süreçlerinde gecikmeye, hasta hakkında eksik ya da yanlış bilgi sahibi olmaya, verilen hizmetin kalitesinin düşmesine ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır (Atay, 2016).

2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması

Hastanın mümkün olan en yüksek kalite sağlık hizmeti alması amacıyla farklı meslek gruplarından sağlık profesyonellerinin oluşturduğu anti-hiyerarşik gruba “sağlık ekibi“ denilmektedir. Sağlık ekibi hastayı bütüncül olarak ele alabilmek, hastaların kimi zaman karmaşıklaşabilen sorunlarını çözmek, iyilik halini sağlamak ve sürdürmek için farklı disiplinlerden oluşan profesyonellerin kendi bilgi ve becerilerini kullanarak ve karşılıklı etkileşimde bir arada bulunmalarıyla oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının amacı, tedavisi ve bakımı planlanan bireylerin nitelikli sağlık hizmeti alabilmesi için sağlık ekibi üyelerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, acil tıp teknisyeni vb) işbirliği içinde ortak karar verip, en iyi düzeyde bu kararları uygulamaya geçirmesidir. Bu yaklaşım hasta bireye kaliteli bakım vermenin temelidir. Sağlık hizmetlerinde ekip iletişimi, her bireyin yeterli, bütüncül ve insan olarak saygınlığına yakışır şekilde bakım ve tedavi alma hakkının olması ve sağlık hizmetlerini sunan kuruluşun ve hizmet yapısının korunması için de gereklidir. Ekip çalışması sağlamış gruplarda, üyelerin birbirlerinin görev ve sorumluluklarını daha iyi anladıkları, ekip olarak ya da ekip içinde karşılıklı yaşadıkları sorunları daha iyi çözdükleri, ekip içinde sağlanan sinerjinin, hasta çıktıklarına ve çalışanların mesleki tatmin ve performansına olumlu yansıdığı bilinmektedir. Sağlık bakım üyeleri arasında cerrahi girişim geçirecek hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemlerinde cerrah ekip üyeleri ve bu üyelerin istendik ekip çalışması önemli rol oynamaktadır (İnanç ve ark., 2000, HallandWeaver, 2001, Mazocco, et al., 2009, Manser, 2009, Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz, 2009, Yardımcı ve ark., 2012).

Ekip içindeki iletişimsizlik ve koordinasyon bozuklukları; tanı ve tedavi sürecinde gecikme, hasta hakkında eksik/yanlış bilgi sahibi olma, bakımın kalitesinde düşme, hasta memnuniyetinde azalma ve hasta güvenliğinin sarsılması gibi sonuçlara sebep olmaktadır (Manser, 2009, Yardımcı ve Başbakkal, 2012).

2.3. Cerrahi Girişim Süreci

2.3.1.Cerrahi Girişim Tanımı

Cerrahi; doğuştan ya da sonradan gelişen çeşitli şekil bozukluklarını, çeşitli hastalıkları ve yaralanmaları tedavi etme bilim ve sanatı olarak tanımlanmaktadır (Yavuz, 2014). Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğü'ne göre “ameliyat” arapça “ameliyyāt” kelimesinden gelmekte ve “hasta üzerinde tedavi amacıyla uygulanan kesme ve dikme işlemi, cerrahi müdahale, operasyon” olarak belirtilmektedir (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a4ccc46567ba9.11306284). ((Erişim Tarihi: 20 Kasım 2017)).

İnsanoğlu varoluşundan itibaren hayatta kalmak için mücadele vermiştir. Bu mücadelelerin sonucunda insanın ilk yaralanması ve yaralanan insanın tedavi ve bakımının sağlanma arayışları cerrahinin gelişmesinin ve cerrahi hemşireliğinin başlangıcını oluşturmuştur. Geçmiş dönemlerde cerrahi girişim tedavinin en son tercih edilen şekliyen günümüzde sık kullanılan bir tedavi olarak kullanılmaktadır (Eti Aslan, 2009, Özer, 2017).

Cerrahi, “kontrollü travma” olarak adlandırılmakta, insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları kontrol altına almak, gerektiğinde çeşitli küratif işlemlerle patolojik yapıyı çıkararak sorunu tanılamak ve yok etmek amacıyla yapılan planlı invazif girişimlerdir. Cerrahi bakım süreci, cerrahi girişimin türüne bakılmaksızın, hastanın servise kabulü, fiziksel ve psikolojik açıdan ameliyat için hazırlanması, girişim sırasında bakımın devamlılığının sağlanması, ameliyat sonrası yaşam fonksiyonlarının kontrol altına alınıp sürdürülmesi ve taburcu edilmesi aşamalarını kapsamaktadır. Cerrahi girişim; tanı amaçlı, tamir edici, tedavi edici, kozmetik, rekonstrüktif veya

rahatlatıcı amaçla yapılmaktadır. Ayrıca, girişim“ çok acil, acil, gerekli, önceden planlanmış, isteğe bağlı olarak” şeklinde durumun aciliyetine göre de sınıflandırılabilir (Eti Aslan, 2009, Aksoy, 2012, Yavuz, 2014).

2.3.2. Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Birimler

Cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyeleri ameliyathanelerde, cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yer almaktadır.

Ameliyathaneler, İngilizce “operating room” şeklinde ifade edilmekte ve hastanenin kalbi olarak nitelendirilmektedir. Ameliyathaneler bir hastanenin yıllık bütçesinin %9’undan fazlasını tüketebilen pek çok cerrahi işlemin gerçekleştiği birimlerdir. Ameliyat odaları ekibin etkin çalışabilmesine imkan verecek nitelikte, cerrahın uzmanlık alanına ve hastanın patolojine göre planlanmış, kompleks cihazların kullanıldığı kapalı alanlardır. Ameliyathane içinde çalışan cerrahi ekip üyeleri; cerrah, ameliyathane sorumlu hemşiresi, dolaşıcı hemşire, steril hemşire, anestezi uzman hekimi, anestezi teknisyeni, ameliyathane teknisyeni ve diğer ameliyathane personelleridir (Jebali, Alouane and Pierre, 2006, Harsoor and Bashkar, 2007, Özbayır, 2014). Sağlık bakım alanındaki yenilikler, gelişen teknoloji, kullanılan kompleks araç gereçler ve sağlık profesyonelleri ve hasta açısından çeşitli riskleri içinde bulunduran ameliyathaneler, hasta sirkülasyonunun hızlı olması nedeniyle hızlı düşünüp doğru karar vermeyi gerektirdiğinden stresli ortamlardır (Karaöz, 2000).

Cerrahi yoğun bakım üniteleri ağır hastalık, travma, zehirlenme geçirmiş ya da cerrahi girişim sebebiyle ön görülemeyen hayatı tehdit edici komplikasyon yaşamış bireylere 24 saat sürekli multidisipliner ekip tarafından ve hayatı destekleyici medikal aletlerle bakım ve tedavi imkanlarının sağlandığı ünitelerdir (Çelik, 2014). Yoğun bakımlarda hasta yakınları enfeksiyon riski oluşturmaları nedeniyle refakatçi alınmamakla birlikte ziyaret saatleri sınırlandırılmıştır. Bu durum hastaların ve aile fertlerinin yoğun bakım ekibi tarafından psikolojik destek görmelerini gerektirmektedir. Yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakımdan sorumlu cerrahi ekip; anestezi uzman

hekimi, yoğun bakım hemşiresi, stoma ve yara hemşiresi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri, fizyoterapistler, fizik tedavi teknikerleri, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanlarıdır (Heyland and Tranmer, 2001, Özdemir, 2009). Cerrahi klinikler, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculuğa kadar bireyin gerekli bakım ve tedavi işlemlerinin sürdürüldüğü birimlerdir. Cerrahi servislerde yer alan sağlık personeli; cerrah, cerrahi hemşireleri, fizyoterapi ve rehabilitasyon uzmanı hekim, fizyoterapistler, fizik tedavi teknikerleri, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve diğer yardımcı personeller ve gerekirse alanında uzman konsültan hekimlerdir (Özbayır, 2014).

Cerrahi klinikler hastaya uygulanan girişimlere yönelik pek çok kompleks aletin kullanıldığı, teknolojinin gereklerine uygun donanıma sahip alanlardır. Ayrıca iletişimin hızlı ve güvenli sağlanabilmesine uygun donanıma da sahip olmaları gerekmektedir. Günümüzde bilgi teknolojisi sistemleri, hasta güvenliğini artırmak ve oluşabilecek tıbbi hataları yok etmek ya da en aza indirmek amacıyla kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim sürecinde yer alan birimlerde bilgi teknolojisi sistemlerinin kullanılmasının iletişim açısından hızlanma sağladığı, hastalara ait bilgilerin korunması ve doğru aktarılmasında yararları olduğu vurgulanmaktadır (Çalık, Yeter ve Değirmen, 2007, Çelik, 2011).

2.3.3. Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyeleri

Cerrahi girişim sürecinde görev ve sorumluluk üstlenen birçok sağlık ekibi üyesi bulunmaktadır. Bu ekip üyeleri irdelendiğinde;

Cerrah; cerrahi ekibin başıdır. Hastaya ilişkin her türlü cerrahi girişim ve tıbbi uygulamalar ile ilgili kararlarda sorumluluk cerraha aittir.

Ameliyathane sorumlu hemşiresi; ameliyathanede genel koordinasyondan sorumludur. Çalışma listeleri, araç-gereç ve bütçe planlamalarını yürütür. Diğer ameliyathane hemşireleri ise ameliyathanede iki farklı rol üstlenmektedirler.

Dolaşıcı (sirküle) hemşire; Cerrahi girişim esnasında ameliyat odasının ve girişimin gerektirdiği işlemlerin yurütülmesinden sorumludur. Hasta ve çalışan güvenliğinin gereklerini sağlamaktadır.

Steril (enstrumante, skrab) hemşire; ameliyat esnasında direkt olarak cerrahla çalışmaktadır. Ameliyat odasının hazırlığından sorumludur. Ayrıca cerrahi girişim başlamadan önce ve bittiğinde yara yeri kapatılmadan önce aletleri, tampon, kompres ve iğneleri sayarak, sayım bilgilerini cerrahla paylaşmakta ve hastanın güvenliğinin sürdürülmesinde aktif rol almaktadır (İnanç ve ark., 2000, Tosun ve Akbayrak, 2002, Özbayır, 2014).

Anestezi hekimi preoperatif dönemde hastayı muayene edip anamnez almakta, uygun gördüğü takdirde tahlil ve çeşitli konsültasyonlarla hastayı detaylı olarak değerlendirmekte, ameliyat sırasında hastaya uygulayacağı anestezi ilaç ve gerekli malzemeleri belirlemekte, hastanın anestezi hakkındaki sorularını dinlemekte, açıklama yapmakta ve anestezi için hastaya detaylı bilgilendirme yaptıktan sonra aydınlatılmış onamını almaktadır. Ayrıca yoğun bakım kliniklerinde, servis hastalarında kronik ağrıların yönetiminde ve resüsitasyon ekiplerinde aktif rol oynamaktadır (Dedeoğlu, 2010).

Anestezi teknisyenleri; cerrahi işlem boyunca anestezi hekiminin uygun gördüğü tıbbi yöntemleri uygulayıp hekime yardımcı olan sağlık personelidir(Dinçel şahin, 2017).

Ameliyathane teknikeri; ameliyat odasını malzeme ve teçhizat yönünden cerrahi işlemlerin yapılmasına hazır hale getirmektedir (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14-1.pdf>,Erişim tarihi; 8 Kasım 2017).

Ameliyathane yardımcı personelleri; cerrahi ekibin diğer üyeleridir. Ameliyatın gerektirdiği türde kullanılacak cihazlara göre görevleri değişmektedir. Radyoloji uzmanı

ya da teknisyeni, laborant, perfüzyonist ve diğeri yardımcı teknik elemanlar ameliyatın türüne göre cihazların kullanımında çalışmaktadırlar (Özbayır, 2014).

Yoğun bakım hemşiresi; karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulanmasından sorumlu kritik bakım sağlayıcısıdır. Bakım ve tedaviyi sağlarken disiplinler arası ekip iletişimine açık bir tutum sergilemeleri gerekmektedir (Chaboyer, Foster, Foster and Kendall, 2004).

Stoma ve yara bakım hemşiresi; stoma, yara, inkontinans ve fistül problemi olan bireylere yönelik planlanan bakım ve tedavi hizmetlerinin efektif şekilde sağlanmasından sorumlu özel dal hemşiresidir (Üstün, Vatanoglu ve Demirci, 2012).

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri, bireylerde hareket bozukluğuna yol açan her türlü yaralanmada, hastalıkta, konjenital ve edinsel özür durumunda bireye özgü planlamaların yapıp alana özel değerlendirme yöntemlerinin ve tedavi yaklaşımlarının uygulandığı, bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla yataklı ve yataksız kurumlarda ve toplum içinde rehabilitasyon uygulayan hekimleridir.

Fizyoterapist; fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin hastaya yönelik teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması amacıyla gereken uygulamaları yapmaktadır (Kunduracılar, Akbaş, Büyükuysal, Biçki ve Erdem, 2012).

Fizyoterapi teknikeri; fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi veya fizyoterapist gözetiminde fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması amacıyla fizik tedavi ve temel tıbbi egzersizlerinin uygulanmasında görev almaktadır.

Sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı; sağlık hizmeti alanların sosyal sağlığını destekleyici ve güçlendirici tıbbi sosyal hizmet programlarını uygulamakta, izlemekte ve değerlendirmektedir (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14-1.pdf>, Erişim tarihi; 8 Kasım 2017).

Diyetisyen; sağlık hizmetlerinde her turlu malnutrisyonun onlenmesi icin bireylerin hastaligina, ihtiyaclarina ve tedavisine uygun diyet tedavilerini ve beslenme planini olusturmakta, gerekli egitimleri uygulamakta ve takip etmektedir (The Academy Quality Management Committee, 2017).

Cerrahi hemşiresi, cerrahi surec boyunca hekim tarafından verilen tedavi ve bilimsel bilgiler ıstığında planladığı bireye özgü bakım gereksinimlerinin sağlanması ile ilgili gerekli girişimlerin yürütülmesinde görevli hemşiredir (Eti Aslan, 2009).

Yine cerrahi süreçte yer alan diğer sağlık profesyonelleri beslenme hemşiresi, psikolog ve gıda mühendisidir.

2.3.4. Cerrahi Girişim Sürecinde Ekip Çalışmasının Önemi

Cerrahi girişim sürecinde ekip çalışmasının önemi yadsınamaz. Cerrahi ekip üyeleri karmaşık ve çeşitli görevleri yerine getirmek için birbirine bağımlıdırlar. Ekibin performansı ekip üyelerinin birbirleriyle iletişiminden birinci derecede etkilenmektedir. Ekip üyelerinin birbirinin rol ve sorumluluklarını bilmesi oldukça önemli olup Sykes ve ark. (2015) çalışmalarında uzun süredir birlikte çalışan cerrahi ekip üyelerinin birbirlerinin beklentilerine aşına olduklarını vurgulamışlardır (Sykes, Gillerpie, Chaboyer and Kang, 2015).

Ameliyathanelerde ekip çalışmasının tam olarak anlaşılamadığı durumlar ve iletişim eksiklikleri hasta güvenliği açısından tehlike oluşturmaktadır (Atay, 2016, Hu et al., 2016). Özellikle cerrahi süreçte karşılaşılan hasta güvenliğini tehdit eden; transfüzyon hataları, yanlış taraf cerrahisi, ölümcül düşmeler, cerrahi yanıklar, görünüşü okunuşu benzer ilaçlar, tehlikeli kısaltmalar, ameliyatlarda yabancı cisim unutulması, hastane enfeksiyonları, kontamine ilaç veya kan kullanımı, bebeğin yanlış aileye verilmesi, hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi, iğne - kesici alet yaralanmaları, infüzyon pompa sorunları ve ventilatörle ilişkili sorunlarla sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu sorunların ortaya çıkmasında iletişim eksikliği ve yetersizliğinin önemli bir yeri olduğu

vurgulanmaktadır (Karaöz, 2000, Aren, 2008, Işık Andsoy, 2013). Bununla birlikte güvensiz çalışma ortamları ekip üyelerinin motivasyonlarında düşmeye dolayısıyla çalışma performansında azalmaya neden olmaktadır (Eti Aslan ve Kan Öntürk, 2011). Küresel sağlık bakımında altın standart olarak adlandırılan Joint Commission International (JCI) akreditasyonu 2014 hedeflerinde “ekip içinde etkin iletişimin sağlanması” ikinci sırada yer almaktadır ve bu durum konunun önemi vurgulanmaktadır (Çakmakçı ve Akalın, 2010, <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safetygoals/> (Erişim tarihi: 22 Kasım 2017)).

Cerrahi servislerde ve ameliyathanelerde çalışan ekibin mesleki profesyonelliklerine uygun şekilde olumlu ekip çalışması tutumları sergilediğinde hasta güvenliğinin arttığı, hastaya ilişkin bilgi kaybı olmadığı, tedavi ve bakımda kalitenin arttığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Mazocco, et al., 2009, Baker, et al., 2008). Mesleki profesyonellik, sağlık ekibi üyelerinin mesleğe ilişkin standartları oluşturmasında ve kaliteli sağlık hizmeti vermesinde son derece önemlidir. Cerrahi ekipte mesleki profesyonelliğin olumsuz yönde etkilenmesi ilk olarak hastayı ardından da kurumu etkilemektedir (Çelik, Ünal ve Saruhan, 2012).

Yapılan çeşitli araştırmalarda hasta güvenliğini etkileyen iletişim hatasının yaşandığı süreçlerin başında hasta devir işlemleri (nöbet teslimi, ameliyathaneden servise, servisten ameliyathaneye ve diğer hastane içi hasta sirkülasyonları) gelmektedir. Bu bağlamda kliniklerden ya da acil servisten cerrahi servislere, cerrahi servislerden ameliyathaneye hasta naklinde, ameliyat öncesi hasta hazırlığında, hastaya verilecek tedavi ve bakımda, ameliyatta ekip değişimi ya da ameliyathaneden cerrahi servise hasta nakli esnasında sağlık ekibi üyeleri arasında etkili iletişimin sağlanması önem arz etmektedir. Servisler ile ameliyathane arasında nakiller sırasında, sağlık ekibi işbirliği içinde olmalıdır. Hastanın tedavi ve bakımına ilişkin bilgiler, hastayla beraber nakledilmeli ve ekip arasında uyumun sağlanması için etkili iletişim kullanılmalıdır (Aren, 2008, Ovalı, 2010).

Sağlık bakım sürecinde hastalara zarar verebilecek risklerin saptanması ve gerekli önlemlerin alınması amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışan ekip tarafından alınan önlemlerin tamamı olan hasta güvenliği, nitelikli sağlık temel koşulunu oluşturmaktadır (Yardımcı ve Başbakkal, 2012). Hasta güvenliği, sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından sağlık bakım hizmetleri sırasında istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi, raporlanması, analiz edilmesini ve hataların hastada yarattığı sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik alınan önlemlerin tamamını kapsayan süreçleri içermektedir. (Cebeci, 2010).

Hasta güvenliği tarihin eski çağlarından itibaren üzerinde durulan bir konudur. MÖ. 1700'lerdeki Hammurabi kanunlarında, "hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği..." (Madde 219) yazılmıştır. Daha sonra Galenus (MS. 129-210), halen tıbbın temel ilkelerinden olan "Primum non nocere" (önce zararlı olma) ilkesini ortaya koymuş, Florence Nightingale (1820-1910) "bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gereklidir" diyerek hasta güvenliğini vurgulamış, ardından günümüzde oldukça önemli bir kavram olan "tıbbi ihmal" 1883 yılında İngiltere kanunlarına girmiştir. Osmanlı Devleti dönemine ait tıbbi arşivler incelendiğinde tıbbi hatalar ile ilgili belgelere ulaşılmaktadır (Ovalı, 2010). Tıbbi hata, hastaya verilen sağlık hizmetleri sırasında kasıtsız bir aksamadan kaynaklanan beklenmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır (Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz, 2012). Tıbbi hatalar sağlık sisteminde maddi yük oluşturması, hastanın yaralanması ve ölümüne kadar uzanan sonuçlara sebep olabilmesi nedeniyle oldukça önemli bir konudur (Ohta, et al., 2016).

Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarının neden olduğu taksirle adam yaralama TCK'nın 2004 yılında resmi gazetede yayınlanan 85. maddesi, taksirle adam öldürme 89. maddesi ve sağlıkla ilgili bireylerden alınan bilgilerinin bilerek ya da bilmeyerek hukuka aykırı şekilde kaydedilmesi ise aynı kanunun 135. maddesi gereğince ağır yaptırımlar içermektedir (<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>, (Erişim Tarihi: 23 Kasım 2017)).

Hasta güvenliği özellikle son yıllarda uluslararası platformda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) 1999 yılında yayınlamış olduğu “Hata yapmak insana özgüdür” (To err is human) raporu hasta güvenliğine dair dikkat çekici bir göndermedir. Yine rapora göre her yıl 100.000’e yakın kişi önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü’ne göre hastaneye gelen her yüz hastadan onu önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle ciddi şekilde zarar görmektedir. Bu sayı trafik kazası veya meme kanserinden ölenlerin sayısından daha fazladır. Yapılan çalışmalar ayakta tedavi gören hastaların yatarak tedavi gören hastalara göre daha fazla tıbbi hataya maruz kaldığını göstermektedir. Bununla birlikte önlenebilir tıbbi hataların neden olduğu ölümler ölüm sebepleri arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve akciğer hastalıklarından sonra beşinci sırada yer almaktadır. Bu nedenle hasta güvenliğini sağlamak nitelikli öncelikleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Kır Bıçer, Güçlüel, Neymen ve Yiğit, 2013, Onganer, Bozkurt ve Kılıç, 2014, Ohta, et. al, 2016).

Hasta güvenliğini tehdit eden cerrahi süreçlerin sürdürülmesinden sorumlu tüm personel, bir şekilde tıbbi hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu hataların önlenebilmesi için ekip içi etkin iletişimin sağlanmasının yanı sıra kurumsal bağlamda hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi gerekmektedir. Cerrahi ekip üyeleri arasındaki iletişim yetersizliği ve hatalarının önlenmesi için kurum ve çalışanlara büyük görevler düşmektedir (Çırpı, Doğan Merih, ve Yaşar Kocabey, 2009).

Hasta güvenliği kültürünün kurumlarda yerleşmemesinin nedenleri arasında ise bildirim yapılan hatalar sonrasında kurumun cezai yaptırım uygulaması ve çalışanların birbirini suçlaması gösterilmektedir. Oysa hasta güvenliğinin sağlanmasında raporlamalardaki amaç, mevcut ve potansiyel risklerin belirlenmesi ve geleceğe yönelik önlemlerin alınmasıdır (Chappy, 2006). Kemper ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada olası risklerin saptanıp önlenmesi, ekip üyelerinin mesleki yeteneklerini özgün bir biçimde sunabilmeleri, güvenli ve etkin çalışma performansı sergileyebilmeleri için geliştirilebilir bazı becerilerin üzerinde çalışılması gerektiğini, bu becerilerin; ekip çalışması, iletişim, liderlik, durumsal farkındalık, karar verme ve problem çözme

olduğunu vurgulamışlardır (Kemper, Wagner and Martine, 2017). Ulusoy ve Moroğlu (2009)'da çalışmalarında olumlu ekip davranışlarının eğitimle sağlanabildiğini belirtmişlerdir (Ulusoy ve Moroğlu, 2009).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı analitik tipteki araştırma, Bartın ilinde yer alan bir devlet hastanesinde cerrahi girişim sürecinde görev alan sağlık ekibi üyelerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışmasına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma 01.12.2017 - 30.12.2017 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Bartın Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerde (cerrahi servisler, ameliyathane ve cerrahi yoğun bakımlarda) çalışan sağlık ekibi üyeleri (cerrahlar, ameliyathane hemşireleri, cerrahi hemşireleri, anestezi hekimleri, yoğun bakım hemşireleri, anestezi teknikerleri, diyetisyenler, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri, fizyoterapistler, fizik tedavi teknikerleri, sosyal hizmet uzmanları, beslenme hemşiresi, psikolog ve gıda mühendisi) ile gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı ilde çalışan ve cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyesi sayısı 153'dir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın örneklemini 10 ameliyathane hemşiresi ve 6 cerrahın anketleri doldurmayı reddetmesi ve 2 cerrah, 6 cerrahi hemşiresi, 2 psikolog ve 1 gıda mühendisinin anketleri eksik doldurması nedeniyle 126 cerrahi ekip üyesi oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışması tutumlarıdır.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyeleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamına alınacak sağlık personelinin araştırmaya onam verdiklerini gösteren “Gönüllü Olur Formu” (EK-4), “Anket Formu” (EK-3) kullanıldı.

3.5.1. Gönüllü Olur Formu

T.C. Karabük Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından anket çalışmaları için hazırlanmış olan Gönüllü Olur Formu kullanıldı (EK-4).

3.5.2. Kişisel Bilgi Formu

Anketin birinci kısmını oluşturmaktadır. Gönüllülerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 7 soruluk “Kişisel Bilgi Formu”dur (EK-3).

3.5.3. Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

Bireylerin kişilerarası iletişim tarzlarını belirlemeyi hedefleyen 60 maddeden oluşan, Hisli Şahin ve arkadaşları (2007) tarafından kültürümüze özgü olarak geliştirilmiş ölçektir. 1-5 Likert tipi puanlanmaktadır ve ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerarası tarzda olumsuzluğa işaret etmektedir. Kişilerarası Tarz Ölçeği'nin faktör yapısı 6 maddeden oluşmaktadır. Bu faktörler; 'baskın tarz', 'kaçıngan tarz', 'öfkeli tarz', 'duyarsız tarz', 'manipülatif tarz' ve 'alaycı tarz'dır. Kişilerarası Tarz Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmasında hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93' tür. Çalışmamızda hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91'dir. Çalışmada ölçeğin kullanımı için izin alındı (EK-3).

3.5.4. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Baker et. al (2008) tarafından hazırlanan ölçeğin Yardımcı ve ark. (2012) tarafından ülkemizde geçerlik güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiş olup alanda ekip olarak çalışma tutumlarının değerlendirilmesine ilişkin "Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği"dir. Ölçekte yer alan ifadeler 5'li likert ölçeğindedir. Ölçek; "ekip yapısı (6 soru) , liderlik (6 soru), durum izleme (6 soru), karşılıklı destek (5 soru) ve iletişim (5 soru)" olmak üzere beş alt bölümden oluşmaktadır. "Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği"nden en az 28, en fazla 140 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yükselmesi cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyelerinin ekip çalışması özelliklerine yönelik tutumlarının arttığını göstermektedir. Yardımcı ve ark. (2012) EÇTÖ'nün geçerlik güvenilirlik çalışmalarında 13 maddelik ilk yarı Cronbach alfa değeri 0.86, ikinci yarının ise 0.87 olarak belirtilmişlerdir. Çalışmamızda hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.85'tir. Çalışmada ölçeğin kullanımı için izin alındı (EK-3).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, 01.12.2017- 30.12.2017 tarihleri arasında Bartın Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerde (cerrahi servisler, ameliyathane ve cerrahi yoğun bakımlarda) araştırmacı tarafından hafta içi 08.30-16.00 saatleri arasında toplandı. Araştırmanın amacı belirtilen, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edip sözlü ve yazılı onam veren cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyeleri (cerrahlar, ameliyathane hemşireleri, cerrahi hemşireleri, anestezi hekimleri, yoğun bakım hemşireleri, anestezi teknikerleri, diyetisyenler, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri, fizyoterapistler, fizik tedavi teknikerleri, sosyal hizmet uzmanları, beslenme hemşiresi, psikolog ve gıda mühendisi) ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket uygulandı. Anketin doldurulması yaklaşık olarak 20 dakika sürdü.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin kodlanması ve istatistiksel analizlerinde Statistical Package for the Social Sciences 20.0 (SPSS 20.0) paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirmesinde, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler yüzde ve sayı ile gösterildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki-kare, tek yönlü ANOVA analizi, ilişkisiz örneklem için t testi ve puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılığın hangi gruplar arası farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey testi uygulandı. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için T.C. Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan izin alındı (EK-2). Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli olan izin T.C. Sağlık Bakanlığı Bartın İl Sağlık Müdürlüğü'nden alındı (EK-5). Araştırmaya dahil edilen sağlık profesyonellerinden, araştırmanın amacı ve uygulama hakkında gerekli açıklamalar yapıp "Gönüllü Olur Formu" ile yazılı onamları alındı (EK-4). Araştırmadan istedikleri zaman

çekilebilecekleri belirtildi. Katılımcıların bireysel bilgileri araştırmacı ile paylaştıktan sonra korunacağı belirtilerek ‘‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi’’ yerine getirildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 01.12.2017 - 30.12.2017 tarihleri arasında bir ilde bulunan devlet hastanesinde çalışan sağlık ekibi üyeleri (cerrahlar, ameliyathane hemşireleri, cerrahi hemşireleri, anestezi hekimleri, yoğun bakım hemşireleri, anestezi teknikerleri, diyetisyenler, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri, fizyoterapistler, fizik tedavi teknikerleri, sosyal hizmet uzmanları, beslenme hemşiresi, psikolog ve gıda mühendisi) ile yapıldı.

4.BULGULAR

Cerrahi girişim sürecinde yer alan sağlık ekibi üyelerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışmasına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmayla ilgili bulgular ele alındı.

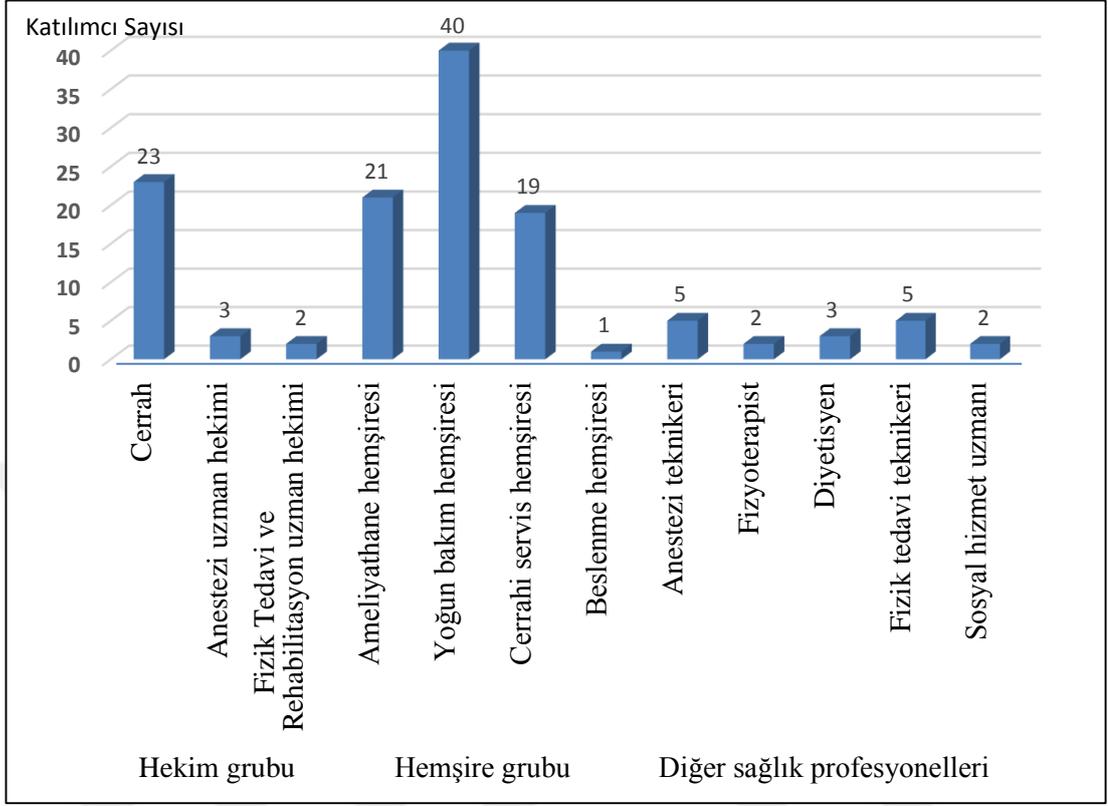


Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri

Özellik	Gruplar	N	%
Yaş grubu	18-25	13	10,3
	26-35	47	37,3
	36-45	50	39,7
	45 ve üzeri	16	12,7
Cinsiyet	Erkek	48	38,1
	Kadın	78	61,9
Medeni durum	Evli	92	73
	Bekar	34	27
Eğitim Durumu	Lise	3	2,4
	Ön lisans	29	23
	Lisans	65	51,6
	Yüksek lisans	11	8,7
	Doktora	18	14,3
Meslek	Hekim grubu	28	22,2
	Hemşire grubu	81	64,3
	Diğer sağlık profesyonelleri	17	13,5
Meslekte çalışma yılı	1 yıldan az	7	5,6
	1-5 yıl	21	16,7
	6-10 yıl	32	25,4
	11-20 yıl	41	32,5
	21 yıl ve üzeri	25	19,8
Birimde çalışma yılı	1 yıldan az	19	15,1
	1-5 yıl	55	43,7
	6-10 yıl	20	15,9
	11-20 yıl	24	19
	21 yıl ve üzeri	8	6,3
TOPLAM		126	100

Tablo 1'e göre araştırmaya katılan 126 kişiye ait demografik ve tanıtıcı özellikler incelendiğinde, katılımcıların %39,7'sinin 36-45, %37,3'ünün 26-35 arası yaş grubunda, %61,9'unun kadın, %38,1'inin erkek, %73'ünün evli, %51,6'sının lisans mezunu olduğu, %64,3'ünün meslek grubunun hemşire, %22,2'sinin hekim, %13,5'inin diğer sağlık profesyoneli grubunda olduğu, %32,5'inin meslekte çalışma yıllarının 11-20 yıl arası, %25,4'ünün 6-10 yıl arası ve %19,8'inin 21 yıl ve üzeri olduğu, %43,7'sinin şuan çalışmakta oldukları birimde çalışma yıllarının 1-5 yıl arası olduğu belirlendi.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Meslek Gruplarını Oluşturan Meslekler



Tablo 2'ye göre araştırmaya katılan katılımcıların meslek grupları incelendiğinde; 23 cerrah, 3 anestezi uzman hekimi ve 2 fizik tedavi rehabilitasyon uzman hekimi hekim grubunu, 21 ameliyathane hemşiresi, 40 yoğun bakım hemşiresi, 19 cerrahi servis hemşiresi ve 1 beslenme hemşiresi hemşire grubunu ve 5 anestezi teknikeri, 2 fizyoterapist, 3 diyetisyen, 5 fizik tedavi teknikeri ve 2 sosyal hizmet uzmanı diğer sağlık profesyonelleri grubunu oluşturdu.

Tablo 3. KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

Ölçek	Ort	Ss	Medyan	Mod	Min	Max	Ranj
KİTÖ	118,25	32,78	117	83	61	210	149
Baskın Tarz	23,93	8,74	22	18	14	57	43
Kaçıngan Tarz	21,74	7,16	22	23	11	40	29
Öfkeli Tarz	20,75	7,15	20	13	9	41	32
Duyarsız Tarz	22,34	6,45	21	25	11	43	32
Manipülatif Tarz	20,60	6,57	20	18	10	35	25
Küçümseyici-Alay Edici Tarz	8,90	3,31	8	5	5	19	14
EÇTÖ	116,41	9,78	116	114	91	140	49
Ekip Yapısı	25,60	3,17	26	30	18	30	12
Liderlik	27,18	2,62	28	30	21	30	9
Durum İzlemi	26,05	2,59	26	24	20	30	10
Karşılıklı Destek	16,29	3,39	16	17	5	25	20
İletişim	21,29	2,53	22	22	9	25	16

KİTÖ:Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği **EÇTÖ:** Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 3'e göre, KİTÖ'den elde edilen puanların ortalaması $118,25 \pm 32,78$ olarak, baskın tarz alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $23,93 \pm 8,74$, kaçıngan tarz alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $21,74 \pm 7,16$, öfkeli tarz alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $20,75 \pm 7,15$, duyarsız tarz alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $22,34 \pm 6,45$, manipülatif tarz alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $20,60 \pm 6,57$ olarak ve küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $8,90 \pm 3,31$ olarak belirlendi.

Yine Tablo 3'e göre, EÇTÖ'den elde edilen puanların ortalaması $116,41 \pm 9,78$ olarak, ekip yapısı alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $25,60 \pm 3,17$, liderlik alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $27,18 \pm 2,62$, durum izlemi alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $26,05 \pm 2,59$, karşılıklı destek ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $16,29 \pm 3,39$ ve iletişim alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $21,29 \pm 2,53$ olarak saptandı.

Tablo 4. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Mesleklere Göre İncelenmesi

Ölçek	Hekim Grubu			Hemşire Grubu			Diğer Sağlık Profesyonelleri			F	p
	N	Madde Ort	Toplam Puan Ort	N	Madde Ort	Toplam Puan Ort	N	Madde Ort	Toplam Puan Ort		
KİTÖ	28	2,04	122,25	81	1,92	115,44	17	2,08	125,06	0,870	0,421
Baskın Tarz	28	1,79	25,04	81	1,70	23,84	17	1,61	22,53	0,442	0,643
Kaçıngan Tarz	28	2,08	22,89	81	2,29	20,62	17	2,29	25,18	3,444	0,035
Öfkeli Tarz	28	2,41	21,68	81	1,81	19,95	17	2,56	23,00	1,597	0,207
Duyarsız Tarz	28	2,11	23,18	81	1,99	21,88	17	2,11	23,18	0,585	0,559
Manipülatif Tarz	28	2,06	20,64	81	2,04	20,42	17	2,14	21,35	0,141	0,869
Küçümseyici- Alay Edici Tarz	28	1,76	8,82	81	1,75	8,74	17	1,96	9,82	0,760	0,470
EÇTÖ	28	3,64	116,32	81	3,63	116,01	17	3,70	118,47	0,442	0,644
Ekip Yapısı	28	3,29	26,32	81	3,18	25,47	17	3,13	25,06	1,044	0,355
Liderlik	28	4,48	26,86	81	4,54	27,21	17	4,60	27,59	0,419	0,659
Durum İzlemi	28	4,32	25,93	81	4,33	25,96	17	4,44	26,65	0,526	0,592
Karşılıklı Destek	28	3,26	16,29	81	3,26	16,31	17	3,25	16,24	0,003	0,997
İletişim	28	4,19	20,93	81	4,21	21,06	17	4,59	22,94	4,473	0,013

KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 4'e göre KİTÖ'den elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 2,04 olarak, hemşire grubu 1,92 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 2,08 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, KİTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,870$; $p>0,05$).

Baskın tarz alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 1,79 olarak, hemşire grubu 1,70 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 1,61 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, baskın tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,643$; $p>0,05$).

Kaçınan tarz alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 2,08 olarak, hemşire grubu 2,29 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 2,29 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, kaçınan tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($F=3,444$; $p<0,05$). Çalışmada kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın meslek grupları hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri olan katılımcıların puan ortalamaları arasında olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Diğer meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0,05$). Fark tespit edilen durumlar için; meslek grubu diğer sağlık profesyonelleri olanların ortalama puanları (25,18), meslek grubu hemşire olanların ortalama puanlarından (20,62), istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,043$) yüksek olduğu gözlemlendi.

Öfkeli tarz alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 2,41 olarak, hemşire grubu 1,81 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 2,56 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, öfkeli tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=1,597$; $p>0,05$).

Çalışmada duyarsız tarz alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 2,11 olarak, hemşire grubu 1,99 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 2,11 olarak bulundu. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, duyarsız tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,585$; $p>0,05$).

Manipülatif tarz alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 2,06 olarak, hemşire grubu 2,04 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 2,14 olarak bulundu. Buna göre katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, manipülatif tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,141$; $p>0,05$).

Küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 1,76 olarak, hemşire grubu 1,75 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 1,96 olarak belirlendi. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,760$; $p>0,05$).

Tablo 4'e göre EÇTÖ'den elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 3,64 olarak, hemşire grubu 3,63 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 3,70 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,442$; $p>0,05$).

Ekip yapısı alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 3,79 olarak, hemşire grubu 3,18 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 3,13 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, ekip yapısı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=1,044$; $p>0,05$).

Liderlik alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 4,48 olarak, hemşire grubu 4,54 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 4,60 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, liderlik alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,419$; $p>0,05$).

Durum izlemi alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 4,32 olarak, hemşire grubu 4,33 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 4,44 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, durum izlemialt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,526$; $p>0,05$).

Karşılıklı destek alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 3,26 olarak, hemşire grubu 3,26 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 3,25 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, karşılıklı destek alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,003$; $p>0,05$).

İletişim alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde; hekim grubunun 4,19 olarak, hemşire grubu 4,21 olarak, diğer sağlık profesyonelleri grubunun 4,59 olarak hesaplandı. Katılımcıların meslek grubu değişkenine göre, iletişim alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($F=4,473$; $p<0,05$). Çalışmada iletişim alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın diğer sağlık profesyonelleri olan katılımcılar ile hemşire ve hekim meslek grubu puan ortalamaları arasında olduğu bulundu. Meslek grubu diğer sağlık profesyonelleri olanların ortalama puanları (22,94), meslek grubu hemşire olanların ortalama puanlarından (21,06), istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,014$) yüksektir. Meslek grubu diğer sağlık profesyonelleri olanların ortalama puanları (22,94), meslek grubu hekim olanların ortalama puanlarından (20,93), istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,024$) yüksek olduğu görüldü.

Tablo5. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Medeni Duruma Göre İncelenmesi

Ölçek	Evli			Bekar			t	p
	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort		
KİTÖ	92	120,76	2,01	34	111,47	1,86	1,418	0,159
Baskın Tarz	92	24,72	1,77	34	21,79	1,56	1,678	0,096
Kaçınan Tarz	92	22,22	2,02	34	20,44	1,86	1,238	0,218
Öfkeli Tarz	92	21,08	2,34	34	19,85	2,21	0,851	0,396
Duyarsız Tarz	92	22,59	2,05	34	21,68	1,97	0,702	0,484
Manipülatif Tarz	92	21,04	2,10	34	19,38	1,94	1,264	0,209
Küçümseyici-Alay Edici Tarz	92	9,12	1,82	34	8,32	1,66	1,200	0,233
EÇTÖ	92	115,17	3,60	34	119,76	3,74	-2,383	0,019
Ekip Yapısı	92	25,27	3,16	34	26,50	3,31	-1,954	0,053
Liderlik	92	26,96	4,49	34	27,79	4,63	-1,600	0,112
Durum İzlemi	92	25,75	4,29	34	26,85	4,48	-2,156	0,033
Karşılıklı Destek	92	16,25	3,25	34	16,41	3,28	-0,237	0,813
İletişim	92	20,95	4,19	34	22,21	4,44	-2,536	0,012

KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 5'e göre evli katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=120,8$) ile bekar katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=111,5$) arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi. ($t=1,418$; $p>0,05$). Evli katılımcıların baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=24,7$) ile bekar katılımcıların baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,8$) arasında istatikselsel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi. ($t=1,678$; $p>0,05$). Evli katılımcıların kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=22,2$) ile bekar katılımcıların kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=20,4$) arasında istatikselsel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi. ($t=1,238$; $p>0,05$). Evli katılımcıların öfkeli tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,1$) ile bekar katılımcıların öfkeli tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=19,9$) arasında istatikselsel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi. ($t=0,851$; $p>0,05$). Evli katılımcıların duyarsız tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=22,6$) ile bekar katılımcıların duyarsız tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,7$) arasında istatikselsel olarak anlamlı fark olmadığı gözlemlendi ($t=0,702$; $p>0,05$). Evli katılımcıların manipülatif tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,0$) ile bekar katılımcıların manipülatif tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=19,4$) arasında istatikselsel olarak anlamlı fark olmadığı gözlemlendi. ($t=1,264$; $p>0,05$). Evli katılımcıların küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=9,1$) ile bekar katılımcıların küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=8,3$) arasında istatikselsel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($t=1,200$; $p>0,05$).

Çalışmada evli katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=115,2$) ile bekar katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=119,8$) arasında istatikselsel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-2,383$; $p<0,05$). Evli katılımcıların ekip yapısı alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,3$) ile bekar katılımcıların ekip yapısı alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,5$) arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı gözlemlendi ($t=-1,954$; $p>0,05$). Yine çalışmada evli katılımcıların liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=27,0$) ile bekar katılımcıların liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=27,8$) arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($t=-1,600$; $p>0,05$). Evli katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,8$) ile bekar katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,9$) arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($t=-2,156$; $p<0,05$). Katılımcıların

karşılıklı destek alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=16,3$) ile bekar katılımcıların karşılıklı destek alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=16,4$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlemlendi ($t=-0,237$; $p>0,05$). Yine evli katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,0$) ile bekar katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=22,2$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($t=-2,536$; $p<0,05$).



Tablo 6. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Meslekte Çalışma Yıllarına Göre İncelenmesi

Ölçek	1 yıldan az			1-5 yıl			6-10 yıl			11-20 yıl			21 yıl ve üzeri			F	p
	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort		
KİTÖ	7	112,14	1,87	21	123,43	2,06	32	109,13	1,82	41	121,46	2,02	25	122,04	2,03	0,994	0,414
Baskın Tarz	7	20,43	1,46	21	24,62	1,76	32	20,56	1,47	41	25,41	1,82	25	26,20	1,87	2,310	0,062
Kaçıngan Tarz	7	22,00	2,00	21	22,76	2,07	32	19,84	1,80	41	22,51	2,05	25	21,96	2,00	0,790	0,534
Öfkeli Tarz	7	21,00	2,33	21	20,76	2,31	32	19,28	2,14	41	21,32	2,37	25	21,60	2,40	0,484	0,748
Duyarsız Tarz	7	21,29	1,94	21	22,52	2,05	32	21,13	1,92	41	22,80	2,07	25	23,28	2,12	0,513	0,727
Manipülatif Tarz	7	18,57	1,86	21	22,48	2,25	32	19,91	1,99	41	20,59	2,06	25	20,48	2,05	0,680	0,607
Küçümseyici-Alay Edici Tarz	7	8,86	1,77	21	10,29	2,06	32	8,41	1,68	41	8,83	1,77	25	8,52	1,70	1,192	0,318
EÇTÖ	7	118,00	3,69	21	114,62	3,58	32	118,25	3,70	41	115,56	3,61	25	116,52	3,64	0,576	0,681
Ekip Yapısı	7	26,29	3,29	21	24,29	3,04	32	25,84	3,23	41	25,56	3,20	25	26,28	3,29	1,337	0,260
Liderlik	7	28,43	4,74	21	26,38	4,40	32	27,19	4,53	41	27,24	4,54	25	27,40	4,57	0,931	0,448
Durum İzlemi	7	26,86	4,48	21	25,71	4,29	32	26,34	4,39	41	26,27	4,38	25	25,36	4,23	0,877	0,480
Karşılıklı Destek	7	13,86	2,77	21	17,29	3,46	32	16,88	3,38	41	15,63	3,13	25	16,48	3,30	2,058	0,090
İletişim	7	22,57	4,51	21	20,95	4,19	32	22,00	4,40	41	20,85	4,17	25	21,00	4,20	1,590	0,181

KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 6'ya göre katılımcıların meslekte çalışma yılları değişkenine göre, KİTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,994; p>0,05$). Yine katılımcıların meslekte çalışma yılları değişkenine göre, öfkeli tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0; p>0,05$).

Çalışmada katılımcıların meslekte çalışma yılları değişkenine göre, küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=1,192; p>0,05$).

Yine Tablo 6'ya göre katılımcıların meslekte çalışma yılları değişkenine göre, EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($F=0,576; p>0,05$) ve katılımcıların meslekte çalışma yılları değişkenine göre, iletişim alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=1,590; p>0,05$).

Tablo7. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Şuan Çalıştıkları Birimde Çalışma Yıllarına Göre İncelenmesi

Ölçek	1 yıldan az			1-5 yıl			6-10 yıl			11-20 yıl			21 yıl ve üzeri			F	p
	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort		
KİTÖ	19	116,37	1,94	55	116,22	1,94	20	115,60	1,93	24	119,13	1,99	8	140,75	2,35	1,049	0,385
Baskın Tarz	19	22,84	1,63	55	22,53	1,61	20	22,80	1,63	24	25,92	1,85	8	33,00	2,36	3,181	0,016
Kaçıngan Tarz	19	21,95	2,00	55	21,60	1,96	20	21,60	1,96	24	21,00	1,91	8	24,75	2,25	0,420	0,794
Öfkeli Tarz	19	19,26	2,14	55	20,49	2,28	20	20,85	2,32	24	20,96	2,33	8	25,13	2,79	0,976	0,423
Duyarsız Tarz	19	22,68	2,06	55	22,11	2,01	20	21,40	1,95	24	22,42	2,04	8	25,25	2,30	0,537	0,709
Manipülatif Tarz	19	20,68	2,07	55	20,55	2,06	20	20,10	2,01	24	20,21	2,02	8	23,13	2,31	0,341	0,850
Küçümseyici-Alay Edici Tarz	19	8,95	1,79	55	8,95	1,79	20	8,85	1,77	24	8,63	1,73	8	9,50	1,90	0,108	0,979
EÇTÖ	19	117,32	3,67	55	115,75	3,62	20	116,10	3,63	24	117,29	3,67	8	117,00	3,66	0,161	0,958
Ekip Yapısı	19	25,89	3,24	55	25,04	3,13	20	25,90	3,24	24	26,00	3,25	8	26,88	3,36	0,939	0,444
Liderlik	19	27,47	4,58	55	26,78	4,46	20	27,70	4,62	24	27,21	4,54	8	27,88	4,65	0,707	0,589
Durum İzlemi	19	26,32	4,39	55	26,15	4,36	20	25,70	4,28	24	26,25	4,38	8	25,00	4,17	0,518	0,723
Karşılıklı Destek	19	16,00	3,20	55	16,60	3,32	20	15,85	3,17	24	16,08	3,22	8	16,63	3,33	0,269	0,898
İletişim	19	21,63	4,33	55	21,18	4,24	20	20,95	4,19	24	21,75	4,35	8	20,63	4,13	0,531	0,713

KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 7'ye göre katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, KİTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=1,049$; $p>0,05$).

Çalışmada katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, baskın tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($F=3,181$; $p<0,05$). Çalışmada katılımcıların baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın çalışma yılları 21 yıl ve üzeri olan katılımcılar ile 1 yıldan az, 1-5 yıl, 6-10 yıl olan katılımcıların puan ortalamaları arasında olduğu tespit edildi. Şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların ortalama puanları (33,00), 1 yıldan az olanların ortalama puanlarından (22,84), istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,040$) yüksek olduğu, şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların ortalama puanları (33,00), 1-5 yıl olanların ortalama puanlarından (22,53), istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,012$) yüksek olduğu ve şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların ortalama puanları (33,00), 6-10 yıl olanların ortalama puanlarından (22,80), istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,037$) yüksek olduğu görüldü.

Çalışmada katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, kaçınan tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($F=0,420$; $p>0,05$), katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, öfkeli tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($F=0,976$; $p>0,05$), katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, duyarsız tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($F=0,537$; $p>0,05$), katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, manipülatif tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($F=0,341$; $p>0,05$) ve katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,108$; $p>0,05$).

Yine Tablo 7'ye göre katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($F=0,958$; $p>0,05$).

Katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, ekip yapısı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($F=0,939$; $p>0,05$), katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, liderlik alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($F=0,707$; $p>0,05$), katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, durum izlemi alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($F=0,518$; $p>0,05$), katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, karşılıklı destek alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,269$; $p>0,05$).

Yine çalışmada katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yılları değişkenine göre, iletişim alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($F=0,531$; $p>0,05$)

Tablo8. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre İncelenmesi

Ölçek	Erkek			Kadın			t	p
	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort		
KİTÖ	48	126,17	2,10	78	113,38	1,89	2,156	0,033
Baskın Tarz	48	25,42	1,82	78	23,01	1,64	1,506	0,135
Kaçıngan Tarz	48	23,54	2,14	78	20,63	1,88	2,253	0,026
Öfkeli Tarz	48	22	2,44	78	19,97	2,22	1,552	0,123
Duyarsız Tarz	48	24,02	2,18	78	21,31	1,94	2,333	0,021
Manipülatif Tarz	48	21,65	2,17	78	19,95	2,00	1,415	0,160
Küçümseyici-Alay Edici Tarz	48	9,54	1,91	78	8,51	1,70	1,706	0,090
EÇTÖ	48	115,69	3,62	78	116,86	3,65	-0,652	0,516
Ekip Yapısı	48	25,75	3,22	78	25,51	3,19	0,407	0,685
Liderlik	48	26,54	4,42	78	27,58	4,60	-2,183	0,031
Durum İzlemi	48	25,79	3,68	78	26,21	3,74	-0,871	0,386
Karşılıklı Destek	48	16,46	3,29	78	16,19	3,24	0,426	0,671
İletişim	48	21,15	4,23	78	21,37	4,27	-0,485	0,628

KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 8'e göre erkek katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=126,2$) ile kadın katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=113,4$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($t=2,156$; $p<0,05$). Erkek katılımcıların baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,4$) ile kadın katılımcıların baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=23,0$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($t=1,506$; $p>0,05$), bununla beraber erkek katılımcıların kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=23,5$) ile kadın katılımcıların kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=20,6$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($t=2,253$; $p<0,05$).

Erkek katılımcıların öfkeli tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=22,0$) ile kadın katılımcıların öfkeli tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=20,0$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t=1,552$; $p>0,05$), yine erkek katılımcıların manipülatif tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,7$) ile kadın katılımcıların manipülatif tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=20,0$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlendi ($t=1,415$; $p>0,05$). Erkek katılımcıların küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=9,5$) ile kadın katılımcıların küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=8,5$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($t=1,706$; $p>0,05$).

Yine çalışmada erkek katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=115,6$) ile kadın katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=116,8$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($t=-0,652$; $p>0,05$).

Erkek katılımcıların ekip yapısı alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,7$) ile kadın katılımcıların ekip yapısı alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,5$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($t=0,407$; $p>0,05$), bununla birlikte erkek katılımcıların liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,5$) ile kadın katılımcıların liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=27,6$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($t=-2,183$; $p<0,05$).

Erkek katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,8$) ile kadın katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,2$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($t=-0,871$ ve $p>0,05$). Erkek katılımcıların karşılıklı destek alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=16,5$) ile kadın katılımcıların karşılıklı destek alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=16,2$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($t=0,426$; $p>0,05$).

Yine erkek katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,2$) ile kadın katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,4$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($t=-0,485$; $p>0,05$).



Tablo 9. Katılımcıların KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlarının Yaşa Göre İncelenmesi

Ölçek	18-25			26-35			36-45			45 ve üzeri			F	p
	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort	N	Toplam Puan Ort	Madde Ort		
KİTÖ	13	109,54	1,83	47	118,91	1,98	50	117,96	1,97	16	124,31	2,07	0,49	0,690
Baskın Tarz	13	20,62	1,47	47	22,94	1,64	50	24,58	1,76	16	27,50	1,96	1,843	0,143
Kaçıngan Tarz	13	19,38	1,76	47	22,36	2,03	50	21,94	1,99	16	21,19	1,93	0,626	0,600
Öfkeli Tarz	13	20,15	2,24	47	20,74	2,30	50	20,42	2,27	16	22,25	2,47	0,295	0,829
Duyarsız Tarz	13	20,23	1,84	47	22,28	2,03	50	22,46	2,04	16	23,88	2,17	0,768	0,514
Manipülatif Tarz	13	19,38	1,94	47	21,30	2,13	50	20,26	2,03	16	20,56	2,06	0,365	0,779
Küçümseyici-Alay Edici Tarz	13	9,77	1,95	47	9,30	1,86	50	8,3	1,66	16	8,94	1,79	1,074	0,363
EÇTÖ	13	119,46	3,73	47	114,47	3,58	50	116,92	3,65	16	118,06	3,69	1,245	0,297
Ekip Yapısı	13	25,69	3,21	47	24,85	3,11	50	25,9	3,24	16	26,81	3,35	1,847	0,142
Liderlik	13	28,15	4,69	47	26,47	4,41	50	27,58	4,60	16	27,25	4,54	2,203	0,091
Durum İzlemi	13	26,23	3,75	47	25,51	3,64	50	26,4	3,77	16	26,38	3,77	1,095	0,354
Karşılıklı Destek	13	17,31	3,46	47	16,34	3,27	50	16,04	3,21	16	16,13	3,23	0,490	0,69
İletişim	13	22,08	4,42	47	21,30	4,26	50	21	4,20	16	21,50	4,30	0,670	0,572

KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği**EÇTÖ:** Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

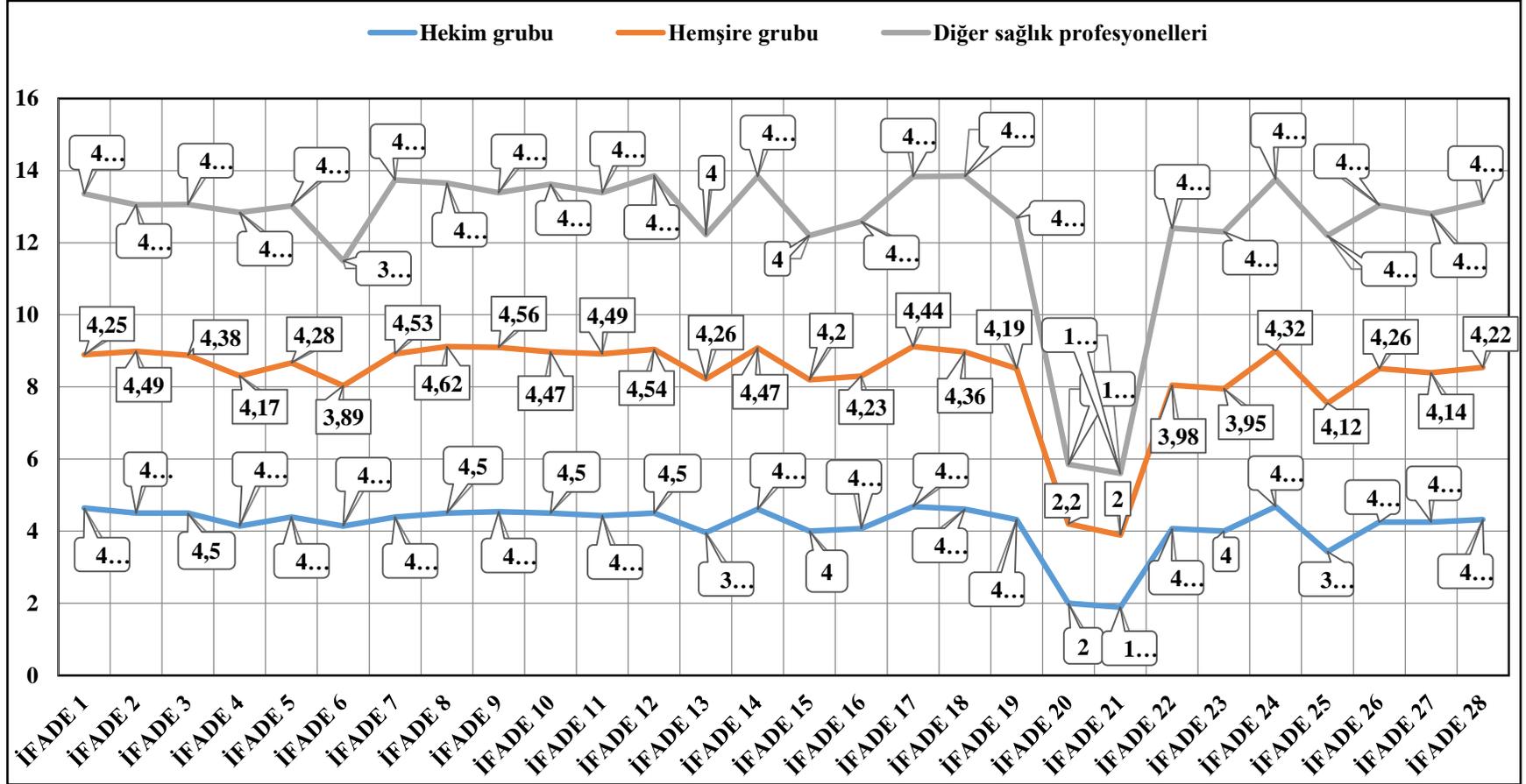
Tablo 9'a göre katılımcıların yaş gruplarına göre, KİTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (F=0,490; p>0,05).

Katılımcıların yaş gruplarına göre, baskın tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (F=1,843; p>0,05) ve katılımcıların yaş gruplarına göre, kaçınan tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (F=0,626; p>0,05). Yine katılımcıların yaş gruplarına göre, öfkeli tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (F=0,295; p>0,05), katılımcıların yaş gruplarına göre, duyarsız tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (F=0,768; p>0,05).

Katılımcıların yaş gruplarına göre, manipülatif tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (F=0,365; p>0,05), katılımcıların yaş gruplarına göre, küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı gözlemlendi (F=1,074; p>0,05). Yine çalışmada katılımcıların yaş gruplarına göre, EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (F=1,245; p>0,05).

Katılımcıların yaş gruplarına göre, ekip yapısı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (F=1,847; p>0,05), katılımcıların yaş gruplarına göre, liderlik alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (F=2,203; p>0,05), katılımcıların yaş gruplarına göre, durum izlemi alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (F=1,095; p>0,05), yine katılımcıların yaş gruplarına göre, karşılıklı destek alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edildi (F=0,490; p>0,05). Çalışmada katılımcıların yaş gruplarına göre, iletişim alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (F=0,670 ve p>0,05).

Tablo 10. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre EÇTÖ Madde Puanlamasının İncelenmesi



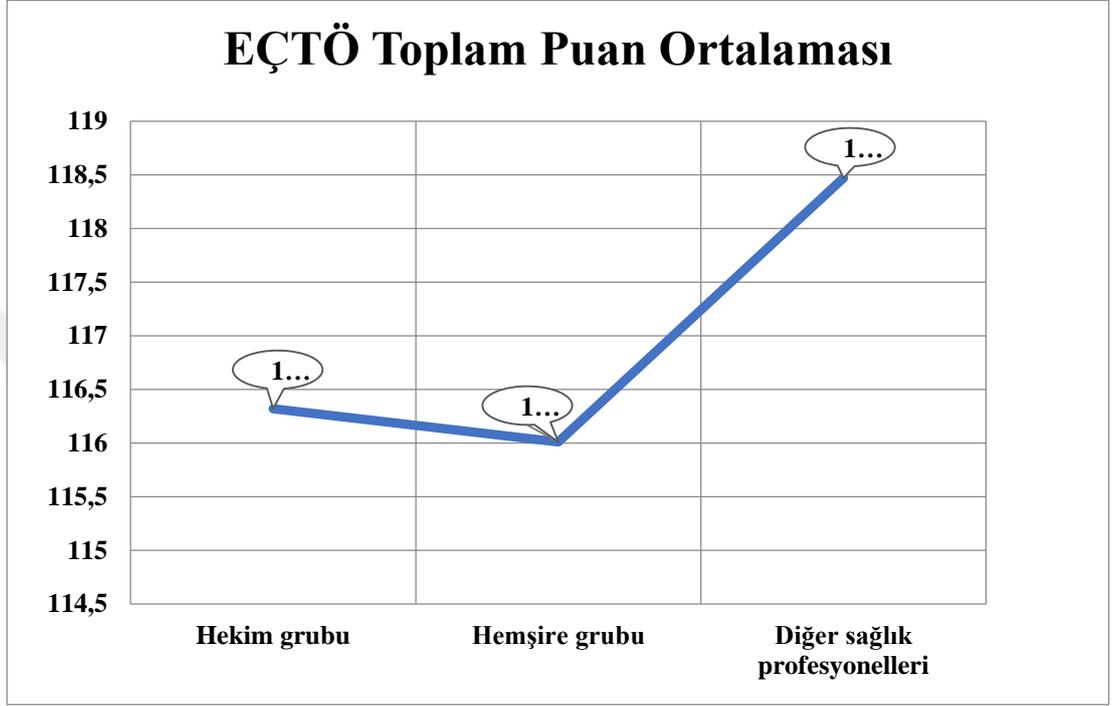
EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 10'a göre katılımcı hekimlerin (cerrah, anestezi ve reanimasyon uzman hekimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi) EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdır” ve “Etkili iletişimi olmayan ekiplerin hata yapma riskleri önemli ölçüde artar” (4.68) ifadeleri alırken, en düşük puanı “Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığının göstergesidir” (1.89) ifadesinin aldığı belirlendi.

Katılımcı hemşirelerin (ameliyathane, yoğun bakım, cerrahi servis ve beslenme hemşiresi) EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Uygun ekip davranış modeli oluşturulması bir lider sorumluluğudur” ifadesi alırken (4.56), en düşük madde puanını “Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığının göstergesidir” ifadesinin (2.00) aldığı görüldü.

Yine katılımcı diğer sağlık profesyonellerinin (fizyoterapist, diyetisyen, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanı) EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdır” ifadesinin (4.85), en düşük puanı ise “Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığının göstergesidir” ifadesinin (1.65) aldığı belirlendi.

Tablo 11. Katılımcıların Mesleklere Göre EÇTÖ Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi



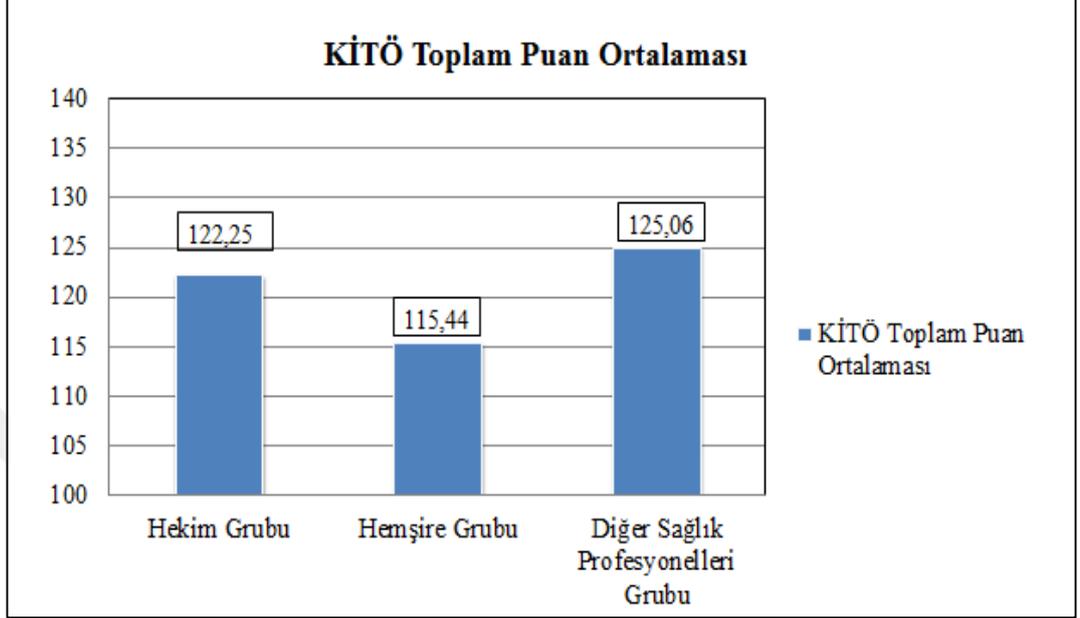
EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 11'e göre katılımcı hekimlerin (cerrah, anestezi ve reanimasyon uzman hekimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi) EÇTÖ toplam puan ortalaması 116,32 olarak belirlendi.

Katılımcı hemşirelerin (ameliyathane, yoğun bakım, cerrahi servis ve beslenme hemşiresi) EÇTÖ toplam puan ortalaması 116,01 olarak tespit edildi.

Yine katılımcı diğer sağlık profesyonellerinin (fizyoterapist, diyetisyen, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanı) EÇTÖ toplam puan ortalaması 118,47 ve çalışmadaki en yüksek puan olarak belirlendi.

Tablo 12. Katılımcıların Mesleklere Göre KİTÖ Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi



KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

Tablo 12'ye göre katılımcı hekimlerin (cerrah, anestezi ve reanimasyon uzman hekimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi) KİTÖ toplam puan ortalaması 122,25 olarak belirlendi.

Katılımcı hemşirelerin (ameliyathane, yoğun bakım, cerrahi servis ve beslenme hemşiresi) KİTÖ toplam puan ortalaması 115,44 olarak tespit edildi.

Yine katılımcı diğer sağlık profesyonellerinin (fizyoterapist, diyetisyen, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanı) KİTÖ toplam puan ortalaması 125,06 ve çalışmadaki en yüksek puan olarak belirlendi.

Tablo 13. KİTÖ, EÇTÖ ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Toplam Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek		KİTÖ	EÇTÖ
KİTÖ	r	1	-0,194*
	p		0,029
Baskın Tarz	r	0,882**	-0,138
	p	0,000	0,124
Kaçınan Tarz	r	0,882**	-0,176*
	p	0,000	0,048
Öfkeli Tarz	r	0,796**	-0,160
	p	0,000	0,073
Duyarsız Tarz	r	0,804**	-0,235**
	p	0,000	0,008
Manipülatif Tarz	r	0,837**	-0,104
	p	0,000	0,245
Küçümseyici-Alay Edici Tarz	r	0,717**	-0,168
	p	0,000	0,060
EÇTÖ	r	-0,194*	1
	p	0,029	
Ekip Yapısı	r	-0,172	0,765**
	p	0,054	0,000
Liderlik	r	-0,117	0,766**
	p	0,192	0,000
Durum İzlemi	r	-0,231**	0,774**
	p	0,009	0,000
Karşılıklı Destek	r	-0,004	0,519**
	p	0,966	0,000
İletişim	r	-0,173	0,625**
	p	0,052	0,000

*p<0,05

**p<0,01

KİTÖ: Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 13'e göre KİTÖ puanları ile baskın tarz alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=0,882$, $p<0,01$), KİTÖ puanları ile kaçınan tarz alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=0,882$, $p<0,01$) ve KİTÖ puanları ile öfkeli tarz alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,796$, $p<0,01$).

Yine KİTÖ puanları ile duyarsız tarz alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=0,804$, $p<0,01$), KİTÖ puanları ile manipülatif tarz alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=0,837$, $p<0,01$) ve KİTÖ puanları ile küçümseyici-alay edici tarz alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,717$, $p<0,01$).

Tablo 13'e göre KİTÖ puanları ile EÇTÖ puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=-0,194$, $p<0,05$) ve KİTÖ puanları ile durum izlemi alt ölçeği puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=-0,231$, $p<0,01$) olduğu tespit edildi. EÇTÖ puanları ile kaçınan tarz alt ölçeği puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=-0,176$, $p<0,05$) ve EÇTÖ puanları ile duyarsız tarz alt ölçeği puanları arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu gözlemlendi ($r=-0,235$, $p<0,01$).

EÇTÖ puanları ile ekip yapısı alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=0,765$, $p<0,01$), EÇTÖ puanları ile liderlik alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=0,766$, $p<0,01$) ve EÇTÖ puanları ile durum izlemi alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,774$, $p<0,01$). Yine EÇTÖ puanları ile karşılıklı destek alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=0,519$, $p<0,01$) ve EÇTÖ puanları ile iletişim alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,625$, $p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Kişilerarası iletişim tarzlarının ve ekip çalışmasına yönelik tutumların bireylerin çalışma alanlarında sergiledikleri çalışma performansını ve ekip içinde edindikleri rolleri etkilediği bilinmektedir (Baker et al., 2008, Hisli Şahin ve ark., 2011, Yardımcı ve ark., 2012). Bununla birlikte cerrahi girişim sürecinde yer alan bireylerin ekip olarak uyumlu, ortak hedef ve amaçlara yönelik, işbirliği içinde çalışmasının önemi yadsınamaz bir gerçektir (Mazocco et al, 2009, Ovalı, 2010). Bu doğrultuda cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyelerinin kişilerarası iletişim tarzlarının ve ekip çalışmasına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmada araştırma kapsamına alınan 126 cerrahi ekip üyesine ait demografik ve tanıttıcı özellikler incelendiğinde, katılımcıların %39,7'sinin 36-45, %37,3'ünün 26-35 arası yaş grubunda, %61,9'unun kadın, %38,1'inin erkek, %73'ünün evli, %51,6'sının lisans mezunu olduğu, %64,3'ünün meslek grubunun hemşire, %22,2'sinin hekim, %13,5'inin diğer sağlık profesyoneli grubunda olduğu, %32,5'inin meslekte çalışma yıllarının 11-20 yıl arası, %25,4'ünün 6-10 yıl arası ve %19,8'inin 21 yıl ve üzeri olduğu ile %43,7'sinin şuan çalışmakta oldukları birimde çalışma yıllarının 1-5 yıl arası olduğu belirlenmiştir (Tablo 1.). Ögüt ve Kaya (2011)'nin dahili ve cerrahi kliniklerde gerçekleştirdikleri bir çalışmada, katılımcıların %49,4'ünün dahili bilimlerde, %50,6'sının cerrahi bilimler grubunda yer aldığı, %51,9'unun bayan ve %48'inin erkek olduğu, %56,2'sinin 18-28 yaş grubunda, %25,3'ünün üniversite mezunu, %36,1'inin lisansüstü mezunu olduğu, katılımcıların %27,9'unu hemşirelerin oluşturduğu belirlenmiştir (Ögüt ve Kaya, 2011). Lafçı ve ark. (2016)'nin çalışmalarında, katılımcıların %56'sının hemşire, %44'ünün hekim, %58,3'nün kadın, %41,7'sinin erkek, %46,4'nün evli, %53,6'sının bekar, %54,8'inin meslekteki çalışma süresinin 2-4 yıl, %47,6'sının birimde çalışma süresinin 2-4 yıl ve yaş ortalamasının 27.55 ± 4.06 yıl olduğu, Özdemir (1999)'in

çalışmasında, çalışmaya katılan meslek elemanlarının %57'sinin kadın, %43'ünün erkek, %61.1'nin 26-35 yaş grubunda olduğu, Çelik ve Karaca (2017)'nin çalışmalarında, katılımcı hemşirelerin %78'inin kadın, %65.1'inin 20-29 yaş grubunda, %67.1'inin bekar, %37.8'inin lisans mezunu, meslekteki ortalama çalışma sürelerinin 6.17 ± 5.69 yıl, birimde ortalama çalışma sürelerinin 3.78 ± 3.61 yıl olduğu belirlenmiştir. Hisli Şahin ve ark. (2011)'nin çalışmalarında katılımcıların %73,3'nün kadın, %26,7'sinin erkek ve yaş ortalamasının 33.16 olduğu belirlenmiştir. Yine Hisli Şahin ve ark. (2011)'nin çalışmalarında katılımcıların %74'ünün kadın, %75'inin 18-40 yaş olduğu gözlenmiştir. Çalışma bulgularımız ilgili araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada kadın katılımcı oranının yüksek olmasının nedeninin hemşirelerin ekip içinde sayıca fazla yer almaları ve hemşirelik mesleği üyelerinin çoğunlukla kadın olması şeklinde açıklanabilir. Bununla birlikte kişilerarası iletişim tarzlarıyla ilgili çalışmaların sağlık çalışanları üzerinde yapılmadığı (Özmen Süataç, 2010, Durak Batıgün ve Hasta, 2010, Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Koç 2011, Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Uzun, 2011, Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Pazvantoğlu Alkan, 2012, Bilim, 2012) ancak katılımcıların çoğunun kadın olduğu görülmüştür.

Çalışmada katılımcıların meslek grupları incelendiğinde; 23 cerrah, 3 anestezi uzman hekimi ve 2 fizik tedavi rehabilitasyon uzman hekimi hekim grubunu, 21 ameliyathane hemşiresi, 40 yoğun bakım hemşiresi, 19 cerrahi servis hemşiresi ve 1 beslenme hemşiresi hemşire grubunu ve 5 anestezi teknikeri, 2 fizyoterapist, 3 diyetisyen, 5 fizik tedavi teknikeri ve 2 sosyal hizmet uzmanı diğer sağlık profesyonelleri grubunu oluşturduğu görülmektedir (Tablo 2.). Öğüt ve Kaya (2011) çalışmalarında dahili ve cerrahi birimlerde çalışmakta olan ekip üyeleri ile, Lafçı ve ark. (2016) çalışmalarını cerrah ve cerrahi hemşireleri ile, Önler ve ark. (2014) çalışmalarını hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler ile Çelik ve Karaca (2017) çalışmalarını özel bir hastanede çalışmakta olan servis hemşireleri ile ve Özdemir (1999) çalışmasını psikiyatri servisinde çalışmakta olan ekip üzerinde gerçekleştirmiştir. Sexton ve ark. (2000)'nin çalışmalarında cerrah, anestezi hekimleri, hemşireler, anestezi teknikerleri ve stajyerlere yer vermişlerdir. Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz (2009) çalışmalarını hekim ve hemşirelerin ekip çalışmalarına yönelik görüşleri üzerinde gerçekleştirmişlerdir. Çalışma bulgularımız ile diğer

araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Cerrahi ekip üyelerine yapılan bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Bu da çalışmanın özgün olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada mesleklere göre KİTÖ alt ölçeklerinin puan ortalaması incelendiğinde diğer sağlık profesyonellerinin (fizyoterapist, diyetisyen, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanı) kaçınan tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının (25,18±2,29) hemşirelere (20,62±2,29) ve hekimlere (22,89±2,08) göre anlamlı derecede yüksek olduğu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.). Bulguya yönelik bir çalışma ile karşılamamasına karşın Hisli Şahin ve ark. (2011) çalışmalarında kişilerarası ilişkilerinden memnuniyetsiz ya da anksiyete yaşayan bireylerin KİTÖ kaçınan tarz alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının ve yine Hisli Şahin ve ark. (2011) çalışmalarında depresif bireylerin KİTÖ kaçınan tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının nispeten daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum cerrahi ekibin önemli bir parçasını oluşturan fizyoterapist, diyetisyen, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanının hızlı cerrahi süreç içerisinde olmayıp, sadece cerrahi girişim sürecinde yer almaları nedeniyle cerrahi ekipte kişilerarası ilişki memnuniyet düzeylerinin daha düşük olabileceğini ya da zaman zaman anksiyete yaşayabildiklerini akla getirmiştir.

Çalışmada katılımcıların meslek gruplarına göre, EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, ancak EÇTÖ iletişim alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde ise diğer sağlık profesyonellerinin ortalama puanları (22,94±4,59), hemşirelerin ortalama puanlarından (21,06±4,21) ve hekimlerin ortalama puanlarından (20,93±4,19), istatistiksel olarak anlamlı derecede (p=0,024) yüksek olduğu, iletişimi alt ölçeğine yönelik en düşük puanı alan grubun hekimlerden oluştuğu gözlemlendi (Tablo 4.). Ovalı (2010) çalışmasında hekimlerin iletişimi gerektiği gibi önemsemediğini vurgulamış, özellikle erkek hekimlerin kadın hekimlere göre iletişimden kaynaklanan sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Garibağaoğlu ve ark. (2005) çalışmalarında hekimlerin ekip çalışmasına yönelik tutumlarının istendik seviyede olmamasını tıp eğitiminde ekip çalışmasına değinilmediğini belirterek vurgulamıştır. Bununla beraber Lafçı ve ark. (2016)'nın çalışmalarında bahsettiğine göre Gürdoğan (2005)

çalışmasında hekimlerin diğer ekip üyelerinin sorumluluk almakta isteksiz olduklarını düşündüklerini, Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz (2009) çalışmasında ekip üyelerinin “ekibin lideri her zaman hekimdir” görüşünde olduklarını belirtmişlerdir. Yine Lafçı ve ark. (2016) çalışmalarında hekimlerin halen “ekibin lideri hekimdir” anlayışını sürdürdüklerini ifade etmişlerdir. Sexton ve ark. (2000) çalışmalarında cerrahların ekip içinde iletişimlerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. İletişim ekip çalışmasının temel bileşenidir. Ekip üyelerinin her birinin görevi kendi mesleğine özgü ve birbirinin tamamlayıcısıdır. İletişimin önemsenmediği, sorumluluğun paylaşılmadığı, ortak karar alma, alınan kararları sorgulayabilme becerilerinin geliştirilemediği, liderliğin ekip içinde değişmez ve bilgi/karar paylaşımı gerektirmediğine inanılan bir konum olması düşüncesinin sürdürüldüğü gruplarda hekimlerin iletişime yönelik puan ortalamalarının düşük olmasının beklenen bir sonuç olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmada evli katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=115,2$) ile bekar katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=119,8$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-2,383$; $p<0,05$) (Tablo 5.). Evli katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,8$) ile bekar katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,9$) arasında ($t=-2,156$; $p<0,05$) yine evli katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,0$) ile bekar katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=22,2$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($t=-2,536$; $p<0,05$) (Tablo 5.). Lafçı ve ark. (2016)'nın ekip çalışmasına yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında bekar sağlık personellerinin ekibin çalışmasının yararı puanlamasında istatistiksel olarak kısmen yüksek anlamlı fark bulunduğunu belirtmişlerdir. Çelik ve Karaca (2017) yaptıkları çalışmada medeni durumun EÇTÖ puan ortalamasını etkilemediğini, Kundak ve ark. (2015) çalışmalarında ekip çalışmasının önemli bir etkileyeni olan motivasyon konusunda medeni durumun anlamlı fark oluşturmadığını, Doğru (2010) ise yaptığı çalışmada bekar hemşirelerin ekip çalışmasında önemli bir kavram olan motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgularımız ile yapılan diğer çalışma bulgularının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu durumun bekar bireylerin iş hayatındaki motive edici unsurlarının ücret, çalışma saatleri, hoşgörülü çalışma ortamı ve yönetim gibi faktörler olmasından ve evlilikten kaynaklanan sorumluluklara sahip

olmamaları nedeniyle ekip çalışmasında önemli birer etken olan algı, tutum ve beklentilerini ağırlıklı olarak mesleklerine yönlendirmiş olabilecekleri ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcıların meslekte çalışma yıllarına göre KİTÖ'den ve EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 6.). Lafçı ve ark. (2016) çalışmalarında meslekte çalışma yılı ile ekip çalışması arasında anlamlı farklılık gözlemlendiğini belirtmişlerdir. Çelik ve Karaca (2017) ise çalışmalarında hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile yalnızca EÇTÖ durum izlemi alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve çok düşük düzeyde bir fark saptandığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte Kundak ve ark. (2015)'nin çalışmasında meslekte geçen süre ile hemşirelerin iş doyumunu puan ortalamalarının ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Çalışma bulgularımızla araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Bu durum cerrahi ekip üyelerinin zaman içinde mesleki görevlerin birer alışkanlık haline gelmesi ve zamanla ekipten beklentilerinin azalabileceğini akla getirmiştir.

Çalışmada katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yıllarına göre KİTÖ baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). 21 yıl ve üzeri süredir çalıştıkları birimde çalışmakta olan katılımcıların ortalama puanları ($33,00 \pm 2,36$), 1 yıldan az süredir çalışanların ortalama puanlarından ($22,84 \pm 1,63$), 1-5 yıl çalışanların ortalama puanlarından ($22,53 \pm 1,61$) ve 6-10 yıl olanların ortalama puanlarından ($22,80 \pm 1,63$) istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p = 0,037$) yüksek olduğu görüldü (Tablo 7.). Sykes ve ark. (2015) çalışmalarında uzun süredir birlikte çalışan cerrahi ekip üyelerinin birbirlerinin beklentilerine aşina olduklarını vurgulamışlardır. Lafçı ve ark. (2016) çalışmalarında birimde çalışma sürelerinin ekip çalışmasıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Yıldız ve Birgili (2007) çalışmalarında çalıştıkları birimde daha uzun süredir çalışmakta olan hemşirelerin daha kısa süredir çalışan hemşirelere göre daha düşük motivasyona sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Lorelei ve arkadaşları (2002) çalışmalarında cerrahi ekipte genellikle tekrarlayan süreçlerde iletişimde gerginlik yaşandığını, özellikle stajyer ya da yeni başlayan sağlık ekibi üyelerinin kıdemli çalışanlara soru sormaktan çekindiklerini ve soru sormak yerine kıdemlileri taklit ettiklerini belirtmişlerdir.

Sexton ve arkadaşları (2000) sağlık ekibi içinde kıdemli çalışanların iletişime kapalı ve yeni başlayan ekip üyelerinden gelen bildirimlere açık olmadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma bulguları ile araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu durum cerrahi ekip üyelerinin zaman içinde çalışma performansının, motivasyonun, kişilerarası iletişimden, ekip çalışmasından beklentilerinin azalmasından aynı birimde uzun zamandır çalışmanın kendilerini o birimle ilgili karşılaşılabilecekleri her durumla karşılaşmış hissettirmesinden ve zamanın kendilerine verdiği düşündükleri kideden kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmada erkek katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=126,2$) ile kadın katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=113,4$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir ($t=2,156$; $p<0,05$) (Tablo 4.8.). Gürüz ve Temel Eğinli (2011) çalışmalarında erillik ve dişilik kavramlarının kültürel anlamda bireylerin iletişimlerini etkilediğinden bahsetmişlerdir. Dişil kültürlerde işbirlikçi, sevgiye ve dayanışma temelli iletişim olduğunu, eril kültürlerde ise rekabet, iş bölümü ve iddiacılığın ön planda olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda katılımcıların cinsiyetleri göz önünde alındığında KİTÖ puan ortalamalarındaki anlamlı fark olması bu durumun kültürel özelliklerden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada erkek katılımcıların EÇTÖ liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,5$) ile kadın katılımcıların liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=27,6$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t=-2,183$; $p<0,05$) (Tablo 8.). Öğüt ve Kaya (2011) çalışmalarında ekip amaçlarının belirlenmesi bakımından gruplar arasında cinsiyete göre fark olmadığını belirtmişlerdir. Çelik ve Karaca (2017) çalışmalarında hemşirelerin EÇTÖ puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini ifade etmişlerdir. Önlü ve ark. (2014) erkek öğrencilerin EÇTÖ durum izlemi ve iletişim alt ölçeği puan ortalamalarını çalışmalarında kadın öğrencilerin aynı alt ölçeklerin puan ortalamalarından düşük olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımız ile araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Kadınların erkeklere nispeten çoklu görev yönetiminde daha başarılı olduklarını ve cerrahi kliniklerin çalışma koşullarının hızlı düşünüp doğru karar vermeyi, tıbbi hataların mümkün olan en düşük seviyeye indirgenmesini sağlayacak

dikkati ve sürekli hasta güvenliği için ekip üyelerinin birbirinin tamamlayıcısı olmalarını gerektirdiğinden, çalışmamızın katılımcılarının çoğunu oluşturan kadınların liderlik ve ekip konusunun öneminin farkında olduklarını düşündürmüştür.

Çalışmada erkek katılımcıların KİTÖ kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=23,5$) ile kadın katılımcıların kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=20,6$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t=2,253$; $p<0,05$) (Tablo 8.). Gürüz ve Temel Eğinli (2011) çalışmalarında dişil kültürde kişilerarası ilişkilerin oldukça önemli olduğunu ve bireylerin çevreleriyle yakın ilişkiler kurmalarının gerekliliğini hissettiklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte Hisli Şahin ve ark. (2011) çalışmalarında, kişilerarası ilişkilerinden memnuniyetsiz ya da anksiyete bozukluğu olan bireylerin KİTÖ kaçınan tarz alt ölçeklerinden aldıkları puanların kişilerarası ilişkilerinden memnun, anksiyete bozukluğu olmayan bireylere göre yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Cerrahi ekibi oluşturan erkek üyelerin cerrahi ekip içinde daha fazla sayıda yer alan kadın ekip üyelerine göre kaçınan tarzda tutum sergilemeleri eril ve dişil kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceğini, kişilerarası ilişki memnuniyet düzeylerinin daha düşük olabileceğini ya da zaman zaman anksiyete yaşayabildiklerini akla getirmiştir.

Çalışmada katılımcıların yaş gruplarına göre, KİTÖ, EÇTÖ ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 9.). Konu ile ilgili çalışmamıza benzer başka bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Ancak Çelik ve Karaca (2017) çalışmalarında hemşirelerin EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığını ifade etmişlerdir. Lafçı ve ark. (2016) çalışmalarında ekip çalışması ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Kundak ve ark. (2015) çalışmalarında ekip çalışmasını etkileyen faktörlerden olan iş doyumunu ve yaş grupları arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığını belirtmişlerdir. Çalışma bulgularımızla araştırma bulguları benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmada katılımcı hekimlerin (cerrah, anestezi ve reanimasyon uzman hekimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi) EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki

durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdır” ve “Etkili iletişimi olmayan ekiplerin hata yapma riskleri önemli ölçüde artar”(4.68) ifadelerinin ve diğer sağlık profesyonellerinin (fizyoterapist, diyetisyen, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanı) EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdır” ifadesinin (4.85) aldığı belirlenmiştir(Tablo 10.). Sexton ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada “gerçek profesyoneller çalışırken kişisel problemleri geride bırakabilir” şeklinde oldukça benzer bir ifade kullanmışlardır ve çalışmalarına katılan çoğu sağlık personelinin bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz (2009) çalışmaları sonucunda hekimlerin “ekibin lideri hekimdir” geleneksel görüşüne halen katıldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise hekimlerin bu durumun aksine ekip çalışmasını önemsediklerini belirten ifadelerdeki ortalama madde puanları yüksek çıkmıştır. Bu durum geleneksel olarak nitelendirdiğimiz bazı düşüncelerin zamanla değişmeye başladığını akla getirmektedir.

Çalışmada katılımcı hemşirelerin (ameliyathane, yoğun bakım, cerrahi servis ve beslenme hemşiresi) EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Uygun ekip davranış modeli oluşturulması bir lider sorumluluğudur” (4.56) ifadesinin aldığı gözlenmiştir (Tablo 10.). Çelik ve Karaca (2017) hemşirelere yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında en yüksek puanı “Ekip liderleri gerektiğinde ekip üyelerinin birbirlerine yardım etmelerini sağlamalıdır” maddesinin aldığını belirtmişlerdir. Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz (2009) çalışmalarında ekip kavramının dışında yaygın bir ekibin liderinin her zaman hekim olduğu düşüncesinin varlığından bahsetmişlerdir. Lafçı ve ark. (2016) çalışmalarında hemşirelerin ekip çalışmasının yararlarına yönelik ortalama puanlarının hekimlerden yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımızla araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Bu durum hemşirelerin ekip anlayışının yararlarını kavradıkları ve ekipte liderliğin önemine inandıklarını düşündürmektedir. Bununla birlikte yine Lafçı ve ark.,(2016)’nın belirttiğine göre Gürdoğan (2005)’ın çalışmasında hekimlerin diğer ekip üyelerinin sorumluluk almakta isteksiz olduklarını düşündüklerini ifade etmektedir. Hemşirelerdeki liderliğe yönelik cevaplandırmaların ekipte doğrudan sorumluluk almak istememelerinden kaynaklanabileceğini de akla getirmektedir.

Çalışmamızda her üç meslek grubu içinde EÇTÖ’de en düşük madde puanını “Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığına göstergesidir” ifadesinin aldığı gözlenmiştir. (Hekim; 1.89, hemşire; 2.00, diğer sağlık profesyonelleri; 1.65) (Tablo 10.). Çelik ve Karaca (2017) çalışmalarında en düşük puanı “Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığına göstergesidir” maddesinin aldığını belirtmişlerdir. Çalışma bulgularımızla araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Bu durumun, ekip üyelerinin birbirine yardım etmeyi ekibin özelliklerine uygun, ortak ekip amacı için gerekli görmeleri ve ayrıca yardım etmenin doğasındaki insani vazifeyi yerine getirme hissi nedeniyle de gelişebildiği düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcı hekimlerin EÇTÖ toplam puan ortalaması 116,32 hemşirelerin EÇTÖ toplam puan ortalaması 116,01 ve diğer sağlık profesyonellerinin EÇTÖ toplam puan ortalaması 118,47 olarak belirlendi. EÇTÖ toplam puan ortalamalarından en yüksek puana sahip meslek grubu diğer sağlık profesyonelleri ve en düşük puana sahip meslek grubu üyeleri hemşireler olarak belirlendi (Tablo 11.). Lafçı ve ark. (2016) çalışmalarında hemşirelerin ekip çalışmasına yönelik algı ve tutumlarının ekip çalışmasının önemini destekler nitelikte ve ortalama puanların hekimlerden yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz (2009) çalışmalarında hemşirelerin ekip çalışmasının yararlarına yönelik ortalama puanlarının hekimlere kıyasla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Öğüt ve Kaya (2011) çalışmalarında meslek gruplarına göre ekip çalışmasına yönelik değerlendirmelerde anlamlı fark saptamadıklarını belirtmişlerdir. Çelik ve Karaca (2017) çalışmalarında ekip çalışması tutumlarıyla motivasyon arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Kundak ve ark. (2015) çalışmalarında ekip çalışmasının etkileyenleri olan iş doyumunu ve motivasyonla ilgili çalışma şartlarının ve kurumun motive edici faktörlerinin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Çalışmada cerrahi ekip üyelerinin çalışma şekli (gündüz, gece veya kısmi zamanlı) sorgulanmamıştır. Bununla beraber EÇTÖ’den en yüksek puanı alan sağlık personellerinin çok azı olan anestezi teknikerlerinin vardiyalı çalıştığı diğerlerinin çoğunlukla gündüz çalıştığı bilinmektedir. Bu durum çalışma şartlarının ekip çalışması tutumlarını etkileyebileceği konusunda incelenmesi gereken bir konu

olduğu düşüncesini akla getirmektedir. Ayrıca cerrahi işlemlerin yoruculuğu ve gereklerinin çokluğu ile ekip çalışması tutumlarının yıpranması açısından cerrahi girişimde birebir yer alan hekim ve hemşirelerin EÇTÖ puan ortalamalarının düşük, doğrudan cerrahi ekip üyesi olmayıp, cerrahi girişim sürecinde yer aldıkları için çalışmamıza dahil ettiğimiz diğer sağlık profesyonelleri olarak gruplandırdığımız sağlık profesyonellerinin (anestezi teknisyenleri hariç) EÇTÖ puan ortalamalarının yüksek olması da göze çarpmaktadır.

Çalışmada katılımcı hekimlerin KİTÖ toplam puan ortalaması 122,25, katılımcı hemşirelerin KİTÖ toplam puan ortalaması 115,44 ve katılımcı diğer sağlık profesyonellerinin KİTÖ toplam puan ortalaması 125,06 ve çalışmadaki en yüksek KİTÖ toplam puan ortalaması olarak belirlendi (Tablo 12). Hisli Şahin ve ark. (2011) çalışmalarında kişilerarası ilişkilerinden memnuniyetsiz bireylerin KİTÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum cerrahi ekibin önemli bir parçasını oluşturan fizyoterapist, diyetisyen, fizik tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanının hızlı cerrahi süreç içerisinde olmayıp, sadece cerrahi girişim sürecinde yer almaları nedeniyle cerrahi ekipte kişilerarası ilişki memnuniyet düzeylerinin daha düşük olabileceğini ya da zaman zaman anksiyete yaşayabildiklerini akla getirmiştir. Yine çalışmada KİTÖ toplam puan ortalaması en düşük olan grubun hemşireler grubu olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Bu durumun kadın cerrahi ekip üyelerinin KİTÖ toplam puan ortalamalarının erkek cerrahi ekip üyelerine göre anlamlı derecede düşük olması ve hemşire grubunun çoğunluğunu kadın sağlık profesyonellerinin oluşturması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili çalışmamıza benzer başka bir çalışmayla karşılaşılmamıştır.

Çalışmada KİTÖ puanları ile EÇTÖ puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,194$, $p<0,05$) (Tablo 13). Katılımcıların toplam ortalama puanlarının yükselmesiyle kişilerarası memnuniyetsizliğin arttığını ortaya çıkaran KİTÖ ve katılımcıların toplam ortalama puanlarının yükselmesiyle ekip çalışması tutumlarının arttığını saptayan EÇTÖ arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir (Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Koç, 2011 ve Yardımcı ve ark., 2012). Bu durum çalışma sonucuyla uyumluluk göstermektedir. Konu ile ilgili çalışmamıza benzer başka bir çalışmayla karşılaşılmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma, cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip ekibi üyelerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışması tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve niteliksel tipte yapıldı. Araştırma, bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerde (cerrahi servisler, ameliyathane ve cerrahi yoğun bakımlarda) çalışan sağlık ekibi üyeleri (cerrahlar, ameliyathane hemşireleri, cerrahi hemşireleri, anestezi hekimleri, yoğun bakım hemşireleri, anestezi teknikerleri, diyetisyenler, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri, fizyoterapistler, fizik tedavi teknikerleri, sosyal hizmet uzmanları, beslenme hemşiresi, psikolog ve gıda mühendisi) ile gerçekleştirildi. Araştırma sonucunda aşağıda yer alan sonuçlara ulaşıldı.

- Katılımcıların %39,7'sinin 36-45, %37,3'ünün 26-35 arası yaş grubunda olduğu belirlendi.
- Katılımcıların %61,9'unun kadın, %38,1'inin erkek olduğu gözlemlendi.
- Katılımcıların %73'ü evli, %27'si bekar olduğu belirlendi.
- Katılımcıların %51,6'sı lisans mezunu olduğu belirlendi.
- Katılımcılar 23'ü cerrah, 3'ü anestezi uzman hekimi ve 2'si fizik tedavi rehabilitasyon uzman hekimi, 21'i ameliyathane hemşiresi, 40'ı yoğun bakım hemşiresi, 19'u cerrahi servis hemşiresi ve 1'i beslenme hemşiresi, 5'i anestezi teknikeri, 2'si fizyoterapist, 3'ü diyetisyen, 5'i fizik tedavi teknikeri ve 2'si sosyal hizmet uzmanı olduğu saptandı.
- Katılımcıların %32,5'inin meslekte çalışma yıllarının 11-20 yıl arası, %25,4'ünün 6-10 yıl arası ve % 19,8'inin 21 yıl ve üzeri olduğu görüldü.
- Katılımcıların %43,7'sinin şuan çalışmakta oldukları birimde çalışma yılları 1-5 yıl arası olduğu tespit edildi.
- Katılımcıların mesleklere göre KİTÖ alt ölçeklerinin puan ortalaması incelendiğinde diğer sağlık profesyonellerinin (fizyoterapist, diyetisyen, fizik

tedavi teknikeri, anestezi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanı) kaçınan tarz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının (25,18±2,29) hemşirelere (20,62±2,29) ve hekimlere (22,89±2,08) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu olduğu saptandı.

- Katılımcıların EÇTÖ iletişim alt ölçeğinden elde edilen madde başına puan ortalaması incelendiğinde diğer sağlık profesyonellerinin ortalama puanları (22,94±4,59), hemşirelerin ortalama puanlarından (21,06±4,21) ve hekimlerin ortalama puanlarından (20,93±4,19), istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,024$) yüksek olduğu, iletişim alt ölçeğine yönelik en düşük puanı alan grubun hekimlerden oluştuğu gözlemlendi.
- Evli katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=120,8$) ile bekar katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=111,5$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.
- Evli katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=115,2$) ile bekar katılımcıların EÇTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=119,8$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-2,383$; $p<0,05$). Evli katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=25,8$) ile bekar katılımcıların durum izlemi alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,9$) arasında ($t=-2,156$; $p<0,05$) veyine evli katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=21,0$) ile bekar katılımcıların iletişim alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=22,2$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($t=-2,536$; $p<0,05$)
- Katılımcıların meslekte çalışma yıllarına göre KİTÖ'den ve EÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı.
- Katılımcıların şuan çalıştıkları birimde çalışma yıllarına göre KİTÖ baskın tarz alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu. 21 yıl ve üzeri süredir çalıştıkları birimde çalışmakta olan katılımcıların ortalama puanları (33,00±2,36), 1 yıldan az süredir çalışanların ortalama puanlarından (22,84±1,63), 1-5 yıl çalışanların ortalama puanlarından (22,53±1,61) ve 6-10 yıl olanların ortalama puanlarından (22,80±1,63) istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p=0,037$) yüksek olduğu görüldü.

- Erkek katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=126,2$) ile kadın katılımcıların KİTÖ puan ortalamaları ($\bar{X}=113,4$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlendi ($t=2,156$; $p<0,05$).
- Erkek katılımcıların EÇTÖ liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=26,5$) ile kadın katılımcıların liderlik alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=27,6$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($t=-2,183$; $p<0,05$).
- Erkek katılımcıların KİTÖ kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=23,5$) ile kadın katılımcıların kaçınan tarz alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X}=20,6$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($t=2,253$; $p<0,05$).
- Katılımcıların yaş gruplarına göre, KİTÖ, EÇTÖ ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı.
- Katılımcı hekimlerin EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdır” ve “Etkili iletişimi olmayan ekiplerin hata yapma riskleri önemli ölçüde artar” (4.68) ifadelerinin aldığı gözlemlendi.
- Katılımcı diğer sağlık profesyonellerinin EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdır” ifadesinin (4.85) aldığı belirlendi.
- Katılımcı hemşirelerin EÇTÖ madde puanlamaları incelendiğinde en yüksek madde puanını “Uygun ekip davranış modeli oluşturulması bir lider sorumluluğudur” (4.56) ifadesinin aldığı gözlemlendi.
- Katılımcı her üç meslek grubu içinde EÇTÖ’de en düşük madde puanını “Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığını göstergesidir” ifadesinin aldığı gözlemlendi.
- Katılımcı hekimlerin EÇTÖ toplam puan ortalaması 116,32, hemşirelerin EÇTÖ toplam puan ortalaması 116,01 ve diğer sağlık profesyonellerinin EÇTÖ toplam puan ortalaması 118,47 olarak belirlendi. EÇTÖ toplam puan ortalamalarından en yüksek puana sahip meslek grubunun diğer sağlık profesyonelleri ve en düşük puana sahip meslek grubu üyelerinin hemşireler olduğu gözlemlendi.

- Katılımcı hekimlerin KİTÖ toplam puan ortalaması 122,25, hemşirelerin KİTÖ toplam puan ortalaması 115,44 ve katılımcı diğer sağlık profesyonellerinin KİTÖ toplam puan ortalaması 125,06 olarak belirlendi. KİTÖ toplam puan ortalamalarından en yüksek puana sahip meslek grubunun diğer sağlık profesyonelleri ve en düşük puana sahip meslek grubu üyelerinin hemşireler olduğu gözlemlendi.
- Katılımcıların KİTÖ puanları ile EÇTÖ puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki ($r=-0,194$, $p<0,05$) olduğu belirlendi.



6.2. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda aşağıda yer alan öneriler sunulmuştur.

- Cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyelerine yönelik iletişimin öneminin vurgulanmasını sağlayan eğitimler planlanması,
- Cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyelerine yönelik kişilerarası iletişim becerilerini geliştirici eğitimler planlanması,
- Cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyelerine yönelik ekip çalışmasının öneminin vurgulanmasını sağlayan eğitimler planlanması,
- Cerrahi girişim sürecinde yer alan ekip üyelerine yönelik ekip çalışması tutumlarını geliştirici eğitimler planlanması,
- Uzun süredir aynı birimde çalışmakta olan bireylerin ekibe yönelik tutumlarının yıpranmaması ve yıpratıcı olmaması amacıyla birimler arası rotasyon planlanması,
- Olumsuz kişilerarası iletişim tarzı ve istendik olmayan ekip çalışması tutumları sergiledikleri belirlenen gruplarda mevcut olumsuzlukların nedenlerinin saptanmasına yönelik çalışma yapılması ve nedene yönelik iyileştirici düzenlemeler geliştirilmesi,
- Olumlu kişilerarası iletişim ve ekip çalışması tutumları sergileyen birimlerin kurum tarafından olumlu pekiştirmeyle ödüllendirilmesi,
- Konuya ilişkin niteliksel çalışmanın yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Akpınar, M.,& Genç, İ. (2017). Sosyal Bilgiler Öğretmen Adaylarının Kültür Kavramına İlişkin Görüşleri. Kastamonu Eğitim Dergisi , 25 (1), 249-268.

Aksoy, G. (2012). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. G. Aksoy, N. Kanan, & N. Akyolcu içinde, Cerrahi Hemşireliği I (s. 1-37). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Altıntaş, E.,& Çamur, D. (2013). Beden Dili Sözsüz İletişim. Ankara: Mentis Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Ltd.Şti

Aren, A. (2008). Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği. İstanbul Tıp Dergisi , 3;141-145.

Arnold, C. (2016). Theory Based Perspectives and Contemporary Dynamics. C. Arnold, & K. Boggs Underman içinde, Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses (s. 1-22). Elsevier, Seventh Edition.

Atay, N. (2016). Ameliyathanede ve Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Stres, Motivasyon, Ekip Çalışması ve İletişim. 3. Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongre Kitabı (s. 85-98).

Baker, D. P.,Amodeo, A. M., Krokos, K. J., Slonim, A., &Herrera, H. (2008). Assessing Teamwork Attitudes in Healthcare: Development of The Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire. Qual Saf HealthCare .

Baltaş, A. (2012). Ekip Çalışması ve Liderlik. İstanbul: Remzi Kitabevi, 26-30.

Bilim, G. (2012). Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları: Duygu Düzenleme, Kişilerarası Tarz ve Genel Psikolojik Sağlık Açısından Bir İnceleme. Ankara: Yüksek Lisans Tezi Ankara Üniversitesi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Banu Yılmaz).

- Cebeci, F. (2010). Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi , 2 (1), 57-63.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., ve Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (3), 188-196.
- Chaboyer, W., Foster, M., Foster, M., & Kendall, E. (2004). The Intensive Care Unit Liaison Nurse: Towards a Clear Role Description. Intensive and Critical Care Nursing , 20, 77-86.
- Chappy, S. (2006). Perioperative Patient Safety: A Multisite Qualitative Analysis. AORN Journal , 83, 871-897.
- Coşkun, A. (1996). Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. Perinatoloji Dergisi Cilt: 4, Sayı: 3 , 181-184.
- Cüceloğlu, D. (2014). İletişim Donanımları (Cilt 48.Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çakmakçı, M., & Akalın, E. (2010). Hemşirelikte Hasta Güvenliği. M. Ed: Çakmakçı, & E.Akalın içinde, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya (s. 36-42). Ankara: Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi.
- Çalık, E., Yeter, K., & Değirmen, N. (2007). Cerrahi Kliniklerindeki Hasta Datalarının Oluşturulmasında Ekip Üyelerinin Bilgisayar Kullanımına İlişkin Multidisipliner Tutumlarının İncelenmesi., Akademik Bilişim'07 - IX. Akademik Bilişim Konferansı içinde (s. 447-450). Kütahya, Dumlupınar Üniversitesi.
- Çelik, A., & Karaca, A. (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi , 14 (4), 254-263.
- Çelik, S. (2011). Cerrahi Bakımda Bilgi Güncelleme. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 2 (2), 61-65.

- Çelik, S. (2014). Hasta Kabulü ve Taburculuğu. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı (s. 1-8). içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd.Şti.
- Çelik, S., Ünal, Ü., & Saruhan, S. (2012). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi , 20 (3), 193-199.
- Çınarlı, İ. (2008). Sağlık İletişimi ve Medya. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Tic.Ltd.Şti.
- Çırpı, F., Doğan Merih, Y., & Yaşar Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi: 2(3) .
- Dedeoğlu, A. (2010). Hastaların Anestezi İle İlgili Temel Bilgilerinin ve Endişelerinin Değerlendirilmesi. Diyarbakır: Uzmanlık Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. Haktan Karaman).
- Dinçel Şahin, N. (2017). Adnan Menderes Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta, Hasta Yakını ve Hastane Çalışanlarının Anestezi, Anestezist ve Görevleri İle İlgili Bilgi ve Görüşleri. Aydın: Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. Feray Gürsoy).
- Doğru, E. (2010). İstanbul İlinde Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard.Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK).
- Dökmen, Ü. (2005). İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık 31. Baskı, 19-38.
- Durak Batıgün, A.,& Hasta, D. (2010). İnternet Bağımlılığı: Yalnızlık ve Kişilerarası İlişki Tarzları Açısından Bir Değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi , 11 (213-219).
- Dutta, A. (2011). Beden Dili. İstanbul: Kayhan Matbaa .
- Eti Aslan, F. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12:1 .

Eti Aslan, F.,& Kan Öntürk, Z. (2011). Güvenli Ameliyathane Ortamı; Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi , 4 (1), 133-140.

Fidan, M. (2012). İletişim Kurmak İstiyorum. Konya: Tablet Kitabevi.

Garibağaoğlu, M., Saydam, R., Gökçay, G. Ve Sahip, Y. (2005). Beslenme Sorunu Olan Çocuklara Ekip Yaklaşımı ile Elde Edilen Sonuçlar. Çocuk Dergisi, 5 (2), 109-114.

Güney, S. (2013). Davranış Bilimleri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti 7.Baskı.

Gürüz, D. ve Temel Eğinli, A. (2013). İletişim Becerileri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, 3.Baskı.

Gürüz, D. ve Temel Eğinli, A. (2012). Kişilerarası İletişim. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

Hall, P. and Weaver, L. (2001). Interdisciplinary Education and Teamwork: a Long and Winding Road. Medical Education (35), 867-875.

Harsoor, S. and Bashkar, S. (2007). Designing an ideal operatingroom coomplex. Indian Journal of Anaesthesia 51(3) , 193-199.

Heyland, D. and Tranmer, J. (2001). Measuring Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: The Development of a Questionnaire and Preliminary Results. Journal of Critical Care , 16 (4), 142-149.

Hisli Şahin, N., Durak Batıgün, A., ve Koç, V. (2011). Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(1),17-25.

Hisli Şahin, N., Durak Batıgün, A. ve Pazvantoğlu Alkan, E. (2012). Cinsel İşlevlerdeki Sorunlarda Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı ve Öfkenin Rolü. Türk Psikiyatri Dergisi ,23 (1), 18-25.

Hisli Şahin, N., Durak Batgün, A. ve Uzun, C. (2011). Anksiyete Bozukluğu: Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı ve Öfke Açısından Bir Değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 107-113.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14-1.pdf>. (Erişim tarihi; 8 Kasım 2017).

<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ekipcalismasi.htm>. Demirel, S. (2005). Ekip Çalışması. (Erişim tarihi: 15 Kasım 2017)

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a4ccc46567ba9.11306284. ((Erişim Tarihi: 20 Kasım 2017)).

<http://www.tuk.saglik.gov.tr>. (2017). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi http://www.tuk.saglik.gov.tr/muf2.1/fiziksel_tip_ve_rehabilitasyon/fiziksel_tip_ve_rehabilitasyon_mufredat_v.2.1.pdf. Erişim Tarihi (15 Kasım 2017)

<https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. (Erişim Tarihi: 22 Kasım 2017).

<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>. ((Erişim Tarihi: 23 Kasım 2017)).

Hu, Y.-Y., Henrickson Parker, S., Lipsitz, S. R., Arriaga, A., Peyre, S., Corso, K., et al. (2016). Surgeons' Leadership Styles and Team Behavior in Operating Room. *Journal of the American College of Surgeons*, Volume 222 , Issue 1:41-51.

İnanç, N., Hatipoğlu, S., Yurt, V., Avcı, E., Akbayrak , N., & Öztürk, E. (2000). Sağlık Bakımı ve Sağlık Ekibi. *Hemşirelik Esasları* (s. 42-58). içinde Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti. 5.Baskı.

Işık Andsoy, I. (2013). Cerrahi Ekibin Bilmesi Gereken Bir Konu: Ameliyathanelerde Yangın Riskleri Nelerdir? Yangın Güvenliği Nasıl Sağlanmalıdır? *TAF Preventive Medicine Bulletin*: 12(4) .

- Jebali, A.,Alouane, A., & Pierre, L. (2006). Operating Rooms Scheduling. *Int. J. Production Economics* 99 , 52-62.
- Karaöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 4(1):1-8.
- Kemper, P. F., Wagner, C., &Bruijne, M. d. (2017). Implementation of Crew Resource Management: A QualitativeStudy in 3 Intensive Care Units. *Journal of Patient Safety* , 13, 223-231.
- Kır Biçer, E.,Güçlüel, Y., Neymen, A., & Yiğit, Ş. (2013). Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*: 10 , 14-20.
- Kumar, S. and Rani, M. (2016). Attitude of Teachers towards the Use of Technology and Innovation in the Classroom. *International Journal of Research in IT and Management* , Vol:6 (Issue 11), 26-34.
- Kundak, Z.,Üzel Taş, H., Keleş, A. ve Eğicioğlu, H. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelik Mesleğinde İş Tatmini ve Motivasyon. *Kocatepe Tıp Dergisi* , 16, 1-10.
- Kunduracılar, Z., Akbaş, E., Büyükuysal, Ç., Biçki, D., & Erdem, E. U. (2012). Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinde Mesleki Farkındalığın Değerlendirilmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* , 2 (3), 186-192.
- Küçükaslan, N. (2014). *Etkili İletişim Teknikleri*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Lafçı, D., Pehlivan, S., & Demiray, G. (2016). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi* , 3 (2), 55-64.
- Lorelei, L.,Reznick, R., Espin, S., Glenn, R. and DeVito, I. (2002). Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices. *Academic Medicine* , 77 (3), 232-237.

- M. Siyez, D. (2012). Kişilerarası İlişkilerin Başlangıcı ve Gelişimi. A. Ed:Kaya içinde, Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim (s. 62-75). Ankara: Pegem Akademi.
- Manser, T. (2009). Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: a Review of The Literature. *Acta Anaesthesiol Scand* , 53, 143-151.
- Mazocco, K., Petitti, D., Fong, K., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., et al. (2009). Surgical Team Behaviors and Patient Outcomes. *The American Journal of Surgery* , 197, 678-685.
- Moroğlu, D. (2007). Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Sivas: Yüksek Lisans Tezi (Danışman:Yard. Doç. Dr. Hatice Ulusoy).
- Ohta, Y., Izumi, M., Takeshi, K., Mitsuru, A., Mio, S., Kaoru, K., et al. (2016). Epidemiology of Adverse Events and Medical Errors in the Care of Cardiology Patients. *Journal of Patient Safety* , 1-6.
- Onganer , E., Bozkurt, B., & Kılıç, M. (2014). Hastalar İçin Hasta Güvenliği. *J Kartal TR* , 25(2):171-174.
- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*:1 , 33-44.
- Öğüt, A., & Kaya, D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İtil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi* (1), 87-95.
- Önler, E., Yıldız, T., Süzen, E. R., Aydınılmaz, H., Urcanoğlu, Ö. B., Kılıç, Ö., et al. (2014). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ekip Çalışması Tutumları İle Duygusal Zeka Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *IAAOJ, Health Sciences* , 2 (2), 19-29.
- Özbayır, T. (2014). Ameliyat Dönemi Bakım. A. Karadakovan , & F. Eti Aslan içinde, *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (s. 239-277). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Özdemir, Ö. (2009). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarını Memnuniyet Değerlendirilmesi. Afyon: AKÜ Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. Cevdet Uğur Koçoğulları).

Özdemir, U. (1999). Psikiyatri Tedavi Ekibinin Ekip Çalışması Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. Kriz Dergisi, 7(2):17-24.

Özer, N. (2017). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi, Cerrahinin Sınıflandırılması, Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Üzerindeki Etkileri. F. Ed: Eti Aslan içinde, Cerrahi Bakım (s. 3-38). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2.Baskı.

Özmen Süataç, A. (2010). Evlilik Uyumunun Kişilerarası Tarz ve Öfke Açısından Araştırılması. İzmir: Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Benal İnceer).

Sexton, J., Thomas, E. J., &Helmreich, R. L. (2000). Error, Stres and Teamwork in Medicine and Aviation: Crosssectional Surveys. British Medical Journal , 320, 745-749.

Sykes, M.,Gillerpie, B., Chaboyer, W., &Kang, E. (2015). Surgical Team Mapping: Implications for Staff Allocation and Coordination. AORN Journal , 101 (2), 238-248.

The Academy Quality Management Committee. (2017). Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2017 Scope of Practice for the Registered Dietitian Nutritionist. Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics , 1-25.

Tosun, N.,&Akbayrak, N. (2002). Sağlık Ekibi ve Ekibin Bir Üyesi Olarak Hemşirenin Rolü. Sendrom Dergisi , 14:133-137.

Tutar, H. (2009). Örgütsel İletişim. Ankara: Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş. 2.Baskı.

Ulusoy, H.,&Moroğlu Tokgöz, D. (2009). Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri . Pamukkale Tıp Dergisi , 2(2):55-61.

Üstün, Ç.,Vatanoğlu, E., & Demirci, N. (2012). Stoma Bakım Hemşireliğinde Etik Yaklaşımlar. Değişen Dünyada Biyoetik , No: XVIII, 281-291.

- Yardımcı , F.,Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G., & Ersun, A. (2012). Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi , 13, 131-137.
- Yardımcı, F.,&Başbakkal, Z. (2012). Tıp Bilimlerinde Ekip Kaynak Yönetimi. Nobel Medicus , 8 (3), 12-17.
- Yavuz, M. (2014). Ameliyat Öncesi Bakım. A. Karadakovan , & F. Eti Aslan içinde, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s. 223-224). Ankara: Akademisyen Yayınevi.
- Yıldırım, F. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sürekli Eğitim Etkinliklerinden Yararlanma Durumları. İstanbul: Yüksek Lisans Tezi (Danışman:Yard.Doç.Dr.Sevim Ulupınar Alıcı).
- Yıldız, M.,& Birgili, F. (2007). Muğla ve Menteşe Devlet Hastaneleri Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi , 11 (1), 1-9.
- Yüce, A. (2015). Ameliyathane Çalışanlarında Ekip Çalışması İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi , (Danışman: Yard. Doç. Dr. Sennur Kula Şahin).
- Yüksel, A. (2006). İletişim Kavramı Tanımı. U. Demiray içinde, Genel İletişim (s. 3-32). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Zel, U. (2011). Kişilik ve Liderlik. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

Aslı SALDAMLI 1985'te Sivas'ta doğdu; ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı; Sivas Selçuk Anadolu Lisesi'nden mezun olduktan sonra Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne girdi; 2009'da mezun olduktan sonra Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde yoğun bakım hemşiresi olarak göreve başladı. 2012'de Özel Bursa Dünyagöz Hastanesi'nde çalıştı; 2013'te Özel Bursa Resha Lisesi'nde Meslek Öğretmeni olarak çalıştıktan sonra 2014'te Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.

Adres Bilgileri:

Adres: Bartın Üniversitesi Lojmanları Ağdacı Kampüsü B/7
Bartın/Merkez

Tel: 05072691824

E-mail: aslisaldamli@gmail.com

EK2: ETİK KURUL ONAYI

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyelerinin Kişilerarası İlişki Tarzları ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi"			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 10/19	Tarih: 01.11.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
-----------------------	--------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilgisi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÖNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

EK3: ANKET FORMU

A- KİŞİSEL BİLGİ ANKETİ

1. Yaşınız;

- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz;

- a) Erkek
- b) Kadın

3. Medeni Durumunuz;

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış
- d) Eşinden ayrı yaşıyor
- e) Dul

4. Mesleğiniz;

- a) Cerrah
- b) Anestezi Hekimi
- c) Fizyoterapi Uzman Hekimi
- d) Ameliyathane Hemşiresi
- e) Anestezi Teknikeri
- f) Cerrahi Servis Hemşiresi
- g) Fizyoterapist
- h) Diyetisyen
- i) Sosyal Hizmet Uzmanı
- j) Fizik Tedavi Teknikeri
- k) Psikolog
- l) Beslenme Hemşiresi
- m) Gıda Mühendisi

5. Eğitim düzeyiniz;

- a) Lise
- b) Ön lisans
- c) Lisans
- d) Yüksek lisans
- e) Doktora

6. Meslekte çalıştığınız süre;

- a) 1 yıldan az
- b) 1-5 yıl arası
- c) 6-10 yıl
- d) 11-20 yıl
- e) 21 yıl ve üzeri

7. Çalışmakta olduğunuz birimde çalıştığınız süre;

- a) 1 yıldan az
- b) 1-5 yıl arası
- c) 6-10 yıl
- d) 11-20 yıl
- e) 21 yıl ve üzeri

B- EKİP ÇALIŞMASI TUTUMLARI ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
EKİP YAPISI					
1. Hasta ve ailelerinden hasta bakımı ile ilgili geribildirim istemek önemlidir.					
2. Hastalar bakım ekibinin önemli bir parçasıdır.					
3. Bu kurumun yönetimi doğrudan bakım ekiplerinin başarısını etkiler.					
4. Ekibin amacı ekip üyelerinin amaçlarından daha önemlidir.					
5. Başarılı ekip üyeleri, diğer ekip üyelerinin ihtiyaçlarını önceden tahmin edebilir.					
6. Sağlık bakımında başarılı ekipler diğer sektörlerdeki başarılı ekipler ile ortak özellikleri paylaşmaktadır.					
LİDERLİK					
7. Liderler için ekip üyeleri ile bilgi paylaşımı önemlidir.					
8. Liderler ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımı için fırsatlar yaratmalıdırlar.					
9. Başarılı liderler dürüstlikle ifade edilen hataları bir öğrenme fırsatı olarak görürler.					
10. Uygun ekip davranış modeli oluşturulması bir lider sorumluluğudur.					
11. Hasta için planlamada liderlerin ekip üyeleri ile görüşmek için zaman ayırmaları önemlidir.					
12. Ekip liderleri gerektiğinde ekip üyelerinin birbirlerine yardım etmelerini sağlamalıdır.					
DURUM İZLEMİ					
13. Bireylere önemli durumsal ipuçları için nasıl çevre taraması yapılacağı öğretilir.					
14. Hastaların takibi başarılı ekip performansına önemli bir katkı sağlar.					
15. Doğrudan bakım ekibinin bir parçası olmasa bile bireyler hastanın durumundaki değişiklikleri tarama ve rapor için teşvik edilmelidir.					
16. Diğer ekip üyelerinin duygusal ve fiziksel durumlarının kontrol edilmesi önemlidir.					
17. Bir ekip üyesinin çok yorgun veya işi yapamayacak kadar baskı altında olan diğer ekip üyesine yardım önermesi uygundur.					
18. Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdırlar.					

KARŞILIKLI DESTEK					
19. Başarılı olabilmek için, ekip üyeleri diğer ekip üyesi arkadaşlarının işlerini anlamalıdır.					
20. Bir ekip üyesinden yardım istemek bireyin işini nasıl başarılı yapabileceğini bilmediğinin göstergesidir.					
21. Ekip üyelerine yardım etmek, bireyin yapacak yeterince işi olmadığına göstergesidir.					
22. Ekip arkadaşına işi ile ilgili yardım önermek ekip performansını arttırmak için etkin bir yöntemdir.					
23. Anlaşıldığından emin oluncaya kadar hasta güvenliği ile ilgili bir konuda ısrarı sürdürmek uygundur.					
İLETİŞİM					
24. Etkili iletişimi olmayan ekiplerin hata yapma riskleri önemli ölçüde artar.					
25. Bildirilen hataların en yaygın sebebi yetersiz iletişimdir.					
26. Hastalar ve aileleri ile bilgi alışverişinin sürdürülmesi yoluyla olumsuz olaylar azaltılabilir.					
27. Verdiğim bilgiler hakkında soru soracak ekip üyeleri ile çalışmayı tercih ederim.					
28. Hasta teslim edildiğinde bilgi paylaşımı için standart bir yöntemin olması önemlidir.					

Lütfen aşağıdaki boşluğa eklemek istediğiniz bilgileri yazınız.

C- KİŞİLERARASI İLETİŞİM TARZLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, sizi ne kadar tanımladığını sağ tarafındaki seçeneklerden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız. Seçeneklerde "doğru" ya da "yanlış" diye bir değerlendirme yoktur, önemli olan sizin kendinizi nasıl tanımladığınızdır. Lütfen isim yazmayın. Katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

1	İnsanlarla konuşurken iğneleyici sözler söylemekten çekinmem.	1	2	3	4	5
2	Problemini anlatan bir kişinin, duygularından bahsetmesinden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
3	Problem yaşadığım bireyin ne hissettiğiyle ilgilenmem.	1	2	3	4	5
4	Karşımdaki insanı yapmasını istediğim davranış konusunda zorlarım.	1	2	3	4	5
5	İnsanlara emir vererek bir işi daha çabuk yaptırabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
6	Kendi çıkarım için başkalarına hoş sözler söylemekten kaçınmam.	1	2	3	4	5
7	Eleştirilmemek ya da reddedilmemek için kendi doğrularımı kendime saklarım.	1	2	3	4	5
8	İstediklerimi yapmaları için gerektiğinde insanlara gözdağı veririm.	1	2	3	4	5
9	Karşımdaki bireyle konuşurken onu küçük düşürücü ifadeler kullandığım olur.	1	2	3	4	5
10	Sorduğum sorularla karşımdakini sıkıştırmaktan hoşlanırım.	1	2	3	4	5
11	İnsanları dinlerken, sık sık sıkılıp konuyu değiştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
12	Birilerini dinlerken genelde elimde bir şeylerle oynuyor olurum	1	2	3	4	5
13	Birini dinlerken oturduğum yerde kıpırdanmadan duramam.	1	2	3	4	5
14	Haksız olsam da karşımdaki kişi ne derse desin, kendimi savunurum.	1	2	3	4	5
15	Karşımdaki kişiye açıklama yapmaktansa, doğrudan ne yapması gerektiğini söylemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
16	Sohbet sırasında birini dinlemek istemesem de dinliyormuş gibi görünürüm.	1	2	3	4	5
17	İnsanlarla çatışmaktan ve aramızda var olan problemleri tartışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
18	İnsanlarla sorunlarımı çözerken, kendi ihtiyaçlarımı ön planda tutarım.	1	2	3	4	5

19	İnsanlara istediğim bir şeyi yaptırmak için onları pohpohlarım.	1	2	3	4	5
20	Sinirlendiğimde sonradan pişman olacağım sözler söylerim.	1	2	3	4	5
21	Biri beni eleştiriyorsa "asıl sen kendine bak" derim.	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarıma kendi taktığım isimlerle seslenirim.	1	2	3	4	5
23	Dertlerini anlatan arkadaşşıma, bunları boş vermesini söylerim.	1	2	3	4	5
24	Genellikle karşımdakileri dinlerken hiç soru sormam.	1	2	3	4	5
25	Karşımdakileri eleştirmekten kaçınmam.	1	2	3	4	5
26	İnsanlarla konuşurken duygularımı gizlemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
27	Başkalarının hatalarını görürsem yüzlerine vururum.	1	2	3	4	5
28	Karşımdakilerin sorunlarını dinlemekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
29	Başka insanların beğendiğim özelliklerini övmekten çekinirim.	1	2	3	4	5
30	Birini dinlerken anlamadığım ya da kaçırdığım bir yer olduğunda, sözünü kesip anlayamadığımı ya da kaçırdığımı söyleyemem.	1	2	3	4	5
31	Söylediklerimin aynen yapılmasını beklerim.	1	2	3	4	5
32	İnsanların çoğunun aptal olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
33	Öfkelendiğimde genellikle bağırıp çağırırım.	1	2	3	4	5
34	Eğer bir kişiye kızmışsam öfkemi başkalarından çıkarırım.	1	2	3	4	5
35	Birisiyle konuşurken göz teması kurmaktan rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
36	Birini dinlemek istemezsem ilgisiz sorularla geçiştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
37	Sıkıcı konular açıldığında; konuyu hemen değiştiririm.	1	2	3	4	5
38	Sıklıkla konuşulan konu sonlanmadan başka bir konuya geçtiğimi fark ettiğim olmuştur.	1	2	3	4	5

39	Kişilerarası sorunumu çözerken, karşımdakini anlamak zorunda olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
40	Genelde, almak istediğim cevabı alacağım türden sorular sorarım.	1	2	3	4	5
41	İnsanlar yaptığım övgüleri hak etmeseler de onları överim	1	2	3	4	5
42	Biriyle tartışırken, tek amacım o tartışmayı kazanmaktır.	1	2	3	4	5
43	Karşımdakilerle içten içe alay etmekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5
44	İnsanlara nasihat vermeyi severim	1	2	3	4	5
45	İnsanların dış görünüşleri onlara karşı davranışlarımı/konuşma biçimimi/ilişkilerimi belirler.	1	2	3	4	5
46	İnsanlar istediklerimi yapmazlarsa onlara küseceğimi bilirler.	1	2	3	4	5
47	Arkadaşlarıma isim takmaktan hoşlanırım.	1	2	3	4	5
48	Karşımdakini sorguya çekiyormuşum gibi sorular sorarım.	1	2	3	4	5
49	Çoğu zaman isteklerimi yaptırmak için insanlara karşı tehditkar olurum.	1	2	3	4	5
50	Karşımdaki kişi ile aynı düşünceleri paylaşmadığımda söylediklerini sonuna kadar dinleyemem.	1	2	3	4	5
51	Çevremdeki insanları kendi istek ve gereksinimlerime göre yönlendiririm.	1	2	3	4	5
52	Başkalarına emirler vermekten hoşlanırım	1	2	3	4	5
53	Karşımdakini dinlerken aklımda başka düşünceler olsa da onu anlıyormuş gibi görünmeye devam ederim.	1	2	3	4	5
54	Çok öfkeli olduğum zaman gözüm hiç kimseyi görmez.	1	2	3	4	5
55	Başkasıyla konuşurken, cevabımı pek önemsemediğim halde sorular sorarım.	1	2	3	4	5
56	Birileri benimle tartışırsa sonunda kırılacaklarını bilirler.	1	2	3	4	5
57	İnsanların çoğunun riyakar olduğuna inanırım	1	2	3	4	5
58	Birisi bana sorunlarını anlatmaya başladığında içimden "umarım fazla uzatmaz" diye geçiririm.	1	2	3	4	5
59	İsteklerimi soru şeklinde (yapar mısın, eder misin gibi) yöneltmek yerine doğrudan (yap, et gibi) ifade etmeyi tercih	1	2	3	4	5
60	Kendi düşüncelerimi savunmak için gerekirse karşımdakini kırarım.	1	2	3	4	5

EK4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sayın Katılımcı,

Sizi “Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyelerinin Kişilerarası İletişim Tarzları ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz.

Anket formunda 95 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 60 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] 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. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Çalışmada elde edilen bigilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasını

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Gönüllünün (kendi el yazısı ile) adı-soyadı, imzası, adresi, varsa telefon no, tarih (gün/ay/yıl):/..../.....

Açıklamaları yapan kişinin adı-soyadı, imzası, adresi, telefon no, tarih (gün/ay/yıl):.../..../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırıcı tarafından saklanacaktır.

EK5:KURUM İZİN BAŞVURU DİLEKÇELERİ

T.C.
BARTIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 78239813/044
Konu : Anket İzni

BARTIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
(Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü)
BARTIN

İLGİ: 23/11/2017 tarih ve 1700074015 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza konu Yüksekokulunuz Öğretim Görevlisi Aslı SILDAMLINın Bartın Devlet Hastanesi bünyesinde çalışan cerrahi girişim sürecinde yer alan sağlık ekibi üyelerine "*Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Ekip Üyelerinin Kişilerarası İletişim Tarzları ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi*" başlıklı anket çalışmasını yürütmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

25.11.2017

Dr. Dursun KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü Kırtepe Mh. Arifler Sk. 74100 Bartın bartin.saglhizmetleri@saglik.gov.tr
Bilgi için: Oktay DEMİR Faks No:03782270296 Unvan:SAĞLIK MEMURU
e-Posta:oktay.demir@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.bartın.ism.saglik.gov.tr Telefon No:0378 228 36 55

EK6: ÖLÇEK İZİNLERİ

Kimden: "Handan Deniz Ayalp" <hdenizayalp@gmail.com>
Kime: asaldamli@bartin.edu.tr
Gönderilenler: 19 Ekim Perşembe 2017 17:28:11
Konu: Re: Tez Çalışmasında Kişilerarası İlişki T: arı Ölçeği Kullanım İzni

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Saldamlı,

Kişilerarası İletişim Tarzları Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak lütfen size gönderdiğim ölçek kopyasını ve puanlama formunu olduğu gibi kullanın ve gerekli referansa çalışmanızda yer verin. Referans vermeniz ve gerekli bilgileri edinmeniz için gerekli olan kaynağı ekte gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Kimden: "figen yordimci" <figen.yardimci@ege.edu.tr>
Kime: "Aslı SALDAMLı" <asaldamli@bartin.edu.tr>
Gönderilenler: 17 Ekim Salı 2017 15:33:06
Konu: Re: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Kullanım İzni

Merhaba Aslı,
Ekte ölçeği gönderiyorum, iyi çalışmalar dilerim.
