

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ**  
**GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ayşe YALÇINKAYA**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR**

**İZMİR**

**2010**

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ**  
**GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ayşe YALÇINKAYA**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR**

**İZMİR**

**2010**



## DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

**Başkan: Yard. Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR .....**

**(Danışman)**

**Üye: Doç. Dr. Meryem YAVUZ .....**

**Üye: Yard. Doç. Dr. Dilek ÇAKIR UMAR .....**

**Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 21.09.2010**

## ÖNSÖZ

*Çalışmalarım süresince değerli görüş ve fikirleri ile tezimin olgunlaşmasını sağlayan, rehberlik ve desteğini aldığım, yüksek lisans eğitimimin tüm aşamalarında motivasyonumu arttıran çok değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR' a, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üye ve Elemanlarına,*

*Çalışmayı uygulama olanağı bulduğum İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi kurum yöneticilerine ve çalışanlarına, araştırmaya katılan tüm ameliyathane ekibine, tezimin veri toplama aşamasında desteklerini aldığım arkadaşlarım Nur Aybüke ULUDA ve Semra KARTAL'a,*

*Çalışmalarım süresince her zaman yanımda olan biricik arkadaşım Çiğdem EROL'a,*

*İstatistiksel değerlendirme aşamasında katkılarını esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Saniye ÇİMEN'e,*

*Tez çalışmalarım sırasında her zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen beni yetiştiren annem Şerife KABAK ve babam Mehmet KABAK' a, her zaman yanımda olduğunu bana hissettiren beni destekleyen eşimin ailesine,*

*Son olarak her zaman desteğini, yüreğini, emeğini ve sabrını benden esirgemeyen eşsiz insan, hayat arkadaşım eşim Murat YALÇINKAYA' ya ve varlığı ile sevgisi ile yüksek lisans eğitimim boyunca çalışma gücü bulduğum sevgili oğlum Ada YALÇINKAYA' ya yüreğten ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.*

**Ayşe YALÇINKAYA**

**İZMİR – 2010**

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
	<b>No</b>
ÖNSÖZ .....	I
İÇİNDEKİLER .....	II
TABLOLAR DİZİNİ .....	X
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XII
GRAFİKLER DİZİNİ.....	XIII

## **BÖLÜM I**

### **GİRİŞ**

1.1.Problemin Tanımı .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
1.4. Araştırmanın Önemi.....	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	10
1.6. Tanımlar .....	11

**GENEL BİLGİLER**

1.7.1.Yönetim Kavramı .....	12
1.7.2.Yönetimin Tarihçesi .....	13
1.7.3.Yönetici Tanımı ve Yönetici Tipleri .....	16
1.7.3.1.Yönetici Tipleri.....	16
1.7.4.Yönetim Biçimleri .....	17
1.7.5.Yönetimin Özellikleri .....	17
1.7.6.Yönetimin İşlevleri.....	18
1.8. Sağlık Kurumlarında Yönetim .....	20
1.8.1. Hastane Tanımları .....	20
1.8.2. Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Özelliği .....	23
1.8.3. Sağlık Kurumları Yönetiminde Değişen Roller .....	24
1.9. Liderlik Kavramı.....	25
1.9.1. Liderlik Tipleri Üzerine Araştırmalar .....	32
1.10. Sağlık Ekibi.....	35
1.10.1. Sağlık Ekibinin Amaç ve Hedefleri .....	36
1.10.2. Ekip Çalışmasının Faydaları .....	37

	<b>Sayfa</b>
	<b>No</b>
1.11. Ameliyathane Yöntemi .....	38
1.11.1. Cerrahi Ortam ve Ameliyathane Tanımı .....	38
1.11.2. Cerrahi Ekibin Üyeleri .....	39
1.11.2.1. Cerrahi Ekibin Görev Tanımları.....	39
1.12. Ölçek Uyarlama Çalışmaları.....	42
1.12.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi .....	43
1.12.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi .....	44
1.12.3. Güvenirlik .....	44
1.12.3.1. Değişmezlik (Stability).....	46
1.12.3.2. Ölçümcü Güvenirliği .....	47
1.12.3.3. İç Tutarlılık .....	48
1.12.4. Geçerlik .....	50
1.12.4.1. İçerik/Kapsam Geçerliği.....	51
1.12.4.2. Ölçüte Bağlı Geçerlik .....	52
1.12.4.3.Yapı Geçerliği.....	53
1.12.5. Kültürler Arası Karşılaştırma .....	55



**BÖLÜM II****GEREÇ VE YÖNTEM**

2.1. Araştırmanın Tipi.....	56
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	56
2.3. Araştırmanın Evreni .....	56
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	57
2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	57
2.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	60
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	61
2.7.1.”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar .....	61
2.7.2.”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Kapsam Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar.....	62
2.7.3.”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Psikometrik Uygunluğu Güvenirlilik ve Geçerlik Yöntemleri .....	63
2.8. Süre ve Olanaklar .....	64
2.9. Araştırmanın Etiği.....	65

**BÖLÜM III****BULGULAR**

3.1. Ameliyathane Ekibi Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	66
3.1.1. Ekibin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	66
3.2 .”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Bulgular .....	69
3.3 .”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Güvenirlik ve Geçerlik Analizlerine Yönelik Bulgular .....	70
3.3.1.”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Geçerlik Analizleri .....	70
3.3.1.1. ”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin “Kapsam Geçerliği”ne İlişkin Bulgular .....	70
3.3.2.”Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Geçerlik Analizleri .....	79
3.3.2.1. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği” Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlarına İlişkin Bulgular .....	79
3.3.2.2. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin İç Tutarlığına İlişkin Bulgular .....	85
3.4. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Diğer Bölümlerinin İstatistiksel Analizlerine Yönelik Bulgular .....	95

**BÖLÜM IV****TARTIŞMA**

4.1. Ameliyathane Ekibinin Sosyodemografik Özellikleri .....	106
4.2. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Yapılan İşlemler Dil Uyarlaması.....	107
4.3. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Geçerliğinin ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi.....	108
4.3.1. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	108
4.3.1.1. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği” nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi .....	109
4.3.2. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi .....	110
4.3.2.1. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği” Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlarının Değerlendirilmesi .....	111
4.3.2.2. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin İç Tutarlılık Değerlendirilmesi .....	112
4.3.2.3. “Ameliyathane Yönetim Tutum Ölçeği”nin Zamana Göre Değişmezlik Değerlendirilmesi .....	116

**BÖLÜM V**

**SONUÇ VE ÖNERİLER**

5.1. Sonuçlar ..... 122

5.2. Öneriler ..... 124

**BÖLÜM VI**

Özet ..... 126

Abstract ..... 128

**BÖLÜM VII**

Yaralanılan Kaynaklar ..... 130

**EKLER**

<b>EK 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU .....</b>	<b>142</b>
<b>EK 2. “AMELİYATHANE YÖNETİM TUTUM ÖLÇEĞİ” ANKET FORMU ...</b>	<b>144</b>
<b>EK 3. “AMELİYATHANE YÖNETİM TUTUM” ÖLÇEĞİNİN ORJİNAL İNGİLİZCE FORMU .....</b>	<b>151</b>
<b>EK 4. “ATTITUDES TO TEAMWORK AND SAFETY IN THE OPERATING THEATRE” KONULU ARAŞTIRMADAN BİR BÖLÜM .....</b>	<b>162</b>
<b>EK 5. DİL GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR .....</b>	<b>163</b>
<b>EK 6. GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR .....</b>	<b>164</b>
<b>EK 7. AMELİYATHANE YÖNETİM TUTUM ÖLÇEĞİ’NİN İZİN YAZISI.....</b>	<b>165</b>
<b>EK 8. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL İZİNİ .....</b>	<b>167</b>
<b>EK 9. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN BELGESİ .....</b>	<b>168</b>
<b>EK 10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU.....</b>	<b>170</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>171</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
<b>Tablo 1.</b> Ölçeklerin Güvenirliğini Test Etmek İçin Kullanılan Yöntemler .....	45
<b>Tablo 2.</b> Ölçeklerin Geçerliğini Test Etmek İçin Kullanılan Yöntemler.....	51
<b>Tablo 3.</b> Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler .....	63
<b>Tablo 4.</b> Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler .....	63
<b>Tablo 5.</b> Ameliyathane Ekibi Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	67
<b>Tablo 6.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Maddelerinin Kapsam Geçerliği İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi .....	74
<b>Tablo 7.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarının Maddeleri .....	79
<b>Tablo 8.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Alt boyut Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	80
<b>Tablo 9.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri .....	84
<b>Tablo 10.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları .....	85

<b>Tablo No</b>	<b>No</b>
<b>Tablo 11.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Madde Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları .....	87
<b>Tablo 12.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları .....	93
<b>Tablo 13.</b> Bireylerin Ameliyathane Personeli ile Deneyimlediği İş Birliği Kalitesine Göre Dağılımları .....	95
<b>Tablo 14.</b> Tıbbi Hata (67.- 71. Soruların Dağılımı) .....	96
<b>Tablo 15.</b> Ameliyathane Çalışanlarının Verimliliği Nasıl Arttırılabilir? .....	97
<b>Tablo 16.</b> Ameliyathane Çalışanlarının İş Doyumu Nasıl Arttırılabilir? .....	98
<b>Tablo 17.</b> Alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, En Çok Hangisi Sizi Rahatsız Eder? .....	99
<b>Tablo 18.</b> Alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, Güven Yönetiminiz En Çok Etkilenir? .....	100
<b>Tablo 19.</b> Belirtilmiş Olan Dört Yönetici Tipini Değerlendiriniz .....	101
<b>Tablo 20.</b> Ameliyathanede En Sık Gözlemlediğiniz Üç Hata Nedir? .....	103
<b>Tablo 21.</b> Deneyimlerinize Göre, Ameliyathanede Hataların Yönetimi İçin, En Etkili Olduğunu Gördüğünüz Stratejiler Nelerdir? .....	104

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Yüksek Lisans Tez Çalışmasının Zamana Göre Dağılımı.....	64



## GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No	Sayfa
<b>Grafik 1.</b> “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	No 94

# BÖLÜM I

## 1-GİRİŞ

### 1.1-PROBLEMİN TANIMI

Tarih boyunca hemen her toplumda sağlık, önemli sosyal faktörlerden biri olmuştur (70). Sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bakımından bir göstergesi olmasının yanı sıra, aynı zamanda da bu gelişmenin elde edilmesinde de önemli rol oynayan bir unsur olarak değerlendirilen bir kavramdır. Sağlık bu anlamda bir yönüyle doğrudan toplumların hayat seviyelerinin yükseltilmesi ile ilgili ve tüketim yönü olan bir alan, diğer yönüyle de bu hayat seviyesinin yükseltilebilmesine katkıda bulunan bir yatırım alanı olarak görülmektedir (54).

Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomisinin önemli bir parçasıdır ve büyük bir hizmet sektörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri kişisel faydanın yanı sıra, topluma da sosyal fayda sağlamaktadır (90).

Toplum açısından yüksek bir sağlık düzeyi, sosyal ve ekonomik yönden üretken yaşama adım atmak açısından gereklidir (77). Çünkü kişilerin sağlıklı olmaları, hastalık nedeni ile kaybedilecek süreyi azaltmakta, maliyetin düşmesine ve üretimin artmasına sebep olmaktadır. Sağlık sektörüne aktarılan kaynaklarının etkili ve verimli kullanılabilmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sağlanması her zaman gündemi meşgul eden bir konu olmuştur (54).

Ülkemizdeki sağlıklı insan sayısını arttırmak, tüm sağlık çalışanlarının ortak hedefidir. İnsanların her geçen gün daha fazla bilinçlenmesi ve sağlık hizmetlerine arzın artması kalite olgusunu ön plana almıştır (24).

Sağlıkta Kalite Güvenliği; kavram olarak, sağlık personelinin topluma vermekle yükümlü olduğu hizmetlerin kalitesi ile ilgili sorumluluklarından kaynaklanmaktadır (5, 20, 59).

Sağlık alanında kalitenin ne ifade ettiği ise, neredeyse kanserin tedavisi kadar önemle üzerinde çalışılan bir konu durumuna gelmiştir. Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır (24, 74). Günümüzde kalite, gelişmiş ülkelerde, sadece topluma en nitelikli hizmeti sağlama yolunda mesleki bir çabadan öte, toplumun da her alanda talebi konumuna gelmiştir. Tüketiciler, maliyeti giderek artan sağlık hizmetleri karşısında bu hizmetleri üretenlerden kendi harcadıklarına kanıt istemektedirler (20). Sağlık hizmetlerinin kıt kaynaklar kullanılarak hızlı, verimli ve kaliteli bir biçimde üretilebilmesi ise, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların modern yönetim ve organizasyon anlayışına göre yönetilmeleri ile mümkün olabilir (90). Bir yandan toplum talep ettiği kaliteli bakımı almak hakkımızdır derken, hizmetleri üretenler de bu beklenti ve talep karşılığında daha iyi hizmet verme yarışına girmektedirler (85, 102).

Hasta güvenliği problemleri vücut bakımının akut olmadığı zamanlarda ortaya çıkabilir (35, 108). Hasta güvenliği: Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır (60).

“Institute of Medicine” yayınladığı iki raporda, sağlık hizmetlerinin en önemli iki sorununun tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite olduğunu bildirmektedir. Bu raporlara göre Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 98,000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. Aynı ülkede hekimler ve toplumun sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşmış ve karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde % 35, toplumda ise % 42 olarak bulunmuştur (16, 46, 47).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sisteminin gelişmesi için sağlık sektörünün içinde uyum sağlanmasını öngörmekte ve değişik kategorilerdeki sağlık personelinin, iş bölümü açısından anlaşmalarını, disiplin içi ve disiplinler arası işbirliği yapılmasını beklemektedir. DSÖ aynı zamanda "Sağlık sisteminin kuruluşunu desteklemek ve geliştirmek için" meslek gruplarının ekip çalışmasının önemini kavramalarını ve bu doğrultuda hareket etmelerini öngörmüştür. Alma-Ata Bildirgesinin 9. Maddesinde de etkin bir sağlık hizmeti sunmanın önemli öğelerinden birinin "ekip çalışması" olduğu vurgulanmıştır (48).

Ekibin verimli olmasının yolu üyelerin birbirine karşı olan güveni ve bağlılığından geçer. Bu özelliklerin geliştirilmesinde ekip lideri önemli rol oynar (15). Ekip çalışmalarının yöneticisi olan lider tanım olarak; başkalarını etkileyebilen, nereye, nasıl gidileceğini gösteren, hedef ve misyonu ile yol gösteren rehber bir kişidir (27, 86, 106). Yönetici ise, başkaları tarafından o pozisyona getirilmiş, başkaları adına çalışan, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için çaba gösteren kişidir (98, 106).

Sağlık hizmetinin bütünlüğü tüm diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi işbirliği bilincine sahip yönetici lider gerektirir (109). Ülkemizde yıllarca bu alanda doğal lider 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair kanunun 1. Maddesi'ne göre hekim olarak kabul edilmiştir. “Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk olmak şarttır” Bu temel kanun gereği tanı ve tedavinin tüm sorumluluğunu hekim yıllarca tek başına yetkilerini devretmeksizin, ekip vizyonu, duyarlılık ve sorumluluğu paylaşılmaksızın üstlenmiştir. Günümüzde, tüm dünyada, özellikle hekimler ve hemşireler arasında çalışma ortamında işbirliği zayıf bulunmuştur (106).

Hastanede ameliyathane ekibiyle diğer bölümlerin birbirleriyle olan ilişkileri incelendiğinde, ameliyathane yönetim sisteminin ne kadar karmaşık bir yapıda olduğunu göstermektedir. Birçok farklı profesyonel ve desteklenmiş gruplarla yapılan çalışmalar göstermektedir ki ameliyathanelerin hiyerarşik yönetim yapısında rekabet ve çekişme vardır (83). Ameliyathane personelinin takım çalışması ve güvenlikle ilgili davranışlara karşı tutumlarını belirlemek için İsrail, ABD, Almanya, İsviçre ve İtalya'da cerrahi ekip ORMAQ kullanılarak incelemişlerdir. Cerrahlar tecrübesizliğin kendi hatalarının temel kaynağı olduğuna, iletişimdeki aksaklıkların, tükenmişliğin ve kavrayışlarındaki zayıflığın bu hatalara katkıda bulunduğuna inanmaktadır (33, 35).

Gözlemsel ve görüşmeye dayalı çalışmalar cerrahi grupları anlamamızda önemli bir rol oynayabilir fakat tamamlayıcı bir yaklaşım da bu davranışları etkileyen tutumların altında yatan koşulları incelemelidir. Bu şekildeki verileri değerlendirmek için en etkili metotlardan biri de ölçek çalışmasıdır.

## 1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin Türk toplumu için güvenilir ve geçerli bir araç olup olmadığını incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın diğer amacı ise; ameliyathane ekibine ve yönetimine geçerliği ve güvenilirliği sınanarak kazandırılması planlanan ölçek sağlamaktır.

## 1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

**H<sub>0</sub>:** Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri Türk toplumu için uygundur.

**H<sub>1</sub>:** Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri Türk toplumu için uygun değildir.

## 1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

1999'da ABD Tıp Enstitüsü tarafından hazırlanan bir rapora göre ABD'de her yıl 44-98 bin hasta tıbbi hatalar yüzünden ölmektedir. Hataların çoğu doktor hatasının aksine, kurumsal aksaklıklar ve sistemdeki eksikliklerden kaynaklanmaktadır (76).

Tıp Enstitüsü'nün tıbbi hata tanımı Şu Őekildedir: Planlanan bir işin amaçlandığı Şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanmasıdır (60).

Dünya Sağlık Örgütü de (DSÖ) tıbbi hataların önemli bir sağlık problemi olduğunu görünce 2004 yılında bir hasta güvenliği birimi oluşturmuştur. ABD'deki araştırmalar tıbbi hataların beşinci ölüm nedeni olabileceğini ortaya koymuştur (103, 110).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın (National Patient Safety Foundation) hasta güvenliği tanımında: Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının giderilmesi veya azaltılmasıdır (60).

Hasta güvenliğini korumada liderlik, karar verme, kendine güven, ekip koordinasyonu gibi teknik olmayan hünerlerde sorumludur. Ameliyathanelerde kimyasal, fiziksel ve biyolojik etkenlere bağlı riskler daha fazladır. Hasta güvenliğinin ameliyat sırası dönemde cerrahların teknik olmayan hünerleri aynı derece anlamlı bir rol oynamaktadır (34, 35). Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır (2, 3).

Hastaneler, bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık sisteminin yapı taşlarıdır. İlk çağlarda sosyal ve dini kurumlar tarafından kurulan hastaneler, sadece düşkünlere bakan yardım kuruluşları iken bilgi çağının değişen koşulları, hastanelerin toplumdaki konumlarını ve rollerini değiştirmiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda bakteriyoloji, anestezi, cerrahi ve laboratuvar tekniklerindeki gelişmelerle birlikte sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan paradigma değişikliğine paralel olarak hastane yönetiminde de radikal değişimler yaşanmıştır (38).

Hastaneler, sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri üreten günümüzün en karmaşık işletmeleri yapısal, teknolojik ve çevresel özellikleri nedeniyle en yüksek uzmanlaşmaya sahip birer örgüt ve toplumsal örgütlerin en eski örneklerinden birini oluşturan organizasyonlardır (10, 91, 97).

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde toplumun sağlığını üst düzeyde tutmak sağlık yöneticilerinin en büyük hedeflerindedir (84). Sağlık Yöneticisi, “sağlık hizmetlerinin, amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar yoluyla sunulmasını sağlayan kişi olarak tanımlanabilir.” Sağlık yönetiminden bahsedildiğinde ilk olarak akla hastaneler ve hastane yönetimi gelmektedir. Bir girişim olarak hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde bulunan örgütlerdir (53).

Hastane yönetimi, hastanelerin çok ileri düzeyde uzmanlaşmış işlevlerinden kaynaklanan karmaşık bir örgüt yapısına sahip olması nedeniyle diğer örgütlerin yönetiminden farklılıklar göstermektedir. Ancak hızlı nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık bilincinin yükselmesi, hastaların/müşterilerin değişen talepleri, tıbbi uygulama gereksinimlerinin artması, aşırı rekabet, tıp alanında ileri teknolojilerin hızla yaygınlaşması nedeniyle hastanelerin etkin ve verimli bir şekilde yönetimi önem kazanmaktadır (21). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerin işlevlerini; hasta bakımı, toplum sağlığı hizmetleri, eğitim, tıbbi araştırma ve varlığını sürdürebilme şeklinde gruplandırmaktadır (8).

Sağlık ekibi; sağlık kurumlarında, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesinde değişik sağlık mesleklerinden üyelerin bir araya geldikleri, her birinin kendi görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir



birliktir. Hemşire, hekim, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerden oluşan sağlık ekibindeki her bir meslek üyesinin kendine özgü fakat birbirini tamamlayıcı hizmet vermesi beklenir (61).

Ameliyat olmak ve ameliyathane çoğumuzun hayatında önemli bir yeri olan çok özel bir yerdir (19). Ameliyathane, ekip ile uzun süreli fiziksel yakınlığı gerektirmesi, yaşamı tehdit eden durumların bulunması ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi nedeniyle stresli bir ortamdır (50).

Başka bir tamımda ise; Ameliyathane, yüksek teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, yeni bilgilerin ışığında çeşitli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızla alınmasının çok önemli olduğu bir ortamdır. (27, 38, 53).

Ameliyathane Yönetimi: planlama, örgütleme, danışma birimleri, yönetme, eşgüdüm, rapor verme, bütçe ve finans gibi yönetim süreçlerinde gerçekleştirilerek, kaynak israfına yer vermeden elinde bulunan olanakları en iyi biçimde kullanarak, işlerin daha ucuz, daha basit ve daha iyi yapılmasını sağlamaktır. Ameliyathanede yönetim; insan kaynakları yönetimi, malzeme yönetimi, organizasyon yönetimi, kalite yönetimi süreçlerinde gerçekleştirilir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre; ameliyathanelerin yönetimi, hizmete devamlı hazır bulundurulması, alet ve malzemenin sağlanması, bakım, onarım ihtiyaçlarının saptanarak yaptırılmak üzere ilgililere bildirilmesi ve burada çalışan personelin yönetimi ve eğitimlerinin yapılmasıdır (105).

Latince olan kökeninde “harekete hazır” anlamına gelen tutum kavramının tanımı konusunda ortak bir tanım üzerinde durulamamasının temel nedeni olarak Sosyal Bilimler kapsamında yer alan disiplinlerce kavrama farklı açılardan yaklaşılması gösterilebilir (9, 93, 94).

Tutum, sosyal psikolojide tarihsel öneme sahip klasik bir tanımla, "bireyin belirli bir sosyal objeye karşı tepkisini dinamik bir tarzda etkileyen, bireyin deneyimlerine göre örgütlenmiş ve davranış hazırlığı niteliğindeki zihinsel ve nöropsikolojik bir durum" olarak nitelenebilir (12, 23).

Yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerine yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumu olarak tanımlanan tutum kavramı bireylerin öğrenmelerini olumlu ya da olumsuz yönde etkileme gücüne sahiptir (23).

Tutum kavramını Thurstone (1931) psikolojik bir objeye yönelen olumlu ya da olumsuz yoğunluk sıralaması ve derecelemesi olarak tanımlamıştır. Katz (1967), bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi veya dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünce biçimidir tanımını yapmıştır. Smith (1968) tutumu başka bir deyişle, bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilim olarak belirtmiştir (12). Oppenheim (1992), ise tutumun duyuşsal alan davranışlarının önemli bir bölümünü oluşturduğunu belirtmekte ve tutumla ilgili olarak “bir bireyin herhangi bir uyarıcı karşısında olumlu ya da olumsuz tepki gösterme eğilimi” tanımını yapmıştır.

Özgüven (1994) tutumu; bireylerin belirli bir kişiyi, bir grubu, kurumu veya bir düşünceyi kabul ya da reddetme şeklinde gözlenen, duygusal bir hazır oluş hali veya eğilimi olarak tanımlamıştır (12). Ülgen (1995) kavrama bir başka açıdan yaklaşarak tutumların öğrenme yoluyla kazanıldığını ve öğrenmeyle kazanılan bu özelliklerin bireyin davranışlarına yön veren karar verme sürecinde yanlılığa neden olabildiğini belirtmiştir (39).

Bu araştırma Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule, tarafından İngiltere’de kullanılmak üzere uyarlanmış olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmış ve ölçek Türk literatürüne kazandırılmıştır.

### **1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bu araştırma; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde Genel Cerrahi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Göz, Üroloji, Nöroşirürji, Kalp-Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dallarında çalışan ameliyathane ekibi ile sınırlıdır.

Araştırma kapsamına alınacak ameliyathane ekibinin ise şu özelliklere sahip olmasına dikkat edilmiştir:

- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ameliyathanelerinde ameliyat ekibinde çalışması,

-Araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

## 1.6- TANIMLAR

**Ameliyathane Yönetimi:** Hizmete devamlı hazır bulundurulması, alet ve malzemenin sağlanması, bakım, onarım ihtiyaçlarının saptanarak yaptırılmak üzere ilgililere bildirilmesi ve burada çalışan personelin yönetimi ve eğitimlerinin yapılmasıdır (72, 104).

**Lider:** Başkalarını etkileyebilen, nereye, nasıl gidileceğini gösteren, hedef ve misyon koyan yani yol gösteren rehber bir kişidir (27).

**Tutum:** Yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerine yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur (Allport, 1935(12)).

**Ölçek Uyarlaması:** Bir kültürde geliştirilen ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlıklar aşamasıdır (37, 57, 63, 64).

**Geçerlik:** Bir ölçeğin istenilen özelliği ölçme ve bu işi diğer özelliklerinin etkilerine kapalı kalarak yani onların etkilerini ölçümlere yansıtmadan yapma derecesidir (37, 57, 63, 64).

**Güvenirlilik:** Bir ölçme aracının hatalardan arınmış olarak ölçme yapabilme yeteneğidir (37, 57, 63, 64).

## 1.7. GENEL BİLGİLER

### 1.7.1.YÖNETİM KAVRAMI

Yönetim kavramı artık sadece kar amaçlı ticari kuruluşlardaki beden gücüne dayalı işler için değil, aksine beden işçisi olmayan kişilerin yaptıkları işlerin verimi için de gerekli bir kavram haline gelmiştir. Bu nedenle özellikle sağlık sektöründe çağdaş yönetim anlayışı ve ilkelerinin bilinmesi gerekmektedir (42).

Yönetim için çeşitli tanımlar bulunmaktadır:

Yönetim belli bir hedefe ekiple erişme, bir başka deyişle ekip elemanlarına iş yaptırma faaliyetidir (55).

Yönetim, amaçların başka insanlarla birlikte ve onlar yoluyla gerçekleştirilmesidir (55).

Yönetim, belirli bir işbirliği ve ilişki sistemi içinde bir araya gelen insanların, ortak amaçlarını gerçekleştirmek üzere yapacağı faaliyetlerin düzenlenmesi süreci olarak tanımlanabilir (13).

"Yönetim insanlarla işlerin yapılmasını sağlamaktır ."

"Yönetim, saptanan amaçların insanlarla birlikte ve onlar sayesinde gerçekleşmesi için gereken örgütsel bir süreçtir ."

"Önceden belirlenen hedeflere, insanlar ve diğer kaynaklar yardımıyla, örgütlü bir biçimde ulaşmak için gerekli olan, birbiri ile ilişkili teknik ve faaliyetler ile işlevlerden oluşan bir süreçtir" (42).

Çok bilinen tanımı ile yönetim, amaçların başka insanlarla birlikte ve onlar yoluyla gerçekleştirilmesidir (44).

Sears'e göre yönetim; "Bir atılımın amaçlarını gerçekleştirmek için, o atılımı en uygun insan ve maddi kaynakların sağlanması ve bunların en etkili kullanıldığı süreçtir" (23).

Yönetim; personeli bir ekip çalışması düzeninde örgütlemeli, her personelin görev ve sorumluluklarını netleştirmeli ve hangi işin kim ya da kimler tarafından yapılacağını iyice tartışarak belirlemelidir. Personelin ekip hizmetlerine tam katılımını sağlamak ve arttırmak için de hakkaniyet ve liyakate dikkat edilmesi ise gereklidir. Yönetim personelinin duygularını önemsemeli ve dikkate almalıdır (86).

Sağlık hizmetlerinin yönetimi için uygun olabilecek bir tanım ise:

"Sağlık hizmetleri yönetimi, bireylere, toplumlara ya da kurumlara, sağlık ve tıbbi bakım ile iyi bir ortamda yaşamalarını sağlamak için, yapılacak işleri ve kullanılacak kaynakları ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda, planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmektir ." şeklindedir (42).

### **1.7.2. Yönetimin Tarihçesi**

Yönetim bilimiyle ilgili bilimsel gelişmeler 18. yy. da başlamıştır. 18. yy. da başlayan endüstri gelişimi işçinin iş üzerindeki sınırsız bağımsızlığını kaybetmesine bireysel iş üretiminin toplu hareket etme ve çalışmaya dönüştürmesine neden olmuştur. Böylece iş çalışma toplulukları oluşmaya başlayınca onları örgütleyip bir amaç için harekete geçiren, program yapan, onları denetleyen ve değerlendiren yöneticilere ihtiyaç doğmuştur. Bütün bunlar yönetim biliminin gelişmesini

sağlamıştır. Artık el yordamıyla önderlik – yöneticilik yapmak güçleşmiştir. Ortaklıkların doğması yeni işletmelerin faaliyete geçmesi yönetici azlığı, yetiştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Yönetimin tarihi çok eskilere dayanır. *Taylor*, işçiler ve üretim üzerine araştırma ve incelemelerde bulunmuştur. Yaptığı incelemelerde yetersiz örgütlenme ve denetlemenin iş ve araç tutumsuzluğuna yol açtığını görmüştür. *Taylor*, “*Bilimsel Yönetim Teorisi*”nin kurucusudur ve yönetimin iş bölümü esasına dayalı olarak bilimsel yöntemlerle yapılmasını savunmuştur. 1911 yılındaki “Bilimsel Yönetim” adlı kitabıyla yönetime bilimsel açıdan yaklaşılmasını başlatmıştır. 1930 yılına kadar geliştirilerek kullanılan “Klâsik Yönetim” anlayışı, insanın özde tembel, bencil, iş yapmaktan kaçmanın yollarını araştıran kişiler olduğu varsayımından yola çıkar.

Bu nedenle, onları üretken ve etkili duruma getirmek için zorlamayı ve mekanik düzenlemeleri geçerli sayar. 1930’lu yıllarda başlayıp, 1960’dan sonra hız kazanan yöneticilik anlayışında, insan ilişkileri benimsenmeye başlanmıştır.

Fayol, Mayo, Maslow, Herzberg, Mc Gregor gibi düşünürler, insanı ön plâna çıkararak, sosyolojik ve psikolojik araştırmaları ile çalışanların arzu ve ihtiyaçları, moral ve motivasyon değerlerine önem vermişler ve onları özendirici düzenlemeler yapmışlardır. Fayol ve arkadaşları bir işletmenin başarı düzeyini ortaya koyan en önemli unsurlar olarak insanların becerileri, iç dünyaları, düşünceleri ve enerjisinin önemli olduğu görüşünü kabul etmişlerdir. *Fayol*’un yönetim düşüncesine katkıları, yöneticilik ve genel müdürlük tecrübelerinin ürünüdür. *Fayol*, yönetim sürecinin fonksiyonlara ayırarak incelemiştir. *Yönetim Süreci Yaklaşımını (planlama, örgütlenme, uygulama, değerlendirme)* savunmuştur.

*Max Weber Bürokrasi Yaklaşımının* savunucusu ve kurucusudur. Taylor, Fayol ve Weberin kurmuş geliştirmiş olduğu bu teorilere *Klasik (geleneksel) Yönetim Yaklaşımı* denilmektedir. Daha sonraları yönetim bilimi çeşitli ekollere ayrılmıştır. Bunlardan bazıları *Davranışsal Yaklaşım, Sistem Yaklaşımı, Durumsallık (Koşulsallık) Yaklaşımıdır*. Bunlara da *Modern Yönetim Yaklaşımları* denir. En son geliştirilen ve üzerinde durulan teori; *Kalite ve Toplum Kalite Yöntemidir*. Buna da *Çağdaş Kavram (Son Gelişmeler)* denilmektedir.

Çeşitli bilim insanları yönetimin kronolojik gelişimini farklı sıra ve bölümlerle incelemişlerdir. Bunlara göre, 1880 öncesi; bilim öncesi dönem; 1880-1930; iş – üretim ve karın ön planda olduğu bilimsel dönem, 1930-1950; insan ilişkileri dönemi, 1950 sonrası; sistemlerin tartışıldığı çağdaş dönem. *Woodrow, Wilson, Frank, Goornow, Leonard White, Elton Mayo Norbert Wiener, Adam Smith, Ordway Tead, Gulick* gibi bilim insanları da bu konuyu incelemişler ve görüşlerini bildirmişlerdir.

Yönetim Bilimine *Farabi, Gazali, Nizamül Mülk* gibi Türk – İslam bilginlerinin de katkıları olmuştur. Yönetim biliminin ülkemizdeki gelişimi ise; bilimsel olarak Fatih döneminde Enderun mekteplerinin kurulmasıyla başlar. Daha sonra 1858 yılında Mülkiye mektebi kurulmuştur. Bugün bu okul Ankara Üniversitesinde Siyasal Bilgiler Fakültesi olarak görevini sürdürmektedir (22).

Son zamanlarda yönetim biliminin gelişmesine paralel olarak ülkemizde de iş idaresi, kamu yönetimi, sevk ve idare, yöneticilik adı altında yüksekokul veya bölüm kurulmaktadır (84).



### **1.7.3. Yönetici Tanımı ve Yönetici Tipleri**

Yönetim etkinliklerini tek tek ya da grup halinde yürüten bireyler “yönetim organlarını” oluştururlar. Bu organlara “yönetici” denir. Yönetim etkinliklerinin sürekli yapılması “yönetim mesleği”ni oluşturur ve buna “yöneticilik” denir.

Yönetici, başkaları tarafından o pozisyona getirilmiş, başkaları adına çalışan, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için çaba gösteren, işleri kişidir. Ödül ve cezaya dayalı yasal gücü vardır (27, 98).

Yöneticinin sorumluluğu, örgütün amacını en etkili biçimde gerçekleştirmede gerek duyulan parasal, insan ve diğer kaynakları bulmak, koordine etmek ve bunlardan en üst düzeyde yararlanılmasını sağlayarak, daha iyi, daha çok, daha ucuz ürün, hizmet, teknoloji ya da fikir üretmektir (45).

#### **1.7.3.1. Yönetici Tipleri**

Yöneticiler “önce insan” olmanın gerçeğine bağlı olarak olaylara ve insanlara yaklaşımlarında bazı tipik özellikler ve bu özelliklere bağlı olarak değişik davranışlar gösterebilirler.

**Yöneticiler gösterdikleri özelliklere göre 4 gruba ayrılırlar.**

**Kumru tipi yönetici:** İnsanlarla ilişkisine önem verir, personele karşı tatlı dil kullanır. Hayır diyemez kibar, nazik tipli yöneticilerdir.

**Goril tipi yönetici:** İnsan ilişkilerinden çok üretime ağırlık veren yöneticidir. Ceza vermekten sakınmaz, başarıda teşekkürü esirgeyebilir.

**Tilki tipi:** Kurnaz, kendi çıkarlarını ön planda tutan sorun çözmeden sorun yaratan bir tiptir.

**Aslan tipi yönetici:** Hayır diyebilen yöneticidir. Çalışanların isteklerine önem verir. Önemli olan kendisinin ya da karşı tarafın fikri değil hedefe ulaşma düşüncesindeki yönetici tipleridir (101).

#### **1.7.4. Yönetim biçimleri**

Bu konuda 1. demokratik, 2. otokratik, 3. laissez faire olmak üzere 3 yönetim biçiminden söz edilir (101).

#### **1. 7. 5. Yönetimin Özellikleri:**

Yönetimin başlıca dört özelliği vardır:

1. Birbiri ile ilişkili ve sürekli olan faaliyetler ile işlevlerden oluşan bir süreçtir.
2. Örgütsel amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yöneliktir.
3. Hedeflerin gerçekleştirilmesinde insanların yardımını ve kaynakların uygun şekilde kullanımını öngörür.
4. Örgütlü bir düzenleme içinde gerçekleşir (42, 43).

### **1.7.6. Yönetimin İşlevleri**

Yönetimin işlevleri klasik olarak, yöneticilerin, insanların yardımı ile ve kaynakları kullanarak, hedefler doğrultusunda yaptıkları işlerin nasıl yapıldığının bir sınıflandırılmasıdır.

Etkili bir yönetimin başlıca işlevleri planlama, örgütleme, eleman alma ve çalıştırma, yönlendirme ve denetlemedir.

#### **I.Planlama:**

Teknik bir işlev olan planlama mevcut durum ve gelecekteki durum ile ilgilidir. Bu anlamda nelerin, ne zaman ve nasıl yapılması gerektiğini kapsar. Planlama, kısa ya da uzun vadeli olabilir. Diğer yönetim işlevleri bununla yakından ilişkili olduğu için önemlidir.

#### **II. Örgütleme:**

Teknik bir işlev olan örgütleme, yetki, sorumluluk ve raporlama ilişkilerinin kurulması ve yapılanmanın oluşturulması anlamını taşır örgütleme sırasında, gerekli olan faaliyetler ve eldeki kaynaklar göz önünde tutularak, bir mantık zinciri içerisinde, iş bölümü ve görev paylaşımı yapılır. İş ve işlemlerin nasıl yapılacağı, birimler arasında koordinasyonun nasıl kurulacağı, bilgi akışının nasıl ve kontrol mekanizmalarının neler olacağı tanımlanır.

### **III. Eleman Alma ve Çalıştırma:**

Personel yönetiminin hem teknik hem de sosyal yönü vardır. Teknik yönü, insan kaynaklarının planlanması, görev analizi, seçme, değerlendirme ve atama, performansın değerlendirilmesi, yönetsel yararlar ile iş güvenliği ve sağlığıdır. Sosyal yönü, örgüt elemanlarının performans ve davranışlarını etkileyecek faaliyetler ile hizmet içi eğitim, ödüllendirme, danışmanlık ve disiplin gibi faaliyetleri içermesidir.

### **IV. Yönlendirme:**

Yönlendirme işlevi, insanla ilgili olması nedeniyle doğal olarak psikososyal bir işlevdir. Başlıca yönlendirme faaliyetleri olarak, motivasyon, liderlik, iletişim ile çalışanların davranışlarını etkileyebilecek diğer faaliyetler sayılabilir. Çatışmaların çözümü, rol dağılımı, çalışanların görev ya da yapılanma sayesinde kaynaştırılması da bu anlamda önem taşır.

### **V. Denetleme-Kontrol:**

Teknik bir işlev olup, izleme, uyarılma ve performansı artırma konularını içerir. Denetlemenin anlamı, sonuçları değerlendirmek için gereken performans standartlarının belirlenmesi, izleme ve müdahaleye karar verme için gerekli olan sistem ve tekniklerin tanımlanmasıdır.

## **VI. Karar verme:**

Karar verme, teknik bir işlev olup, yönetimin tüm diğer işlevleri ile yakından ilişkilidir. Yönetici demek kararı veren demektir. Sağlık hizmetlerini yönetenler her aşamada, planlama, düzenleme, örgütleme, denetleme, istihdam, yönlendirme gibi konularda karar oluşturmak durumundadır.

Karar vermek demek, seçenekler arasından en uygun olanı seçmek demektir. Bu işlev tüm yöneticiler için gerekli ortak bir işlev olmakla birlikte, yapılan işin niteliğine, yapılanmaya, görevlerin ve teknolojinin gereklerine, insanlar arası ilişkilere bağlı olarak farklı şekillerde gerçekleşebilmektedir (42, 43).

## **1.8. SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİM**

### **1.8.1. HASTANE TANIMLARI**

Hastane; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta ya da yatarak müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri yataklı kuruluşlardır. Sağlık hizmeti veren üretim birimlerinin en büyük alt sistemini hastaneler oluşturmaktadır (65).

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, "müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır.

Benzer bir tanımın yer aldığı SSBYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır.

Özünde aynı, birbirini tamamlar nitelikteki bu iki tanımda hastaneler, esas işlevleri, olan "Hasta ve yaralıların, tedavisi" faaliyetleri ile tanımlanmaktadır.

Hastane, bireylerde fizyolojik gereksinimine bağlı olarak farklı şekilde ortaya çıkan sağlıkla ilgili sorunların çözümlenerek, onun bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam uyum içerisinde yaşantısını sürdürmesine katkıda bulunan ekonomik hizmet ya da mal üreten ekonomik birimdir (81).

"Eğitim" "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma veya toplumsal sağlık programlarına katılma" olarak adlandırılan ve yine hastanelerde yürütülen diğer işlevler dikkate alındığında, yukarıdaki tanımların eksik olduğu söylenebilir. Ancak eskiden beri hastanelerin değişmeden gelen esas işlevi, tedavi hizmetinin verilmesi olmuştur. Sözü edilen diğer işlevler, tedavi işlevinin iyi bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan veya kolaylaştıran ve esas işlevin türevleri diyebileceğimiz işlevlerdir. Bu açıdan bakıldığında "hasta tedavisi", diğer işlevleri zımnen içeren, dolayısıyla yukarıdaki tanımların yeterli olmasını sağlayan bir işlevi olarak düşünülebilir.

Tıp biliminde ve teknolojideki gelişmelere bağlı olarak hızla değişen hastaneler, günümüzde tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra hekimlerin, hemşirelerin ve diğer yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplumun sağlığı gibi ekonomik bir işletme, eğitim kurumu, bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüttür (79).

Hastanelerin temel faaliyetlerini; tıbbi faaliyetler, idari-mali ve teknik faaliyetler, eğitim faaliyetleri, araştırma ve geliştirme faaliyetleri ve sosyal hizmetlere yönelik faaliyetlerin yanında, tıp bilimleri alanında, araştırmaların yapıldığı merkezler olma yanında, bu tür araştırmalara sponsorluk da yapmaktadır (52, 54).

Hastaneleri sistem yaklaşımıyla ele alıp tanımlamak da mümkündür. Buna göre hastaneler dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (organizasyonlardır). Hastanenin girdileri hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları (elde edilmesi istenen sonuçlar) ise, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmadır. Dönüştürme süreçleri, sözü edilen sonuçlara ulaşabilmek için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade etmektedir.

Bir bütün olarak hastane sistem yaklaşımıyla tanımlanabildiği gibi, hastane içindeki çeşitli hizmet birimleri de birer alt sistem olarak tanımlanabilmektedir. Çünkü hastanedeki her hizmet biriminin hastane işlevlerinin yürütülmesine katkısı olan alt işlevleri ve bu alt işlevleri gerçekleştirmek üzere bir araya getirilerek organize edilmiş elemanları ve kaynakları bulunmaktadır. Ayrıca, hastanenin esas işlevi olan hasta tedavisi faaliyetlerini yürüten elemanlar topluluğu da "hasta tedavi sistemi" olarak ele alınabilmektedir. Hastanedeki tıbbi yardımcı tıbbi ve hemşirelik hizmetlerini yürüten sağlık personeli ile bir kısım destekleyici personel bu sistemin elemanlarını oluşturmaktadır. Hastanedeki diğer alt sistemler ise bu sistemin işleyişini kolaylaştıran ve/veya iyileştiren sistemler olmaktadır (82).

### **1.8.3.1. Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Özelliği**

Sağlık, insanların en önemli değeri; kendi sağlıkları ile ilgili konularda en iyi hizmeti almaları da en doğal haklarıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri tüm insanlara din, dil, ırk, cins, ekonomik durum farkı gözetmeksizin eşit olarak sunulmalıdır. Ancak, günümüzde özellikle gelişmekte olan ülke insanları, nitelikli ve nicelikli sağlık hizmeti sunulmamasının getirdiği sağlık hizmetleri ile karşı karşıyadır (20). Sağlık hizmetleri, çeşitlilik göstermesi ve insan hayatının kalitesi ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle yönetim açısından özellikleri olan bir alandır.

Koruyucu sağlık hizmetler ile ilk basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetiminde, topluma yönelik ve sektörler arası işbirliğini gerektiren bir dizi yönetsel faaliyet gerekir iken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde, otelcilik hizmetlerinin yanı sıra, poliklinik, laboratuvar, röntgen, ameliyathane hizmetleri gibi geniş bir yelpazede yönetim gerekliliği sağlık yöneticiliğini karmaşık hale getirmektedir.



Üstelik herhangi bir sanayi kuruluşundaki yanlış yönetsel kararlar en fazla üretim düşüklüğü ya da parasal zarar ile sonuçlanır iken, sağlık yönetimindeki yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme, toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. Yani diğer sektörlerden farklı olarak sağlık sektöründeki kötü yönetimin bedeli insan hayatı ile ödenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi, insan sağlığı konusunda olduğu kadar, sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi alanlarda da bilgi ve beceri sahibi olmayı gerektirmektedir (44).

#### **1.8.4. SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİNDE DEĞİŞEN ROLLER**

Sağlık yönetiminde kavram değişiklikleri sırasında özellikle tepki çeken kavram “müşteri” kavramı olmuştur. Sağlık kuruluşlarına çeşitli rahatsızlıkları nedeniyle gelen insanlara müşteri gözüyle bakılmasının etik açıdan kabul edilmesinin uygun olup olmadığı çok tartışılmıştır. Ancak, bir hizmet sektörü olarak sağlık sektöründe hastaların ve çalışanların müşteri olarak görülmesinin işin doğası gereği olduğu ve etik sakıncasının bulunmadığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık alanında yaşanan baş döndürücü değişme ve gelişmeler, kullanılan teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki komplekslik, çok farklı sayıda ve ileri uzmanlığa sahip personelin bir arada çalışması, toplumun ihtiyaç beklentilerindeki yükselen trend, ülke kaynaklarının sınırlılığına rağmen sağlık sektöründe kullanılan kaynakların giderek artması bu sektördeki kaynakların minimum maliyet ve maksimum nicelikte üretilmesini sağlayacak belirli profesyonellerce yönetilmesini zorunlu hale getirmektedir (24, 52).

Bugün sağlık hizmetlerinde görev alan yöneticileri sınırlayan başlıca iki faktör vardır:

1. Yönetim konusunda bilgi ve beceri eksikliği
2. Mevcut yasal düzenlemeler

Genellikle hekim olan hastane ve sağlık kuruluşu yöneticileri tıp fakültesinde “yönetim konularında yeterli bilgi ve becerilerle donatılmamış kişilerdir. Oysa nasıl ki bir hastalığın tanı ve tedavisi için ayrıntılı bir teorik ve uygulamalı eğitim gerekiyorsa bir sağlık kuruluşunun yönetimi için de eğitim gereklidir. İyi bir sağlık yöneticisinin öncelikle bu alandaki bilgi ve beceri eksikliğini gidermesi gereklidir (44).

Öte yandan, sağlık hizmetlerinin yönetimi, sağlık kuruluşlarının mimarisinden başlayarak, laboratuvar hizmetleri, ameliyathane hizmetleri, dosyalama ve arşiv hizmetleri, otelcilik hizmetleri, yeme – içme ve temizlik hizmetleri, eczane hizmetleri gibi çok geniş bir yelpazeye yayılan hizmetlerin yönetimi, insan kaynakları planlaması ve yönetimi, finansal yönetim gibi birbirinden farklı pek çok faaliyetin bir arada yürütülmesini gerekli kılmaktadır (44).

## **1.9. LİDERLİK KAVRAMI**

Sağlık hizmetinin bütünlüğü tüm diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi işbirliğine ve işbirliği bilincine sahip yönetici lider gerektirir (109).

Günümüze kadar pek çok liderlik tanımı yapılmış ve liderlikle ilgili yapılan araştırmalar bu tanımların artmasını sağlamıştır (23).

Liderlikle ilgili tanımlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

- Liderlik, belirli koşullar altında belirli kişisel ve grup amaçlarını gerçekleştirmek üzere, bir kimsenin başkalarının faaliyetlerini etkilemesi ve yönlendirilmesi sürecidir.

- Liderlik, astları görevlerini gayret ve güvenle yapmaya yöneltme sanatıdır (23).

- Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirme bilgi ve yeteneklerinin toplamıdır (30).

İnsanlar grup halinde yaşayan sosyal nitelikli canlılar oldukları kadar oluşturdukları grupları yönetecek ve hedeflerine götürecek liderlere de ihtiyaç duyan varlıklardır. Birey kendi arzu ve ihtiyaçlarından bir kısmını gerçekleştirmek, kişisel hedeflerine erişebilmek için bir gruba ihtiyaç duyar ve grup halinde hareket etme zorunluluğu hisseder. Yalnız insan zayıftır, güçsüzdür, cesaretsizdir, arzu ve enerjileri azalmış, korkudan yetenekleri büzülmüş durumdadır. İnsanları belirli hedeflere götürebilmek için bu hedeflere ulaşmada onların sağlayacakları kişisel arzu ve ihtiyaçlar ile çıkarlarının neler olduğunu takip etmek, daha sonra da bu insanların bir grup etrafında toplayarak güçlerini, cesaretlerini, arzu ve enerjilerini arttırmak gerekir. Grubu oluşturacak insanların bireysel çıkarlarını somut olarak belirlemek güç ise bu takdirde onların milli duygularına, müşterek olan sosyal ahlaksal ve dinsel değerlerine hitap etmek gerekecektir. Şu halde belirli amaç ve hedeflere yönelmiş insan gruplarının oluşturulması ve harekete geçirilmesi her insanda kolay kolay bulunmayan ayrı bir beceri ve ikna etme yeteneklerini gerektirmektedir (33).

Liderlik tarihin her devrinde vardı, hiyerarşik bir yapısı olan insanın gelecekte de liderden vazgeçmeyeceğini söylemek yanlış olmayacaktır. İnsan her zaman kişisel olarak gerçekleştiremeyeceği ihtiyaç ve çıkarların baskısı altında bulunan insanlarla bir araya gelip bir grup oluşturarak gerçekleştirmeye çalışmaktadır (33).

Üçüncü bin yıla girerken, liderliğe dayalı yöneticiliğin de önemi giderek artmış bulunuyor. Bu konuda pek çok esere rağmen, lider yöneticiliğin ne olduğu, birçok küçük büyük organizasyonları yönetenler tarafından ya anlaşılamamıştır ya da öğrenilenler davranışlara yansıtılmamıştır. Oysa en küçükten en büyük olanlara kadar bütün organizasyonların yöneticilerinin liderlik bilgi ve beceri ile donanmış olmaları, minimum girdilerle maksimum çıktılara ulaşmayı imkân dahiline sokar. Diğer bir deyiş ile liderlerin yönettiği ekonomik ve hizmet örgütlerinde verimliliğin maksimizasyonu gerçekleşir. Gelecek on yıllarda kısıtlı ve geleneksel kaynaklara, gerek hizmet ve gerekse ekonomik örgütlerde amaçlara sadece yöneticilik bilgileri ile ulaşmak bir hayal olacaktır. Ayrıca şimdilerde bile liderlik uygulamalarının yetersizliği nedeni ile uzun uğraşlardan sonra gerekli düzenlemeleri yaparak verimliliğe ulaşmak için zaman yoktur. Siz verim elde etmek için uğraşırken, verime ulaşmak hayatta kalmanıza imkân vermemektedir.

Ekip çalışmalarının yöneticisi olan lider tanım olarak; başkalarını etkileyebilen, nereye, nasıl gidileceğini gösteren, hedef ve misyon koyan yani yol gösteren rehber bir kişidir (27). Herkes için ve örgütün her kademesinde erişilmesi mümkün olan, gözlenebilir, anlaşılabilir, öğrenilebilir bir beceriler ve uygulamalar dizisidir (58, 98). İyi bir lider olmak için ön koşul, çok iyi bir yönetici olmaktır. Ancak her çok iyi yöneticinin lider olamayacağı da bir gerçektir burada çok basit bir yaklaşımla, lider ile yönetici arasındaki çizgiyi tanımlamak gerekir. Bilindiği gibi yönetici, görevi

güce dayanarak, lider ise astlarına isteterek yaptırır. Ast göreve kendini adar ise, en iyi sonuçlara ulaşmak için tüm gücünü kullanır (23).

Başkalarını yönetme konumunda olan lider, astlarıyla ilgilenirken alçakgönüllü ve saygılı olmalıdır. Astlar liderlik için canı gönülden çalışmak zorundadır. Yukarı ve aşağı uyum içinde olduğu zaman liderliğin yolu da sorunsuz yürür. Lider kibirli ve kaba, astlar tembel ve kişisel olarak umursamazsa aşağıdaki ve yukarıdakilerin düşünceleri birbirine uymaz, o zaman liderliğin yolu tıkanır (23).

Bu durumda liderliğe soyunanların, sistem bilgi ve becerisine sahip olmaları kaçınılmazdır. Aksi takdirde sadece yönettiklerini sanırlar ve böylece yönetmeyen yönetimler meydana gelir. Kaynaklar verimsiz bir şekilde heba olur, gider. Bu duruma düşen bir örgüt, bir üretim sistemi ise iflas eder, bir hizmet sistemi ise devlet bütçesinden finanse ediliyorsa, faydasız, ölü bir sistem olarak adeta bitkisel yaşam gibi kaynak emmeye devam eder, toplumun güvenini yitirir ve giderek hoşnutsuzlukların yeşermesinin nedeni olur, sonuç en hafif ifade ile sosyal huzursuzluklardır. Bu kısa ve öz açıklamalardan sonra yine kısaca liderlerin doğuştan bu özelliklere sahip olduğu veya eğitimle kazanıldığı tartışmasına açıklık getirilmelidir. Bizim görüşümüze göre, insanlar lider olarak doğmazlar, ancak aşağıda açıklayacağımız gibi liderliğe uygun koşullar doğar ve gelişirler. Bir bireyin liderliğe yatkın olması için, sağlam nitelikli bir gen havuzundan (anne ve babanın genleri) alacağı genetik kodlarla dünyaya gelmesi gereklidir. Böylece fiziksel açıdan özellikle beyinsel tamamlık ve sağlamlık elde edilmelidir. Daha sonra Sinoplaşmanın yoğunlaşması için çevre iletişiminin zengin olduğu bir ortamda bebekliğini yaşaması ve daha sonra kreş ve okul öncesi eğitim kurumlarında Sinoplaşmanın gerçekleştirilmesi ve idamesi sağlamlştırılmalıdır. Sinoplaşması zengin olan bireylerin algılaması, akıl yürütmesi ve kişiliğinin olumlu istikamette gelişmesi

imkân dahilindedir. Bu yeteneğe sahip bireylere, liderlik bilgi ve becerisinin çok etkili ve kolay bir şekilde kazanılacağı düşünülmesi yanlış değildir (23).

Kişiliği gelişmiş bireyden kendini gerçekleştirmiş bireye geçiş, doğru ve hızlı bir şekilde oluşur. Kendini gerçekleştirmiş bireyler, diğerlerine kıyasla, önemli farklar taşırlar. Bu farkların başında akılcı ve demokratik yaklaşım, bilimsel ve yaratıcı düşünce, laik bakış açısı, gerçekleri görme ve kabullenme, tevazu, sempati, karşılıksız insana sevgi ve saygı gibi önemli yetenekler gelir. Bu yetenekler bir liderde olması gereken ön koşul yetenekleridir.

Liderlik, olumlu kişilik ile başlar, yoğun eğitim ile olgunlaşır. Lider eğitimi hiçbir zaman bitmez, bir ömür boyu kendi açtığı liderlik okulunda titiz ve yorulmaz bir çalışma ile sürekli gider. Olumlu bir kişilik yapısına sahip olmayanların, lider yönetici olması beklenmemelidir.

Sonuç olarak; Liderlik için, önce iyi bir beyin ve sinir sistemi donanımına sahip olunmasının ve daha sonra da radikal düşünme ve sorun çözücülüğü sağlayacak bir yazılım olan sistem yaklaşımı modeline ulaşmanın zorunlu olduğunu ileri sürebiliriz (23).

### ***Liderlik Özellikleri***

- Çabuk kavrama yeteneği,
- Manevi cesaret,
- Maddi cesaret,
- Risk yükleme kapasitesi,
- Maceracı Eğilim,

- Yaraticılık,
- Temsil etme yeteneği,
- Beklenmeyen olaylara gögüs germe kapasitesi,
- Yenilikleri uygulama yeteneği,
- Soğukkanlılık,
- Düşünceleri pratiğe geçirme becerisi,
- Duruma uyum kabiliyeti,
- Hızlı ve doğru muhakeme yeteneği,
- Fırsatlar yaratma ve bu fırsatları kullanma becerisi,
- Fiziki dayanıklılık,
- Zihni dayanıklılık,
- Sezgi gücü,
- Çalışkanlık,
- Araştırmacılık,
- Sade tavır,
- Taktik, operatif, stratejik düzeyde bilgi ve uygulama becerisi,
- Görevde titizlik,
- Geniş ve mantiki hayal gücü,
- Güçlü mantık,
- Sağduyu,
- Bilimsel yöneticilik bilgi ve becerisi,
- Değişime ayak uydurma yeteneği,
- Adil olma yeteneği,

- Astlarının fiziksel ve ruhsal refahını sağlama becerisi,
- Fırsat kararları verme yeteneği,
- Hem kendini hem de astlarını etkili bir şekilde motive etme yeteneği.
- Ortama uyum sağlayabilme,
- Ortamın şartlarına duyarlı olabilme,
- Fikrini savunan,
- İşbirliğine yatkın,
- Kararlı,
- Güvenilir,
- Başkalarını etkileyebilen,
- Israrlı,
- Kendine güvenen,
- Zorlamalara dirençli,
- Sorumluluk almaya istekli.
- Zeki,
- Yaratıcı,
- Politik ve diplomatik,
- Konuşması akıcı,
- Konusunda bilgili,
- Planlı,
- İkna edici,
- Fiziksel görünümü düzgün(boy, kilo vs.) (23).



### 1.9.1. LİDERLİK TİPLERİ ÜZERİNE ARAŞTIRMALAR

1948’de Ralph Stoqdill, diğeri 1959’da Richard Mann tarafından olmak üzere iki önemli araştırma taraması yapılmıştır. Stoqdill ve Mann’in uzun yıllara yayılan araştırmaları ilgili taramaları, “büyük adam”, bazıları lider doğar kuramlarına ve bunlardan türeyen bulgulara karşı hatırı sayılır bir darbeye sonuçlandı.

Bu taramalardan ortaya çıkan en belirgin durum, araştırma bulguları arasında ortaya çıkan tutarsızlıktır. Sözelimi, bir araştırmada kendine güven, kararlılık ve ortamlara duyarlılık gibi özellikler “lider adamı” tanımlıyor bulgusuna varılmışken, bir araştırma bulgusu ya bunu anlamamaktadır, ya da tamamen başka bir özellikler kümesini etkili liderlik olarak tanımlamaktadır. Bu taramalar ortaya net bir durum çıkarmıştır: Sanıldığı gibi ne tanımlanabilecek ve daha sonra ayıklanabilecek “büyük adamlar”, ne de “doğuştan gelme liderler” vardır. Stoqdill ve Mann’in taramaları bazı özelliklerin altını çizmiştir.

Lider olarak tanımlanan kişilerin, her zaman olmasa da seyrek olarak paylaştıkları bazı özellikler vardır;

- Başkalarını etkileme arzuları,
- Kendine güvenmeleri,
- Zekâları,
- Konuları ile ilgili bilgi hâkimiyetleri ve uzun boyları (13).

Üstün liderlerin bir ekibe, bölüme ya da şirkete yön verirken izlediği çok farklı tarzlar vardır. Bazıları sakin ve analitiktir, bazıları ise karizmatiktir ve sezgilerine göre hareket eder üstelik farklı durumlar farklı liderlik türlerini gerektirir. Şirket birleşmelerinde dümene geçecek duyarlı bir müzakereciye şirket kurtarmalarında ise daha zorlayıcı bir otoriteye gerek duyulur.

Bununla birlikte psikolog ve tanınmış yazar Daniel Goleman etkin liderlerde kilit önem taşıyan bir benzerliği saptamıştır. Liderlerin hepsi duygusal zekâ denen şeye bir ölçüde sahiptir. Goleman'ın 200 kadar büyük ve küresel şirkette yürüttüğü araştırmalar duygusal zekânın özellikle bir şirketin en üst kademelerinde liderliğin olmazsa olmaz şartı olduğunu ortaya koymuştur. Kişi birinci sınıf eğitime, keskin bir zihne ve çok iyi fikirlere sahip olsa bile duygusal zekâdan yoksunsa büyük bir lider olamaz. Duygusal zekânın bileşenleri olan öz – bilinç, kendini ayarlama, motivasyon, empati ve sosyal beceri ilk bakışta işbirliğine aykırıymış gibi görünebilir. Oysa iş hayatında duygusal zekâ sergilemek sırf öfkenizi tutabilmek ya da insanlarla iyi geçinmek anlamına gelmez insanları şirketinizin hedeflerini gerçekleştirme yönünde harekete geçirmeye yetecek ölçüde kendinizi ve başka kişilerin duygusal yapısını bilmeniz anlamına gelir. Stoqdill ve Mann'in değerlendirmelerinden sonra lider kişiliğinin ne olduğu sorusu büyük oranda terk edilerek, 1950 yıllarından itibaren, sosyal örgütsel davranış psikologlarının, lider olarak tanımlanmış kişilerin ne tür davranışlar sergiledikleri sorusunun peşine düştükleri görülmüştür. Davranışçı kuramları benimsemiş araştırmacıların “lider doğulur, o zaten öyledir” inancı karşısında temel aldıkları varsayım, “liderlik davranışı öğrenilmiştir, öğrenilebilir” olmuştur. Bu araştırmalar günümüze kadar birçok modeller doğurmuştur. Her model kendi içinde, liderliğin ne tür davranış biçimleri sergilemesi gerektiğinin altını çizmiştir.

Sosyal psikolojinin önde gelen araştırmacılarından Kurt Lewin ve arkadaşları, otoriter, demokratik ve müdahalesiz olmak üzere üç liderlik davranışlarını araştırmışlardır. Araştırma 10 yaş grubu çocuklarda gerçekleştirilmiştir. Üç gruba çocuklarla liderler, çeşitli okul sonrası faaliyetlere (kâğıttan oyuncaklar yapma, resim, grup oyunları, müzik vb.) katılmışlardır.

Otoriter lideri oynayan araştırmacı, çocuklarla girdiği faaliyetleri belirli kurallara bağlayan, çocukların birlikte yapması gereken çalışmalarda eş seçimini tek taraflı tanımlayan, neyin yapılıp yapılmayacağı konusunda kararları çocuklara danışmadan veren davranış biçimleri sergilemiştir. Demokratik lideri oynayan araştırmacı ise, çocukların eşlerini kendilerinin seçmesine izin veren, kuralları tek değil, grup olarak saptamaya zen gösteren davranış biçimleri sergilemiştir. Müdahalesiz lideri gerçekleştiren araştırmacı ise, çocukları tümüyle kendi başlarına bırakarak, etliye stlye karışmayan bir tavır sergilemiştir. Araştırma sonuçları özetle, çocukların bu üç liderlik biçimi altında gösterdikleri davranışlar arasında farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Örneğin; demokratik liderlik altında çocuklar, otoriter liderliğe kıyasla daha fazla tatminkrlık ve birbirlerine karşı daha fazla saldırganlık sergilemişlerdir. Bu araştırmanın önemi ne olmuştur? Bir kere, çeşitli liderlik davranışları yapısal özelliklerden bağımsız olarak benimsenebilir (yani demokratik bir davranış sergilemek, yapının değil öğrenmenin bir ürünüdür) ve liderle grubun üretimini ve ilişkisini etkileyebilir. İkincisi, liderlik davranış biçimleri, en azından bu araştırmada gözlemlendiği gibi grubun üyelerini ve grubun yapacağı işi dikkate alan iki boyutta düşünülebilir. Lewin'in araştırmasında otoriter biçim, grup faaliyetlerinin nasıl yapılacağı konusunda kurallar getirmiş ve demokratik gruba oranla daha fazla iş üretmiştir. Öte yandan, grubun üyelerinin düşüncelerine duyarlılık gösteren demokratik liderlik, daha az iş üretmesine rağmen, işin kalitesinin ve üyelerinin tatmininin yüksek olmasını sağlamıştır (13).

## 1.10. SAĞLIK EKİBİ

Ekip çalışması, bir hizmetin ayrı uzmanlıkta ve ayrı eğitim görmüş görevliler tarafından, her görevlinin işlerin kendi uzmanlık alanını ilgilendiren yanlarını yapması ile bitirilmesi anlamına gelir. Ekip hizmetini yardımlaşma ya da imce ile karıştırmamak gerekir (1, 106).

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması, değişik alanlarda eğitim görmüş ve dolayısıyla değişik bilgi ve beceriler edinmiş kişilerden oluşur ve ekip üyelerinin sunduğu hizmetler bir araya geldiğinde, sağlık hizmetlerinin bütünü ortaya çıkar (106).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sisteminin gelişmesi için sağlık sektörünün içinde uyum sağlamayı öngörmekte ve değişik kategorilerdeki sağlık personelinin, iş bölümü açısından anlaşmalarını, disiplin içi ve disiplinler arası işbirliği yapılmasını beklemektedir (106).

WHO aynı zamanda "Sağlık sisteminin kuruluşunu desteklemek ve geliştirmek için" meslek gruplarının ekip çalışmasının önemini kavramalarını ve bu doğrultuda hareket etmelerini öngörmüştür. Alma-Ata Bildirgesinin 9. Maddesinde de etkin bir sağlık hizmeti sunmanın önemli öğelerinden birinin "ekip çalışması" olduğu vurgulanmıştır (106).

Sağlık ekibi; sağlık kurumlarında, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesinde değişik sağlık mesleklerinden üyelerin bir araya geldikleri, her birinin kendi görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir.

Tedavi edici sağlık kurumlarında hekimin görevi; hasta bireyin sağlık durumunu değerlendirmek için, bireyi muayene etmek, hastalığın tanısını koymak, tedavi planını yapmak ve hemşirelik bakım planına ışık tutmaktır. Yine aynı kurumlarda hemşirenin görevi ise; hastaya tanı konulmasında gereken verileri toplayarak tanıya yardımcı olmak, tedavi sonucunun değerlendirilmesinde yararlanılacak olan verileri toplayarak bu verileri hekime uygun kanallarla iletmek, hastalık tanısı ve hastanın kendine özgü gereksinimlerini dikkate alarak hazırladığı hemşirelik bakım planını uygulamaktır. Görevleri nedeniyle bu iki mesleğin birbirine bağımlılığı işbirliği içerisinde çalışılmasını zorunlu kılar.

Hemşire, hekim, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerden oluşan sağlık ekibindeki her bir meslek üyesinin kendine özgü fakat birbirini tamamlayıcı hizmet vermesi beklenir.

### **1.10.1. Sağlık Ekibinin Amaç Ve Hedefleri:**

Sağlık ekibinin amacı, gereksinimi olanlara en iyi bakımın verilmesinde, her düzeyden sağlık bakım elemanının kapasitesinden sonuna kadar yararlanmaktır.

*Sağlık ekibi bu amacını aşığıdaki hedefleri aracılığıyla gerçekleştirir:*

- Hizmet verileni/hastayı ve ailesini ekibin merkezine alma
- Gereksinimi olanlara en iyi bakımı verme
- Ekibin her üyesine gördüğü eğitime en çok uyan görevi verme
- Ekip toplantıları/ekip konferansları ile bilgi ve deneyimleri sürekli paylaşma
- Görev yetki ve sorumlulukların çok iyi belirlenmiş ve benimsenmiş olmasını

ve bunların tüm sağlık ekibi üyeleri tarafından iyi bilinmesini sağlama

- Görev dağıtımında, ekip lideri ve üyelerinin yaptıkları işten doyum sağlamalarını dikkate alma.

### **1.10.2. Ekip Çalışmasının Faydaları:**

- Sağlık personelinin iş tatminini artırır.
- Hasta bakım kalitesini artırır.
- Hasta memnuniyetini artırır.
- Sağlık kuruluşu için maliyeti düşürür.
- Sağlık ekibi üyeleri daha kapsamlı rolleri olduğunu anlarlar.
- Ekip üyelerinin karar alma ve sorumluluklarını paylaşma davranışlarını geliştirir.
- Personel gelişimini ve iletişimi artırır.
- Daha iyi bir çalışma ortamı oluşturur.
- Değişime daha hızlı cevap vermeyi sağlar.
- İdari uygulamalara daha az gereksinim duyulur.
- Sinerjik etki oluşturur.

Ekibin verimli olmasının yolu üyelerin birbirine karşı olan güveni ve bağlılığından geçer. Bu özelliklerin geliştirilmesinde ekip lideri önemli rol oynar. Üyelerin karar verme özelliğini geliştirebilmek için lider, yönetim ile üyeler arasında bir köprü vazifesi görür. Liderin bu özellikleri taşıması, üyelerin otonomiye hissetmelerini sağlar, sorumluluklarının farkına varmalarını kolaylaştırır ve iş memnuniyetini artırır. Ekip lideri aynı zamanda, ekip konferansları planlayıp uygulamaktan da sorumludur. Bu konferanslar; üyelerin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesini, prosedürlerin gözden geçirilmesini, kritik vakaların tartışılmasını, araç gerecin kullanımını ve eksikliklerin saptanmasını, deneyimlerin paylaşılmasını, kişiler arası problemlerin tartışılarak çözümlenmesini ve tekrarlanmasının

önlenmesini sağlar. Hekimin ekip lideri olması konusunu destekleyenler çoğunlukta ise de hizmetin özelliğine göre bu lider, hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı olabilir (56, 61, 62, 99).

### **1.11. AMELİYATHANE YÖNETİMİ**

Ameliyathane Yönetimi: Planlama, örgütleme, danışma birimleri, yönetme, eş güdüm, rapor verme, bütçe ve finans gibi yönetim süreçlerinde gerçekleştirilecek, kaynak israfına yer vermeden elinde bulunan olanakları en iyi biçimde kullanarak, işlerin daha ucuz, daha basit ve daha iyi yapılmasını sağlamaktır.

Ameliyathanede Yönetim; insan kaynakları yönetimi, malzeme yönetimi, organizasyon yönetimi, kalite yönetimi süreçlerinde gerçekleştirilir (32, 66).

#### **1.11.1. CERRAHİ ORTAM VE AMELİYATHANE TANIMI**

Cerrahi ortam, teknolojik olarak son derece komplekstir. Enfeksiyon, yaralanma, tehlikeli maddelerle karşılaşma olasılığı nedeniyle bakım veren personel ve cerrahi girişim uygulanacak hasta için yüksek riskli bir ortamdır (25).

Cerrahi ortam, ekip ile uzun süreli fiziksel yakınlığı gerektirmesi, yaşamı tehdit eden durumların bulunması ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi nedeniyle stresli bir ortamdır. Cerrahi alanda etik problemler hızla gelişebilir ve bu problemler sıklıkla farklı disiplinleri içerir (14).

Ameliyathaneler, yüksek teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, yeni bilgiler ışığında çeşitli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızla alınmasının çok önemli olduğu ortamlardır (25, 49).

## 1.11.2. CERRAHİ EKİBİN ÜYELERİ

Cerrahi ekip hastanın iyiliğinden ve güvenliğinden sorumlu, hekim (cerrah, anesteziist), hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelinin oluşur.

### 1.11.2.1. CERRAHİ EKİBİN GÖREV TANIMLARI

**Cerrah;** ekibin başıdır. Hastaya ilişkin tıbbi uygulamalar ve her türlü cerrahi girişim ile ilgili kararlarda sorumluluk cerraha aittir. Hastaya hangi ameliyatın yapılacağına, hangi vücut kısımlarının çıkarılacağına, tamir edileceğine karar verir.

**Asistan;** ameliyat esnasında cerraha yardım eden kişidir. Asistanlar cerrahın yönetimi altında ameliyat bölgesinin görülebilmesini sağlamak için ekartörleri tutar, ameliyat bölgesini aspire eder, süturları atarlar.

Anestezi ekibi;

**Anesteziist;** Bu konuda uzman olan hekimdir. Hastanın uyutulmasından, kaslarının gevşetilmesinden, ağrısının giderilmesinden, anestezi esnasında hava yolunun açıklığının sağlanmasından, oksijen, kan ürünleri, intravenöz sıvıların, diğer ilaçların verilmesinden ve cerrahi işlem tamamlandığında hastanın uyandırılmasından sorumludur. Anestezi ekibi, hastanın vital bulguları; solunum, kalp ritmi, kan basıncını izler ve olası komplikasyonlara karşı cerrahi uyarır.

**Anestezi hemşiresi;** Hastaya anestezi uygulanması esnasında anestezi hekimine yardımcı olur. Malzemenin hazırlanmasından, IV yolun açılmasından, hastanın izlenmesinden ve uyandırılma esnasında anestezi hekimine yardım etmekten sorumludur.



**Ameliyathane hemşiresi;** Hemşirelik sürecinde hasta bakımını bir temele dayandırarak yürüten lisanslı hemşiredir. İki farklı rolü vardır. Sorumlulukları steril olan ve steril olmayan uygulamaları içerir. Eğer hemşire steril olmayan alan içinde görev yapıyorsa, (dolaşıcı, sirküler hemşire), steril alan içinde kalırsa steril (enstrumante, skrab) hemşire rolünü yürütür.

**Dolaşıcı (sirküler) hemşire;** Ameliyat esnasında ameliyat odasının ve işlemlerin organizasyon ve yürütülmesinden sorumludur. Kritik düşünme becerileri ile ameliyathane ortamını gözleyip, hastanın, cerrahi ekibin, çevrenin konfor ve güvenliğini sağlar. Dolaşıcı hemşire, steril hemşire ve diğer ekibin aseptik teknikleri uygulamalarını kontrol eder. Hastayı ameliyathaneye kabul edip, dosyasını kontrol eder. Kullanılacak malzemenin mekanik ve elektrikli ekipmanların hazırlanmasına, hastanın ameliyat masasına alınmasını ve doğru pozisyonun verilmesine, cerrahi insizyon için cilt temizliğinin yapılmasına, hastanın örtülmesine yardım eder. Elektrokoter, aspiratör ve diğer yardımcı cihazların bağlantılarını sağlar. Hasta uyutulması kadar hastanın sorularını yanıtlar ve kaygılarını giderir. Ameliyat esnasında röntgen ya da patoloji birimleriyle temas kurar. Patoloji parçalarının patoloji bölümüne gönderilmesini sağlar. Hastanın ayılma odasına naklinde yardımcı olur ve ayılma odasındaki hemşireye tüm bilgileri aktarır, ameliyat sonrası odanın bir sonraki ameliyat için hazırlanmasını sağlar. Ameliyathanede emosyonel durumu kontrol eder. Sirküler hemşire; hastanın avukatı ve koruyucusu pozisyonundadır.

**Steril (enstrumante, skrab) hemşire;** doğrudan cerrahla çalışır. Ameliyat odasının hazırlığından sorumlu steril hemşiredir. Steril mayo masasının, örtülerin, tampon- kompreslerin, irrigasyon solüsyonunun, dikiş materyallerinin ve diğer alet ve cihazların hazırlanmasından, cerrahın ve asistanların steril gömlek, eldiven,

giymesine yardımcı olmaktan, hastanın örtülmesine yardım etmekten, patoloji parçasının sirküle hemşireye tesliminden sorumludur. Steril hemşire, sirküler hemşire ile birlikte ameliyat öncesi ve yara yeri kapatılmadan önce aletleri, kompres, tampon ve iğneleri sayar. Cerraha sayım hakkında bilgi verir. Bu hazırlıkta, kendisine sirküler hemşire yardımcı olur. Hastanın, cerrahın ve diğer ekip üyelerinin sorularına yanıt verir ve aseptik kuralların uygulanmasını sağlar. Hastanın sedyeye transferinde yardımcı olur.

**Yardımcı personel;** Cerrahi ekibin diğer üyeleridir. Ameliyatın türü ve kullanılacak cihazlara göre görevleri değişir. Radyoloji uzmanı ya da teknisyeni röntgen çekimi işlemini, laborant; kan gazı, elektrolit, hemoglobin, hemotokrit sayımı ve diğer kan tetkiklerini yapar, perfüzyonist açık kalp cerrahisinde kalp akciğer oksijenatöründe ve diğer yardımcı teknik elemanlar ameliyatın türüne göre cihazların kullanımında çalışırlar.

**Ameliyathane sorumlu hemşiresi;** Ameliyathanede personel, araç-gereç, program, bütçe hazırlanması ve koordinasyondan sorumludur. Sorumlu hemşire yönetim becerilerini planlama, organizasyon, uygulama, kontrol ve değerlendirmeyi içeren süreci hayata geçirir. Sürekli eğitim ile kendini yeniler. Diğer sağlık çalışanları ile etkili işbirliği yapar.

**Ameliyathane hemşiresi 1. asistan;** bazı kurum ve özel hastanelerde steril hemşire birinci asistan konumunda çalışır. Ameliyat esnasında cerrahın karşısında yer alır ve cerraha yardım eder. Ameliyat öncesi hastayı değerlendirir. Hastanın cilt hazırlığını yapar, kadın veya erkeğe mesane kateteri uygular, ameliyat esnasında enstrümanları verir, hemostaza yardım eder, aspiratör, elektrokoter kullanır, video

laparoskopik cerrahide kamerayı tutar, küçük invaziv cerrahide, özel cerrahi ekipmanların kullanıldığı alanlarda çalışır, yaranın kapatılmasına yardım eder, pansumanları yapar ve hastanın ayılma odası, yoğun bakıma transferine yardım eder (66, 67).

### **1.12. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMALARI**

Hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ya da uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeklerin büyük bir çoğunluğu, farklı bir kültürde geliştirilmiş olup ülkemize uyarlanmış ölçeklerdir. Uyarlanan bir ölçek, başkaları tarafından da hazır bir araç olarak kullanılabilirdiğinden, ölçek uyarlama büyük bir sorumluluğu da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda araştırmacılar, yalnızca kendi kullanımlarından değil, aynı zamanda meslektaşlarının kullanımlarından da sorumluluk duymalı ve gerekli uyarılarda bulunmalıdır (6, 40).

Uyarlama aşamaları, ölçekteki maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin içyapısında ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden, bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemi içermektedir. Bu aşamalarda, araştırmacının sezgileri kadar, istatistik tekniklerin ustaca kullanılması da önem kazanmaktadır. Bu nedenle uyarlama çalışmaları birinci sınıf araştırma becerilerinin sergilenmesini gerektiren önemli araştırma etkinlikleridir (6).

Ölçek uyarlaması aşamaları aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilmektedir:

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması

### **1.12.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi**

Uyarlama çalışmaları ölçeğin Türkçe'ye çevrilip amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması ile başlamaktadır. Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için ölçeğin bir dilden başka bir dile çevrilmesi basit bir çeviri işleminden çok daha öte çalışmaları gerektirmektedir. Yapılan işlem "çeviri" işlemi değil "uyarlama" süreci olmalıdır. Çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını bir miktar değiştirir. Bu değişim, kaçınılmaz olarak dilden kaynaklanan (psikolinguistik) farklılıklardan ortaya çıkmaktadır. Farklılıkların azaltılması ya da en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan insanlara uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur (6, 40, 80).

Geleneksel yaklaşım, ölçek çevirisinde en çok kullanılan yaklaşımlardan biridir. Bu yaklaşım üç ana unsur içermektedir. Birinci adımda, orijinal dilden hedef dile çeviri gelmektedir. İkinci adım, geri çevirme aşamasıdır. Hedef dile çevrilmiş bir ölçeğin orijinal dile geri döndürülmesine geri çevirme denir. Daha sonra, orijinal dildeki ve çevrilmiş olan biçimler birbiriyle karşılaştırılır. Bu süreç genelde iki çevirmen ile yürütülür. Üçüncü adım, her iki dildeki biçimlerin eşitliğinin sağlanma aşamasıdır. Bu eşitlik iki dili de konuşan örneklem kümesi ile çevirilerin sınanması ile sağlanır (41).

### **1.12.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi**

Psikometrik testler, temel psikometrik çalışmalara tabi tutulmuş ve psikometrik açıdan yeterliliği ortaya konmuş ölçme araçlardır. Bir ölçek geliştirilirken ya da Türkçeye uyarlanırken güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının yapılması temel psikometrik çalışmalardır. Yabancı kültürlerde geliştirilmiş bir ölçeğin sonuçlarının tutarlı olup olmadığının (güvenirlik), ölçmek istediği özellikleri ölçüp ölçmediğinin (geçerlik) Türk örneklerle tekrarlanması ölçeğin doğru bir şekilde kullanılabilmesi için ön koşuldur. Bu nedenle yabancı bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının birlikte yapılması gerekmektedir (51, 95, 96).

Güvenilir olmayan ölçme araçları, hatalarla yüklü, tutarsız sonuçlardır ve geçerli olmamaktadır. Güvenilir olan bir ölçme aracı geçerli olabilir ya da olmayabilir. Güvenirliğin sağlanması, geçerlik için bir ön koşuldur. Ancak geçerli olduğunu da göstermez. Ölçme aracının güvenilirliği, aracın geçerliğinin güvencesi değildir. Ancak güvenilir olmayan bir aracın geçerliğine bakmaya gerek yoktur. Bu nedenle ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada olması ile ölçek anlam bulmaktadır (31, 37, 51).

### **1.12.3. Güvenirlik**

Ölçme aracının önemli teknik özelliklerinden biri olan güvenilirlik, "ölçme aracının ölçtüğü özelliği ya da özellikleri, ne derecede bir kararlılıkta ölçmekte olduğunun göstergesidir" (93). Güvenirlik, bir testin aynı bireylere birden çok kez uygulanması durumunda, uygulama sonuçlarının benzer olmasıdır. Güvenirlik bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanabilirliği ya da tekrarlardaki tutarlılık olarak tanımlanmaktadır (7).

Güvenilirlik; bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verme gücüdür. Özetle güvenilirlik; değişmezlik, yeterlilik, kestirim, eşdeğerlik ve tutarlılığın sağlanmasını anlatır (29, 37).

İdeal olarak ölçülmek istenen özellikte, ölçümleri etkileyen bütün değişmiyor ve tekrarlana ölçümlerde hep aynı değerde ölçümler veriyorsa, ölçeğin güvenilirliği tamdır (93). Güvenirlik bir testin geçerliğini etkiler. Geçerli bir test mutlaka güvenilir olmalıdır. Ancak, güvenilir bir test geçerli olmayabilir (7).

**Tablo 1. Ölçeklerin Güvenirliğini Test Etmek İçin Kullanılan Yöntemler (37).**

Güvenirlilik	Yöntem	İstatistiksel Yöntem
Güvenirlik (Reliability)	Değişmezlik Test-tekrar test	Pearson momentler çarpımı korelasyonu
	Paralel form	Pearson momentler çarpımı korelasyonu
	Karma yöntem	Pearson momentler çarpımı korelasyonu
	Bağımsız gözlemler arası uyum Gözlemciler arası uyum	Korelasyon, t testi, varyans analizi, kapa korelasyon
İç tutarlılık Test yarılama yöntemi	Gözlemciler içi uyum	
	İç tutarlılık Test yarılama yöntemi	Pearson momentler çarpımı korelasyonu Spearman browman yöntemi Rulon yöntemi Guttman yöntemi
	Madde istatistikleri Kuder richardson 20-21, Cronbach alfa	Pearson momentler çarpımı korelasyonu  KR 20-21, Cronbach alfa

### 1.12.3.1. Değişmezlik (Stability)

Bir ölçeğin değişmezliğinin saptanmasında test-tekrar test ve paralel form güvenilirliği yöntemleri kullanılmaktadır.

Test-tekrar test (test-retest) güvenilirliği; bir ölçme aracının tekrarlayan uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar vermesi, zamana göre değişmezlik gösterebilmesi gücüdür (37). Testin aynı gruba belli bir zaman aralığı ile iki kez uygulanması ve bu iki testten elde edilen skorlar arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır (7).

Katsayının yüksekliği ölçümün değişmezliğini belirler. Test-tekrar test yönteminde, test bir gruba kısa bir dinlenmeden sonra aralıksız uygulanabileceği gibi iki ile dört hafta gibi bir zaman aralığı bırakarak da uygulanabilir. Bu yöntemde iki ölçme arasındaki zaman aralığının çok kısa olması, yeniden anımsamayı kolaylaştırıp, güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına, zaman aralığının çok uzun olması ise, ölçülen özellikteki bazı değişimler sonucu güvenilirliğin olduğundan düşük çıkmasına neden olabilmektedir (28, 37). Bu gibi yanılgıların ortadan kaldırılması için iki uygulama arasında 2 haftadan az 4 haftadan uzun zaman bırakılmaması önerilmektedir (93).

Paralel form güvenilirliği; alternatif ya da eşdeğer form güvenilirliği olarak da anılan bu güvenilirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntem olup; iki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanmasından elde edilen puanlar arası korelasyon hesaplanarak belirlenir (29, 37).

Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanır. Formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır. Eşdeğer formların uygulanışında, aradaki zaman aralığının artması kararlılığı olumsuz yönde etkileyecekse, formlar deneklerin sıkılmalarını ve yorulmalarını engelleyecek kadar ara süre verilerek ard arda uygulanmalıdır (30).

İki ölçeğin paralel olabilmesi için aynı değişkeni ölçmenin yanı sıra ortalamalarının, standart sapmalarının, varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayılarının ve faktör yapılarının, tiplerinin eşit olması gerekir. Bu özelliklerinden dolayı eşdeğer form ölçütlerini yerine getirebilme araştırmacılar için oldukça zordur (37, 93).

#### **1.12.3.2. Ölçümcü Güvenilirliği**

Gözlemciler arası uyum: Araştırmacının bağımsız ölçümler arasında eşitlik aradığı durumlar için uygulanmaktadır (29). Gözlemciler arasındaki uyumu belirleyen güvenilirlik ölçütü, özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. Birden fazla ölçümcü arasında % 70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınaması için uygundur (37, 51).

Gözlemciler içi uyum: İki ya da daha fazla gözlemin, aynı gözlemci tarafından yapılarak puanlanması söz konusudur (37). Burada ölçümler arası tutarlığın yüzdesi güvenilirlik sınaması için en çok kullanılan istatistik yöntemidir (28).



### 1.12.3.3. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (51).

*Testi yarılama yöntemi (split half tekniği):* Bir testin iki yarıya bölünmesi yöntemidir. Bu yöntemde test, iki eşdeğer yarıya bölünerek her iki yarıdaki maddelerin toplamından oluşan iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı bulunduktan sonra Spearman-Brown formülü yardımıyla testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısı hesaplanır. Ölçek mükemmel derecede güvenilirse, her iki yarıdaki maddelerin toplanmasından elde edilen iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı 1 ya da 1'e çok yakın olmaktadır (7).

*Madde-toplam puan korelasyon katsayısı:* Madde toplam korelasyon katsayısı ile bütün arasındaki ilişkinin bulunması yoluyla tutarlılık belirlenmektedir. Madde analizi olarak anılan bu teknikle tutum maddelerinin ölçülmek istenen tutumla ilişkili olup olmadığı incelenmiş olur. Bir maddenin toplam puanla korelasyonu düşük ise, bu o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanır. Madde toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürücü etki yaptığından, o maddeler ölçekten çıkarılır. Madde toplam korelasyon katsayısının negatif olmaması gerekir. Kabul edilebilir olması için en az 0.20 olması gerekmektedir. Fakat bir maddenin ölçekten çıkarılması için madde silindiğinde alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakmak gerekir (93). Eğer, madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa o madde güvenilirliği azaltan bir sorudur ve ölçekten çıkarılmalıdır. Güvenirliği değiştirmeyen maddeler ise, ölçeği destekleyen maddelerdir ve bu maddelerin ölçekten çıkarılmaması gerekmektedir (88, 93).

*Kuder Richardson 20, 21 ve Cronbach alfa katsayısı:* Bir ölçeğin iç tutarlılığı Kuder ve Richarson tarafından geliştirilen ve KR-20, 21 ve Cronbach tarafından geliştirilen Cronbach Alfa formülleri ile hesaplanabilir. KR-20 ve 21 ile Cronbach Alfa tekniği, parçalar arasında ortak ilişkiyi dikkate alarak bütün için tek bir tutarlılık katsayısı hesaplamaktadır. Ölçtüğü özelliğin homojen olduğu varsayımı altında geçerlidir ve KR-20 ve 21 in başarıyı ölçen test gibi, maddelerin doğru ve yanlış şeklinde puanlanabildiği ölçeklerde kullanılması uygundur. Likert ölçeği gibi derecelendirilmiş ölçeklerde ise Cronbach Alfa katsayısı hesaplanır (29, 93).

Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Ölçekte yer alan maddelerin türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması hakkında bilgi elde edilir (7).

Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı yorumu yapılır (7).

Cronbach Alpha katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütünün aşağıda verilen şekilde olduğu belirtilmektedir;  $0.00 < a < 0.40$  ise ölçek güvenilir değildir  $0.40 < a < 0.60$  ise ölçek güvenilirliği düşüktür  $0.60 < a < 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir  $0.80 < a < 1.00$  ölçek yüksek derecede güvenilir (7, 93).

Alfa katsayısı, toplam puanlar üzerine kurulu likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılır. Bu tür çalışmalarda birbiri ile yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin alfa katsayısı daha yüksek bulunur (7).

Güvenirlilik katsayısının yorumu: Güvenirlilik katsayısı korelasyon hesaplamaları ile bulunur ve korelasyon katsayısı (r) olarak ifade edilir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin "derecesi" ve "yönü" hakkında bilgi vermekte, -1 ile +1 arasında değerler almaktadır. Bir ölçmenin güvenirlilik katsayısı değerlendirilirken bu değer pozitif sınırlar içinde ve oldukça yüksek olması arzu edilir. Değer +1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilir. Fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0.70 kabul edilebilir düzeydir. Bir ölçeğin güvenirlilik katsayısı 0.70 ise bu, ölçeği cevaplayanlar arasındaki değişkenliğin %70'inin ölçülen özellikle ilgili gerçek değişkenliğe, kalan %30'unun rastgele hatalara ait olduğunu gösterir (26, 29, 37, 93).

#### **1.12.4. Geçerlik**

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı ya da değişkeni ölçme derecesidir (29, 37, 93). Bir ölçeğin "neyi", ne denli "isabetli/doğru" olarak ölçtüğü ile ilgili bir kavramdır. Bir ölçmenin geçerli sayılabılmesinin ilk koşulu güvenirlilik olmasına karşın, güvenirlilik hiçbir zaman geçerliği garanti edemez. Geçerlik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir, yani ölçeğin her kullanımında yeniden sınanması demektir (37, 93). Bir ölçeğin geçerliği, onun belli bir amaca hizmet etme, belli bir amaçla işe yarama derecesidir. Bir ölçme aracının geçerliğini saptamak için içerik geçerliği, ölçüt bağımlı geçerlik ve yapı geçerliği çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

**Tablo 2. Ölçeklerin Geçerliğini Test Etmek İçin Kullanılan Yöntemler (37)**

<b>Geçerlik (Validity)</b>	İçerik/ kapsam geçerliği	Kendall iyi uyuşum analizi
	Ölçüt bağımlı geçerlik Eşzamanlı ölçek geçerliği Yordama geçerliği	Korelasyon Korelasyon
	Yapı geçerliği Çok değişkenli- çok yöntemli matris Faktör analizi Bilinen gruplar ile karşılaştırma Hipotez sınanması/mantıksal analiz	Korelasyon Açıklayıcı faktör analizi t testi

#### **1.12.4.1. İçerik/Kapsam Geçerliği**

Kapsam geçerliği daha çok yazılı testler için anlamlı olup, motor performans testleri için fazla bir değer taşımaktadır (7). İçerik/kapsam geçerliği; ölçeğin bütününe ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır (26, 37). Geliştirilen test incelenen konuların tüm önemli alt konularını içeriyorsa testin kapsam geçerliğinin olduğu söylenebilir (7).

Geçerlik yönteminin amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini hem ölçeğin hazırlandığı bilim alanını iyi bilen ve hem de ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen bir uzman gruba inceleyerek anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır (51).

İnceleme sonunda en az uyum sınırı altına düşen maddeler araçtan çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir. (29) Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (51).

#### **1.12.4.2. Ölçüte Bağlı Geçerlik**

Ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir (37). Ölçüte bağlı geçerlik sınamadaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olmasıdır (29). Ölçüte bağlı geçerlik sınamada iki yaklaşım bulunmaktadır.

*Yordama-kestirim geçerliği:* Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon hesaplanır. Böylece ölçme aracının ölçmek istediği davranışı ne düzeyde yordayabildiği hesaplanır. Eğer bireylerin test puanı bireyin ilerdeki performansını yordamak, bir başka ifade ile ileride ne olacağına karar vermek amacıyla kullanılacak ise ya da ölçütle ilgili puanlar ilerideki bir zamanda elde edilmek zorundaysa testin yordama geçerliğine bakılır (38, 29, 93).

*Eş zamanlı/ benzer ölçek geçerliği:* Puanlar o anda var olan bir ölçütle karşılaştırılmaktadır. Üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha önce geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon hesaplanır. Burada önemli nokta, karşılaştırılacak ölçeğin geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek olması gerekliliğidir (93). Aracın ölçüm değeri ile, diğer ölçüt arasında yüksek korelasyon kurulursa, bu sonuç sınıdığımız aracın geçerli ölçüm yaptığı anlamına gelir (28).

### 1.12.4.3. Yapı Geçerliği

Ölçeğin, ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede çok değerşkenli- çok yöntemli matris, faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırma yöntemleri kullanılmaktadır (37). Bu yöntemlerin içinde en sık kullanılan faktör analizidir. Değerşken sayısını azaltmak, değerşkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkartmak ve çok sayıda değerşkeni birkaç başlık altında toplamak faktör analizinin temelini oluşturmaktadır (29).

Faktör analizi: Ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi, açıklayıcı (exploratory) veya doğrulayıcı (confirmatory) olabilir (37, 93).

Faktör analizi uygulanırken örneklemin tutarlığı ve yeterliği dikkate alınması gereken konulardandır. Küçük örneklemelerden hesaplanan korelasyon katsayıları daha az güvenilir olma eğilimindedir. Örneklem büyüklüğünün korelasyonun güvenilirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemlidir. Örneklemde elde edilen verilerin yeterliğinin sağlanması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Kaiser bulunan değerin 1' e yaklaştıkça mükemmel, 0.50' nin altında ise, kabul edilemez, 0.90' larda mükemmel, 0.80' lerde çok iyi, 0.70' lerde ve 0.60' larda vasat ve 0.50' lerde kötü olduğunu göstermektedir. Comrey örneklem büyüklüğü olarak 50' yi çok zayıf, 100' ü zayıf, 200' ü orta, 300' ü iyi, 500' ü çok iyi ve 1000' i mükemmel olarak nitelemektedir (93).

Bilinen grup karşılaştırması: Bu yöntemle ölçmek istenilen özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki aynı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Bu yöntemle zıt gruplar geçerliği de denilmektedir (29, 37).

Hipotez sınanması/mantıksal analiz: Yapı geçerliğinde sık kullanılan bir tekniktir. Eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Bu hipotezler araştırma sonuçları ile desteklendiği zaman testin yapı geçerliği hakkında veri elde edilmiş olur. Hipotezler, ölçme aracından elde edilen puanı etkileyen deneysel ve gelişimsel değişkenler, başka ölçüm aracından elde edilen puanlarla olumlu ya da olumsuz ilişkileri ile ilgili olabilir (93).

Bilinen grup karşılaştırmasına benzer bir yöntemdir. Burada araştırmacı ilgili kaynaklar doğrultusunda önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analizi ile değerlendirirken test eder. Bu geçerlik ölçütü uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir. Ölçekle ilgili yapılan her korelasyonel araştırma aynı zamanda mantıksal geçerliğe yönelik bulgular da sağlar. Araştırmacı açısından ölçek puanlarının ilişkili olduğu yapının ortaya konması ya da ölçek puanlarının ilişkili olduğu düşünülen yapının varlığına ilişkin kanıtlar ölçme aracının ölçme amacı doğrultusunda çalıştığını göstermek açısından önem taşır (107).

Çok özellikli- çok yönlü matris: Bir testin ölçtüğü değişkenlerin yanında ölçmediği değişkenlerin belirlenmesi de önemlidir. İlgilenilen iki ya da fazla, farklı kavramın ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlik, her kavram için iki ya da fazla farklı ölçüm yolundan elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse benzer sonuç geçerlik doğrulanmış olur. Bunun için grubun bir oturumda dört ya da fazla testi doldurmaya gönüllü olması gerekir (28).

### 1.12.5. KÜLTÜRLER ARASI KARŞILAŞTIRMA

Ölçek uyarlama çalışmalarının bu aşamasında uyarlanan ölçeğin normları saptanır ve diğer dildeki ölçek normları ile karşılaştırılır. Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır;

- Uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları ve kesme noktası gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?

- Uygulanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?

- Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?

- Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi?

Yukarıda sorulan soruların birçoğu, uyarlanan ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilirken kendiliğinden yanıtlanır. Bu sorulara istendik yanıtlar alınamıyorsa örneğin ölçeklerin faktör yapısı örtüşmüyor ise bunun olası nedenleri araştırılmalı ve açıklanmalıdır (37).



## BÖLÜM II

### 2. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule, tarafından İngiltere’de kullanılmak üzere uyarlanmış olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’ni Türkçe’ye uyarlamak ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacı ile planlanan metodolojik bir çalışmadır.

#### 2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi; Genel Cerrahi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları, Göz, Üroloji, Nöroşirürji, Kalp, Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalları ameliyathanelerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri 1 Ocak 2009 - 20 Mayıs 2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 2.3. Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinin Genel Cerrahi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları, Göz, Üroloji, Nöroşirürji, Kalp, Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dallarında çalışan ameliyathane ekibi oluşturmuştur.

#### **2.4. Araştırmanın Örnekleme:**

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı olması gerekmektedir (29). Toplam 78 madde olan “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin likert tipi olan 60 maddelik “ameliyathane yönetimi tutumları”na ait ilk bölümüne geçerlik ve güvenirlik analizi yapılmıştır. Bu bağlamda, “Ameliyathane Yönetimi Tutumları”na ait ilk bölümdeki madde sayısının beş katı olan 300 kişilik örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflenmiş ve 372 kişiye ulaşılmıştır (n: 372).

Araştırmaya dahil edilen ameliyathane ekibinin ise şu özelliklere sahip olmasına dikkat edilmiştir:

- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ameliyathanelerinde ameliyat ekibinde çalışması,

-Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

#### **2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

1. Sosyodemografik özellikler veri formu (Ek 1)
2. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) (Ek 2)

## **1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu**

Ameliyathane ekibinde çalışan bireylerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bilgileri içeren 5 soru yer almaktadır. Bunlar; çalıştığınız yer, cinsiyet, çalıştığınız cerrahi bölüm, kaç yıldır bu uzmanlık alanında deneyiminiz var ve mesleğiniz gibi sosyodemografik değişkenlere yönelik soruları içermektedir (Ek 1).

## **2. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği (The Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ))**

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule tarafından 2004 yılında İngiltere’de kullanılmak üzere uyarlanmıştır.

Ameliyathane ekibinin ameliyathanenin yönetimi ile ilgili tutumunu değerlendirmek amacıyla oluşturulan ölçek 78 maddeyi içeren 5 alandan oluşmuştur. Bu alanlar, ameliyathane yönetimi tutumları (60 madde), ekip çalışması (6 madde), tıbbi hata (7 madde), liderlik ve öncelik tanıma (5 madde), hata ve hataların yönetimi (2 madde) dir. Orijinal ölçeğin 60 sorudan oluşan birinci bölümü için Cronbach’s alfa değeri 0,55- 0,85 arasındadır (35).

### **Alanların İçeriği:**

#### **1. Ameliyathane Yönetimi Tutumları:**

60 maddeden oluşan tutum anketi 8 başlık altında incelenmektedir. Liderlik- Bir bütün olarak düşünme, Güven- Değerlendirme, Bilgi paylaşma, Stres ve Tükenmişlik, Takım Çalışması, İş değeri, Hata ve Kurumsal Ortamdır.

## 2. Ekip Çalışması:

Ankete katılanlardan ameliyat alanındaki diğer çalışanlarla (örneğin; cerrah ile ameliyathane hemşireleri arasında) yaşadıkları tecrübelerle dayanarak takım çalışmasının kalitesini değerlendirmeleri istenir.

## 3. Tıbbi Hatalar:

Ankete katılanlar hatalarla ilgili beş durumu (örneğin; ameliyatta hata yaptım) anketteki skalaya dayanarak yanıtlamaları istenir. Ayrıca (a) verimi ve (b) ameliyat alanındaki grubun iş memnuniyetine yönelik önerilerde bulunmaları istenir.

## 4. Liderlik ve Öncelik Tanıma:

### a) Öncelik tanıma:

Ankete katılanlar başarısızlık durumlarında dört sağlık bakım hedefini (bekleme listesinin azaltılması, hasta güvenliği, maliyet etkililik, kurum güvenilirliği)

a) en çok endişelendikleri b) gerçekliğe göre hareket etme şeklinde değerlendirirler.

### b) Liderlik:

Dört tip lider karar verme biçimi listelenmiştir (A: despot, B: müzakere, C: müşterek, D: temsilciler/delege grubu). Uzman cerrahlara genelde kullandıkları tarz sorulacaktır Asistan ve hemşirelere ise a) normalde hangi tarz ile karşılaştıkları ve b) hangisini tercih ettikleri ile ilgili düşüncelerini içerir.

Tür A: Lider kararları alır, kesin bir şekilde ileterek sadakat ve itaat bekler.

Tür B: Lider derhal karar alır fakat hemen kararını bu kararı almasına neden olan sebepleri açıklar ve soruları yanıtlar.

Tür C: Lider normalde önemli kararlar öncesinde emrinde çalışanlara danışır, önerileri dinler, değerlendirir ve sonra karar verir.

Tür D: Lider önce grup önünde problemi ortaya koyar ve genel bakış açısını karar olarak kabul etmeden önce tartışmaya açar.

#### 5. Hatalar ve Hataların Yönetimi:

Katılımcılara ameliyat alanında en sık karşılaştıkları 10 hata ve hangi stratejinin hata yönetiminde daha etkin olduğunu gördükleri ile ilgili düşüncelerini içerir (Ek: 2).

#### ***Puanlama***

Ameliyathane yönetimi tutum ölçeğinin ilk 60 maddesi 0'dan 4'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme 0. Kesinlikle katılmıyorum, 1. Katılmıyorum, 2. Kararsızım, 3. Katılıyorum, 4. Kesinlikle katılıyorum şeklinde yapılmıştır. Ölçekteki diğer maddeler ise orijinal ölçekteki uygun olarak puanlanmıştır (35).

### **2.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ**

Araştırmaya katılan ameliyathane ekibine araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmaları için gerekli yazılı izin alınmıştır. Ameliyathane ekibine ait sosyodemografik özellikler veri formu, ameliyathane yönetimi tutum ölçeği anket formu kullanılarak araştırmacı tarafından veriler elde edilmiştir.

## 2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi The Package For Social Sciences (SPSS) 15.0 paket programında yapılmıştır.

Sosyodemografik özellikler veri formunun değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Ölçek geçerlik ve güvenirliği ile ilgili istatistik çalışmaları literatüre uygun bir şekilde yürütülmüştür.

### 2.7.1. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle araştırmacı tarafından ölçek Türkçe’ye çevrilmiştir. Daha sonra çevirisi yapılan ölçek İngilizce’yi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 5 uzman tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Bu çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçildikten sonra oluşturulan son hali, daha önce ölçeğin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen ana dili Türkçe olan iki İngilizce uzmanı tarafından ölçek yeniden Türkçe’den İngilizce’ye çevrilmiştir. Türkçe’den İngilizce’ye çevrilen ölçeğin İngilizce ifadeleri, orijinal ölçeğin ifadeleriyle karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen form içerik geçerliği açısından 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Alınan öneriler sonucunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe son şekli verilmiştir. Son şekli verilen ölçeğin, İngilizce soru formu Helmreich’e gönderilmiş, geri çevirisi yapılan ölçek ile orijinalinin eşdeğer olduğuna dair onay henüz elimize ulaşmamıştır.

## 2.7.2.“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Kapsam Geçerliği Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Türkçe formu, kapsam geçerliği açısından değerlendirmeleri için, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalından üç cerrahi asistan, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalından iki cerrahi asistan ve Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalından bir cerrah, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalından bir anesteziist ve Genel Cerrahi Anabilim Dalından üç hemşire olmak üzere toplam 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Görüşlerine başvuru uzmanların listesi ekte verilmiştir (Ek 6).

Uzman görüşünün değerlendirilmesinde, Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Bu indekse göre uzmanlar maddeleri aşağıdaki ifadelerle değerlendirilmişlerdir;

1. Uygun değil (1 puan)
2. Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir (2 puan)
3. Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor (3 puan)
4. Çok uygun (4 puan)

Uzman görüşlerinin ortalaması 3'ün altında olan madde olmadığı için ölçekten madde çıkarılmamıştır. Uzmanlar tarafından görüş birliğine varılan ölçeğin ön uygulaması ameliyathane ekibinde çalışan 10 kişiye uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası soruların kişiler tarafından anlaşılmasında sorun çıkmaması nedeniyle ölçekte değişiklik yapılmamıştır.

### 2.7.3. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Psikometrik

#### Uygunluğu Güvenirlik ve Geçerlik Yöntemleri

##### Güvenirlik:

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” için kullanılan güvenilirlik teknikleri ve yapılan işlemler Tablo 3’ te verilmiştir.

**Tablo 3. Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler**

Güvenirlik Tekniği	Güvenirlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
“İç Tutarlılık” İç Tutarlılık Katsayısı Madde Analizi	Cronbach Alpha katsayısı hesaplama Madde- toplam korelasyon katsayısı için Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı
“Zamana Göre Değişmezlik” Test- tekrar test	Pearson Momentler çarpımı korelasyonu hesaplama

##### Geçerlik:

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” için kullanılan geçerlik teknikleri ve yapılan işlemler Tablo 4’ te verilmiştir.








**Tablo 4. Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler**

Geçerlik Tekniği	Geçerlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
Kapsam Geçerliği	Uzman Görüşü Alma



## 2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Şekil 1. Yüksek Lisans Tez Çalışmasının Zamana Göre Dağılımı

Yapılan çalışmalar	TARİH						
	Kasım 2008- Nisan 2009	Mayıs 2009	Temmuz 2009	Ağustos 2009 - Ekim 2009	Kasım 2009- Haziran 2010	Temmuz 2010	Ağustos 2010
Literatür tarama							
Tez konusu bildirme							
Tez önerisi							
Etik kurul başvuru- su ve gerekli izinlerin alınması							
Verileri toplama							
Verilerin analizi							
Tez yazımı							
<b>Tez Savunma Sınavı: 21.09.2010</b>							

## 2.9. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'ni geliŐtiren Helmreich ve Flin'den, ölçeğin Türkçe'ye çevrilip Türkiye'de uygulanması için elektronik posta aracılığıyla iletiŐime geçilmiŐ ve gerekli uygulama araştırmanın izni yazılı olarak istenmiŐtir. İzin yazısı 03. 05. 2009 tarihinde elektronik posta mesajı ile alınmıştır (Ek 7).

- Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurulu Onayı alınmıştır (Tarih:14.05.2009, Sayı:2009-56).

- Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Onayı alınmıştır.

- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu Onayı alınmıştır (Tarih:16.04.2009, Sayı:11457).

- Araştırmaya dahil edilmek isteyen ameliyathane ekibi çalışanlarına araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilmiŐ ve bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isteyen bireylere bilgilendirilmiş gönüllü onay formu imzalatılmıŐtır (Ek 10).

## BÖLÜM III

### BULGULAR

Araştırma sonucu elde edilen bulgular üç başlık altında verilmiştir;

1. Ameliyathane Ekibi Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine ilişkin bulgular
2. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik bulgular
3. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin güvenirlik ve geçerlik analizlerine yönelik bulgular

### 3.1. AMELİYATHANE EKİBİ ÇALIŞANLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde ameliyathane ekibi çalışanlarının sosyodemografik özellikleri yer almaktadır.

#### 3.1.1. Ekibin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde ameliyathane ekibi çalışanlarının çalıştıkları yer, cinsiyet, çalıştıkları cerrahi bölüm, çalışma yılları ve mesleği ile ilgili sosyodemografik özellikler yer almaktadır.

**Tablo 5. Ameliyathane Ekibi Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n:372)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	184	49,5
Erkek	188	50,5
<b>Bölüm</b>		
Genel Cerrahi	119	32,0
Ortopedi	35	9,4
Kalp- Damar Cerrahisi	18	4,8
Göğüs Cerrahisi	10	2,7
Üroloji	23	6,2
Çocuk Cerrahisi	22	5,9
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi	17	4,6
Kulak Burun Boğaz	31	8,3
Göz Cerrahisi	26	7,0
Nöroşirürji	38	10,2
Kadın Hastalıkları ve Sağlığı	33	8,9
<b>Meslek</b>		
Cerrah	95	25,5
Cerrahi Asistan	151	40,6
Cerrahi Teknisyen	1	0,3
Perfüzyonist	1	0,3
Anestezi Uzmanı	14	3,8

Anestezi asistanı	31	8,3
Anestezi hemşiresi	1	0,3
Anestezi teknisyeni	3	0,8
Ameliyathane Hemşiresi	73	19,6
Anestezi sonrası bakım ünitesi(uyanma- derlenme odası) hemşiresi	2	0,5
<b>Çalışma Yılı</b>		
0,5- 5 yıl	169	45,4
6- 10 yıl	53	14,3
11- 15 yıl	55	14,8
16- 20 yıl	38	10,2
21-25 yıl	33	8,8
26- 30 yıl	9	2,5
31- 35 yıl	3	0,8
36- 40 yıl	9	2,5
41- 45 yıl	3	0,8

Çalışma yılı	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Yıl	0,50	45,00	10,57	9,64

Araştırma kapsamına alınan ameliyathane ekibi üyelerinin (n:372), %49,5'i kadın, %50,5'i erkek, % 32,0'ı genel cerrahide, %10,2'si nöroşirürji ameliyathanesinde çalışmaktadır. Ameliyathane ekibi üyelerinin büyük bir çoğunluğu %40,6'sı cerrahi asistan, %25,5'i cerrah olup %19,6'sı ameliyathane hemşiresidir. Ekibin %45,4'inin çalışma yılı 0,5- 5 yıl arasındadır (Tablo 5).

### **3.2. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN DİL EŞDEĞERLİĞİNİN SAĞLANMASINA YÖNELİK BULGULAR**

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle araştırmacı tarafından ölçek Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra çevirisi yapılan ölçek İngilizce'yi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 5 uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçildikten sonra oluşturulan son hali, daha önce ölçeğin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen ana dili Türkçe olan iki İngilizce uzmanı tarafından tekrar Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir. Türkçe'den İngilizce'ye çevrilen ölçeğin İngilizce ifadeleri, orijinal ölçeğin ifadeleriyle karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen form içerik geçerliği açısından 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Alınan öneriler sonucunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe son şekli verilmiştir. Son olarak ölçek ön uygulama için kullanılmıştır. Daha sonra ölçeğin ön uygulaması 30 ameliyathane ekibi çalışanı ile yapılmıştır.

### **3.3. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ANALİZLERİNE YÖNELİK BULGULAR**

Bu bölümde Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule, tarafından İngiltere’de kullanılmak üzere 2004 yılında uyarlanmış olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

#### **3.3.1. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GEÇERLİK ANALİZLERİ**

Bu bölümde, “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin kapsam geçerliğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

##### **3.3.1.1. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Kapsam Geçerliği”ne İlişkin Bulgular**

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Türkçe formu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalından üç cerrahi asistan, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalından iki cerrahi asistan ve Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalından bir cerrah, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalından bir anestezi uzman ve Genel Cerrahi Anabilim Dalından üç hemşire olmak üzere toplam 10 uzman görüşüne sunulmuştur. Görüşlerine başvurulmuş uzmanların listesi ekte verilmiştir (Ek 6).

Uzmanlardan alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek bazı ifadeler değiştirilmiştir.

Madde 3- “Yönetici, uygunsa operasyon esnasında asistan ve hemşireleri soru sormaları için cesaretlendirmelidir.” ifadesindeki **operasyon esnasında** kelime grubu yerine **ameliyat sırasında** kelime grubunun kullanılmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir.

Madde 6- “Kıdemli personel ek yetki ve ayrıcalıkları hak eder.” ifadesindeki **kıdemli personel** kelime grubu yerine **yönetici** kelimesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir.

Madde 20- “Yetkilerimin diğerleri tarafından onaylanması önemlidir.” ifadesindeki **yetkilerim** kelimesi yerine **benim yeterliliğimin** kelime grubunun kullanılması öngörülmüştür.

Madde 22- “Ekibin diğer destek ekibi ile koordinasyonu yöneticinin sorumlulukları arasındadır.” ifadesi “**Yöneticinin sorumlulukları kendi ekip elemanları ve destek elemanlar arasındaki uyumu sağlamayı içerir.**” şeklinde değiştirilmiştir.

Madde 25- “Çok fazla iş yükü olduğu durumlarda ameliyat ekibinin elemanları önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.” ifadesi “**Ameliyat ekibi üyeleri, çok fazla iş yükünün olduğu durumlarda, önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.**” şeklinde düzenlenmiştir.

Madde 26- “İşler iyi yapıldığı sürece diğerlerinin benim hakkımda ne düşündüğünü önemsemem.” ifadesindeki **yapıldığı** kelimesi yerine **gittiği** kelimesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir.



Madde 36- “Bazen, diğer disiplinlerden katılan ameliyat ekibi elemanlarına daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.” ifadesi **“Bazen, ameliyat ekibine diğer disiplinlerden katılan kişilere daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.”** şeklinde değiştirilmiştir.

Madde 43- “Performansım deneyimsiz veya daha az becerikli bir ekip üyesi ile çalışmaktan olumsuz etkilenmez.” ifadesindeki **becerikli** kelimesi yerine **yetenekli** kelimesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir.

Madde 45- “Ekip üyeleri yorgunluk ve stres işaretleri için bir birini izlemelidir.” ifadesi **“Ekip üyelerinin her biri diğerlerinin yorgunluk ve stres belirtilerini izlemelidir.”** şeklinde düzenlenmiştir.

Madde 46- “Deneyimsiz bir personel ile çalışmak zorunda kaldığımda rahatsız olurum.” ifadesindeki **kaldığımda** kelimesi yerine **olduğumda** kelimesinin kullanılması öngörülmüştür.

Madde 51- “Ekip üyeleri bir değişim öncesi veya esnasında kendi psikolojik stresleri veya fizyolojik problemlerinden ameliyathane ekibini haberdar etmek zorunda hissetmelidir.” ifadesi **“Ekipler görev değişimi sırasında ya da öncesinde, kendi psikolojik streslerinden veya fizyolojik problemlerinden diğer ekip üyelerine söz etmelidir.”** şeklinde düzenlenmiştir.

Madde 54- “Ameliyathane personelinin bir ekip olarak çalışması fikri bu hastanede işlemez.” ifadesindeki **fikri** kelimesi yerine **kavramı** kelimesinin kullanılması öngörülmüştür.

Madde 55- “Kişisel problemler performansımı ters yönde etkileyebilir.” ifadesindeki **ters yönde** kelime grubu yerine **olumsuz** kelimesinin kullanılması uygun görülmüştür.

Madde 67- “ Bir veya daha fazla ekip üyesinin gerekli girişimi yapacak bilgiden yoksun olduğu hatalara nadiren şahit oldum.” ifadesi “**Bir veya daha fazla ekip üyesinin gerekli girişimi yapacak bilgiden yoksun olduğunda nadiren bir hatayla karşılaşırım.**” şeklinde düzenlenmiştir.

Madde 70-“ Tıbbi hatalar tekrar olmasını önlemek için tartışılmaktadır.” ifadesi “**Tekrarlanmaması için tıbbi hatalar tartışılır.**” şeklinde değiştirilmiştir.

Madde 71- “Tıbbi hataları rapor eden uygun bir raporlama sistemi güvenlik için önemlidir.” İfadesi “ **Tıbbi hataları kayıt eden güvenli bir raporlama sistemi olmalıdır.**” şeklinde değiştirilmiştir.

Madde 73-“Ameliyathane çalışanlarının iş memnuniyeti nasıl artırılabilir?” ifadesindeki **memnuniyeti** kelimesi yerine **doyumunu** kelimesini kullanılmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir.

Madde 78-“ Siz, tecrübenize göre, ameliyathanedeki tıbbi hataların yönetiminde hangi stratejilerin etkili olduğunu gördünüz?” ifadesi “**Deneyimlerinize göre, ameliyathanede hataların yönetimi için, en etkili olduğunuzu gördüğünüz stratejiler nelerdir?**” şeklinde değiştirilmiştir.

**Tablo 6. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Maddelerinin Kapsam Geçerliği İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi (n= 10)**

Ölçek Alt boyutları ve Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	$\bar{x}$	SS	KGI*
<b>1. Liderlik</b>					
3. Yönetici, uygunsuz ameliyat sırasında asistan ve hemşireleri soru sormaları için cesaretlendirmelidir.	2	4	3,20	,63	0,90
10. Ameliyathanedeki ekibin önerilerini dikkate alan doktorlar zayıf liderlerdir.	2	4	3,10	,74	0,80
27. Başarılı bir ameliyathane yönetimi, öncelikle doktorun tıbbi ve teknik yeterliliğinin bir işlevidir.	3	4	3,60	,52	1,00
42. Ameliyathane ekibinin yönetimi tıbbi personele ait olmalıdır.	2	4	3,60	,70	0,90
50. Bir hastanın yönetiminde genç bir ekip üyesinin üstlenebileceği durumlar yoktur.	3	4	3,90	,32	1,00
<b>2. Güven</b>					
1. Tecrübeli biri, hayati riski olan acil durumlarda, yönetimi devralmalı ve tüm kararları vermelidir.	3	4	3,60	,52	1,00
14. Ameliyat ekibine katılan yeni personel, yönetici tarafından verilen kararları sorgulamamalıdır.	3	4	3,80	,42	1,00
32. Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersem kimlerin etkileyeceğine bakmaktan konuşurum.	3	4	3,80	,42	1,00
34. Kritik durumlarda yöneticimin söylediklerine itimat ederim.	3	4	3,90	,32	1,00
36. Bazen ameliyat ekibine diğer disiplinlerden katılan kişilere daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.	2	4	3,60	,70	0,90
38. Ameliyatın güvenliğini tehdit etmedikleri müddetçe ekip üyeleri, yöneticinin karar ve	3	4	3,60	,52	1,00

eylemlerini sorgulamamalıdır.					
60. Anlamadığım bir şey olduğunu hissettiğim bir durumda çekinmeden sorular sorarım.	3	4	3,70	,48	1,00
<b>3. Bilgi Paylaşma</b>					
12. Ameliyat sonrasında veya değişikliğinde işlem ve kararlarla ilgili düzenli olarak bilgi verilmesi, etkin takım uyumunun geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin önemli bir parçasıdır.	3	4	3,50	,53	1,00
13. Ameliyata girecek olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin, diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır.	2	4	3,70	,67	0,90
16. Yöneticim ve meslektaşlarım tarafından karşılaşılabileceğim tehlikeli durumları rapor etmem için cesaretlendiriliyorum.	3	4	3,80	,42	1,00
19. Ameliyat öncesinde yapılan bilgilendirme toplantıları, güvenlik ve etkin grup yönetimi için önemlidir.	3	4	3,80	,42	1,00
<b>4. Stres ve Tükenmişlik</b>					
4. Yorgun olduğumda bile operasyonların kritik safhalarında etkin olarak çalışırım.	4	4	4,00	,00	1,00
5. Diğer ekip üyelerinin kişisel sorunlarının farkında olmalı ve bunlara karşı duyarlı olmalıyız.	3	4	3,40	,52	1,00
8. İş yüküm çok fazla olmaya başladığında ekibin diğer üyelerini bilgilendiririm.	3	4	3,80	,42	1,00
11. Acil durumlardaki karar verme yeteneğim rutin zamanlardaki kadar iyidir.	2	4	3,80	,63	0,90
21. Gergin ve düşmanca tavırların olduğu ortamlarda hata yapmam daha olasıdır.	3	4	3,70	,48	1,00
39. Yorgun ve gerginken daha az verimliyim.	4	4	4,00	,00	1,00
43. Performansım deneyimsiz veya daha az yetenekli bir ekip üyesi ile çalışmaktan olumsuz etkilenmez.	3	4	3,80	,42	1,00
45. Ekip üyelerinin her biri diğerlerinin yorgunluk ve stres belirtilerini izlemelidir.	4	4	4,00	,00	1,00
46. Deneyimsiz bir personel ile çalışmak zorunda olduğumda rahatsız olurum.	3	4	3,70	,48	1,00

49. Gerçek profesyoneller, ameliyatta iken kişisel problemlerini geride bırakabilir.	3	4	3,80	,42	1,00
51. Ekipler görev değişimi sırasında ya da öncesinde kendi psikolojik streslerinden veya fizyolojik problemlerinden diğer ekip üyelerine söz etmelidir.	3	4	3,90	,32	1,00
55. Kişisel problemler performansımı olumsuz etkileyebilir.	4	4	4,00	,00	1,00
<b>5. Ekip Çalışması</b>					
<b>17. Bana geri bildirim verebilecek kişiler sadece benim mesleğimden olan kişilerdir.</b>	4	4	4,00	,00	1,00
18. Tüm ameliyathane personeli ile ortak fikirde olmak, farklı bir görüşü ileri sürmekten daha iyidir.	4	4	4,00	,00	1,00
22. Yöneticinin sorumlulukları kendi ekip elemanları ve detek elemanlar arasındaki uyumu sağlamayı içerir.	3	4	3,70	,48	1,00
25. Ameliyat ekibi üyeleri, çok fazla iş yükünün olduğu durumlarda, önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.	3	4	3,60	,52	1,00
31. Bir ekibin parçası olarak çalışmaktan hoşlanıyorum.	3	4	3,80	,42	1,00
44. Ekip üyeleri anlaşmazlıkları çözmek için birbirleri içindeki farklılıkları açıkça tartışmalıdır.	3	4	3,90	,32	1,00
48. Ameliyathanedeki tüm ekip üyeleri bana geri bildirim verebilecek niteliktedir.	4	4	4,00	,00	1,00
54. Ameliyathane personelinin bir ekip olarak çalışması kavramı bu hastanede işlemez.	3	4	3,90	,32	1,00
56. Etkili bir ameliyathane ekibi koordinasyonu için ekip üyeleri birbirlerinin kişiliklerine saygı göstermelidir.	3	4	3,50	,53	1,00
<b>6. İş Değeri</b>					
6. Yönetici ek yetki ve ayrıcalıkları hak eder.	3	4	3,50	,53	1,00
7. İşimi en iyi yalnız kaldığım zaman yaparım.	2	4	3,60	,70	0,90
9. Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder	2	4	3,30	,67	0,90
15. Ekibin çalışmaktan hoşlandığı bir kişi olmaya çalışıyorum.	3	4	3,60	,52	1,00
20. Benim yeterliliğimin diğerleri tarafından onaylanması önemlidir.	3	4	3,90	,32	1,00

23. İşim hakkındaki övgülere değer veririm.	3	4	3,80	,42	1,00
26. İşler iyi gittiği sürece diğerlerinin benim hakkımda ne düşündüğünü önemsemem.	3	4	3,70	,48	1,00
28. Ameliyathanedeki iyi itibar, benim için önemlidir.	3	4	3,90	,32	1,00
35. Meslektaşlarıma iyi niyetine değer veririm. Diğerlerinin beni arkadaş canlısı ve uyumlu görmesini önemserim.	3	4	3,90	,32	1,00
40. Ameliyat ekibinin diğer üyelerini gereksiz yere beklemeye zorlanmak bir hakarettir.	3	4	3,90	,32	1,00
52. Ameliyathanede, hak ettiğim saygıyı görüyorum.	3	4	3,90	,32	1,00
<b>7. Hata- Prosedürler</b>					
29. Hatalar yetersizliğin işaretidir.	4	4	4,00	,00	1,00
33. Diğer ekip üyeleri karşısında hata yaptığımda utanırım.	3	4	3,70	,48	1,00
37. Ameliyathanemizde prosedürlere ve kurallara titizlikle uyulur.	2	4	3,80	,63	0,90
41. Hatalar hastane içerisinde uygun bir şekilde çözümlenir.	3	4	3,70	,48	1,00
53. Kişisel hatalar kaçınılmazdır.	3	4	3,60	,52	1,00
59. Çalışanlar, ameliyathane için geliştirilmiş olan kuralları ya da ilkeleri sıklıkla uygulamaz (Örn.; el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik işlemler, steril alan gibi)	3	4	3,90	,32	1,00
<b>8. Kurumsal Ortam</b>					
2. Bölümüm, çalışmamı etkileyebilecek olaylarla ilgili güncel ve yeterli bilgiyi sağlamalıdır.	2	4	3,40	,70	0,90
24. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	4	4	4,00	,00	1,00
30. Bölüm yöneticisi, çalışanlarını dinler ve kaygılarını dikkate alır.	2	4	3,30	,67	0,90
47. Bu hastane için çalışmaktan gurur duyuyorum.	4	4	4,00	,00	1,00
57. İşimi seviyorum.	4	4	4,00	,00	1,00
58. İşimi iyi yapabilmem için gereken eğitimi aldım.	3	4	3,80	,42	1,00

- Tüm maddeler için en düşük ve en yüksek uzman değerlendirme puanı 1-4 arasındadır.

\* Kapsam Geçerlik İndeksi: Bir madde için 3 ve 4 puan veren uzman sayısı/ toplam uzman sayısı

Kapsam geçerliği için uzmanların “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” maddelerine verdikleri en düşük ve en yüksek puan, ortalama, standart sapmaları ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değerleri Tablo 6’da verilmiştir. Uzman görüşünün değerlendirilmesinde, Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Bu indekse göre uzmanlar maddeleri aşağıdaki ifadelerle değerlendirilmişlerdir; 1 Uygun değil (1 puan), 2 Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir (2 puan), 3 Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor (3 puan), 4 Çok uygun (4 puan), (19, 43).

Ölçek maddelerine ilişkin uzmanların verdiği puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde 3,10 ile liderlik 3, en yüksek ortalamaya sahip maddeler ise 4 ile 4, 17, 18, 24, 29, 39, 45, 47, 48 ve 57. maddeleridir. Ölçekte yer alan 60 maddenin KGİ 0,80-1,00 arasında olup, toplam ölçek maddeleri için KGİ 0,98 olarak bulunmuştur.

Çalışmanın başlangıcında uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan 3’ün altında puan alan madde olmadığı için ölçekten madde çıkarılmamıştır.

### 3.3.2. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Bu bölümde “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin ilk bölümü olan ve 60 maddeden oluşan “Ameliyathane Yönetimi Tutumları”na ait maddelere verilen yanıtların sonuçları ve iç tutarlılık analizlerine yönelik bulguları yer almaktadır.

#### 3.3.2.1. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” nin ilk bölümü olan ve 60 maddeden oluşan “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” na ait maddelerinin alt boyutlarına ilişkin minimum ve maksimum madde puanları, her bir maddenin ortalaması ve standart sapmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 7. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Alt Boyutlarının Maddeleri**

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Maddeler
Liderlik	5	3, 10, 27, 42, 50
Güven	7	1, 14, 32, 34, 36, 38, 60
Bilgi Paylaşma	4	12, 13, 16, 19
Stres ve Tükenmişlik	12	4, 5, 8, 11, 21, 39, 43, 45, 46, 49, 51, 55
Ekip Çalışması	9	17, 18, 22, 25, 31, 44, 48, 54, 56
İş Değeri	11	6, 7, 9, 15, 20, 23, 26, 28, 35, 40, 52
Hata- Prosedürler	6	29, 33, 37, 41, 53, 59
Kurumsal Ortam	6	2, 24, 30, 47, 57, 58

\* Koyu renkli olan maddelerin puanları tersine çevrilmektedir.



**Tablo 8. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin Alt Boyut Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 372)**

Ölçek Alt boyutları ve Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	$\bar{x}$	SS
<b>1. Liderlik</b>				
3. Yönetici, uygunsa ameliyat sırasında asistan ve hemşireleri soru sormaları için cesaretlendirmelidir.	2,00	5,00	4,47	0,74
10. Ameliyathanedeki ekibin önerilerini dikkate alan doktorlar zayıf liderlerdir.	1,00	5,00	3,62	1,46
27. Başarılı bir ameliyathane yönetimi, öncelikle doktorun tıbbi ve teknik yeterliliğinin bir işlevidir.	1,00	5,00	2,03	1,10
42. Ameliyathane ekibinin yönetimi tıbbi personele ait olmalıdır.	1,00	5,00	1,90	0,92
50. Bir hastanın yönetiminde genç bir ekip üyesinin üstlenebileceği durumlar yoktur.	1,00	5,00	3,08	1,26
<b>2. Güven</b>				
1. Tecrübeli biri, hayati riski olan acil durumlarda, yönetimi devralmalı ve tüm kararları vermelidir.	1,00	5,00	4,66	0,54
14. Ameliyat ekibine katılan yeni personel, yönetici tarafından verilen kararları sorgulamamalıdır.	2,00	5,00	4,22	0,58
32. Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersem kimlerin etkileyeceğine bakmaktan konuşurum.	2,00	5,00	4,35	0,78

34. Kritik durumlarda yöneticimin söylediklerine itimat ederim.	2,00	5,00	4,35	0,73
36. Bazen ameliyat ekibine diğer disiplinlerden katılan kişilere daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.	2,00	5,00	4,18	0,73
38. Ameliyatın güvenliğini tehdit etmedikleri müddetçe ekip üyeleri, yöneticinin karar ve eylemlerini sorgulamamalıdır.	1,00	5,00	4,17	0,71
60. Anlamadığım bir şey olduğunu hissettiğim bir durumda çekinmeden sorular sorarım.	1,00	5,00	4,65	0,67
<b>3. Bilgi Paylaşma</b>				
12. Ameliyat sonrasında veya değişikliğinde işlem ve kararlarla ilgili düzenli olarak bilgi verilmesi, etkin takım uyumunun geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin önemli bir parçasıdır.	4,00	5,00	4,62	0,49
13. Ameliyata girecek olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin, diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır.	4,00	5,00	4,72	0,45
16. Yöneticim ve meslektaşlarım tarafından karşılaşılabileceğim tehlikeli durumları rapor etmem için cesaretlendiriliyorum.	4,00	5,00	4,44	0,50
19. Ameliyat öncesinde yapılan bilgilendirme toplantıları, güvenlik ve etkin grup yönetimi için önemlidir.	4,00	5,00	4,51	0,50
<b>4. Stres ve Tükenmişlik</b>				
4. Yorgun olduğumda bile operasyonların kritik safhalarında etkin olarak çalışırım.	1,00	5,00	4,45	0,65
5. Diğer ekip üyelerinin kişisel sorunlarının farkında olmalı ve bunlara karşı duyarlı olmalıyız.	1,00	5,00	4,21	0,84
8. İş yüküm çok fazla olmaya başladığında ekibin diğer üyelerini bilgilendiririm.	2,00	5,00	4,31	0,61
11. Acil durumlardaki karar verme yeteneğim rutin zamanlardaki kadar iyidir.	2,00	5,00	4,33	0,59
21. Gergin ve düşmanca tavırların olduğu ortamlarda hata yapmam daha olasıdır.	2,00	5,00	4,03	0,98

39. Yorgun ve gerginken daha az verimliyim.	1,00	5,00	3,90	1,08
43. Performansım deneyimsiz veya daha az yetenekli bir ekip üyesi ile çalışmaktan olumsuz etkilenmez.	1,00	5,00	3,55	1,10
45. Ekip üyelerinin her biri diğerlerinin yorgunluk ve stres belirtilerini izlemelidir.	1,00	5,00	4,15	0,82
46. Deneyimsiz bir personel ile çalışmak zorunda olduğumda rahatsız olurum.	1,00	5,00	3,89	0,95
49. Gerçek profesyoneller, ameliyatta iken kişisel problemlerini geride bırakabilir.	3,00	5,00	4,65	0,50
51. Ekipler görev değişimi sırasında ya da öncesinde kendi psikolojik streslerinden veya fizyolojik problemlerinden diğer ekip üyelerine söz etmelidir.	1,00	5,00	3,07	1,28
55. Kişisel problemler performansımı olumsuz etkileyebilir.	1,00	5,00	2,85	1,23
<b>5. Ekip Çalışması</b>				
<b>17. Bana geri bildirim verebilecek kişiler sadece benim mesleğimden olan kişilerdir.</b>	1,00	5,00	3,18	1,33
18. Tüm ameliyathane personeli ile ortak fikirde olmak, farklı bir görüşü ileri sürmekten daha iyidir.	1,00	5,00	2,52	1,19
22. Yöneticinin sorumlulukları kendi ekip elemanları ve detek elemanlar arasındaki uyumu sağlamayı içerir.	1,00	5,00	1,89	0,93
25. Ameliyat ekibi üyeleri, çok fazla iş yükünün olduğu durumlarda, önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.	1,00	5,00	4,31	0,60
31. Bir ekibin parçası olarak çalışmaktan hoşlanıyorum.	2,00	5,00	4,34	0,56
44. Ekip üyeleri anlaşmazlıkları çözmek için birbirleri içindeki farklılıkları açıkça tartışmalıdır.	1,00	5,00	4,12	0,66
48. Ameliyathanedeki tüm ekip üyeleri bana geri bildirim verebilecek niteliktedir.	1,00	5,00	3,47	1,20
54. Ameliyathane personelinin bir ekip olarak çalışması kavramı bu hastanede işlemez.	1,00	5,00	2,56	1,18
56. Etkili bir ameliyathane ekibi koordinasyonu için ekip üyeleri birbirlerinin kişiliklerine saygı göstermelidir.	2,00	5,00	4,29	0,71
<b>6. İş Değeri</b>				
6. Yönetici ek yetki ve ayrıcalıkları hak eder.	1,00	5,00	3,99	1,03

7. İşimi en iyi yalnız kaldığım zaman yaparım.	1,00	5,00	3,79	1,04
9. Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder	2,00	5,00	4,60	0,57
15. Ekibin çalışmaktan hoşlandığı bir kişi olmaya çalışıyorum.	1,00	5,00	2,52	1,24
20. Benim yeterliliğimin diğerleri tarafından onaylanması önemlidir.	1,00	5,00	3,71	1,11
23. İşim hakkındaki övgülere değer veririm.	1,00	5,00	4,23	0,92
26. İşler iyi gittiği sürece diğerlerinin benim hakkımda ne düşündüğünü önemsemem.	1,00	5,00	3,76	1,21
28. Ameliyathanedeki iyi itibar, benim için önemlidir.	1,00	5,00	4,26	0,78
35. Meslektaşlarımın iyi niyetine değer veririm. Diğerlerinin beni arkadaş canlısı ve uyumlu görmesini önemserim.	1,00	5,00	4,15	0,76
40. Ameliyat ekibinin diğer üyelerini gereksiz yere beklemeye zorlanmak bir hakarettir.	1,00	5,00	4,12	0,98
52. Ameliyathanede, hak ettiğim saygıyı görüyorum.	1,00	5,00	3,73	1,01
<b>7. Hata- Prosedürler</b>				
29. Hatalar yetersizliğin işaretidir.	1,00	5,00	3,88	1,15
33. Diğer ekip üyeleri karşısında hata yaptığımda utanırım.	1,00	5,00	3,91	0,77
37. Ameliyathanemizde prosedürlere ve kurallara titizlikle uyulur.	2,00	5,00	3,90	0,52
41. Hatalar hastane içerisinde uygun bir şekilde çözümlenir.	1,00	5,00	4,00	0,67
53. Kişisel hatalar kaçınılmazdır.	1,00	5,00	4,30	0,86
59. Çalışanlar, ameliyathane için geliştirilmiş olan kuralları ya da ilkeleri sıklıkla uygulamaz (Örn.; el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik işlemler, steril alan gibi)	2,00	5,00	3,87	0,68
<b>8. Kurumsal Ortam</b>				
2. Bölümüm, çalışmamı etkileyebilecek olaylarla ilgili güncel ve yeterli bilgiyi sağlamalıdır.	2,00	5,00	4,57	0,61
24. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	2,00	5,00	4,33	0,67
30. Bölüm yöneticisi, çalışanlarını dinler ve kaygılarını dikkate alır.	2,00	5,00	4,37	0,54
47. Bu hastane için çalışmaktan gurur duyuyorum.	2,00	5,00	4,33	0,68
57. İşimi seviyorum.	2,00	5,00	4,47	0,71
58. İşimi iyi yapabilmem için gereken eğitimi aldım.	2,00	5,00	4,38	0,64

\* Tüm maddelerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 1-5 arasındadır.

Tablo 8’de araştırmaya alınan, ameliyathane ekibinin ölçeğın ilk bölümünde yer alan 60 maddeye verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görülmektedir.

Ölçek maddelerinin puan ortalaması 4,72 ile 1,89 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 1,89 ile 22. (Ekibinin diğer destek ekibi ile koordinasyonu doktorun sorumlulukları arasındadır) maddesi sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 4,72 ile 13. (Görevli olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır) maddesi sahiptir.

Ölçeğın standart sapma değeri 0,45 ile 1,46 arasında değişmektedir.

**Tablo 9. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 372)**

<b>Ölçek Alt Boyutları</b>	<b>En Düşük Puan</b>	<b>En Yüksek Puan</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
Liderlik	1,60	5,00	3,02	0,70
Ekip Çalışması	1,33	4,89	3,41	0,48
İş Değeri	2,55	4,91	3,90	0,45
Stres ve Tükenmişlik	2,92	4,83	3,95	0,40
Hata- Prosedürler	2,00	5,00	3,98	0,47
Güven	2,57	5,00	4,37	0,43
Kurumsal Ortam	2,00	5,00	4,41	0,46
Bilgi Paylaşma	4,00	5,00	4,57	0,38

Tablo 9’da “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarından elde edilen puanların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalaması 3,02 ile 4,57 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 3,02 ile “Liderlik” alt boyutu sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 4,57 ile “Bilgi Paylaşma” alt boyutu sahiptir.

### 3.3.2.2. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin İç Tutarlılığına İlişkin Bulgular

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin iç tutarlılığını belirlemek için ölçeğin ilk bölümü olan ve 60 maddeden oluşan “Ameliyathane Yönetimi Tutumları”na ait maddelerinin Cronbach Alpha katsayısının hesaplanması, madde analizleri, test- tekrar test yönteminden yararlanılmıştır.

#### *Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı hesaplanması*

**Tablo 10. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları (n= 372)**

Ölçek Alt Boyutları	Cronbach Alpha Değeri
Liderlik	0,60
Stres ve Tükenmişlik	0,60
Ekip Çalışması	0,61
Hata- Prosedürler	0,61
İş Değeri	0,62
Güven	0,75
Bilgi Paylaşma	0,80
Kurumsal Ortam	0,81

Tablo 10’da Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin ameliyathane yönetimi tutumları adı altında olan sekiz alt boyutunun güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları sırasıyla “Liderlik” için 0,60, “Stres ve Tükenmişlik” için 0,60, “Ekip Çalışması” için 0,61, “Hata- Prosedürler” için 0,61, “İş Değeri” için 0,62, “Güven” için 0,75, “Bilgi Paylaşma” için 0,80 ve “Kurumsal Ortam” için 0,81 olduğu saptanmıştır.

### ***Madde analizi***

Bu bölümde ölçekteki ameliyathane yönetimi tutumları adı altında olan her bir maddenin, ait olduğu ölçek alt boyut toplam puanı ile korelasyonu incelenmiştir.

### ***Ölçeğin Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Korelasyonları***

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin 60 maddeden oluşan “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” bölümünün her bir maddesinin ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonu tablo 11’ de verilmiştir.

**Tablo 11. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin Madde Alt Boyut Toplam**

**Puan Korelasyonları**

Ölçek Alt Boyutları ve Maddeleri	Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	P
<b>1. Liderlik</b>		
3. Yönetici, uygunsa ameliyat sırasında asistan ve hemşireleri soru sormaları için cesaretlendirmelidir.	,50	,000
10. Ameliyathanedeki ekibin önerilerini dikkate alan doktorlar zayıf liderlerdir.	,76	,000
27. Başarılı bir ameliyathane yönetimi, öncelikle doktorun tıbbi ve teknik yeterliliğinin bir işlevidir.	,56	,000
42. Ameliyathane ekibinin yönetimi tıbbi personele ait olmalıdır.	,57	,000
50. Bir hastanın yönetiminde genç bir ekip üyesinin üstlenebileceği durumlar yoktur.	,67	,000
<b>2. Güven</b>		
1. Tecrübeli biri, hayati riski olan acil durumlarda, yönetimi devralmalı ve tüm kararları vermelidir.	,40	,000
14. Ameliyat ekibine katılan yeni personel, yönetici tarafından verilen kararları sorgulamamalıdır.	,32	,000
32. Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersen kimlerin etkileyeceğine bakmaktan konuşurum.	,86	,000



34. Kritik durumlarda yöneticimin söylediklerine itimat ederim.	,80	,000
36. Bazen ameliyat ekibine diğer disiplinlerden katılan kişilere daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.	,79	,000
38. Ameliyatın güvenliğini tehdit etmedikleri müddetçe ekip üyeleri, yöneticinin karar ve eylemlerini sorgulamamalıdır.	,71	,000
60. Anlamadığım bir şey olduğunu hissettiğim bir durumda çekinmeden sorular sorarım.	,40	,000
<b>3. Bilgi Paylaşma</b>		
12. Ameliyat sonrasında veya değişikliğinde işlem ve kararlarla ilgili düzenli olarak bilgi verilmesi, etkin takım uyumunun geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin önemli bir parçasıdır.	,76	,000
13. Ameliyata girecek olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin, diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır.	,73	,000
16. Yöneticim ve meslektaşlarım tarafından karşılaşılabileceğim tehlikeli durumları rapor etmem için cesaretlendiriliyorum.	,83	,000
19. Ameliyat öncesinde yapılan bilgilendirme toplantıları, güvenlik ve etkin grup yönetimi için önemlidir.	,83	,000
<b>4. Stres ve Tükenmişlik</b>		
4. Yorgun olduğumda bile operasyonların kritik safhalarında etkin olarak çalışırım.	,40	,000
5. Diğer ekip üyelerinin kişisel sorunlarının farkında olmalı ve bunlara karşı duyarlı olmalıyız.	,38	,000
8. İş yüküm çok fazla olmaya başladığında ekibin diğer üyelerini bilgilendiririm.	,50	,000
11. Acil durumlardaki karar verme yeteneğim rutin zamanlardaki kadar iyidir.	,38	,000
21. Gergin ve düşmanca tavırların olduğu ortamlarda hata yapmam daha olasıdır.	,49	,000

39. Yorgun ve gerginken daha az verimliyim.	,45	,000
43. Performansım deneyimsiz veya daha az yetenekli bir ekip üyesi ile çalışmaktan olumsuz etkilenmez.	,47	,000
45. Ekip üyelerinin her biri diğerlerinin yorgunluk ve stres belirtilerini izlemelidir.	,50	,000
46. Deneyimsiz bir personel ile çalışmak zorunda olduğumda rahatsız olurum.	,39	,000
49. Gerçek profesyoneller, ameliyatta iken kişisel problemlerini geride bırakabilir.	,37	,000
51. Ekipler görev değişimi sırasında ya da öncesinde kendi psikolojik streslerinden veya fizyolojik problemlerinden diğer ekip üyelerine söz etmelidir.	,48	,000
55. Kişisel problemler performansımı olumsuz etkileyebilir.	,48	,000
<b>5. Ekip Çalışması</b>		
<b>17. Bana geri bildirim verebilecek kişiler sadece benim mesleğimden olan kişilerdir.</b>	,55	,000
18. Tüm ameliyathane personeli ile ortak fikirde olmak, farklı bir görüşü ileri sürmekten daha iyidir.	,58	,000
22. Yöneticinin sorumlulukları kendi ekip elemanları ve detek elemanlar arasındaki uyumu sağlamayı içerir.	,49	,000
25. Ameliyat ekibi üyeleri, çok fazla iş yükünün olduğu durumlarda, önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.	,40	,000
31. Bir ekibin parçası olarak çalışmaktan hoşlanıyorum.	,55	,000
44. Ekip üyeleri anlaşmazlıkları çözmek için birbirleri içindeki farklılıkları açıkça tartışmalıdır.	,42	,000
48. Ameliyathanedeki tüm ekip üyeleri bana geri bildirim verebilecek niteliktedir.	,60	,000
54. Ameliyathane personelinin bir ekip olarak çalışması kavramı bu hastanede işlemez.	,50	,000
56. Etkili bir ameliyathane ekibi koordinasyonu için ekip üyeleri birbirlerinin kişiliklerine saygı göstermelidir.	,38	,000
<b>6. İş Değeri</b>		
6. Yönetici ek yetki ve ayrıcalıkları hak eder.	,56	,000
7. İşimi en iyi yalnız kaldığım zaman yaparım.	,60	,000

9. Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder	,26	,000
15. Ekibin çalışmaktan hoşlandığı bir kişi olmaya çalışıyorum.	,61	,000
20. Benim yeterliliğimin diğerleri tarafından onaylanması önemlidir.	,38	,000
23. İşim hakkındaki övgülere değer veririm.	,40	,000
26. İşler iyi gittiği sürece diğerlerinin benim hakkımda ne düşündüğünü önemsemem.	,65	,000
28. Ameliyathanedeki iyi itibar, benim için önemlidir.	,30	,000
35. Meslektaşlarımla iyi niyetine değer veririm. Diğerlerinin beni arkadaş canlısı ve uyumlu görmesini önemserim.	,27	,000
40. Ameliyat ekibinin diğer üyelerini gereksiz yere beklemeye zorlanmak bir hakarettir.	,41	,000
52. Ameliyathanede, hak ettiğim saygıyı görüyorum.	,41	,000
<b>7. Hata- Prosedürler</b>		
29. Hatalar yetersizliğin işareti.	,72	,000
33. Diğer ekip üyeleri karşısında hata yaptığımda utanırım.	,68	,000
37. Ameliyathanemizde prosedürlere ve kurallara titizlikle uyulur.	,46	,000
41. Hatalar hastane içerisinde uygun bir şekilde çözümlenir.	,65	,000
53. Kişisel hatalar kaçınılmazdır.	,57	,000
59. Çalışanlar, ameliyathane için geliştirilmiş olan kuralları ya da ilkeleri sıklıkla uygulamaz (Örn.; el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik işlemler, steril alan gibi)	,43	,000
<b>8. Kurumsal Ortam</b>		
2. Bölümüm, çalışmamı etkileyebilecek olaylarla ilgili güncel ve yeterli bilgiyi sağlamalıdır.	,64	,000
24. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	,74	,000
30. Bölüm yöneticisi, çalışanlarını dinler ve kaygılarını dikkate alır.	,59	,000
47. Bu hastane için çalışmaktan gurur duyuyorum.	,79	,000
57. İşimi seviyorum.	,76	,000
58. İşimi iyi yapabilmem için gereken eğitimi aldım.	,78	,000

Tablo 11’de “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” bölümünün her bir maddesinin, ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonuna ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin güvenilirlik çalışması için ilk bölümünde sekiz alt boyutu oluşturan 60 maddenin madde alt boyut toplam puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon (Pearson korelasyonu/ Pearson Momentlar Çarpımı Korelasyon) analizi ile incelenmiştir;

- **Liderlik** boyutunu oluşturan beş maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının

$r= 0,50$  ile  $0,76$  arasında olduğu,

- **Güven** boyutunu oluşturan yedi maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının

$r= 0,32$  ile  $0,86$  arasında olduğu,

- **Bilgi paylaşma** boyutunu oluşturan dört maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının  $r= 0,73$  ile  $0,83$  arasında olduğu,

- **Stres ve tükenmişlik** boyutunu oluşturan 12 maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının  $r= 0,37$  ile  $0,50$  arasında olduğu,

- **Ekip çalışması** boyutunu oluşturan dokuz maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının  $r= 0,38$  ile  $0,60$  arasında olduğu,

- **İş değeri** boyutunu oluşturan 11 maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının  $r= 0,26$  ile  $0,65$  arasında olduğu,

- **Hata-Prosedürler** boyutunu oluşturan altı maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının  $r= 0,43$  ile  $0,72$  arasında olduğu,

- **Kurumsal ortam** boyutunu oluşturan altı maddenin korelasyon güvenirlik katsayılarının ise  $r= 0,73$  ile  $0,83$  arasında olduğu,

Ölçeğin tüm maddelerinin (60 madde) kendi altboyutu ile korelasyon katsayılarının pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ( $p<.001$ , Tablo 11).

Ölçeğin “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” na ait ilk bölümünde, sekiz alt boyutu oluşturan 60 maddenin en düşük alt boyut madde toplam puan korelasyonuna sahip madde  $0,26$  ile  $9$ . (Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder) maddedir. Ölçekte en yüksek alt boyut madde toplam puan korelasyonuna sahip madde ise  $0,86$  ile  $32$ . (Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersem kimlerin etkileyeceğine bakmaksızın konuşurum.) maddesidir.

### ***“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi***

Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test- tekrar test güvenirliği ölçümü ile değerlendirilmiştir. Toplam 30 kişi ile ölçek dört hafta ara ile iki kez uygulanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Momentler çarpımı korelasyonu ile belirlenmiştir. Tablo 12’de ölçeğin test tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumunu gösteren korelasyon analizi sonucu verilmiştir. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin alt boyutları için yapılan “test-tekrar test” analizi bulguları aşağıda görülmektedir.

**Tablo 12. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n= 30)**

Ölçek Alt boyutları	İlk Uygulama $\bar{x} \pm SS$	İkinci Uygulama $\bar{x} \pm SS$	t*	p	r	p
Liderlik	2,98 ± ,56	2,71 ± ,54	-,477	,376	,85	,000
Ekip Çalışması	3,85 ± ,39	3,87 ± ,40	-,477	,637	,85	,000
Hata- Prosedürler	3,87 ± ,44	3,84 ± ,32	,600	,553	,72	,000
İş Değeri	3,99 ± ,31	4,04 ± ,30	-1,034	,310	,64	,000
Stres - Tükenmişlik	4,03 ± ,19	4,26 ± ,39	-,656	,675	,65	,000
Güven	4,14 ± ,24	4,26 ± ,24	-1,032	,314	,57	,001
Kurumsal Ortam	4,26 ± ,44	4,29 ± ,34	-,566	,576	,69	,000
Bilgi Paylaşma	4,43 ± ,43	4,26 ± ,39	,601	,535	,63	,000

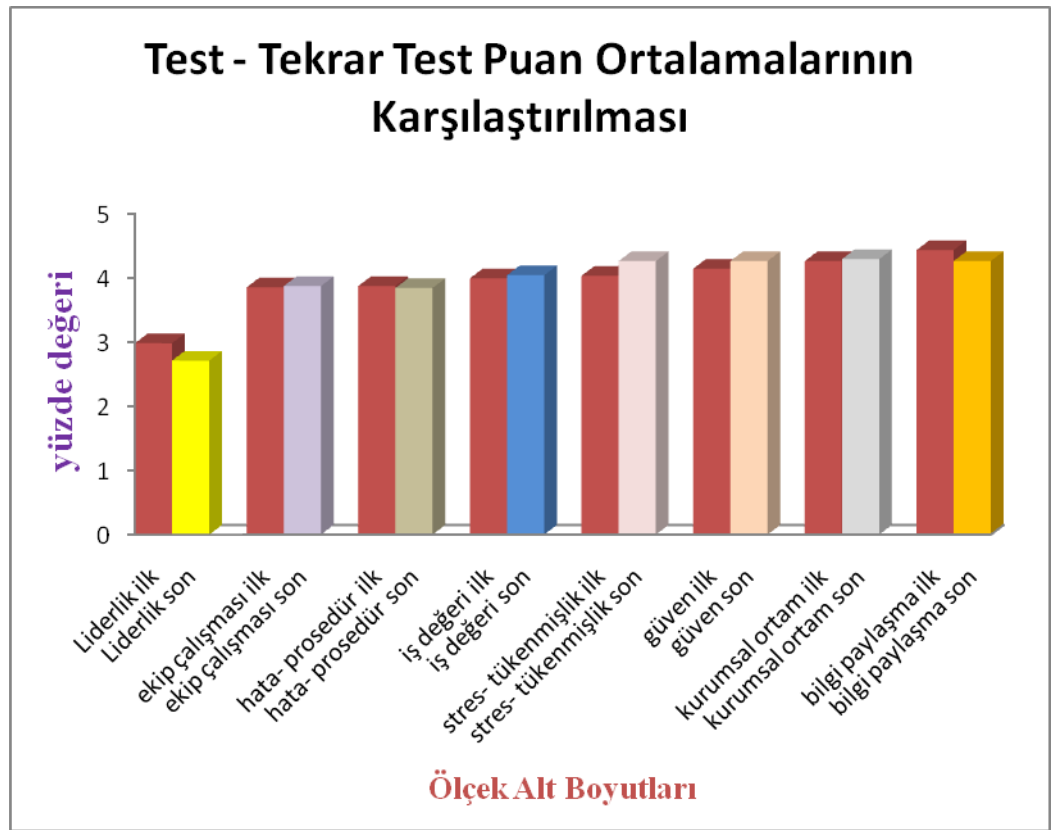
\*bağımlı gruplarda t testi: serbestlik derecesi = 29

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” bölümünün 8 alt boyutunun zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır. Liderlik, Ekip Çalışması, Hata-Prosedürler, İş Değeri, Stres ve Tükenmişlik, Güven, Kurumsal Ortam ve Bilgi Paylaşma, alt boyutlarının 4 hafta ara ile yapılan test ve tekrar test puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” bölümünün 8 alt boyutunun zamana göre değişmezliğinin değerlendirildiği diğer bir güvenilirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki

ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; sekiz alt boyutun 4 hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < .01$ , Tablo 12).

**Grafik 1. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**



Grafik 1’ de, “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” nin Alt Boyutlarının test-tekrar test istatistiklerinin sonuçları verilmiştir. Skalanın dört hafta ara ile iki kez uygulanmasıyla elde edilen sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p > 0.05$ ).

### 3.4 “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Diğer Bölümlerinin İstatistiksel Analizleri

Bu bölümde “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nde yer alan 2. Ekip Çalışması, 3. Tıbbi Hatalar, 4. Liderlik ve Öncelik Tanıma, ve 5. Hatalar ve Hataların Yönetimi bölümlerindeki maddelere verilen yanıtların sonuçları ve analizlerine yönelik bulguları yer almaktadır.

**Tablo 13. Bireylerin Ameliyathane Personeli ile Deneyimlediği İş Birliği Kalitesine Göre Dağılımları (n: 372)**

Ekip Üyeleri	Çok Yetersiz		Yetersiz		Yeterli		Çok Yeterli		Mükemmel	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
61. Profesör	4	1,1	26	7,0	88	23,7	134	36,0	120	32,3
62. Uzman	4	1,1	19	5,1	100	26,9	140	37,6	109	29,3
63. Asistan	4	1,1	14	3,8	102	27,4	155	41,7	97	26,1
64. Anestezi Uzmanları	2	0,5	11	3,0	91	24,5	161	43,3	107	28,8
65. Anestezi Asistanları	8	2,2	1	0,3	60	16,1	175	47,0	128	34,4
66. Ameliyathane Hemşireleri	2	0,5	16	4,3	42	11,3	172	46,2	140	37,6

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin ekip çalışması başlığı altında olan 2. Bölümündeki “Lütfen Ameliyathane Ekibi İle Deneyimlediğiniz Ekip Çalışmanızın Kalitesini Puanlayınız” sorusuna profesörlerin %36’sı, uzmanların %37,6’sı, asistanların %41,7’si, anestezi uzmanlarının %43,3’ü, anestezi asistanı %47’si, ameliyathane hemşirelerinin %46,2’si ameliyathanedeki ekip çalışmasını çok yeterli olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 13).



**Tablo 14. Tıbbi Hata (67.- 71. Soruların Dağılımı) (n: 372)**

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
67. Bir veya daha fazla ekip üyesi, gerekli girişimi yapacak bilgiden yoksun olduğunda nadiren bir hatayla karşılaşırım.	17	4,6	202	54,3	42	11,3	94	25,3	17	4,6
68. Hasta bakımı sırasında yapılan hatalar hasta iyileştiği sürece önemli değildir.	63	16,9	167	44,9	37	9,9	68	18,3	37	9,9
69. Ameliyathanede hatalar yaparım.	17	4,6	206	55,4	38	10,2	94	25,3	17	4,6
70. Tekrarlanmaması için tıbbi hatalar tartışılır.	-	-	4	1,1	14	3,8	147	39,5	207	55,6
71. Tıbbi hataları kayıt eden güvenli bir raporlama sistemi olmalıdır.	-	-	-	-	1	,3	124	33,3	247	66,4

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin tıbbi hatalar başlığı altında olan 3. bölümündeki 67. soruya katılımcıların %54,3’ü katılmıyorum, 68.soruya katılımcıların %44,9’u katılmıyorum, 69. soruya katılımcıların %55, 4’ü katılmıyorum, 70. soruya katılımcıların %55,6’sı kesinlikle katılıyorum ve 71. soruya da katılımcıların % 66,4’ü kesinlikle katılıyorum şeklinde değerlendirmişlerdir (Tablo 14).

**Tablo 15. Ameliyathane Çalışanlarının Verimliliği Nasıl Arttırılabilir? (n:70)**

Soru72. Ameliyathane Çalışanlarının Verimliliği Nasıl Arttırılabilir?	Anestezi Asistanı (n:10)		Cerrahi Asistan (n:24)		Ameliyathane Hemşiresi (n:36)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<i>Çalışma Ortamını Ve Şartlarını İyileştirerek</i>	2	%20	3	%12,5	5	%13,88
<i>Maddi Tatmin</i>	3	%30	5	%20,83	6	%16,66
<i>Motivasyonun Artırılmasıyla</i>	-	-	1	%4,16	1	%2,77
<i>Eşit Görev Dağılımı</i>	1	%10	-	-	2	%5,55
<i>İş Yüğü (Yoğunluğunun) Azaltılmasıyla</i>	2	%20	2	% 8,33	2	%5,55
<i>Çalışma Saatlerinin Azaltılması</i>	1	%10	2	% 8,33	-	-
<i>Ekip Ruhunun Sağlanmasıyla</i>	2	%20	4	%16,66	7	%19,44
<i>Yeterli Tıbbi Malzeme</i>	1	%10	1	%4,16	9	%25
<i>Saygılı Bir İletişim İle</i>	2	%20	-	-	3	%8,33
<i>Hizmet İçi Eğitimlerle</i>	1	%10	1	%4,16	6	%16,66
<i>Olumlu Geri Bildirimlerle</i>	-	-	-	-	3	%8,33
<i>Yeterli Ve Eğitimli Personelin Sağlanmasıyla</i>	-	-	1	%4,16	5	%13,88
<i>Bürokrasinin Azaltılmasıyla</i>	-	-	-	-	1	%2,77
<i>Psikolojik Destek</i>	1	%10	-	-	-	-
<i>Vaka Aralarında Personelin Dinlenmesi İçin Zaman Ayrılmasıyla</i>	2	%20	-	-	-	-
<i>Ameliyathane Kuralları Ve Protokollere Uyulmasıyla</i>	-	-	-	-	1	%2,77

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin tıbbi hatalar başlığı altında olan 3. bölümündeki 72. soru olan “Ameliyathane Çalışanlarının Verimliliği Nasıl Arttırılabilir?” sorusuna anestezi asistanlarının %30’u, cerrahi asistanlarının %20,83’ü ve ameliyathane hemşirelerinin %16,66’sı maddi tatmin olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 15).

**Tablo 16. Ameliyathane Çalışanlarının İş Doyumunu Nasıl Arttırılabilir? (n:70)**

Soru 73. Ameliyathane Çalışanlarının İş Doyumu Nasıl Arttırılabilir?	Anestezi Asistanı (n:10)		Cerrahi Asistan (n:24)		Ameliyathane Hemşiresi (n:36)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<i>Çalışma Ortamını İyileştirerek</i>	1	%10	2	% 8,33	5	%13,88
<i>Maddi Tatmin</i>	1	%10	3	%12,5	9	%25
<i>Çalışanların Motivasyonun Artırılmasıyla</i>	-	-	1	%4,16	1	%2,77
<i>Eşit Görev Dağılımı Ve Görev Bilincinin Olması</i>	-	-	-	-	2	%5,55
<i>İş Yüğü (Yoğunluğunun) Azaltılmasıyla</i>	2	%20	-	-	2	%5,55
<i>Çalışma Saatlerinin Azaltılması</i>	-	-	1	%4,16	1	%2,77
<i>Ekip Ruhunun Sağlanmasıyla</i>	1	%10	-	-	2	%5,55
<i>Yeterli Tıbbi Malzeme</i>	2	%20	3	%12,5	2	%5,55
<i>Saygılı Bir İletişim İle</i>	-	-	-	-	6	%16,66
<i>Hizmet İçi Eğitimlerle</i>	2	%20	1	%4,16	-	-
<i>Takdir Edilme</i>	-	-	-	-	5	%13,88
<i>Yeterli Personelin Sağlanmasıyla</i>	1	%10	1	%4,16	1	%2,77
<i>Bürokrasinin Azaltılmasıyla</i>	1	%10	-	-	-	-
<i>Yönetici Çalışanlarının Fikrini Sormalı</i>	-	-	1	%4,16	-	-
<i>Arttırılmaz</i>	1	%10	-	-	-	-

Tablo 16’da, “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin tıbbi hatalar başlığı altında olan 3. bölümündeki 73. soru olan “Ameliyathane Çalışanlarının İş Doyumu Nasıl Artırılabilir?” sorusuna anestezi asistanlarının %10’u, cerrahi asistanlarının %12,5’i ve ameliyathane hemşirelerinin %25’i maddi tatmin olarak değerlendirmişlerdir.

**Tablo 17. Alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, En Çok Hangisi Sizi Rahatsız Eder?(n:68)**

Soru 74. Alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, En Çok Hangisi Sizi Rahatsız Eder?	Bekleme Listesinin Azaltılması		Hasta Güvenliği		Maliyet Etkililik		Kurum Güvenirliği	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Ameliyathane Hemşiresi (n:32)</b>	2	%6,25	23	%71,87	5	15,62	2	%6,25
<b>Cerrahi Asistan (n:21)</b>	-	-	14	%66,6	2	%9,52	5	%23,80
<b>Anestezi Asistanı (n:7)</b>	-	-	5	%71,42	-	-	2	%28,57
<b>Anestezi Uzmanı (n:2)</b>	-	-	2	%100	-	-	-	-
<b>Cerrah (n:6)</b>	-	-	6	%100	-	-	-	-

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Liderlik ve Öncelik Tanıma” başlığı altında olan 4. bölümündeki 74. soru olan “Aşağıdaki alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, En Çok Hangisi Sizi Rahatsız Eder?” sorusuna ameliyathane

hemşirelerinin %71,87'si, cerrahi asistanlarının %66,6'sı, anestezi asistanlarının %71,42'si, cerrahi asistanlarının %66,6'sı, cerrah ve anestezi uzmanlarının %100'ü hasta güvenliği olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 17).

**Tablo 18. Alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, Güven Yönetiminiz En Çok Etkilenir? (n:53)**

75.Alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, Güven Yönetiminiz En Çok Etkilenir?	Bekleme Listesinin Azaltılması		Hasta Güvenliği		Maliyet Etkililik		Kurum Güvenirliği	
	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde
Ameliyathane Hemşiresi (n:31)	1	%3,22	n:24	%77,44	2	%6,45	4	%12,90
Cerrahi Asistan (n:7)	1	%5,88	12	%70,58	1	%5,88	3	%17,64
Anestezi Asistanı (n:8)	-	-	4	%50	-	-	4	%50
Anestezi Uzmanı (n:2)	-	-	1	%50	-	-	1	%50
Cerrah (n:5)	-	-	5	%100	-	-	-	-

Tablo 18'de "Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği"nin "Liderlik ve Öncelik Tanıma" başlığı altında olan 4. bölümündeki 75.soru olan "Aşağıdaki alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, Güven Yönetiminiz En Çok Etkilenir?" sorusuna anestezi asistanlarının %50'si, cerrahi asistanlarının %70,58'i, ameliyathane hemşirelerinin %77,44'ü, anestezi uzmanlarının %50'si ve cerrahların %100'ü hasta güvenliği olarak değerlendirmişlerdir.

**Tablo 19. Belirtilmiş Olan Dört Yönetici Tipini Değerlendiriniz (n:90)**

Soru 76. Dört Yönetici Tipini Değerlendiriniz.	A		B		C		D	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cerrah (n:40)	12	%30	10	%25	10	%25	8	%20
Cerrahi Asistan Karşılaştığı Yönetici Tipi (n:16)	14	%87,5	2	%12,5	-	-	-	-
Cerrahi Asistan Tercih Etti Yönetici Tipi(n:16)	1	%6,25	1	%6,25	12	%75	2	%12,5
Anestezi Uzmanı Karşılaştığı Yönetici Tipi (n:2)	2	% 100	-	-	-	-	-	-
Anestezi Uzmanı Tercih Ettiği Yönetici Tipi (n:2)	-	-	-	-	2	%100	-	-
Anestezi Asistanı Karşılaştığı Yönetici Tipi (n:7)	5	%71,42	-	-	1	%14,28	1	%14,28
Anestezi Asistanı Tercih Ettiği Yönetici Tipi (n:7)	-	-	1	%14,28	5	%71,42	1	%14,28
Ameliyathane Hemşiresi Karşılaştığı Yönetici Tipi (n:33)	18	%54,54	5	%15,15	7	%21,21	3	%9,09
Ameliyathane Hemşiresi Tercih Ettiği Yönetici Tipi (n:33)	1	%3,03	1	%3,03	22	%66,66	9	%27,27

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin liderlik ve öncelik tanıma başlığı altında olan 4. bölümündeki Cerrahların, “Genel olarak siz ameliyathanede hangi yönetici tipine uyuyorsunuz?” sorusuna %30’u A tipi, %25’i B tipi, %25’i C tipi ve %20’si D tipi yöneticiyi kullandıklarını belirtmiştir.

Ölçekteki 76. soru olan “Ameliyathanede genellikle, hangi yönetici tipi ile karşılaşıyorsunuz?” sorusuna cerrahi asistanlarının %87,5’i, anestezi asistanlarını %71,42’si ve ameliyathane hemşirelerinin %54,54’ü A Tipi yönetici ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Ayrıca “Siz ameliyathanede hangi yönetici tipini tercih edersiniz?” sorusuna cerrahi asistanlarının %75’i, anestezi asistanlarını %71,42’si ve ameliyathane hemşirelerinin %66,66’sı C Tipi yönetici tipini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 20. Ameliyathanede En Sık Gözlemlendiğiniz Üç Hata Nedir? (n:27)**

<b>Soru 77. Ameliyathanede En Sık Gözlemlendiğiniz Üç Hata Nedir?</b>	<b>Anestezi Asistanı (n:6)</b>		<b>Cerrahi Asistan (n:4)</b>		<b>Ameliyathane Hemşiresi (n:17)</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>1.Hastaların Operasyon Odasında Cerrahın Gelmesini Beklemesi</b>	3	%42,85	-	-	-	-
<b>2.Odaların Isısı Ayarlanmadan Operasyona Başlanmaması</b>	3	%42,85	-	-	-	-
<b>3. Ekip İçi İletişim Problemi</b>	3	%42,85	1	%6,25	8	%25
<b>4. Uygun İş İçin Uygun Kişilerin Seçilmesi</b>	-	-	1	%6,25	-	-
<b>5. Yöneticilerin Olumsuz Tutumu</b>	1	%14,28	1	%6,25	1	%3,12
<b>6. Sterilizasyon Ve Dezenfeksiyon Kurallarına Uyulmaması</b>	1	%14,28	-	-	5	%15,26
<b>7. Saygı Ve Profesyonelce Davranma</b>	2	%28,57	-	-	2	%6,25
<b>8. Tıbbi Malzeme Eksikliği</b>	1	%14,28	-	-	6	%18,75
<b>9. Derlenme Odasının Yoğunluğu</b>	2	%28,57	-	-	-	-
<b>10. Hizmet İçi Eğitim</b>	1	%14,28	-	-	-	-
<b>11. İş Yükü Fazlalığı Ve İsteksiz Çalışma</b>	-	-	-	-	5	%15,26



“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin 77. sorusu olan “Ameliyathanede en sık gözlemediğiniz üç hata nedir?” sorusuna cerrahi asistanlarının %6,25’i, anestezi asistanlarını %42,85’i ve ameliyathane hemşirelerinin %25’i ekip içi iletişim problemini belirtmişlerdir. Ayrıca cerrahi asistanlarının %6,25’i, anestezi asistanlarını %14,28’i ve ameliyathane hemşirelerinin %3,12’si yöneticilerin olumsuz tutumu 2. hata nedeni olarak belirtmişlerdir (Tablo 20).

**Tablo 21. Deneyimlerinize Göre, Ameliyathanede Hataların Yönetimi İçin, En Etkili Olduğunu Gördüğünüz Stratejiler Nelerdir? (n:21)**

Soru78. Deneyimlerinize Göre, Ameliyathanede Hataların Yönetimi İçin, En Etkili Olduğunu Gördüğünüz Stratejiler Nelerdir?	Anestezi Asistanı (n:5)		Cerrahi Asistan (n:5)		Ameliyathane Hemşiresi (n:11)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1.Hastaların Derlenme Odasında Beklemesi Sağlanmalı	1	%14,28	-	-	-	-
2. Odaların Isısı Ayarlanmadan Operasyona Başlanmaması	1	%14,28	-	-	-	-
3. Ekip İçi İletişimde Profesyonellik Ön Planda Tutulmalı	3	%42,85	1	%6,25	8	%25
4. Her İşe Uygun Eğitimli Eleman Alınmalı	-	-	2	%12,5	2	%6,25
5. Yöneticilerin Olumlu Tutumu	-	-	1	%6,25	3	%9,09

6. Tıbbi Malzeme Eksikliği Giderilmeli	1	%14,28	1	%6,25	-	-
7. Çalışma Ortamının Uygun Hale Getirilmesi	-	-	-	-	3	%9,09
8. Hizmet İçi Eğitim	3	%42,85	3	%18,75	3	%9,09
9. İş Yüğü Fazlalığının Azaltılması	-	-	-	-	3	%9,09

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin 78. Sorusu olan “Deneyimlerinize Göre, Ameliyathanede Hataların Yönetimi İçin, En Etkili Olduğunu Gördüğünüz Stratejiler Nelerdir?” sorusuna cerrahi asistanlarının %6,25’i, anestezi asistanlarını %42,85’i ve ameliyathane hemşirelerinin %25’i Ekip İçi İletişimde Profesyonellik Ön Planda Tutulmalı demişlerdir. Ayrıca cerrahi asistanlarının %18,75’i, anestezi asistanlarını %42,85’i ve ameliyathane hemşirelerinin %9,09’u hizmet içi eğitimi 2. en etkili strateji olarak belirtmişlerdir (Tablo 21).

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılacaktır.

4. 1. Ameliyathane ekibinin sosyodemografik özellikleri,

4. 2. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik yapılan işlemler/dil uyarlaması,

4. 3. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin geçerliğinin ve güvenilirliğinin değerlendirilmesine yönelik tartışmalar yer almaktadır.

### 4. 1. AMELİYATHANE EKİBİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırma kapsamına alınan ameliyathane ekibi çalışanlarının (n:352), 138'i cerrah, 93'ü cerrahi asistan ve 121'i ameliyathane hemşiresi olduğu belirtilmiştir (35). Bizim araştırmamızda da (n:372), 95'i cerrah, 151'i cerrahi asistan, 73'ü ameliyathane hemşiresi, 45'i anestezi uzmanı olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Katılımcıların %49,5'i kadın ve %50,5'i erkek, % 32,0'ı genel cerrahi ve %10,2'si nöroşirürji ameliyathanesinde çalışmaktadır. Ekibin %45,4'inin çalışma yılı 0,5- 5 yıl arasındadır ve ortalaması 10,7 yıldır (Tablo 5).

#### 4. 2. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ” NİN DİL EŞDEĞERLİĞİNİN SAĞLANMASINA YÖNELİK YAPILAN İŞLEMLER / DİL UYARLAMASI

Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken kullanılan yaklaşımlardan biri geri çeviri yöntemidir. Geri çeviri yöntemi ekonomik olmayan ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına rağmen kültürlerarası ölçek uyarlamasında en çok önerilen yollardan birisidir (6). Geri çeviri tekniği (yöntemi) önerilen bir yol olmakla birlikte bazen çevirmenler benzer sonuçlara ulaşırlar ve görüş ayrılığı oluşmayan bir form elde etmiş olsalar bile kültüre uygun çeviride yetersizlikler olmakta ve kullanımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle ön uygulamanın yapılması önerilmektedir (6, 51, 63, 64, 80).

Bu araştırmada da ölçeğin çeviri, geri çeviri ve ön uygulama süreçleri gerçekleştirilmiştir. Dil geçerliği için 5 uzman tarafından, Türkçe’ye çevrilen ölçekte uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin yeniden İngilizce’ye çevirisi her iki dili bilen anadili Türkçe olan iki uzman tarafından yapılarak dil geçerliği ölçütü sağlanmaya çalışılmıştır. Bu süreçte orijinal ölçekteki kelimelerin Türkçe karşılığını bulmakta güçlüklerle karşılaşmıştır. Ancak bu sorun çevirmenlerle bu bilgilerin tartışılması sonucu dilimize uygun ifadelerin bulunmasıyla giderilmiştir. Orijinal ölçeğin dili ile çevrilen dilin arasında uyarlama sürecinde bu tür güçlüklerin yaşanması doğal karşılanmaktadır. Bu farklılıkların dilin doğasından kaynaklandığı belirtilmektedir (64).

### **4. 3. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ” NİN GEÇERLİĞİNİN VE GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

#### **4.3.1. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ” NİN GEÇERLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ölçme aracının amaca hizmet etmesi, onun ölçmek istediği özelliği doğrulukla ölçmesiyle yakından ilişkilidir. Doğru ve güvenilir bir ölçüm yapamayan ya da doğru ölçüm yapıp, kullanılma amacına hizmet etmeyen bir ölçme aracının kullanılması uygun değildir. Bu durum ölçme araçlarının güvenirliliğinin ve geçerliğinin birlikte ele alınmasını gerekli kılar. Bir ölçme aracının geçerli olabilmesi güvenirliliğine bağlı olmasına rağmen, güvenilir olup da geçerli olmayan bir ölçme aracı, pratikte pek bir öneme sahip değildir (31, 57).

Bir ölçme aracının güvenirlilik ile birlikte önemli teknik özelliklerinden biri de geçerliğidir. Geçerlik, bir ölçme aracının geliştirildiği amaca hizmet derecesi olarak tanımlanabilir (4). Geçerlik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir (57).

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin geçerlik analizine yönelik yapılan çalışmalar aşağıda yer almaktadır.

### 4.3.1.1. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin İçerik/Kapsam

#### Geçerliğinin Değerlendirilmesi

İçerik geçerliği uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür. Ölçeğin içeriğinin yeterli olduğunu garanti altına alacak objektif kriterler yoktur (37). Uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması bir gösterge olabilir. Ancak uzmanların maddelerin uygunluğunu puanlar vererek değerlendirmelerini sağlayacak bir form da kullanılabilir. Uzman incelemesi sonucunda madde yeterliliği bakımından “en az uyum sınırı”nın altında olan maddeler ölçme aracından çıkarılabilir ya da yeniden düzenlenir (6). Bu geçerlik sınavının amacı ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleyerek anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır (92). Ölçeğin kapsayıcılığını sınamak için genellikle ölçeğin konusu ile ilgili uzmanların görüşleri ve bu konuda yapılmış kuramsal ve görgül çalışmalardan yararlanılmaktadır (96). Görüşü alınacak uzman sayısı için literatürde en az 2 kişinin olması gerektiği gerekli durumlarda 20'ye kadar çıkabileceği bu sınırlar içinde araştırmacının uygun sayıda görüş alabileceği bildirilmiştir (20).

Bu araştırma için 10 uzman görüşü yeterli kabul edilmiş ve ölçeğin oluşturulan Türkçe formu, kapsam geçerliği açısından maddelerin ifade ediliş biçimleri ve anlaşılabilirliklerini değerlendirmeleri için konu ile ilgili uzmanların görüşlerine sunulmuştur (Ek 4). Uzman görüşünde, Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Bu indekse göre uzmanlar her bir maddeyi “1” ile “4” arasında değişen puanlarla (1=Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi, 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir (19, 43).

Uzman görüşleri sonucunda, 60 maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 2'nin altında olmadığı için herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Ancak geride kalan maddeler üzerinde öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin uzman görüşü ve 30 kişilik ameliyathane ekibine ön uygulama sonrası kullanılmaya başlanmıştır. Uzman kişilerin görüşleri ve önerileri ile “kapsam geçerliği” ölçütü sağlanmıştır.

#### **4.3.2. “AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ” NİN GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bir ölçme aracının güvenilirliği için birden çok yola başvurmak gerekir (31). Güvenirlik, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılık, ölçmek istenen şeyin sürekli olarak aynı sembolleri alması, aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınmasıdır (51). Özgüven ise güvenilirliği “bir ölçme aracının ölçtüğü şeyi tutarlı, kararlı bir şekilde ölçmesi” biçiminde tanımlamaktadır (57). Bireylerin aynı test kullanılarak aynı ya da değişik zamanlarda o test maddelerine verdiği yanıtların tutarlılığı ya da değişmezliği testin güvenilirliğidir. Test güvenilirliği, yanıtlar arası tutarlılıktır (64). Güvenilir bir aracın sağladığı ölçüm değerleri içinde yanılma değerlerinin olmaması istenir (6). Güvenirlik, test puanının değişimindeki (varyansındaki) hata oranını belirler. Güvenirlik katsayısı olarak kabul edilen  $r$  değerleri, test puanlarında yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklara, ne oranda şans ya da hata faktörüne bağlı olduğunu gösterir. Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, testle ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür. Bu durumda test puanında hata payı az olur (57, 64).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin güvenilirliğini saptamaya yönelik ölçeğin iç tutarlılık ve zamana göre değişmezliğinin değerlendirilmesine yönelik tartışma aşağıda yer almaktadır.

#### **4.3.2.1. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin Alt Boyut Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Ölçmenin standart hatası özellikle, bir testteki çeşitli puanların ve puanlar arasındaki farkların güvenilirliği konusunda yapılabilecek yargılar için kullanışlıdır. Ölçmenin standart hatası yükseldikçe bireysel puanın değişkenliği artar, düştükçe bireysel puanın değişkenliği azalır. Dolayısıyla, standart hata küçüldükçe ölçmenin güvenilirliği artmaktadır, standart hata büyüdüğü ölçmenin güvenilirliği azalmaktadır (93).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin ilk bölümde yer alan “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” bölümünün 60 maddeye verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri incelendiğinde; ölçeğin maddelerinin puan ortalaması 1,89 ile 4,72 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 1,89 ile 22. Ekibinin diğer destek ekibi ile koordinasyonu doktorun sorumlulukları arasındadır maddesi sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 4,72 ile 13. (Görevli olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır) maddesi sahiptir.

Ölçeğin “Ameliyathane Yönetimi Tutumları” adı altındaki 60 maddelik ilk bölümünün standart sapma değeri 0,45 ile 1,46 arasında değişmektedir (Tablo 8).



Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin "Ameliyathane Yönetimi Tutumları" adı altındaki 60 maddelik ilk bölümünün 8 alt boyutundan elde edilen puanların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalaması 3,02 ile 4,57 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 3,02 ile "Liderlik" alt boyutu sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 4,57 ile "Bilgi Paylaşma" alt boyutu sahiptir (Tablo 5).

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin Alt Boyut Maddelerinin sonuçları, orijinal çalışmanın bulunduğu literatürde belirtilmediği için karşılaştırılmamıştır (35, 108).

#### **4.3.2.2. "Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği"nin "İç Tutarlılık" Değerlendirilmesi**

"İç tutarlılık" sık başvurulan bir güvenilirlik ölçütüdür. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütün oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (37). Bu teknikle oluşturulmuş bir testin maddeleri çoğunlukla aynı yönde bir ayırım yapmış ise o testin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu anlaşılır (64).

Ölçeğin değerlendirme ölçütü yine kendisi olduğu için, ölçeğin kendi içinde tutarlı olması çok önemlidir (31). Birbirleriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeğin alpha katsayıları yüksek olmaktadır. Bu katsayı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçüsüdür. Ölçeğin alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekte yer alan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır (37).

Bu durum ölçeğin kullanıldığı araştırma sonuçlarının geçerliği ve ölçeğin güvenilirliği arasında bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (20).

İç tutarlılık güvenilirlik katsayısını sınamak için “madde analizleri” ve “yarı-test güvenilirliği” yapılır. “Madde analizi” için de “Cronbach Alpha Katsayısı”, yapılmaktadır (31). Ölçeğin güvenilirlik düzeyini saptarken “madde çözümlemesinde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda (Likert tipi) Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanması önerilmektedir (31,37, 57, 94).

Güvenirlik ölçütü olarak kabul edilecek korelasyon katsayısının düzeyi ölçeğin hangi amaçla kullanılacağına bağlıdır. Fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0.70 olarak kabul edilebilir düzeydedir (6). Ayrıca yeni geliştirilen bir ölçek için 0.70’in üzeri kabul edilebilir bir değer iken daha önce geliştirilmiş bir ölçek için 0.80’in üzeri kabul edilebilir değer olmaktadır (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” Likert tipi bir ölçek olduğu için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına ait iç tutarlılık güvenilirlik katsayısını gösteren Cronbach Alpha katsayısı sonuçları incelendiğinde; “Liderlik” için 0,60, “Stres ve Tükenmişlik” için 0,60, “Ekip Çalışması” için 0,61, “Hata- Prosedürler” için 0,61, “İş Değeri” için 0,62, “Güven” için 0,75, “Bilgi Paylaşma” için 0,80, ve “Kurumsal Ortam” için 0,81 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Çalışma sonucunda elde edilen değerler, kabul edilebilir düzeyde bulunmuş olup, ölçekte bulunan maddeler birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle, ölçeğin homojenliği yeterli düzeydedir.

Bizim ölçeğimizde alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı sonuçları 0,60 ile 0,81 arasında bulunmuştur (Tablo 10). Bu sonuçlar orijinal ölçeğin değerleri ile de uyumludur. Orijinal ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı sonuçları 0,55 ile 0,85 arasında olarak saptanmıştır (35, 108).

Sonuç olarak; ölçeğin orijinal şekli ve Türk toplumuna uyarlanan şeklinin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarının, yüksek derecede iç tutarlılığa sahip olduğu bulunmuştur.

### **Madde Analizi**

“Madde Analizi” istenen özelliklere sahip maddelerden oluşan test veya ölçek geliştirmek ve örneklem grubunun madde ya da ölçek düzeyinde yapısı hakkında bilgi edinmek için yapılır (31). Ölçek içindeki maddelerin belirli bir niteliği ölçüp, ölçmediğini ayırt etmede bu yöntemden yararlanılabilir. Ölçek içindeki her maddenin toplam puanla olan korelasyonu bulunarak incelenir. “Madde analizi” ile madde toplam test korelasyonları düşük olan test maddelerinin yeterince güvenilir olmadığına karar verilebilir. Hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğin yetersiz sayılacağı hakkında bir standart vermenin güç olduğu belirtilmekte, bu düzeyin araştırmanın amacına ve yapılan ölçmenin niteliğine göre değişeceği bildirilmektedir.

Madde toplam korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmakla birlikte, Karasar’ a göre (1995) 0.50’den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulması gerekirken, Öner’e (1987) göre, bu katsayı 0.30’un üzerinde olmalıdır (51, 64).

Belirli bir düzeyden daha düşük güvenilirliği olan maddeler, çoğu kez toplam puan hesabından çıkartılır ve daha sonraki benzeri ölçümlerde bu maddeler ölçüm aracına alınmaz (95). Araştırmacı madde toplam korelasyon katsayısı sınırına karar verirken; araştırmanın amacı ve yapılan ölçmenin niteliğine göre de karar verebileceği belirtilmektedir (37).

Bu sonuçlara göre; ölçekte bulunan maddeler birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle homojenliği yeterli düzeydedir. Bu araştırmada her bir maddenin ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonu incelenmiştir.

Ölçeğin her bir maddesinin ait olduğu alt boyut toplam puanları ile korelasyonu incelendiğinde tablo 11’de görüldüğu gibi ölçekte en düşük alt boyut madde toplam puan korelasyonuna sahip madde 0,26 ile 9. (Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder) maddedir. Ölçekte en yüksek alt boyut madde toplam puan korelasyonuna sahip madde ise 0,86 ile 32. (Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersen kimlerin etkileyeceğine bakmaksızın konuşurum.) maddesidir.

Yapılan madde analizi sonucunda ölççeğin oluştuğu maddelerin tümünü iyi işleyen maddeler olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar, ölççeğin iç tutarlılığa sahip, güvenilir bir ölççek olduğunu göstermektedir.

#### 4.3.2.3. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Zamana Göre Değişmezlik” Değerlendirilmesi

Yapılan ölçmede kullanılabilirlik ölçütlerinden biri de “zamana göre değişmezlik” tir. Pratikte çok uygulanan “zamana göre değişmezlik” daha çok “test-tekrar test (test-retest)” tekniğidir. “Test-tekrar test” güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (51, 96). Aynı testin aynı bireylere, aynı koşullarda ancak farklı zamanlarda uygulama arasındaki korelasyonla bulunan güvenilirlik katsayısı “kararlılık katsayısı” olarak yorumlanır (31). Başka bir deyişle, önceki ve sonraki ölçümler arasındaki korelasyon katsayısıdır. “Test-tekrar test güvenilirliği” aralıklı ya da aralıksız yöntem şeklinde uygulanabilir. Aralıklı yöntemde bırakılacak zaman aralığı iki haftadan az, dört haftadan fazla olmamalıdır (37, 51).

İki uygulama arasındaki ilişki için hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı, örneklemin büyüklüğünden etkilendiğinden dolayı küçük gruplarda kararlılık gösterebilmesi için, grubun en az 30 kişiden oluşması gerektiği belirtilmektedir (4).

Bu bilgilere dayanarak “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin güvenilirlik sınanması “test-tekrar test güvenilirlik” ölçütü için çalışmaya katılan, ameliyathane ekibinden ulaşılabilen 30 çalışandan verilerin toplanması bittikten sonra, ilk test uygulanmasından 4 hafta sonra randevu alınarak tekrar uygulanmıştır (41).

Bu bölümde “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği” için yapılan “test-tekrar test güvenilirlik” analizi sonuçları bulunmaktadır.

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarının test- tekrar test puanlarının korelasyon katsayıları, “Liderlik” alt boyutunun 0,85, “Güven” için 0,57, “Bilgi Paylaşma” için 0,63, “Stres ve Tükenmişlik” için 0,65, “Ekip Çalışması” için 0,85, “İş Değeri” için 0,64, “Hata- Prosedürler” için 0,72 ve “Kurumsal Ortam” için 0,69 olarak bulunmuştur (Tablo 12 ).

Bu sonuca dayanarak, ölçek değişik zamanlarda yinelenmeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahiptir. Elde edilen bulgulara göre, “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin zamana göre kararlılığını sağladığını söylemek mümkündür.

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin ekip çalışması başlığı altında olan 2. Bölümündeki “Lütfen Ameliyathane Ekibi İle Deneyimlediğiniz Ekip Çalışmanızın Kalitesini Puanlayınız” sorusuna, profesörlerin %36’sı, uzmanların %37,6’sı, asistanların %41,7’si, anestezi uzmanlarının %43,3’ü, anestezi asistanı %47’si, ameliyathane hemşirelerinin %46,2’si ameliyathanedeki ekip çalışmasını çok yeterli olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 13).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin tıbbi hatalar başlığı altında olan 3. bölümündeki 67. soruya katılımcıların %54,3’ü katılmıyorum, 68.soruya katılımcıların %44,9’u katılmıyorum, 69. soruya katılımcıların %55, 4’ü katılmıyorum, 70. soruya katılımcıların %55,6’sı kesinlikle katılıyorum ve 71. soruya da katılımcıların % 66,4’ü kesinlikle katılıyorum şeklinde değerlendirmişlerdir (Tablo 14).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin orijinal çalışmasında tıbbi hatalar başlığı altında olan 3. bölümündeki 67. soruya katılımcıların %65’i katılıyor, 68. soruya katılımcıların %86,6’sı katılmıyor, 69. soruya katılımcıların %62’si katılıyor, 70. soruya katılımcıların %73,6’sı katılıyor ve 71. soruya da katılımcıların % 85’i katılıyor şeklinde değerlendirmişlerdir (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin tıbbi hatalar başlığı altındaki 72. soru olan “Ameliyathane Çalışanlarının Verimliliği Nasıl Arttırılabilir?” sorusuna anestezi asistanlarının %30’u, cerrahi asistanlarının %20,83’ü ve ameliyathane hemşirelerinin %16,66’sı maddi tatmin olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 15).

Ölçeğin orijinal çalışmasında ise sadece cerrahların %3,8’i maddi tatmin olarak değerlendirmişler, cerrahi asistanlarının ve ameliyathane hemşirelerinin herhangi bir değerlendirmesi olmamıştır. Bu farkın kültürel yapıdan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin tıbbi hatalar başlığı altında olan 3. bölümündeki 73. soru olan “Ameliyathane Çalışanlarının İş Doyumu Nasıl Arttırılabilir?” sorusuna anestezi asistanlarının %10’u, cerrahi asistanlarının %12,5’i ve ameliyathane hemşirelerinin %25’i maddi tatmin olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 16).

Ölçeğin orijinal çalışmasında ise cerrahların %6,7’si, cerrahi asistanlarının %5,3’ü ve ameliyathane hemşirelerinin %8,2’si maddi tatmin olarak değerlendirmişler (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Liderlik ve Öncelik Tanıma” başlığı altında olan 4. bölümündeki 74. soru olan “Aşağıdaki Alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, En Çok Hangisi Sizi Rahatsız Eder?” sorusuna anestezi asistanlarının %71,42’si, cerrahi asistanlarının %66,6’sı, ameliyathane hemşirelerinin %71,87’si, cerrah ve anestezi uzmanlarının %100’ü hasta güvenliği olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 17).

Ölçeğin orijinal çalışmasında ise cerrahların %100’ü, cerrahi asistanlarının %97’si ve ameliyathane hemşirelerinin %93’ü maddi tatmin olarak değerlendirmişler (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin “Liderlik ve Öncelik Tanıma” başlığı altında olan 4. bölümündeki 75. soru olan “Aşağıdaki alanların Hangisinde Başarısız Olursanız, Güven Yönetiminiz En Çok Etkilenir?” sorusuna anestezi asistanlarının %50’si, cerrahi asistanlarının %70,58’i, ameliyathane hemşirelerinin %77,44’ü, anestezi uzmanlarının %50’si ve cerrahların %100’ü hasta güvenliği olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 18).

Ölçeğin orijinal çalışmasında ise cerrahların %42’si, cerrahi asistanlarının %49’u ve ameliyathane hemşirelerinin %30’u maddi tatmin olarak değerlendirmişler (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin liderlik ve öncelik tanıma başlığı altında olan 4. bölümündeki Cerrahların, “Hangi Yönetici Tipine Uyuyorsunuz?” sorusuna %30’u A tipi, %25’i B tipi, %25’i C tipi ve %20’si D tipi yöneticiyi kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 18).



“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin orijinal çalışmasında cerrahların %8’i A tipi, %54’ü B tipi, %37’si C tipi ve %1’i D tipi yöneticiyi kullandıklarını belirtmiştir (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin liderlik ve öncelik tanıma başlığı altında olan 76. “Ameliyathanede genellikle, hangi yönetici tipi ile karşılaşıyorsunuz?” sorusuna cerrahi asistanlarının %87,5’i, anestezi asistanlarını %71,42’si ve ameliyathane hemşirelerinin %54,54’ü A Tipi yönetici ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca “Siz ameliyathanede hangi yönetici tipini tercih edersiniz?” sorusuna cerrahi asistanlarının %75’i, anestezi asistanlarını %71,42’si ve ameliyathane hemşirelerinin %66,66’sı C Tipi yönetici tipini tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 19).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin 77. “Ameliyathanede en sık gözlemlediğiniz üç hata nedir?” sorusuna cerrahi asistanlarının %6,25’i, anestezi asistanlarını %42,85’i ve ameliyathane hemşirelerinin %25’i ekip içi iletişim problemini belirtmişlerdir. Ayrıca cerrahi asistanlarının %6,25’i, anestezi asistanlarını %14,28’i ve ameliyathane hemşirelerinin %3,12’si yöneticilerin olumsuz tutumu 2. hata nedeni olarak belirtmişlerdir (Tablo 20).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin orijinal çalışmasında ise cerrahların %12,6’sının ve cerrahi asistanlarının %15,6’sının tıbbi hata ve ameliyathane hemşirelerinin %12,4’ü ameliyat listesindeki değişikliğin/ koordinasyonundaki hatalar olarak değerlendirmişler (37).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin 78. Sorusu olan “Deneyimlerinize Göre, Ameliyathanede Hataların Yönetimi İçin, En Etkili Olduğunu Gördüğünüz Stratejiler Nelerdir?” sorusuna cerrahi asistanlarının %6,25’i, anestezi asistanlarını %42,85’i ve ameliyathane hemşirelerinin %25’i Ekip İçi İletişimde Profesyonellik Ön Planda Tutulmalıdır demişlerdir (Tablo 21).

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin orijinal çalışmasında ise cerrahların %17’si “Hataların açığa tartışılması için düzenli geri bildirim toplantılarının, cerrahi asistanlarının %20’si geribildirim ve iletişimi arttırmanın, ameliyathane hemşirelerinin %18,6’sının ise olumsuz olayları rapor etmenin en etkili stratejiler olduklarını bildirmişlerdir (37).

Sonuç olarak; “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin yüksek derecede güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

## BÜLÜM V

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. SONUÇLAR

Sonuç olarak; “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin oldukça güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

Ameliyathane ekibine ve yönetimine geçerliği ve güvenilirliği sınanarak kazandırılması planlanan bir ölçek olması amacıyla geliştirilen “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerli bir araç olup olmadığını saptamak amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

#### **“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Yapılan İşlemler/Dil Uyarlaması**

Türkçeleştirilen ölçeğin dil eşdeğerliğini sağlamak amacı ile ölçeğin çevirisi-tekrar çevirisi yapılmış ardından ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen bilgilere göre ölçekte gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### **Geçerlik Analizleri Sonuçları;**

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin kapsam geçerliğini sağlamak amacıyla 10 uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlar maddelerin uygunluğu konusunda görüş birliğine varmışlardır.

### **Güvenirlilik Analizleri Sonuçları;**

“Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarının iç tutarlılık (Cronbach Alpha) katsayısı, 0,60 ile 0,81 değerleri arasında değişmektedir. Bu sonuçlar ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösteren veriler olarak değerlendirilmiştir.

Ölçek maddelerinin puan ortalaması 1,89 ile 4,72 arasında, alt boyutlarının puan ortalaması ise 3,02 ile 4,57 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 3,02 ile *Liderlik* alt boyutu sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 4,57 ile *Bilgi Paylaşma* alt boyutu sahiptir.

Ölçekte en düşük alt boyut madde toplam puan korelasyonuna sahip madde 0,26 ile 9. (Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder) maddedir. Ölçekte en yüksek alt boyut madde toplam puan korelasyonuna sahip madde ise 0,86 ile 32. (Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersem kimlerin etkileyeceğine bakmaksızın konuşurum.) maddesidir.

Ölçeğin alt boyutlarının test- tekrartest puanlarının korelasyon katsayısı 0,57 ile 0,85 değerleri arasında bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).

Ölçekten elde edilen değerler kabul edilebilir sınırlar altındadır ve bu sonuçlar da ölçeğin güvenilirliğinin oldukça yeterli olduğu yönünde değerlendirilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerli bir ölçüm aracı olduğuna ilişkin hipotez kabul edilmiştir.

Yapılan analizdeki tüm verilere dayanarak Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule, tarafından İngiltere’de kullanılmak üzere uyarlanmış olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) Türk toplumunda kullanılmak üzere geçerliği ve güvenilirliği yüksek derecede yeterli bir araç olduğu sonucuna varılmıştır.

## **5.2. ÖNERİLER**

Bu araştırmada Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule, tarafından İngiltere’de kullanılmak üzere 2004 yılında uyarlanmış olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) istatistiksel olarak elde edilen verilere göre Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirlik düzeylerinin oldukça yeterli olduğu kanıtlanmıştır. Buna rağmen, ölçekle ilgili benzer çalışmaların sürdürülmesi gerekmektedir.

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin yapı geçerliğine ilişkin ek kanıtlar elde edilmesi amacıyla;

Ölçeğin ülkemizde ameliyathane ekibinde ve yönetiminde kullanılması,

Ameliyathane ekibinin ve yönetiminin liderlik, ekip çalışması, stres ve tükenmişlik, bilgi paylaşma ve tıbbi hatalara yönelik yaklaşımların düzenlenmesinde yol gösterici olarak kullanılması,

Ölçeğin daha büyük ve araştırmamızın sınırlılıkları dışındaki örneklem gruplarına uygulanarak cronbach alphasının korunup korunmadığının kontrol edilmesi,

Ameliyathane ekibi çalışanlarından olan cerrah ve cerrahi asistan, hemşire, anestezi uzman ve anestezi asistanları gibi ekip üyelerine ayrı ayrı tekrar uygulanması önerilebilir.

## BÖLÜM VI

### ÖZET

#### AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu araştırma, Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule, tarafından İngiltere’de kullanılmak üzere uyarlanmış (2004) olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma evrenini İstanbul ilinde yer alan İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi’nde ameliyathane ekibinde çalışan 372 kişiden oluşmuştur.

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği 78 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin dil eşdeğerliğinin/uyarlamasının sağlanması için Türkçeye çevirisi, geri çevirisi ve ön uygulaması yapılmıştır. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek ölçekteki madde sayısı değiştirilmemiştir. Kapsam geçerliğinin sınanması sırasında 10 uzmandan görüş alınmış, öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır.

Ölçek maddelerinin puan ortalaması 1,89 ile 4,72 arasında, alt boyutlarının puan ortalaması ise 3,02 ile 4,57 arasında saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test puanlarının korelasyon katsayısı 0,57 ile 0,85 değerleri arasında bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Ölçeğin iç tutarlılığı test etmek için Cronbach alfa katsayısı belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları için elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0,60 ile 0,81 arasında bulunmuştur.

Yapılan “madde analizi” sonucunda ölçeğin her bir maddesinin ait olduğu alt boyut toplam puanları ile korelasyonu 0,26 ile 0,86 arasında saptanmış ve ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır.

Sonuç olarak; Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği'nin Türk toplumu için yüksek derecede, güvenilir ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: ameliyathane yönetimi, lider, tutum, ölçek uyarlaması, geçerlik, güvenilirlik.



## **ABSTRACT**

### **OPERATINGROOM MANAGEMENT ATTITUDES QUESTIONNAIRE (ORMAQ) VALIDITY AND RELIABILITY STUDY**

This research was conducted as a methodologic study for the purpose of examining the validity and reliability for Turkish population of the " Operating Room Management Attitudes Questionnaire " which was developed by Helmreich and Schaefer and used by Steven Yule in Scotland (2004).

The research population was a total of 372 surgical team members' who worked at İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital.

Operating Room Management Attitudes Questionnaire consists of 78 items. To provide the language equivalency and customization of the scale, precise translation into Turkish, translation back into English and preliminary applications has been made.

The items reviewed in accordance to the suggestions of experts and the number of items in the scale was unchanged. During the content validity tests, opinions of ten expert received and changes were made in accordance to recommendations.

The average scores of items in scale were between 1.89 and 4.72, The average scores of subscales were between 3.02 and 4.57. The correlation coefficient values of the test repetition of subscale scores were between 0.57 and 0.85. The results were statistically significant ( $p < 0.01$ ).

Internal consistency of the scale was determined using Cronbach's alpha coefficient. The alpha coefficient of the subscales were between 0.60 and 0.81.

As a result of "item analysis", subscales total scores of each item and its correlations were found 0.26 and 0.86, and any items not removed from the scale.

In conclusion, it is determined that the " Operating Room Management Attitudes Questionnaire " for Turkish population was highly reliable and valid indicators have been identified as a measurement tool.

Key words: operatingroom management, leader, attitude, scale customization, validity, reliability,

## BÖLÜM VII

### YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Akalın, A. Yönetim Döngüsü. (Erişim Tarihi: 12.04.2010)  
<http://metinozturk.8m.com/yonetim1.html>
2. Akalın, E. H. (1998). İnfeksiyon Kontrol Sağlık Hizmetinde Kalite İyileştirme Hasta Güvenliği, 19: 114-124, (Erişim Tarihi: 20.12.2009)  
[http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/dosya/\\*.pdf](http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/dosya/*.pdf)
3. Akalın, E. H. (2007). Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği, İKU, 17: 32-35, İstanbul.
4. Akgül, A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara, 169- 178, 492-586
5. Akgün, S., Öztürk, A. (2002). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6(2):18-28.
6. Aksayan, S. Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 4(1):9-14
7. Alpar, R. (2001). Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
8. Alpugan, O. (1995), Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), Seçim, H. (Ed): 137-157, Eskişehir.
9. Arkonaç, S. A. (2001). Sosyal Psikoloji. Değiştirilmiş ve Genişletilmiş İkinci Basım, İstanbul.

10. Aslan, Ş.(2004). Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,11: 599-614.
11. Asunakutlu, T. (2004). Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.(Erişim Tarihi: 01.02.2009)  
[http://www.pydb.saglik.gov.tr/document/pydb/kalite\\_trk.pdf](http://www.pydb.saglik.gov.tr/document/pydb/kalite_trk.pdf)
12. Aydoğuş, R. Tutumlar. (Erişim Tarihi: 18.02.2010)  
[www2.aku.edu.tr/~gocak/testgelistirme/.../tutumlarrasim.pdf](http://www2.aku.edu.tr/~gocak/testgelistirme/.../tutumlarrasim.pdf)
13. Berberoğlu, G.N. (2003). Genel İşletme, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
14. Berlandi, H.J. (1997). Ethical Issues in Pediatric Perioperative Nursing, Nurs Clin of North Am, 32(1):153
15. Bjork, I.T. (1995). Neglected Conflicts in the Discipline of Nursing: Perceptions of the Importance and Value of Practical Skill, Journal of Advanced Nursing 22:6-12.
16. Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., et al.(2002). Views of Practicing Physicians and The Public on Medical Errors. N Engl J Med; 347:1933-40.
17. Booher, S.A., Watson, C.B. (1999). Common Trait of Leaders: An Introduction to “Classic” Leadership Theory, with a Twist, The Institute for Leadership Dynamics, p:1-11.
18. Bostford, J. ( 1997). We Must Empower Our Leaders to Make a Difference, AORN Journal, 66(2):213-214.

19. Bozbora, A. (2004). Cerrahi Enfeksiyonlarda Risk Faktörleri ve Profilaktik Antibiyotik Kullanımı, ANKEM Dergisi, 18(2):182-184.
20. Candan Dönmez, Y. (2006), Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (Good Perioperative Of Nursing Care Scale)'nın Türk Hemşire ve Hastaları için Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
21. Chow-Chua, C.& Goh, M. (2002). Framework For Evaluating Performance and Quality Improvement in Hospitals, Managing Service Quality, 12(1): 54-66.
22. Çağdaş Yönetim ve Yönetici (Erişim Tarihi: 22. 09. 2009) <http://www.destegeitimi.com/cagdas-yonetim-ve-yonetici.htm#more-2747>
23. Çakıroğlu, E. (2006). Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Liderlik, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dönem Projesi, İstanbul.
24. Demir, C. Sağlık Kurumları Yönetimi ve Çağdaş Yaklaşımlar (Erişim Tarihi: 10.06 2009) <http://www.gata.edu.tr/saglikbilimleri/saglikhizmetleri/2009>.
25. Dramalı, A., Demir, F. (1996). Ameliyathane Hemşirelerinin Gelişen Teknolojiye Uyumu. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, İzmir, 115-127.
26. Ebrinç, S. (2000). Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri ve Klinik Çalışmalarda Kullanımı, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10 (2): 109-116.
27. Eraslan, L. (2004). Liderlik Olgusunun Tarihsel Evrimi, Temel Kavramlar Ve Yeni Liderlik Paradigmasının Analizi. Eğitim ve Bilim Dergisi, Bahar Sayısı: 162.

28. Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30: 211-216.
29. Erefe, İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Erefe, İ. (Ed.) Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, 169-188
30. Eren, E. (2003). Yönetim ve Organizasyon. Beta Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., İstanbul, 6. Baskı: 10-12.
31. Erkuş, A. (2003). Psikometri Üzerine Yazılar. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1. Basım, Ankara.
32. Ertürk, M. (1995). İşletmede Yönetim ve Organizasyon. I. Baskı, Beta Basım Yayın A.Ş., İstanbul
33. Evren, E. (1998). “Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi”. 5. Baskı, İstanbul.
34. Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., et al. (2003). Anaesthetists’ Attitudes To Teamwork And Safety, Anaesthesia, 58: 233–242.
35. Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., et al. (2006). Attitudes to Teamwork and Safety in The Operating Theatre, The Surgeon Journal of the Royal Collages of Surgeons of Edinburgh & Ireland, Vol:4, No:3,
36. Göçmen, Z., (2004). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(1):12-24.
37. Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(1):3-14.

38. Gupta, A. (1995). Productivity Measurement in Service Operations: A Case Study From The Healthcare Environment, *Managing Service Quality*, 5(5): 31–35.
39. Güven, B., Uzman, E. ( 2006). Ortaöğretim Coğrafya Dersi Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, Cilt:14 No:2: 527-536
40. Hakverdioğlu Yönt, G. (2009). İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Esesları Anabilim Dalı Doktora Tezi*, İzmir.
41. Hançer, M. Ölçeklerin Yazım Dilinden Başka Bir Dile Çevirileri ve Kullanılan Değişik Yaklaşımlar, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 47-59 (Erişim Tarihi:14.01.2010)  
<http://sbe.balikesir.edu.tr/dergi/edergi/c6s10/makale/c6s10m>
42. Hayran, O. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi, (Erişim Tarihi: 08. 02. 2010) <http://www.merih.net>
43. Hayran, O. (2005). Sağlık Hizmetleri Yönetimi, (Erişim Tarihi: 08. 02. 2010) <http://www.tibder.org/modules.php?name=News&file=print&sid=57>
44. Hayran, O. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler Mi, Profesyonel Yöneticiler Mi?, (Erişim Tarihi: 08. 02. 2010) [www.merih.net](http://www.merih.net).
45. Hemşirelikte Yönetim Uygulama Rehberi 2010, <http://www.veribaz.com/viewdoc.html?hemsirelikte-yonetim-uygulama-rehberi-382009.html>
46. Institute of Medicine, (2001). *Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century*. National Academies Press, Washington DC.

47. Institute of Medicine. (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press, Washington DC. www. iom. edu elektronik kitap olarak ulaşılabilmektedir.
48. Kanan, N. (2003). Perioperatif Hemşirenin Kişisel Sorumluluğu, 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, İzmir, 89-96.
49. Kanan, N., Aksoy, G., Akyolcu, N., (2000). Ameliyathane Hemşireliğinde Oryantasyon Programlarının Önemi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3(6): 8-11.
50. Karaöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1):1-8.
51. Karasar, N. (1999). Bilimsel Araştırma Yöntemleri, 9. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
52. Kavuncubaşı, ř. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
53. Kavuncubaşı, ř., Kısa, A., Uzkesici, N.,(2004). Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Önlisans Programı.
54. Kılıç, M., Öztürk, H. (2006). Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütölen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9, Sayı:1:55-79.
55. Koçel, T. (2000). İşletme Yöneticiliği, Genişletilmiş 9. Baskı, Beta Basım, İstanbul.
56. Köşgeroğlu, N. (1995), Ekip İşbirliği İçinde Hemşirenin Yeri, Türk Hemşireler Dergisi, 45 (3-4): 21-22.



57. Küçükgüçlü Ö. (2004). Bakımverenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
58. Levent, E.(2003). İlköğretim Okulu Müdürlerinin Dönüşümcü Liderlik Özellikleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kırıkkale.
59. Lynn, M., Mcmillen, B. (1999). Do Nurses Know What Patients Think is Important in Nursing Care?. Journal of Nursing Care Quality, Vol:13, No:5: 65-74.
60. National Patient Safety Foundation. (2003).White Paper Report 3. (Erişim Tarihi: 20. 03. 2010) [www.npsf.org/](http://www.npsf.org/)
61. Ocakçı, A. (1993). Hemşirelikte Ekip Çalışması ve Liderlik, Türk Hemşireler Dergisi, 43(3).
62. Oktay S. (1990), Etkin Sağlık Hizmeti İçin Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 4(15): 27-32.
63. Öner, N. (1994). Güvenirliği ve/veya Geçerliği Sınanmış Psikolojik Testler, Türk Psikoloji Dergisi, Özel Sayı, 9(33): 9-18.
64. Öner, N. (1997). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 10-39.
65. Örgenç, C. (2004). Sakarya İli Kamu Hastahanelerinde Yöneticilerin Değişen Hasta Talepleri Karşısındaki Tutumları Üzerine Bir Araştırma. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(3):30-3.

66. Özbayır, T. (2002). Türkiye’de Ameliyathane Yönetimi Standartları, Hemşirelik Forumu, Cilt:5 Sayı: 3-4: 1-5.
67. Özbayır, T. (2010). Ameliyat Dönemi Bakımı, Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Ed.), Adana Nobel Kitapevi, 309-313.
68. Özcan, C. (1997). Devlet Hastanelerinde TKY’nin Uygulanabilirliği, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Çoruh, M. (Ed.). Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
69. Özer, M. (2003). Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kalite, Hemşirelik Forum Dergisi, cilt 6, sayı 4: 42-47.
70. Özgener, Ş., Küçük, F. (2008). Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (20): 543- 560.
71. Özgülbaş, N. (1995). Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
72. Özkara, E. , Hancı, I. H. (2003). Türkiye’ de Nörosirürjiyenin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunları Türk Nöroşirürji Dergisi, 13: 213-220,
73. Öztekin, A. (2002). Yönetim Bilimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.
74. Öztürk, M. (2003). Fonksiyonları Açısından İşletme ve Yönetim, Papatya Yayıncılık, İstanbul.
75. Patel, V. (2007). Tıbbi Hataların Yönetimi, 1. Hasta Güvenliği Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya, 28- 31 Mart: 24-28.

76. Poter, P., Perry, A.G. (1997). *Leaderships and Management: Fundamentals of Nursing*, Wiesbaden, Mosby Co., 298- 303.
77. Ramanathan, R. (2005), *Operations Assessment of Hospitals in the Sultanate of Oman*, *International Journal of Operations & Production Management*, 25(1): 39-54.
78. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Kalite Standartları. (Erişim Tarihi: 15. 05. 2010) [http://www.standartkalite.com/saglikta\\_kalite\\_akreditasyonu.htm](http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm)
79. Sarvan, F. (1995). *Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Eğitimi” İçinde: Seçim, H., Hastane İşletmeciliği, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845: 1-29*
80. Savaşır, I. (1994). Ölçek Uyarlamasındaki Sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(33): 27-32.
81. Sayın, K. Ş. (1994). *Hizmet Sağlık İşletmelerinin Verimliliğinin Artırılmasında Maliyetlerin Önemi, II. Verimlilik Kongresi Bildirisi, Ankara: M.P.M Yayını: 461.*
82. Seçim, H. , *Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri* (<http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>)
83. Sieber, T.J., Leibundgut, D.L., (2002). *Operating room Managment and Strategies in Switzerland: results of a survey*, *Eur J Anaesthesiol. Jun;19(6): 415-423.*
84. Sözen, C., (2003). *Sağlık Yönetimi*, Palme Yayıncılık, Ankara.
85. Staniszewska, S. H., Henderson, L. (2005). *Patients’ Evaluations Of The Quality Of Care: Inflencing Factors And The Importance Of Engagement*, *Journal Of Advanced Nursing*, 49(5): 530-537.

86. Storch, J. L. (1994). Division of labor in health care: pragmatics and ethics, *Humane Medicine*, vol:10, (4): 262- 269.
87. Suhonen, R., Valimaki, M., Dassen, T., et al. (2003). Patients' Autonomy In Surgical Care: A Comparison of Nurses' Perceptions In Five European Countries, International Council Of Nurses, *International Nursing Review*,
88. Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K. (1997). *Bioistatistik Kitabı*, Hatiboğlu Yayın, Ankara.
89. Şahin, N. (1994). Psikolojik Araştırmalarda Ölçek Kullanımı, *Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı*, 9(33): 19-26.
90. Şahin, Ü. (1999). Sağlık Bakım Hizmetleri Sistemimiz İçin Öneriler, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 3(4): 17-22.
91. Şahin, Ü. Ülkemiz Hastane İşletmeciliğine Kalite: Sorunlar ve Öneriler, (Erişim Tarihi: 05.03 2010), [www.merih.net](http://www.merih.net).
92. Taşkın, L. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 4(2): 16-20.
93. Tavşancıl, E. (2005) *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 3- 58.
94. Tezbaşaran, A. (1996), *Likert Tipi Ölçek Geliştirme*. Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
95. Tezbaşaran, A. (1996). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, *Türk Psikoloji Bülteni*, 2(4): 58-60.

96. Tezbaşaran, A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2. Basım, Ankara.
97. Timurcanday, Ö., Ergenç, K.A., (1994). Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde İş Yapısı Özellikleri, İş Doyumu ve Sorunları, (Ed. Doğan, M. Et al.), 9 Eylül Üniversitesi 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs: 135, Aydın.
98. Topçu, E. (1999). Yönetim Düşüncesinin Evriminde Liderliğin Gelişimi ve Dönüşümcü Liderlik ve Bir Uygulama Örneği. Yayınlanmış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
99. Tosun, N. Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü. (Erişim Tarihi:15.03.2010)  
<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim/hit>.
100. Türkmen, İ. (1994). Liderlik Geliştirme ve Motivasyon: Yönetimde Verimlilik, Ankara, Milli Produktivite Merkezi Yayınları, No.519.
101. Uyer, G. (1993). Hemşirelik ve Yönetim. Hürbilek Matbaacılık, Ankara.
102. Uyer, G. (1995). Hemşirelik Bakımında Kalite Analizi, Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 30-36.
103. Vatansever, Ş. (1999). Sağlık Kuruluşlarında İş Güvenliği ve Meslek Hastalıkları. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim AD Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

104. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 16. Maddeye Göre; T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Yönetmeliği.1 Ağustos 1998. Resmi Gazete, sayı: 23420
105. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, 13.1.1983
106. Yıldırım, A., Aktaş, T., Akdaş, A. (2006). Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Öğrencilerinde Hekim- Hemşire İşbirliği, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(3): 166- 175.
107. Yıldırım, Y.(2007). Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeğinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
108. Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., et al. (2003). Surgeons' Attitudes To Teamwork And Safety. (Erişim Tarihi: 22. 03. 2009 ) [http://www.acecc.org.au/noticebank/attach/65\\_604078145015-surgeons\\_attitudes\\_to\\_teamwork\\_and\\_safety.pdf](http://www.acecc.org.au/noticebank/attach/65_604078145015-surgeons_attitudes_to_teamwork_and_safety.pdf)
109. Yüksel, Ö.(1999). Eğitimde Dönüşüm, Eğitimde Yeni Değerler, Pegem A Yayıncılık, 2.Baskı. Ankara, 118-120.
110. Zincir, G., Erdal, E., Zincir, M. (1999). Hekim ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi. 1. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi (Kongre Kitabı). Kocaeli, 9-11 Haziran, 36-40.

## EK 1

### SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU

1. Çalıştığı Kurum \_\_\_\_\_

2. Cinsiyeti

- Bayan
- Bay

3. Çalıştığınız Cerrahi Bölüm

- Genel cerrahi
- Ortopedi
- Kardiyovasküler cerrahi
- Toraks cerrahisi
- Üroloji
- Çocuk cerrahisi
- Plastik ve rekonstrüktif cerrahisi
- Kulak burun boğaz cerrahisi
- Göz cerrahisi
- Nöroşirürji
- Nöroloji
- Kadın sağlığı ve hastalıkları cerrahisi

4. Kaç yıldır bu uzmanlık alanında deneyiminiz var? \_\_\_\_\_ yıl

## 5. Mesleğiniz

- Uzman cerrah
- Cerrahi asistan
- Cerrahi teknisyen
- Perfüzyonist
- Anestezi uzmanı
- Anestezi asistanı
- Anestezi hemşiresi
- Anestezi teknisyeni
- Ameliyathane hemşiresi
- Anestezi sonrası bakım ünitesi (uyanma- derlenme odası) hemşiresi



## EK 2

### AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ ANKET FORMU

#### Bölüm 1: Ameliyathane Yönetimi Tutumları

Lütfen soruları aşağıdaki puanlamaya göre sadece bir seçeneği halka içine alarak yanıtlayınız.

0	1	2	3	4
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

1	Tecrübeli biri hayati riski olan acil durumlarda, yönetimi devralmalı ve tüm kararları vermelidir.	0	1	2	3	4
2	Bölümüm, çalışmamı etkileyebilecek olaylarla ilgili güncel ve yeterli bilgiyi sağlamalıdır.	0	1	2	3	4
3	Yönetici, uygunsa ameliyat sırasında asistan ve hemşireleri soru sormaları için cesaretlendirmelidir.	0	1	2	3	4
4	Yorgun olduğumda bile ameliyatların kritik safhalarında etkin olarak çalışırım.	0	1	2	3	4
5	Diğer ekip üyelerinin, kişisel sorunlarının farkında olmalı ve bunlara karşı duyarlı olmalıyız.	0	1	2	3	4
6	Yönetici ek yetki ve ayrıcalıkları hak eder.	0	1	2	3	4
7	İşimi en iyi yalnız kaldığım zaman yaparım.	0	1	2	3	4
8	İş yüküm çok fazla olmaya başladığında ekibin diğer üyelerini bilgilendiririm.	0	1	2	3	4
9	Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder.	0	1	2	3	4
10	Ameliyathanedeki ekibin önerilerini dikkate alan doktorlar zayıf liderlerdir.	0	1	2	3	4
11	Acil durumlardaki karar verme yeteneğim rutin zamanlardaki kadar iyidir.	0	1	2	3	4
12	Ameliyat sonrasında veya değişikliğinde işlem ve kararlarla ilgili düzenli olarak bilgi verilmesi, etkin ekip uyumunun geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin önemli bir parçasıdır.	0	1	2	3	4

13	Ameliyata girecek olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin, diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır.	0	1	2	3	4
14	Ameliyat ekibine katılan yeni personel yönetici tarafından verilen kararları sorgulamamalıdır.	0	1	2	3	4
15	Ekibin çalışmaktan hoşlandığı bir kişi olmaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4
16	Yöneticim ve meslektaşlarım tarafından karşılaşılabileceğim tehlikeli durumları rapor etmem için cesaretlendiriliyorum.	0	1	2	3	4
17	Bana geri bildirim verebilecek kişiler sadece benim mesleğimden olan kişilerdir.	0	1	2	3	4
18	Tüm ameliyathane personeli ile ortak fikirde olmak, farklı bir görüşü ileri sürmekten daha iyidir.	0	1	2	3	4
19	Ameliyat öncesinde yapılan bilgilendirme toplantıları, güvenlik ve etkin grup yönetimi için önemlidir.	0	1	2	3	4
20	Benim yeterliliğimin diğerleri tarafından onaylanması önemlidir.	0	1	2	3	4
21	Gergin ve düşmanca tavırların olduğu ortamlarda hata yapmam daha olasıdır.	0	1	2	3	4
22	Yöneticinin sorumlulukları kendi ekip elemanları ve destek elemanlar arasındaki uyumu sağlamayı içerir.	0	1	2	3	4
23	İşim hakkındaki övgülere değer veririm.	0	1	2	3	4
24	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	0	1	2	3	4
25	Ameliyat ekibi üyeleri, çok fazla iş yükünün olduğu durumlarda, önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.	0	1	2	3	4
26	İşler iyi gittiği sürece diğerlerinin benim hakkımda ne düşündüğünü önemsemem.	0	1	2	3	4
27	Başarılı bir ameliyathane yönetimi, öncelikle doktorun tıbbi ve teknik yeterliliğinin bir işlevidir.	0	1	2	3	4
28	Ameliyathanedeki iyi itibar, benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
29	Hatalar yetersizliğin işaretidir.	0	1	2	3	4
30	Bölüm yöneticisi, çalışanlarını dinler ve kaygılarını dikkate alır.	0	1	2	3	4

31	Bir ekibin parçası olarak çalışmaktan hoşlanıyorum.	0	1	2	3	4
32	Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersem kimlerin etkilenebileceğine bakmadan konuşurum.	0	1	2	3	4
33	Diğer ekip üyeleri karşısında hata yaptığımda utanırım.	0	1	2	3	4
34	Kritik durumlarda, yöneticimin söylediklerine itimat ederim.	0	1	2	3	4
35	Meslektaşlarımın iyi niyetine değer veririm. Diğerlerinin beni arkadaş canlısı ve uyumlu görmesini önemserim.	0	1	2	3	4
36	Bazen, ameliyat ekibine diğer disiplinlerden katılan kişilere daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.	0	1	2	3	4
37	Ameliyathanemizde prosedürlere ve kurallara titizlikle uyulur.	0	1	2	3	4
38	Ameliyatın güvenliğini tehdit etmedikleri müddetçe, ekip üyeleri yöneticinin karar ve eylemlerini sorgulamamalıdır.	0	1	2	3	4
39	Yorgun ve gerginken daha az verimliyim.	0	1	2	3	4
40	Ameliyat ekibinin diğer üyelerini gereksiz yere beklemeye zorlanmak bir hakarettir.	0	1	2	3	4
41	Hatalar hastane içerisinde uygun bir şekilde çözümlenir.	0	1	2	3	4
42	Ameliyathane ekibinin yönetimi tıbbi personele ait olmalıdır.	0	1	2	3	4
43	Performansım deneyimsiz veya daha az yetenekli bir ekip üyesi ile çalışmaktan olumsuz etkilenmez.	0	1	2	3	4
44	Ekip üyeleri anlaşmazlıkları çözmek için birbirleri içindeki farklılıkları açıkça tartışmalıdır.	0	1	2	3	4
45	Ekip üyelerinin her biri diğerlerinin yorgunluk ve stres belirtilerini izlemelidir.	0	1	2	3	4
46	Deneyimsiz bir personel ile çalışmak zorunda olduğumda rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
47	Bu hastane için çalışmaktan gurur duyuyorum.	0	1	2	3	4
48	Ameliyathanedeki tüm ekip üyeleri bana geri bildirim verebilecek niteliktedir.	0	1	2	3	4
49	Gerçek profesyoneller, ameliyatta iken kişisel problemlerini geride bırakabilir.	0	1	2	3	4
50	Bir hastanın yönetiminde genç bir ekip üyesinin üstlenebileceği durumlar yoktur.	0	1	2	3	4
51	Ekipler görev değişimi sırasında ya da öncesinde, kendi psikolojik streslerinden veya fizyolojik problemlerinden diğer ekip üyelerine söz etmelidir.	0	1	2	3	4
52	Ameliyathanede, hak ettiğim saygıyı görüyorum.	0	1	2	3	4

53	Kişisel hatalar kaçınılmazdır.	0	1	2	3	4
54	Ameliyathane personelinin bir ekip olarak çalışması kavramı bu hastanede işlemez.	0	1	2	3	4
55	Kişisel problemler performansımı olumsuz etkileyebilir.	0	1	2	3	4
56	Etkili bir ameliyathane ekibi koordinasyonu için ekip üyeleri birbirlerinin kişiliklerine saygı göstermelidir.	0	1	2	3	4
57	İşimi seviyorum.	0	1	2	3	4
58	İşimi iyi yapabilmem için gereken eğitimi aldım.	0	1	2	3	4
59	Çalışanlar, ameliyathane için geliştirilmiş olan kuralları ya da ilkeleri sıklıkla uygulamaz ( Örn; el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik işlemler, steril alan gibi ).	0	1	2	3	4
60	Anlamadığım bir şey olduğunu hissettiğim bir durumda çekinmeden sorular sorarım.	0	1	2	3	4

## Bölüm 2: Ekip Çalışması

Lütfen ameliyathane ekibi ile deneyimlediğiniz ekip çalışmanızın kalitesini, aşağıdaki puanlamayı kullanarak tanımlayınız.

0	1	2	3	4
Çok Yetersiz	Yetersiz	Yeterli	Çok Yeterli	Mükemmel

61	Profesör \ Doçent \ Yard. Doçent	0	1	2	3	4
62	Uzman	0	1	2	3	4
63	Asistan	0	1	2	3	4
64	Anestezi	0	1	2	3	4
65	Anestezi Hemşireleri	0	1	2	3	4
66	Ameliyathane Hemşireleri	0	1	2	3	4

### Bölüm 3: Tıbbi Hata

Lütfen aşağıdaki puanlamayı kullanarak sorulara cevap veriniz:

0	1	2	3	4
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

67	Bir veya daha fazla ekip üyesi, gerekli girişimi yapacak bilgiden yoksun olduğunda nadiren bir hatayla karşılaşırım.	0	1	2	3	4
68	Hasta bakımı sırasında yapılan hatalar hasta iyileştiği sürece önemli değildir.	0	1	2	3	4
69	Ameliyathanede hatalar yaparım.	0	1	2	3	4
70	Tekrarlanmaması için tıbbi hatalar tartışılır.	0	1	2	3	4
71	Tıbbi hataları kayıt eden güvenli bir raporlama sistemi olmalıdır.	0	1	2	3	4

Soru 72. Ameliyathane Çalışanlarının Verimliliği Nasıl Artırılabilir?

Soru 73. Ameliyathane Çalışanlarının İş Doyumu Nasıl Artırılabilir?

### Bölüm 4: Liderlik ve Öncelik Tanıma

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız:

Soru 74. Aşağıdaki alanların hangisinde başarısız olursanız, en çok hangisi sizi rahatsız eder? Lütfen önem sırasına göre sıralayınız dereceler 1, 2, 3, 4 ( 1 en çok rahatsız edeni gösteriyor)

Bekleme listesinin azaltılması	Hasta güvenliği	Maliyet Etkililik	Kurum Güvenilirliği

Soru 75. Aşağıdaki alanların hangisinde başarısız olursanız, Güven yönetiminiz en çok etkilenir?

Bekleme listesinin azaltılması	Hasta güvenliği	Maliyet Etkililik	Kurum Güvenilirliği

Soru 76. Belirtilmiş olan dört yönetici tipini değerlendiriniz ve aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Tip-A: Yöneticiler, kararlar alır ve onları iletirler, sadakat ve itaat beklerler.

Tip-B: Yönetici, hızlı karar alır, kararını açıklar, nedenlerini söyler ve soruları yanıtlar.

Tip-C: Yönetici; normalde önemli bir karar öncesinde çalışanlarına danışır, önerilerini dinler, değerlendirir ve kararını verir.

Tip-D: Yönetici, grup önünde problemi ortaya koyar ve genel bakış açısını karar olarak kabul etmeden önce tartışmaya açar.

Lütfen aşağıdaki soruları tip A, B, C ve D yazarak cevaplayınız.

SADECE CERRAHLAR SORUYA CEVAP VERİNİZ .

Genel olarak siz ameliyathanede hangi yönetici tipine uyuyorsunuz?

HERKES CEVAPLAYABİLİR

- i) Ameliyathanede genellikle, hangi yönetici tipi ile karşılaşıyorsunuz?
- ii) Siz ameliyathanede hangi yönetici tipini tercih edersiniz?

## Bölüm 5: Hatalar ve Hataların Yönetimi

Soru 77. Ameliyathanede en sık gözlemlediğiniz 3 hata nedir?

1.

2.

3.

Soru 78. Deneyimlerinize göre, ameliyathanede hataların yönetimi için, en etkili olduğunu gördüğünüz stratejiler nelerdir?

1.

2.

3.

Lütfen aşağıya ameliyathanedeki ekip çalışması, güvenlik, karar verme, yöneticilik veya ilgili herhangi bir konu hakkında başka önerileriniz varsa yazınız.

TEŞEKKÜRLER

**EK 3**

**“AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN ORJİNAL  
İNGİLİZCE FORMU**

***ANONYMOUS AND CONFIDENTIAL***



**UNIVERSITY OF ABERDEEN**

**Industrial Psychology Research Centre**

**Scottish Survey Of Attitudes Towards Non-Technical Skills in  
The Operating Theatre**

**2004 Questionnaire**



**Please see inside front cover for instructions**

## **INSTRUCTIONS FOR RESPONDENTS**

### **PLEASE READ THIS BEFORE YOU FILL IN THE QUESTIONNAIRE**

This is the 2004 survey of attitudes towards non-technical skills in Scottish operating theatres, and is being run as part of a research project at the University of Aberdeen. **Please take this opportunity to express your opinion.**

1. **Your name is not required.**
2. Answer all items on the answer sheet. Leave the answer blank if an item is irrelevant or you are unsure.
3. Your questionnaire will not be seen by anybody other than the researchers.
4. Please be frank and honest in your responses.
5. No individuals will be identifiable in subsequent research reports.
6. Thank you for taking part in this survey

Please return the questionnaire by **February 9th 2004** in the enclosed FREEPOST envelope to:

**Dr Steven Yule, School of Psychology, c/o Mail Room, University Office,  
King's College, Old Aberdeen AB24 3FX, FREEPOST AB567**

## Section 1: Operating Theatre Management Attitudes

Please answer the following questions by circling one response only, using the scale below.

0	1	2	3	4
Disagree strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly

1	The senior person, if available, should take over and make all decisions in life threatening emergencies	0	1	2	3	4
2	The department provides adequate, timely information about events in the hospital which might affect my work	0	1	2	3	4
3	Senior staff should encourage questions from junior medical and nursing staff during operations if appropriate	0	1	2	3	4
4	Even when tired, I perform effectively during critical phases of operations	0	1	2	3	4
5	We should be aware of, and sensitive to, the personal problems of other team members	0	1	2	3	4
6	Senior staff deserve extra benefits and privileges	0	1	2	3	4
7	I do my best work when people leave me alone	0	1	2	3	4
8	I let other team members know when my workload is becoming (or is about to become) excessive	0	1	2	3	4
9	It bothers me when others do not respect my professional capabilities	0	1	2	3	4
10	Doctors who encourage suggestions from Operating Theatre team members are weak leaders	0	1	2	3	4
11	My decision making ability is as good in emergencies as it is in routine situations	0	1	2	3	4
12	A regular debriefing of procedures and decisions after an Operating Theatre session or shift is an important part of developing and maintaining effective team co-ordination	0	1	2	3	4
13	Team members in charge should verbalise plans for procedures or actions and should be sure that the information is understood and acknowledged by others	0	1	2	3	4
14	Junior Operating Theatre team members should not question the decisions made by senior personnel	0	1	2	3	4
15	I try to be a person that others will enjoy working with	0	1	2	3	4
16	I am encouraged by my leaders and co-workers to report any incidents I may observe	0	1	2	3	4

17	The only people qualified to give me feedback are members of my own profession	0	1	2	3	4
18	It is better to agree with other Operating Theatre team members than to voice a different opinion	0	1	2	3	4
19	The pre-session team briefing is important for safety and for effective team management	0	1	2	3	4
20	It is important that my competence be acknowledged by others	0	1	2	3	4
21	I am more likely to make errors in tense or hostile situations	0	1	2	3	4
22	The doctor's responsibilities include co-ordination between his or her work team and other support teams	0	1	2	3	4
23	I value compliments about my work	0	1	2	3	4
24	Working in this hospital is like being part of a large family	0	1	2	3	4
25	Operating Theatre team members share responsibilities for prioritising activities in high workload situations	0	1	2	3	4
26	As long as the work gets done, I don't care what others think of me	0	1	2	3	4
27	Successful Operating Theatre management is primarily a function of the doctor's medical and technical proficiency	0	1	2	3	4
28	A good reputation in the Operating Theatre is important to me	0	1	2	3	4
29	Errors are a sign of incompetence	0	1	2	3	4
30	Departmental leadership listens to staff and cares about our concerns	0	1	2	3	4
31	I enjoy working as part of a team	0	1	2	3	4
32	If I perceive a problem with the management of a patient, I will speak up, regardless of who might be affected	0	1	2	3	4
33	I am ashamed when I make a mistake in front of other team members	0	1	2	3	4
34	In critical situations, I rely on my superiors to tell me what to do	0	1	2	3	4
35	I value the goodwill of my fellow workers -I care that others see me as friendly and co-operative	0	1	2	3	4
36	I sometimes feel uncomfortable telling Operating Theatre members from other disciplines that they need to take some action	0	1	2	3	4

37	Procedures and policies are strictly followed in our Operating Theatre	0	1	2	3	4
38	Team members should not question the decisions or actions of senior staff except when they threaten the safety of the operation	0	1	2	3	4
39	I am less effective when stressed or tired	0	1	2	3	4
40	It is an insult to be forced to wait unnecessarily for other members of the Operating Theatre team	0	1	2	3	4
41	Mistakes are handled appropriately in this hospital	0	1	2	3	4
42	Leadership of the Operating Theatre team should rest with the medical staff	0	1	2	3	4
43	My performance is not adversely affected by working with an inexperienced or less capable team member	0	1	2	3	4
44	To resolve conflicts, team members should openly discuss their differences with each other	0	1	2	3	4
45	Team members should monitor each other for signs of stress or tiredness	0	1	2	3	4
46	I become irritated when I have to work with inexperienced medical staff	0	1	2	3	4
47	I am proud to work for this hospital	0	1	2	3	4
48	All members of the Operating Theatre team are qualified to give me feedback	0	1	2	3	4
49	A truly professional team member can leave personal problems behind when working in the Operating Theatre	0	1	2	3	4
50	There are no circumstances where a junior team member should assume control of patient management	0	1	2	3	4
51	Team members should feel obligated to mention their own psychological stress or physical problems to other Operating Theatre personnel before or during a shift or assignment	0	1	2	3	4
52	In the Operating Theatre, I get the respect that a person of my profession deserves	0	1	2	3	4
53	Human error is inevitable	0	1	2	3	4
54	The concept of all Operating Theatre personnel working as a team does not work at this hospital	0	1	2	3	4

55	Personal problems can adversely affect my performance	0	1	2	3	4
56	Effective Operating Theatre team co-ordination requires members to take into account the personalities of other team members	0	1	2	3	4
57	I like my job	0	1	2	3	4
58	I am provided with adequate training to successfully accomplish my job	0	1	2	3	4
59	Team members frequently disregard rules or guidelines (e.g. handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field) developed for our Operating Theatre	0	1	2	3	4
60	I always ask questions when I feel there is something I don't understand	0	1	2	3	4

## Section 2: Teamwork

Please describe your perception of the quality of teamwork you have experienced with the following theatre personnel using the scale below:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Very low	Low	Adequate	High	Very High

61	Consultant Surgeon	0	1	2	3	4
62	Higher Surgical Trainee	0	1	2	3	4
63	Basic Surgical Trainee	0	1	2	3	4
64	Associate Specialist/ Staff Grade Surgeon	0	1	2	3	4
65	Nurse	0	1	2	3	4
66	ODP/ Anaesthetic nurse	0	1	2	3	4

### Section 3: Error in Medicine

Please answer the following questions using the scale below:

0	1	2	3	4
Disagree strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly

67	I rarely witness an error where one or more team members lack the knowledge to perform the needed action	0	1	2	3	4
68	Errors committed during patient management are not important, as long as the patient improves	0	1	2	3	4
69	I make errors in theatre	0	1	2	3	4
70	Medical errors are discussed to prevent recurrence	0	1	2	3	4
71	A confidential reporting system that documents medical errors is important for safety	0	1	2	3	4

**Q72. How can the effectiveness of Operating Theatre teams be increased?**

**Q73. How can the job satisfaction of Operating Theatre teams be increased?**

## Section 4: Leadership and prioritising

Please answer the following questions

**Q74. If I were to fail in one of the following areas, which would concern me most?** Please rank 1, 2, 3, 4 (do not use tied ranks, 1 is most concern)

Reducing waiting lists	Patient safety	Saving costs	The Trust's reputation

**Q75. If I were to fail in one of the following areas, which would concern this Trust's management most?** Please rank 1, 2, 3, 4 (do not use tied ranks, 1 is most concern)

Reducing waiting lists	Patient safety	Saving costs	The Trust's reputation

**Q76. Consider the following four leadership styles and answer the questions below.**

**Style A:** Leader makes decisions and communicates them firmly, expects loyalty and obedience.

**Style B:** Leader makes decisions promptly, but explains them fully, provides reasons, and answers questions.

**Style C:** Leader normally consults with subordinates when important decisions are to be made, listens to advice, considers it, and then makes decision.

**Style D:** Leader puts problem before the group and invites discussion before accepting majority viewpoint as decision.

Please answer the questions below by writing A, B, C, or D

CONSULTANT SURGEONS ONLY ANSWER

Which style do you normally use in the operating theatre? \_\_\_\_\_

EVERYONE ELSE ANSWER

ii) Which style do you normally encounter from surgeons in the Operating Theatre? \_\_\_\_\_

iii) Which style do you prefer in the Operating Theatre? \_\_\_\_\_

**Q77. What are the three most frequently occurring errors that you have observed in**

**Theatre?**

**1.**

**2.**

**3.**



**Q78. In your experience, what strategies have you seen to be effective for managing error in the Operating Theatre?**

**1.**

**2.**

**3.**

**Please write any further comments about teamwork, safety, decision-making, leadership, or any other issue in the Operating Theatre below.**

## **BACKGROUND INFORMATION**

1. Name of Hospital \_\_\_\_\_
2. Gender (please circle) M / F
3. Surgical speciality (please tick)
  - General
  - Orthopaedic
  - Cardiac
  - N/A
4. How much experience do you have in this speciality? \_\_\_\_\_ years
5. Position (please tick appropriate box):
  - Consultant Surgeon
  - Higher Surgical Trainee
  - Basic Surgical Trainee
  - Associate Specialist/ Staff Grade Surgeon
  - Nurse
  - ODP/ Anaesthetic nurse

**Thank you for your contribution to this research**

Dr Steven Yule, January 2004

“Attitudes to Teamwork and Safety In The Operating Theatre”

Konulu Araştırmadan Bir Bölüm

Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre

R. Flin<sup>1</sup>, S. Yule<sup>1</sup>, L. McKenzie<sup>1</sup>, S. Paterson-Brown<sup>2</sup>, N. Maran<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Industrial Psychology Research Centre, University of Aberdeen

<sup>2</sup>Department of Surgery, University of Edinburgh

<sup>3</sup>Department of Anaesthesia, University of Edinburgh

Correspondence to: R. Flin

Industrial Psychology Research Centre, University of Aberdeen, King's College,  
Old Aberdeen, AB24 2UB Scotland

Email: r.flin@abdn.ac.uk

**ABSTRACT**

**Background:** A survey was undertaken to assess surgical team members' attitudes to safety and teamwork in the operating theatre.

**Method:** The Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ ) measures attitudes to leadership, teamwork, stress and fatigue and error. A version of the ORMAQ was distributed to surgical teams in 17 hospitals in Scotland. A total of 352 responses were analysed, 138 from consultant surgeons, 93 from trainee surgeons and 121 from theatre nurses.

**Results:** Respondents generally demonstrated positive attitudes to behaviours associated with effective teamwork and safety. Attitudes indicating a belief in personal invulnerability to stress and fatigue were evident in both nurses and surgeons. Consultant surgeons had more positive views on the quality of surgical leadership and communication in theatre than trainees and theatre nurses. While the ubiquity of human error was well recognised, attitudes to error management strategies (incident reporting, procedural compliance) suggest that they may not be fully functioning across hospitals. While theatre staff placed a clear priority on patient safety against other business objectives (e.g. waiting lists, cost cutting), not all of them felt that this was endorsed by their hospital management.

**Conclusions:** Attitude surveys can provide useful diagnostic information relating to behaviour and safety in surgical units. Discrepancies were found between the views of consultants compared with trainees and nurses, in relation to leadership and teamwork. While attitudes to safety were generally positive, there were several areas where theatre staff did not seem to appreciate the impact of psychological factors on technical performance.

**Keywords:** Surgeons, attitude survey, safety, error, teamwork

*Surgeon, 1 June 2006 145-151*

**EK 5****DİL GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR**

<b>İNGİLİZCE' DEN TÜRKÇE' YE ÇEVİRİSİ</b>	
<b>İSİM</b>	<b>ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM</b>
<b>Doç. Dr. Meryem YAVUZ</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A. D.
<b>Yard. Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A. D.
<b>Araş. Gör. Nurten TAŞDEMİR</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A. D.
<b>Uz. F. Gül ÇELENK</b>	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji A. D.
<b>Nisa GÖKSEL</b>	Northwestern Üniversitesi Sosyoloji Bölümü (Doktora Öğrencisi)
<b>TÜRKÇE' DEN İNGİLİZCE' YE ÇEVİRİSİ</b>	
<b>Araş. Gör. Nurten TAŞDEMİR</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A. D.
<b>Okt. Emrah BULUT</b>	Ege Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu

**EK 6****GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR**

<b>İSİM</b>	<b>ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM</b>
<b>Uzman Dr. Ahmet DEMİRKAYA</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü
<b>Uzman Dr. İbrahim BULDU</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Bölümü
<b>Uzman Dr. Çetin DEMİRDAĞ</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Bölümü
<b>Dr. Fettullah GEVHER</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Bölümü
<b>Dr. Onur SAKA</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahisi Bölümü
<b>Dr. Dinçer ALKAYA</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahisi Bölümü
<b>Uzman Dr. Süheyla KARAOSMANOĞLU</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
<b>Yüksek Hemşire Hülya DİZER</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü
<b>Hemşire Nur Aybüke ULUDA</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü
<b>Hemşire Semra KARTAL</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

## EK 7

### AMELİYATHANE YÖNETİMİ TUTUM ÖLÇEĞİ' NİN İZİN YAZISI

Re: For Permission to Use ORMAQ Survey

Tarih: 03 Mayıs 2009 Pazar 18:47

Kimden: 'Robert helmreich' <roberthelmreich@gmail.com> [\[Göndereni](#)

[Engelle\]](#) [\[Adres Defterine Ekle\]](#)

Kime: 'ayseegeuni' <ayseegeuni@mynet.com>

Hello You are very welcome to use the ORMAQ in any form. Good luck in your research.

ORMAQ

Tarih: 03 Nisan 2009 Pazar 15:43

Kimden:'Flin, Rhona' <r.flin@abdn.ac.uk> [\[Göndereni](#) [Engelle\]](#) [\[Adres](#)

[Defterine Ekle\]](#)

Kime: 'ayseegeuni@mynet.com' <ayseegeuni@mynet.com> To Ayşe Yalçınkaya

I understand that you require permission to use the version of the ORMAQ survey questionnaire which I sent before. As I explained before, you are welcome to use this version but we do not hold the intellectual property. The questionnaire was designed by Professor Robert Helmreich, now retired from the University of Texas.

I'm sure he would have no objection to you using this providing you credit the source

Rhona Flin, Professor of Applied Psychology Industrial Psychology Research Centre  
University of Aberdeen King's College, Old Aberdeen AB24 2UB  
[www.abdn.ac.uk/iprc](http://www.abdn.ac.uk/iprc)

## EK 8

### Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul İzni

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2009-56  
KONU :Araştırma Kararı hk.

Bornova/İZMİR  
14.05.2009

#### HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Ayşe YALÇINKAYA ve Yard.Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR'ın sorumluluğunda 15 Nisan 2009 – 15 Haziran 2009 tarihleri arasında yapılması planlanan “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması” konulu araştırması 13.05.2009 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.



Gereğinin yapılmasını arz ederim.

  
Prof.Dr.Leyla KHORSHID  
Bilimsel Etik Kurulu Başkan



## EK 9

### İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi

 T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI 

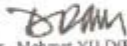
Sayı : 11547  
Konu : Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne  
İstanbul ..... / ..... / .....  
16 Ocak 2009

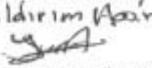
İLGİ: 17.03.2009 tarihli, 827 sayılı yazınıza:

Monoblok Ameliyathanesinde görevli Hemşire AYÇE YALÇINKAYA'nın yürütücülüğünde ve Yard.Doç.Dr.TÜRKAN ÖZBAYIR'ın denetimliğinde planlanan "Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 07 Nisan 2009 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi durumun adı geçen anabilim dalı başkanı@na bildirilmesini saygılarımızla rica ederim.

EKE:  
1 dosya

  
Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM  
Dekan Yardımcısı ve Etik  
Kurul Başkanı

Gözet Sorumlusu:  
Nispetiye 2009 S. SİPAHIOĞULLU  
2-06-09 'Jildirim Apay  


Not: Yazılarda yazınıza gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel:(0212)4143000

**T.C. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi**  
**Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu Tez Başvurusu Onayı**

**Başvuru Bilgileri**

<b>Tanımlayıcı Bilgiler:</b>	
Tez yürütücüsü (Unvan/ Ad)	Yüksek Hemşire Ayşe YALÇINKAYA
Tez danışmanı (Unvan/ Ad)	Yard.Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR
Kurumu/ Anabilim/ Bilim Dalı	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Monoblok Ameliyathanesi
Tezin Adı	Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenlilik Çalışması
Tezin niteliği	<input type="checkbox"/> Uzmanlık <input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek lisans
Araştırmanın niteliği	<input type="checkbox"/> İlaç araştırması <input type="checkbox"/> İlaç dışı araştırma

**Karar Bilgileri** Karar No: B-4 Tarih: 07 Nisan 2009Y  
Fakültemiz Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR'ın sorumluluğunda ve Yüksek Hemş. Ayşe YALÇINKAYA'nın yürütücülüğünde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tez çalışması önerisi ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

**Etik Kurul Üyeleri**

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	E/K	İlişki*	Kablim**	İmza
Prof. Dr. Mehmet Yıldırım (Başkan)	Anatomi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Özgür Kasapçopur (Genel Sekreter)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Nergiz Domanıç (Üye)	Kardiyoloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Hüseyin Sönmez (Üye)	Biyokimya	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Hüseyin Öz (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. İbrahim Başağaoğlu (Üye)	Deontoloji ve Tıp Tarihi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gülen Doğusoy (Üye)	Patoloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Ali Vedat Durgun (Üye)	Genel Cerrahi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sermet Koç (Üye)	Adli Tıp	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Öner Süzer (Üye)	Farmakoloji	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Zeliha Yazıcı (Üye)	Farmakoloji (Eczacı)	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. İsmet Şahinler (Üye)	Radyasyon Onkolojisi	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sezai Şahmay (Üye)	Kadın Hastalıkları ve Doğum	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Mehmet Rıza Altıparmak (Üye)	İç Hastalıkları	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Mahmut Reha Bayar (Üye)	Psikiyatri	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Feray Karaali Savrun (Üye)	Nöroloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Özcan (Üye)	Anayasa Hukuku	Ü Hukuk Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Elk. Müh. Ali Başaran (Sivil Üye)	Elektrik Mühendisliği	Serbest Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

E/K: Cinsiyeti; CTF: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; \*Araştırmayla ilişki; \*\* Toplantıda bulunma

## EK 10

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışma Helmreich ve Schaefer tarafından geliştirilmiş ve Steven Yule, tarafından Birleşik Krallık’ da kullanılmak üzere uyarlanmış olan Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’ni Türkçeye uyarlamak ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılmaktadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim

Ayşe YALÇINKAYA

Ben ..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım.

Bu araştırmaya katılmayı herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 20.12.1981 yılında Kırcalı'de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Bursa'da tamamladı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 2001-2005 yılları arasında eğitim görerek mezun oldu. 2006 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek lisans eğitimine başladı. 2007 yılı Eylül ayında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Monoblok Ameliyathanesi'nde hemşire olarak göreve başladı. 2009 yılında Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne hemşire olarak atandı. Halen bu kurumda görevine devam etmektedir.

Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği üyesidir. Yabancı dili Bulgarca ve İngilizce'dir. Evli ve bir çocuk annesidir.

Ameliyathane Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri (Lisans Tezi) ve Kanıta Dayalı Hemşirelik (2. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi- Edirne) adlı poster sunumu bilimsel yayınlarıdır.