

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMLARI

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Fatma SUSAM ÖZSAYIN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

İzmir

2015

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMLARI

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Fatma SUSAM ÖZSAYIN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

İzmir

2015

TEZ ONAY SAYFASI

Kurum Adı: E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Anabilim Dalı: Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği AD.

Programı: Hemşirelik Programı

Tez Konusu: Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları

Danışman: Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

Tezi Hazarlayan: Fatma SUSAM ÖZSAYIN

Değerlendirme Kurulu Üyeleri:

Adı Soyadı:

Başkan (Danışman): Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR

Üye/ İmza: Prof.Dr.Meryem YAVUZ

Üye/ İmza: Yard.Doç.Dr.Dilek ÇEÇEN

Tezin Kabul Edildiği Tarih: 06.04.2015

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve her aşamasında beni destekleyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli danışmanım *Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR*' a,

Yüksek Lisans eğitimim süresince her konuda bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocalarım Prof. Dr. Meryem YAVUZ, Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ ve diğer öğretim üyelerine*

Tez çalışmam süresince ihtiyaç duyduğum her konuda yardımını esirgemeyen *Dr. Zehra GENCEL EFE*' ye,

Çalışmam süresince ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim değerli arkadaşım *Dr. Sevgi Sevgül DÖNMEZ*' e,

Yüksek lisans eğitimine beraber başladığım ve her konuda beni destekleyen değerli arkadaşım *Dilek AKBAŞ*' a,

Çalışmaya gönüllü olarak katılan *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkezi ameliyathane çalışanları*' na,

Sevgisini, ilgisini ve desteğini yaşamımın her döneminde hissettiğim *aileme*,

Her konuda beni koşulsuz destekleyen ve bana güç veren eşim *Turgay ÖZSAYIN*' a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi yazdığım dönemde dünyaya gelerek hayatıma ışık saçı, yolumu aydınlatan ve yaşamın gerçek anlamını fark etmemi sağlayan kızım *Mira ÖZSAYIN*' a ithaf ederim...

İzmir, 2015

Fatma SUSAM ÖZSAYIN

ÖZET

SUSAM ÖZSAYIN F. (2015). Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Bu çalışma ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkezi ameliyathane çalışanı 200 kişi (cerrah, anestezi, anestezi hemşiresi, anestezi teknisyeni ve ameliyathane hemşiresi) araştırma kapsamına alındı. Veriler Güvenlik Tutumları Ölçeği ve Çalışan Bilgi Formu kullanılarak elde edildi. Verileri betimsel olarak sunmak için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t testi, Kruskal Wallis H Testi, Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Ameliyathanede çalışanların tanıtıcı özellikleri ile, güvenlik tutumları karşılaştırıldığında; 6-10 yıl ve 11 yıl ve daha fazla süreyle uzmanlık deneyimi olanlar, sadece gündüz ve kendi isteğiyle çalışanlar ile, haftada ortalama 40 saat çalışanlar ve kurumda çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılanlar ile kurumda hizmet içi eğitim programlarına katılanların güvenlik tutumları puan ortalamalarının yüksek, aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi. Çalışanların kendi meslektaşları ile karşılaştırıldığında diğer ekip üyeleri ile daha iyi iletişim ve işbirliği içinde oldukları belirlendi. Çalışanların stres düzeyini azaltacak uygulamaların planlanması, çalışma saatlerinin yasalara göre düzenlenmesi, kurumda çalışmaya başlamadan önce tüm çalışanların oryantasyon programına katılması, meslek gruplarının birbirleri ve diğer ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliğini geliştirecek uygulamaların düzenlenmesi, hasta güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim programları hazırlanıp yönetim kadrosu da dahil edilerek tüm çalışanların katılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliği tutumları.

ABSTRACT

SUSAM ÖZSAYIN F. (2015). Attitudes of Operating Theatre Workers To Patient Safety. Ege University, Institute of Health Science, Department Of Surgical Nursing. Master Dissertation, İzmir.

This research was performed to evaluate the attitudes of operating theater workers to patient safety. The study was carried out on 200 operating theatre workers (surgeons, anesthetists, anesthesia technicians, anesthesia nurses, and operating theater nurses) of İzmir Katip Çelebi University Atatürk Education and Research Hospital. Data were collected by using an Employee Information Form and SAQ-OR Version. Average, standard deviation, frequency, percentage were used to provide descriptive data. Oneway anova, t test, kruskal wallis h test, mann whitney u test were used in order to determine relationship between data. It was determined that safety attitude point average of operating employees are higher and difference between them are significant who have specialized experience 6-10 years and 11 years or more, only in daytime, voluntarily at operating rooms, an average of 40 hours per week and participants of job training and orientation programme. Compared employees with their colleagues and other team members it was determined to be better communication and collaboration with other team members than each other. It was proposed to plan implementation to reduce stress levels of employees, organize working hours as law-suit, support operating theatre workers to join orientation program before to work the hospital, organize implementations to improve communication and collaboration between team members with each other and other team members, support operation theatre workers and directors to join the educational programmes which are prepared related to patient safety.

Key Words: Operating room, patient safety, patient safety culture, patient safety attitudes.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	I
ÖNSÖZ	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
KISALTMALAR	XI
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Konusu	1
1.2 Hipotezler.....	2
1.3 Araştırmanın Önemi.....	3
1.4 Sınırlamalar	5
1.5 Tanımlar	5
1.6 Araştırmanın Amacı	6
BÖLÜM II	
2 GENEL BİLGİLER	7
2.1 Hasta Güvenliği Tarihsel Gelişim Sürecine Genel Bakış	7
2.1.1 Hammurabi Kanunları.....	7
2.1.2 Eski Mısır Uygarlığı.....	8
2.1.3 Hipokrat	8
2.1.4 19. Yüzyılda Avrupa	9
2.1.5 İslam Öncesi Türkler.....	10
2.1.6 Osmanlı Döneminde Türkler.....	10
2.1.7 Cumhuriyet Dönemi.....	11
2.2 Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması	12
2.2.1 Hasta Güvenliği Kültürünün Faydaları	13
2.2.2 Hasta Güvenliği Kültürü Oluşumunda Karşılaşılan Zorluklar.....	14
2.2.3 Raporlama ve Kayıt Sisteminin Kurulması	14
2.2.3.1 Ulusal Raporlama Sistemleri	15
2.2.3.1.1 Çek Cumhuriyeti	15

2.2.3.1.2 Danimarka	16
2.2.3.1.3 İngiltere	16
2.2.3.1.4 Hollanda	16
2.2.3.1.5 İrlanda	17
2.2.3.1.6 Slovenya	17
2.2.1.3.7 İsveç	17
2.2.1.3.8 Norveç	17
2.2.3.1.9 Japonya	18
2.2.3.1.10 Amerika	18
2.2.3.1.11 Türkiye	19
2.2.3.2 Ulusal Bir Raporlama Sistemi İçin Neler Gereklidir	21
2.2.3.3 Hangi Olaylar Bildirilmelidir	21
2.2.4 Hastaya Ait Risklerin Saptanması	23
2.2.5 İlaç Hatalarının Önlenmesi	24
2.2.6 Kan Transfüzyonlarında Güvenliğin Sağlanması	25
2.2.7 Sisteme Bağlı Hataların Tespiti ve Önlenmesi	25
2.2.8 Hasta Güvenliği Standardizasyonunun	
Ulusal ve Uluslararası Düzeyde Oluşturulması	25
2.2.9 Bilgi ve İletişim Teknolojilerinden Daha Etkin	
Faydalanılması	26
2.2.10 Tıbbi Araç-Gereç ve Cihazların Güvenli	
Kullanımının Sağlanması	26
2.2.11 Hastaların ve Hasta Yakınlarının da	
Sisteme Dahil Edilmesi	27
2.2.12 Ekip Çalışmasının Kurum	
Kültürü Haline Getirilmesi	28
2.2.13 İletişim Becerilerinin Geliştirilmesi	28
2.2.14 Kurum Politikalarının ve Rehberlerin Geliştirilmesi	29
2.2.15 İnsan Kaynaklarının Yönetimi	32
2.2.16 Liderin Etkin Rol Oynaması	33
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramına Genel Bakış	33
2.3.1. JCI Kalite Standartlarında Hasta Güvenliği	34

BÖLÜM III

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	36
3.1 Araştırmanın Tipi.....	36
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
3.4 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	37
3.5 Verilerin Toplanması	37
3.6 Kullanılacak Gereçler.....	38
3.6.1 Çalışan Bilgi Formu	38
3.6.2 Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu.....	38
3.7 Verilerin Analizi.....	39
3.8 Süre ve Olanaklar	40
3.9 Etik Açıklamalar	41

BÖLÜM IV

4. BULGULAR.....	42
------------------	----

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA	68
-------------------	----

BÖLÜM VI

6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	82
KAYNAKÇA.....	84
EKLER.....	96
Ek 1: Çalışan Bilgi Formu	96
Ek 2: Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathanedeki Uyarlaması.....	101
Ek 3: Ölçek Kullanım İzni.....	106
Ek 4: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul Kararı.....	107
Ek 5: İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Bölgesi Genel Sekreterliği İzni...108	
ÖZGEÇMİŞ.....	110

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Çalışanların Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durum Dağılımları.....	42
Tablo 2: Çalışanların Eğitim Durumları ve Mezuniyet Yılları	43
Tablo 3: Çalışanların Pozisyonları ve Çalışma Durumları Dağılımları	44
Tablo 4: Çalışanların Genel Çalışma Saatine Göre Haftalık Ortalama Çalışma Saatleri.....	45
Tablo 5: Çalışanların Uzmanlık Deneyim Yılları ve Bu Hastanedeki Çalışma Sürelerinin Dağılımları	46
Tablo 6: Ameliyathane Çalışma İstekleri, Ameliyathanede Gündüz ve Gece Saatlerinde Gerçekleştirilen Ameliyathane, Mesai Dışında Dinlenebilme ve Dinlenememe Nedenlerinin Dağılımları	47
Tablo 7: Çalışmaya Başlangıçta Oryantasyon Programına Katılma Durumları ve Kurum İçi Hizmet İçi Eğitime Katılma Durumlarının Dağılımları	48
Tablo 8: Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma Durumları ve Katılanların Eğitime Katıldıkları Programların Dağılımları	49
Tablo 9: Çalışanların Hasta Güvenliğini Arttırmaya Yönelik Önerilerin Dağılımları	50
Tablo 10: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	51
Tablo 11: Ameliyathane Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 12: Ameliyathane Çalışanlarının Cinsiyetine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 13: Ameliyathane Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 14: Ameliyathane Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 15: Ameliyathane Çalışanlarının Mezuniyet Yıllarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 16: Ameliyathane Çalışanlarının Bulundukları Pozisyona Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55

Tablo 17: Ameliyathane Çalışanlarının Çalışma Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 18: Ameliyathane Çalışanlarının Genel Çalışma Saatlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 19: Ameliyathane Çalışanlarının Haftalık Ortalama Çalışma Saatlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 20: Ameliyathane Çalışanlarının Uzmanlık Deneyimlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 21: Ameliyathane Çalışanlarının Ameliyathanede Çalışmayı Kendilerinin İsteyip İstemediklerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 22: Ameliyathane Çalışanlarının Gündüz Saatlerinde Gerçekleştirilen Ameliyat Sayısına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 23: Ameliyathane Çalışanlarının Gece Saatlerinde Gerçekleştirilen Ameliyat Sayısına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 24: Ameliyathane Çalışanlarının Mesai Dışında Yeterli Dinlenmelerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 25: Ameliyathane Çalışanlarının Bu Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 26: Ameliyathane Çalışanlarının Bu Hastanede Çalışmaya Başlarken Oryantasyon Programına Katılma Durumuna Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 27: Ameliyathane Çalışanlarının Kurumda Hizmet İçi Programa Katılması Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 28: Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusunda Herhangi Bir Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 29: Ameliyathane Çalışanlarının Katıldıkları Hasta Güvenliği Eğitim Programlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Cerrahların ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri.....	63
Şekil 2: Anestezi uzmanlarının ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri.....	64
Şekil 3: Anestezi hemşirelerinin ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri	65
Şekil 4: Anestezi teknisyenlerinin ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri	66
Şekil 5: Ameliyathane hemşirelerinin ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri	67

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHA	American Hospital Association (Amerikan Hastaneleri Birliği)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Bakımında Kalite ve Araştırma Kurumu)
CDC	Centre for Disease Control (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
ISMP	Institute for safe Medication Practices (Güvenli İlaç Uygulamaları Enstitüsü)
JCAHO	The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
NBHW	National Board of Health and Welfare (Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu)
NHS	National Health Service (Ulusal Sağlık Servisi)

NPSA	National Patient Safety Agency (Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı)
NPSF	National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluğu)
NRLS	National Reporting and Learning System (Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi)
USP	United States Pharmacopeia (Birleşmiş Devletler Farmakopesi)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

BÖLÜM I

1.GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite unsuru giderek öne çıkmaktadır. Bu konuların en önemlilerinden birisi de hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği genel anlamda sağlık bakım hizmetlerinin sunumu aşamasında, hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla kuruluş ve çalışanların aldığı önlemlerdir (1).

Aydın' a göre (2010) hasta güvenliği; sağlık hizmeti sunum süreçlerinde hata oluşumunu engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır (2).

Sağlık hizmetlerinde kalite programlarının en önemli konularından birisini hasta güvenliği oluşturmaktadır (3). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır ve nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (4,5). Hata yapmak insanın doğasının gereğidir ve bu değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (6). Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi gerektirdiğinden belli bir süreci gerekli kılmaktadır (7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi uygulamalara yön veren en etkili kuruluş olarak bilinen Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine - IOM) hasta güvenliğini "hastalara gelecek zararın önlenmesi" olarak tanımlamıştır. Bunun gerçekleştirilmesinin, sağlık bakım çalışanları, kurumlar ve hastaların dahil olduğu bir güvenlik kültürü üzerine kurulmuş olan ve hataları önleyen, oluşan hatalardan ders alan bir

bakım sistemi ile mümkün olduğu bildirilmektedir (8). Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluşu (National Patient Safety Foundation) ise hasta güvenliğini sağık hizmetine bağılı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasarların eliminasyonu veya azaltılması olarak tanımlamaktadır (9, 10).

IOM 1995’lerde kalite çalışmalarına başlamıştır. Bir dizi çalışmanın sonunda, 1999 yılında “İnsan Hatası (To Err Human)” adlı ünlü raporunun yayınlanması hem sağık çalışanları hem de halk arasında, sağık bakımında daha güvenli uygulamaların önemi konusunda bilincin oluşmasını tetiklemiştir. Bu rapora göre ABD’de her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar sonucunda hayatını kaybettiğı öne sürölmektedir (5, 11, 12). Amerika’da tıbbi hataların maliyetinin 37,6-50 milyar \$ olduğu hesap edilirken, önlenabilir hataların 17-29 milyar \$ olabileceğı tahmin edilmektedir (11, 13).

1.2. Hipotezler

H₀: Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğı tutumları arasında fark yoktur.

H₁: Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğı tutumları arasında fark vardır.

H₀: Çalışanların demografik özellikleri açısından hasta güvenliğı tutum puanları arasında fark yoktur.

H₂: Çalışanların demografik özellikleri açısından hasta güvenliğı tutum puanları arasında fark vardır.

H₀: Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğı tutumlarını etkileyen faktörler yoktur.

H₃: Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğı tutumlarını etkileyen faktörler vardır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerinin yoğunluğu, yaygınlaşması ve bu hizmeti alanların bilinçlenmesi, hastane hizmetlerinde hasta güvenliği kavramının önem kazanmasını sağlamıştır. Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve buna bağlı olarak tıbbi hataların önlenmesi, kurumların öncelikleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin amacı; tedavi ve bakım sağlayarak hastaların tedavisi, hastalıklardan korunması ve rehabilitasyonudur. Bu amaca ulaşırken sağlık alanındaki hızlı değişimler, karmaşık tedavi ve bakım prosedürleri, nitelikli sağlık çalışanı sayısındaki azalma hasta güvenliğini tehdit etmektedir (14). Hasta güvenliği ile ilgili olaylar hastanede yatan hastalar için zararlı sonuçlar doğurmakla beraber hastaneye ek bir maliyet de getirebilmektedir. Hastanın yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa, hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir (15)

1014 kayıtlı hasta üzerinden yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların %10,8'i istenmeyen bir etki ile karşılaşmıştır. Yaklaşık yarısı önlenabilir hata sonucu gelişmiştir. Basit hatadan ölüme kadar farklı hatalar gözlenmiştir (16).

1995'de Güney Avustralya'da 28 hastaneye başvuruların %16,7'sinde istenmeyen etki görülmüştür. %13,7'si kalıcı hasarla sonuçlanmış ve %4,9'u ölümlle sonuçlanmıştır. Bunların % 51 'i önlenabilir niteliktedir (17).

Endüstrileşmiş ülkelerde hastalarda meydana gelen zarar verici olayların yarısının cerrahi ile ilgili ve %5'nün de önlenabilir olduğu belirtilmektedir (18). Hasta güvenliği olguları için dünyadaki en büyük veri tabanına sahip olan Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA), bu güne kadar, 450.000' i cerrahi ile ilgili olmak üzere 3 milyondan fazla hata bildiriminde bulunmuştur (19). Dünya Bankası, 2002 yılında, 164 milyon sakatlığın %11' inin cerrahi işlemlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir (20).

Amerika Birleşik Devletleri' nde her yıl yapılan ameliyatların %40' ında cerrahi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. En sık görülen cerrahi komplikasyonlar; cerrahi alan enfeksiyonları, kardiyovasküler komplikasyonlar, venöz tromboembolizm ve ameliyat sonrası ventilatörle ilişkili pnömonidir. Amerika

Birleşik Devletleri'nde cerrahi girişim uygulanan hastaların, %2-5'inde hastane enfeksiyonu gelişmektedir (21).

1999 yılında 260 hastanede her yıl yapılan 1.000.000 işlemde; 20' sinin yanlış taraf, yanlış hasta cerrahisi, 103' ünün yanlış ameliyat olduğu saptanmıştır (22). Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO) 2005 yılında 455 beklenmedik olay raporunu inceleyerek bu raporların %12,8'inin yanlış taraf cerrahisi olduğunu bildirmiştir (23). JCAHO' nun 126 yanlış taraf cerrahisi üzerinde yürütmüş olduğu kök neden analizi çalışmasında; olguların %13'ünü yanlış hasta ameliyatı, %11'ni yanlış işlem uygulanması, %76'sını bedenın yanlış bölümünün ameliyatının oluşturduğu; Bir araştırmada ise 112.994 cerrahi girişimde 1 yanlış taraf cerrahisinin gerçekleştiği belirtilmektedir (24). Ameliyat sırasında cisim unutulması nedeni ile dünya çapında yılda en az 1500 hastanın zarar gördüğünü bildiren çalışmalar vardır (25). Hasta bedeninde cisim unutulmasının, %69-83 yeniden ameliyat yapılmasına, %10-22 fistül ya da obstrüksiyona ve %0-2 ölüme neden olduğu belirtilmektedir (26).

Türkiye' de yapılan bir araştırmada hasta güvenliğine ilişkin hataların raporlanması incelenmiş, araştırmaya katılan kişilerin önemli bir bölümünün (%71,3) hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiçbir olayı raporlamadığı belirlenmiştir (7).

Hastanın zarar görmesinin engellenmesi bütün cerrahi ekibin sorumluluğundadır ve alınması gereken önlemler hastaya, ameliyat ekibine ve ameliyathaneye yönelik olmalıdır (27). Eğitim hastanesi olarak hizmet veren kuruluşlarda öğrenci ve asistan eğitimi de söz konusu olduğundan, eğitim döneminde olan bu kişilerin, uygulamaları sırasında tıbbi hataların olma riskinin azaltılabilmesi için, uzmanların gözetimi altında olmaları gerekmektedir (28).

Hasta güvenliği sürecinde hasta bakım aşamasının ve tıbbi faaliyetlerin büyük bir kısmını hemşireler yürütmektedir. Hemşirelerin sayıca yoğun ve hasta ile en fazla muhatap olan sağlık personeli grubu olmaları nedeniyle hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması büyük öneme sahiptir (8, 12). Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içe bulunmaktadır. Bir kurumda hasta

güvenliği kültüründen söz edebilmek için hasta güvenliği uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir (15).

Dünya Sağlık Örgütü güvenli cerrahinin sağlanma hedeflerini, ‘doğru hasta ve doğru alan ameliyat edilmeli, anestezinin zararlarından korunma yöntemleri kullanılmalı, yaşamı tehdit eden solunum yolu, işlevleri ve aşırı kan kaybına karşı hazırlıklı olunmalı, alerjik ya da riskli ilaç kullanmaktan sakınılmalı, cerrahi alan enfeksiyon riskini en aza indirecek yöntemler kullanılmalı, cerrahi alanda spanç ya da cerrahi aletlerin kalması önlenmeli, cerrahi özellikler doğru ve güvenilir bir şekilde tanımlanmalı, travmaların engellenmesi için gerekli önlemler alınmalı, etkin iletişim sağlanmalı, hastaneler cerrahi girişim ve uygulamaları takip etmelidirler’ şeklinde belirlemiştir (29).

1.4. Sınırlamalar

Araştırma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkezi ameliyathane çalışanlarından araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar ile sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

Hasta Güvenliği: Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Agency)’ na göre hasta güvenliği; sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının uzaklaştırılması ve azaltılmasıdır (10, 30).

Tıbbi Hata: Planlanan bir tedavinin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya yanlış planlaması ve uygulanmasıdır (31).

Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan tıbbi hatalar, iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar: “uygulama hataları” ve “planlama hataları” dır. Uygulama hataları, planlanan tedavinin planlandığı şekilde tamamlanamaması sonucu amacına ulaşmaması, planlama hataları ise, amaca ulaşmada yanlış planlama ya da yanlış bir plan kullanılması şeklinde meydana gelir (31).

Beklenmedik Olay: Ciddi fiziksel ya da psikolojik yaralanma, fonksiyon kaybı ya da ölüm ile sonuçlanan, sistem veya süreç eksikliği ile ortaya çıkan ya da yanlışlığın tekrarlanması halinde ciddi hasar ortaya çıkma olasılığı olan durumlardır (1).

1.6. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışma; ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.



BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği Tarihsel Gelişim Sürecine Genel Bakış:

İnsanlık tarihini sekiz bin yıl kabul edersek, hasta güvenliği insanlık tarihinin yaklaşık yarısı kadar bir süredir hayatımızda yer almaktadır (32). İnsanın en tabi ve vazgeçilmez hakkı yaşama hakkıdır. İnsanların huzur ve güven ortamında yaşayabilmeleri için hayat ve vücut bütünlüklerinin korunması, tarihin en eski dönemlerinden günümüze kadar önemini korumuş ve çeşitli kurallarla teminat altına alınmıştır (33).

2.1.1. Hammurabi Kanunları

“Hammurabi Kanunları” olarak bildiğimiz ve Babil Kralı Hammurabi (MÖ. 1728-1686) tarafından hazırlanan yasal kurallar çerçevesinde sosyal, siyasi ve dinsel hayat belli bir düzene alınmış olmaktadır. Kanunlar kapsamında tıpla ilgili olarak cerrahlara yönelik hükümler vardır. Hekimliğin kutsal bir anlayış içermesi nedeniyle o dönemin hekimleri ile ilgili bir yaptırım bulunmamaktadır. Buna karşın, tıbbın dışındaki bir uğraş olarak algılanan cerrahların mesleki bilgilerini kötüye kullanmalarını önlemek ve başarısızlıklarını cezalandırmak için hazırlanmış kurallar bulunmaktadır. Cezalandırma yöntemi “kısasa kısas” denen yöntemdir. Cerrahları ilgilendiren söz konusu kanun metinleri aşağıda sunulmuştur (31).

Madde 215- 217: Bir cerrah asil sınıftan ağır bir yaralı kimseyi bronz neşteri ile ameliyat edip hayatını kurtarırsa veya hastanın alnını ya da şakağını bronz neşteriyle açıp iyileştirirse on şekel gümüş alacaktır. Bu işlem orta sınıftan bir hastaya yapılmışsa beş şekel, köleye yapılmışsa iki şekel gümüş alacaktır.

Madde 218- 220: Bir cerrah asil sınıftan birini tedavi ederken ölümüne sebep olursa veya göz bölgesini neşteriyle açıp tedavi ederken gözünü kör ederse, cerrahın elleri bileklerinden kesilecektir. Aynı ameliyat bir köleye yapılırken köle ölürse, cerrah

köle sahibine yeni bir köle verecek, kölenin gözü kör olmuşsa kölenin yarı değeri kadar gümüşü sahibine ödeyecektir (31, 32).

Madde 221- 223: Bir cerrah, asil sınıfından bir adamın kırık kemiğini iyileştirir, hasta damarları, adalelerini iyileştirirse beş şekel gümüş alacaktır. Aynı işlemler orta sınıftan birine yapıldığında üç şekel, köleye yapılmış ise sahibinden iki şekel gümüş alacaktır (34).

2.1.2. Eski Mısır Uygarlığı

Eski Mısır uygarlığında hekimlerin çalışmaları özel düzenlemelerle denetim altındadır ve zaman içinde değişiklikler olsa da toplumdaki pozisyonları belirlenmiştir. Hekimler halk arasında iyi bir üne sahiptirler ve kendi içlerinde belli hastalıklara karşı özelleşmişlerdir. Eski Mısırdaki hekimler bugünkü anlamıyla bir tür ihtisaslaşma içine girmişler ve belli bir kast sistemi içerisinde yer alırlardı. Bu kast sistemi ilk başlarda dinsel bir yapının parçası şeklindedir. Ancak daha sonraları hekimler daha özerk hale gelmişlerdir (31). Herodot bu konuda şunları yazmaktadır: “Bir hekim yalnız bir hastalığa bakar, birden fazlasına bakmaz. Bundan ötürü hekim sayısı çoktur, göz, baş, diş, karın ağrılarına, iç hastalıklarına ayrı hekimler bakar.” Eski Mısır’da hijyen konusunda dönemi göz önüne alındığında üst düzeyde ilgi görür. Ölülerin gömülmesi, evlerin nasıl temizleneceği, normal beslenme şekli, cinsel ilişkiler gibi konular ayrıntılı düzenlemelerle gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (34).

2.1.3. Hipokrat

Yunan tıbbının günümüze kadar gelen “bilimselleşme süreci” klinik gözlemler aracılığı ile olmuştur. Bu süreci ilk başlatan isim Hipokrat’ tır. Bu nedenle de “Tıbbın Babası” unvanını almaktadır. Tıbbi farazilere düşman olan Hipokrat aynı şekilde amprizme de karşıdır. Herhangi bir varsayıma dayanarak bir deneyde bulunmayı tehlikeli bulur ve yasaklar. “Hastalık yok, hasta vardır” demesine rağmen temelini attığı, sistemleştirdiği tıp görüşünün içerisinde her şeyin yeri vardır ve soruların cevapları hazırdır (31).

Hipokrat, hekimin hastayı tüm olarak incelemesi gerektiğini savunur. Hekimler olabildiğince az tıbbi müdahalede bulunmalı ve görevlerinin doğaya yardımcı olmak olduğunu unutmamalıdır. Varılan bu noktada Hipokrat'ın hekimlere yüklediği etik yükümlülük, çağının dünya görüşüne uygun olarak, bilimsel verilerden yola çıkarak türettiği yeni bir kavramdır. Söz konusu kavram günümüzde hekimlerin çok iyi bildiği “Primumnonnocere” (öncelikle zarar verme) deyişidir. Bu deyiş ve geliştirdiği kavram yüzyıllardır hekimlik mesleğinin temel etik ilkesi olmuştur (34).

2.1.4. 19. Yüzyılda Avrupa

19. yüzyılda yaralardaki enfeksiyonlar ameliyatları güçleştiriyor başarılı cerrahi bir müdahale kötü biçimde sonuçlanıyordu. Ameliyatlardan sonra yaraların iltihaplanmadan kabuk bağlaması çok nadirdi. Semmelweis, Viyana'da doğum kliniğinde çalışırken lohusalık ateşinin sıklığı karşısında çözüm arayışlarına girer. Doğum servisinde yalnız ebelerin çalıştığı bölümde ölüm sayısının nispeten az olmasına karşı; diseksiyon ve otopsi salonlarıyla yakın ilişkisi olan öğrencilerin devam ettiği bölümde ölüm oranının çok daha fazla olduğunu görür. Üstelik bir yakın arkadaşı da otopside eline batan bir iğne nedeniyle ölmüştür. Semmelweis, enfeksiyon kaynağının otopsi salonlarından geldiğini ve öğrenciler ile diğer personel tarafından taşındığı sonucunu çıkarttı. Bunun üzerine doğum odasına girecek olan hekim ve öğrencilerin ellerini %2'lik kalsiyum klorür ile yıkamaları kuralını getirir. Bunun üzerine ölüm oranı kısa sürede hızla düşer (31).

İngiliz Joseph Lister (1827- 1912, Glasgow) Pasteur'un mikroorganizmalarla başedebilmek için önerdiği yollardan birini ameliyat sonrası enfeksiyonları azaltmakta kullanmaya başlar. Bunun için hastane koşullarının, kullanılan aletlerin ve hastaların giysilerinin temizliğine büyük önem verir. Derinin enfeksiyonlara engel oluşturduğunu ve bütünlüğünün bozulduğu yerde sorun başladığını fark eder; yaraya karboksil asit uygulayıp yaranın üzerine seyreltilmiş fenole bastırılmış keten bir kumaş yerleştirir. Lister, sadece aletleri değil ameliyathaneyi de karbolik asit ile dezenfekte eder. Bu yolla antisepsiyi gerçekleştirmiş olur. Bu metodu 1865'de uygulamış ve aldığı sonuçlar 1867'de Lancet'te yayınlanmış ve bütün dünyada kabul görmüştür. Bundan sonra sıra asepsiye gelmiştir. Mikroorganizmaları öldürmenin

yanı sıra hastaların dokularını hasara uğratan antiseptikler cerrahlara zorluklar çıkartmıştır. Bu yüzden bakterilerin ameliyathaneden tamamen uzaklaştırmanın yolları aranmaya başlanmıştır. Asepsi Pesteur'un önerdiği bir başka önerinin yani ısınn kullanılmasıyla sağlanır. 1886'da Alman Ernst von Bergman (1836-1907) ameliyat örtülerinin buharla sterilizasyonu tanıtır. 1840'da ise Amerikalı W.S. Halsted (1852 -1922) steril lastik eldiveni keşfeder (34).

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapan Florance Nightingale ise, XIX. yüzyıl sonlarında, İngiltere'de hastanede verilen bakımı iyileştirebilmek için ölüm oranlarını ve enfeksiyon oranlarını kullanarak, hastane istatistiklerini toplamak ve değerlendirmek için tekdüze bir sistem önererek, kalite güvencesi programlarının temelinı atmaya yardımcı olmuştur (35).

2.1.5. İslam Öncesi Türkler

Eski Türklerde hastalık ve ölüm insanlar için son derece kötü bir etkiye sahiptir. Altay Türklerindeki inanış doğrultusunda, insanlarda ortaya çıkan her türlü hastalık belirtilerinin çevresine bulaşacağı ve salgına dönüşeceği kabul edilirdi. Hastalanan kimsenin, evinin önüne bir mızrak konur ve mızrağın etrafı kara bir keçe ile sarılırdı. Bu davranıştaki amaç başkalarının, o kişinin evine girme konusunda dikkatli olmalarını sağlamaktı. Mızrağı gören o eve girmeye cesaret edemezdi (34).

2.1.6. Osmanlı Döneminde Türkler

Osmanlı yönetimi açısından hekimlik, yalnızca günümüzde anladığımız anlamdaki tıbbi tanı ve tedaviyi sağlayan kişi anlamına gelmiyordu. "Hekime Güven" kavramı Padişah ve diğer devlet ileri gelenleri açısından aynı zamanda "Hayati Güven" anlamına geliyordu. Çünkü hayatlarını teslim ettikleri hekimlere güven duymaları ve onlardan kendilerine herhangi bir tehlike gelmemesi gerekiyordu (34).

Bununla birlikte eczacılar içinde önlemler alınmıştır. İспенçiyarilik Nizamnamesi, Osmanlı döneminde, bir eczacının iki hastanın ilacını karıştırması ve hastanın ölümüne neden olması sonucu yayınlanmıştır (34).

Hastadan rıza alınması hekim – hasta ilişkisinde Osmanlı hekimlerinin uydukları kurallardan biridir. Hekimlerin tıbbi müdahaleye başlamadan önce hastalarından “rıza senedi” aldıkları bilinmektedir. Özellikle sakatlık veya ölüm olasılığının yüksek olduğu tıbbi müdahalelerde, iki şahit huzurunda hastadan rıza alma alışkanlığı bulunuyordu. Hastadan rıza almak için hazırlanan rıza senetlerinde hastalığın tanısı, planlanan müdahale ile ücreti belirleniyordu. Hastanın zarar görmesi halinde ise hasta ve yakınlarının hekim aleyhine davacı olmayacağı senette yer alıyordu (34).

2.1.7. Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyet ile birlikte devletin insan sağlığıyla ilgili yaklaşımı ileri düzeyde niteliksel bir değişime uğramıştır. Çağdaş sağlık anlayış ve kavramların benimsendiği bu dönemde, sağlık hizmetlerini üzerine alan. devlet halka sağlık hizmetlerini sunmak konusunda politik bir başlangıç yapmış ve kendini birinci dereceden sorumlu tutmaya başlamıştır. Devletin sağlık alanındaki sorumluluklarına yönelik belli anlayış ve politika gelişiminin ilk adımları, yeni denilebilecek tarihte, 19. yüzyılın ikinci yarısında ve özellikle de bu yüzyılın ikinci yarısında atılmıştır. Bu yıllarda toplumsal – ekonomik – siyasal dinamikler doğrultusunda batı ülkelerinde bireyin sağlığı, toplumun bir sorunsalı haline dönüşmüş ve devlet yönetimlerinin bu konuda yükümlülük altına girmesi kaçınılmaz olmuştur. Söz konusu anlayışın en önemli gerçeklerinden biri de insan sağlığının ekonomik, toplumsal gelişmelere kaynaklık eden bir potansiyel olduğunun anlaşılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin ideal ölçülerde yerine getirilmesi ile daha iyi, daha zengin, daha mutlu, daha güvenli bir toplum yaratma yollarından biri daha ortaya çıkmıştır (34).

2.2. Hasta Güvenliği Kùltürünün Oluşturulması

Örgüt kùltürü, örgütü bir arada tutan değler, tutumlar, davranışlar kümesi olarak tanımlanırken, hasta güvenliği kùltürü de, hasta güvenliğini kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi olarak tanımlanmaktadır (7). Hasta güvenliği kùltürü, örgüt kùltürünün bir parçasıdır ve örgütteki bireylerin tutumları, inançları, algıları ve değlerinden oluşur (36). Hastanelerde, hasta güvenlik kùltürünün oluşturulmasında sadece kurum çalışanları ve yöneticileri değil, hastaların da hasta güvenliği konusunda bilinçlendirilmesi gerekir (37).

Türkiye genelinde toplumun bilinç düzeyinin, beklentilerinin ve sağlık hizmetleri talebinin artması, teknolojik gelişmeler ve yarattığı riskler, artan hizmet sunum maliyetleri ve bunun sosyal güvenlik sistemine getirdiği yükler, hizmet kalite standartlarının yükselmesi, artan rekabet, getirilen hukuki sorumluluklar ve sürekli iyileştirmeyi öngören sağlık politikaları hasta güvenliğini vazgeçilemez bir unsur haline getirmiştir (38).

Amerikan Tıp Enstitüsü, hasta güvenliği kùltürünün oluşturulmasının sağlık hizmetlerinde önlenebilir kazalar ve hataların azaltılmasında anahtar rol oynadığını belirtmiştir (39). Hastaya zarar vermeden güvenli sağlık hizmeti sunmak, hasta güvenliği kùltürünün oluşturulması ve güçlü güvenlik kùltürleri ile sağlanabilir (37).

Tıp Enstitüsü (IOM) 2000 yılından bu yana ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahisi gibi hasta güvenliği konularına odaklanmıştır ve hasta güvenliği kùltürünü vurgulamaktadır (IOM 2000). Harvard Üniversitesi, Toplum Sağlığı profesörü Lucian Leape rapor edilmeyen tıbbi hataların ÷lke genelinde arttığını, büyük hataların yalnızca %2 ile %3'ünün rapor edildiğini belirtmektedir. Hataların rapor edilmesinde buna bağlı olarak hatayı önlemede yapılan en büyük yanlışın, hata yapanları cezalandırmak olduğunu işaret etmektedir (40).

Klasik yaklaşımda, kişilerin, yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekilecekleri ve cezalandırılacaklarından korkmaları, hataların üzerinin örtülmesine, yok sayılmasına neden olmaktadır ve buna bağlı olarak, insanlar hatalardan ders almamakta ve aynı hataları sürekli tekrarlamaktadırlar. Bu yaklaşımda insanlar, hata yaptıkları için etiketlenirler, yaptıkları hatalar yüzlerine vurulur, utandırılır ve sürekli

olarak suçlandıklarından dolayı, kişiler hatalarla yüzleşmekten kaçınır, fakat hata yapmayı sürdürürler. Yeni yaklaşımda ise, hatalar açık olarak konuşulmakta, tartışılmakta, kök nedenler ortaya çıkarılarak yeni hatalar önlenmekte ve hatalardan herkes bir şeyler öğrenmektedir. Hatanın sistemden mi yoksa kişilerden mi kaynaklandığı ortaya çıkarılarak, eğer hata sistemde ise, sistemde yapılacak düzenlemeler ortaya konulmakta, kişilerde ise, kişi kaynaklı hataları en aza indirgeyecek yaklaşımlarda bulunmaktadır. Kişiler değişikçe hataların oluşma riski artacağından, yeni kişilerin eğitimlerine önem verilmektedir (41).

2.2.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Faydaları

Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabildiği bir ortam yaratacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir. Bu nedenle sağlık kurumları, çeşitli nedenlerle güvenlik kültürünü değerlendirme ihtiyacı duymaktadırlar. Kültürel değerlendirme şu amaçlarla yapılır (42):

- İyileştirme yapılacak alanları belirlemek,
- Hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı artırmak için güvenlik kültürünü teşhis etmek,
- Hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek,
- İçsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapmak,
- İstekleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek.

2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşumunda Karşılaşılan Zorluklar

Bilindiği üzere sağlık hizmet sunumu oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aynı amaca hizmet eden birden fazla meslek grubunun dâhil olduğu bir sürecin karmaşık olmaması düşünülemez. Günümüzde, hekiminden hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine kadar otuzun üzerindeki çeşitlilikte olan meslek grupları tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri verebilmek amacıyla bir arada, uyum içinde çalışmak durumundadır. Hizmeti sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları hastalara yansıyan birçok olayın neredeyse her gün yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden gelinmemeli, kayda geçirilmeli, ölçülmeli, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir. Aynı zamanda sağlık hizmet sunumunun karmaşık bir yapıya sahip olması hastaların hizmet almaları sırasında zarar görebilmelerine neden olmakla birlikte kültür oluşumunu da olumsuz etkileyebilmektedir. Hizmet sunumunda karşılaşılan bazı engeller şunlardır (42):

- Hasta Güvenliği konusunun kurumun öncelikleri arasında olmaması
- Kaynakların azlığı/yokluğu
- Yeterli ekipman ve personelin olmaması
- Değişime direnç gösterilmesi
- Hataların gizlenmesi ve bildirim eksikliği

Hasta güvenliği kültürü için gerekenleri alt başlıklar halinde şu şekilde sıralayabiliriz;

2.2.3. Raporlama ve Kayıt Sisteminin Kurulması

Temel hedefi, deneyimlerden faydalanarak öğrenmeyi sağlamak olan raporlama sistemleri, sağlık kuruluşları tarafından saptanan ciddi olaylardan ders çıkarılmasını ve önlem alınmasını sağlayarak, yeni hataların oluşmasını engellemektedir. Raporların çok yönlü olarak incelenmesi, temel sorunların ve

başarısızlıkların nedenini belirleyerek en iyi uygulamalar için izlenmesi gereken önerilerin oluşmasını sağlamaktadır. Raporlamanın temel görevi değişimi sağlamaktır. Değişimi sağlamak için ise raporlardan elde edilen bilgilerin tüm çalışanla, çalışanların var olan sistemi geliştirme, kaza olaylarını uygun otoritelere rapor etme, hasta bakımı ve tedavi planlarına karşı bilgilendirme yönündeki davranışları desteklenmelidir (16).

Bazı kurumlarda çalışanlar hatalar rapor edildiğinde de hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünürler. Hastane genelinde, cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi, proaktif sistem analizi ve risk azaltma stratejileri geliştirilmeli, uygulamalar standardize edilmeli, yeterli çevre donanımı ve etkili iletişim sağlanmalı, çalışanlar nitelik ve nicelik açısından yeterli olmalıdır (16).

Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önemlidir. Bu hataların insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmesi, uygun raporlama ile olasıdır. Raporlamanın, cezalandırıcı olmadan, kişilerin hata bildirimini teşvik edici, bildirim yapan çalışanı koruyucu bir yapıda olması ve zorunlu hata bildiriminden çok, gönüllü hata bildirimine odaklanılması gerekmektedir. Ayrıca hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması, hekim ve hemşirelerin yoğun iş yükü de bildirimini engellemektedir (43).

2.2.3.1. Ulusal Raporlama Sistemleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalara göre dünyadaki ulusal raporlama sistemleri ve özellikleri gözden geçirilerek bazı sonuçlar elde edilmiştir (42, 43, 45):

2.2.3.1.1. Çek Cumhuriyeti

Çek Cumhuriyetinde zorunlu bir raporlama sistemi mevcuttur. Zorunlu raporlama sisteminden önce 50 hastanede iki yıl boyunca gönüllü raporlama sistemi kullanılmasından sonra pilot uygulamanın sonucu ulusal raporlama sisteminin zorunlu olmasına karar verilmiştir. Çek Cumhuriyeti raporlanacak olayları hastane

ilişkili enfeksiyonlar, ilaç yan etkileri, transfüzyon reaksiyonları ve tıbbi ekipman hataları olarak belirlemiştir. Bu bildirimleri sağlık çalışanlarının yapması beklenmektedir (42, 44, 45).

2.2.3.1.2. Danimarka:

Danimarka yasaları özellikle yan etkileri sağlık profesyonellerinin bildirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bildirimlerden sağlık kurumları haberdar edilmektedir. Yasalar, sağlık çalışanını zor durumda bırakmayan bir şekilde tasarlanmıştır. Sağlık profesyonellerinin bildirmesi beklenen olaylar, hastanın hastanede yatışından veya tedavisinden kaynaklanan ve hastaya zarar veren olaylar olarak tanımlanmıştır. Hastanın yaşadığı bu olayın farkına varan herkesin bildirim yapmasına izin veren bir raporlama sistemi mevcuttur (42, 44, 45).

2.2.3.1.3. İngiltere:

Yan etkilerden çıkarım yapmak ve öğrenmek, aynı zamanda raporlama kültürünü geliştirmek için Ulusal Hasta Güvenliği Derneği (NPSA) tarafından Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi kurulmuştur (NRLS). NRLS' nin amacı, majör sistem hatalarını belirlemek, çözüm geliştirmek ve yaymaktır. İngiltere'deki toplam sağlık kuruluşlarının yüzde 90'ı NRLS'ye üye olmuştur. Raporlanan konular arasında Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service)' inden hizmet alan bir hastada beklenmeyen ya da planlanmayan bir olay yaşanması ya da kazaya sebep olan herhangi bir olay yaşanması bulunmaktadır. Bu raporlamayı herhangi bir sağlık çalışanı yapabilir (42, 44, 45).

2.2.3.1.4. Hollanda:

Cezalandırıcı olmayan, gönüllü raporlama sistemi mevcuttur. Ancak ölümle sonuçlanan olayların raporlanması zorunludur. Hastalar veya çalışanlar bu bildirimi yapabilirler (42, 44, 45).

2.2.3.1.5. İrlanda:

2002 yılında kurulan sistem ile hasta güvenliğinin yayılması amaçlanmıştır. Ulusal web tabanlı bir klinik olay raporlama sistemi kullanılmaktadır (44).

2.2.3.1.6. Slovenya:

Gönüllü bir raporlama sistemi bulunan Slovenya, Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) sistemine benzer bir sistem kullanmaktadır. Majör organ veya fonksiyon kaybı, yenidoğan bebeğin yanlış aileye teslim edilerek taburcu edilmesi, kan ve kan ürünü transfüzyonu sırasında hemolitik transfüzyon reaksiyonu görülmesi, yanlış hastanın ya da yanlış tarafın ameliyat edilmesi olayları hastaneler tarafından Sağlık Bakanlığı'na rapor edilmektedir (44).

2.2.3.1.7. İsveç:

1997 yılından beri her tıbbi kuruluşun bir kalite sistemini bulunmaktadır. Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu (National Board of Health and Welfare) tarafından mevcut kalite sistemleri düzenlenip standardize edilmiştir. Yan etkiler, ekipman hataları, intihar ve diğer zarar veren olayların bildirilmesi beklenmektedir. Bu yolla, günlük olarak ortalama 1100 zorunlu, 2400 gönüllü rapor alınmaktadır (42, 44, 45).

2.2.3.1.8. Norveç:

Norveç' te hastaneler ve özel sağlık kuruluşları yasalar doğrultusunda raporlama yapmakla yükümlüdürler. Hastaneler raporlama ile ilgili bir sistem kurmak ve çalışanların raporlama yapmasını sağlayacak koşulları sağlamak zorundadır (42, 44, 45).

2.2.3.1.9. Japonya:

Japonya'daki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve internal bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Japonya Sağlıkta Kalite Konseyi tarafından gönüllü olarak yapılan olay bildirimleri toplanmaktadır. 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur. Bu yeni sistemde eğitim hastanelerinin olay bildirim yapması zorunlu, diğer hastaneler için gönüllüdür. Hata ve ekipman hatalarından kaynaklanan hasta yaralanmaları bildirim kapsamına girmektedir. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları bu bildirim yapabilir (45).

2.2.3.1.10. Amerika:

Güvenli İlaç Uygulamaları Enstitüsü, Institute for Safe Medication Practices (ISMP): ISMP, ilaç hatalarının raporlanması için kurulmuş ulusal bir sistemdir. Sadece ilaçlara özel bir raporlama sistemi olduğu için ilaç dağıtımı ve yönetimi ile ilgili bildirimler yapılmaktadır. Bildirimleri sağlık bakım hizmeti veren çalışanlar, hastaneler ve hastalar yapabilmektedir (46).

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1996 yılında sentinel olay raporlama sistemini kurmuştur. Sistem, gönüllü ve gizli bir sistemdir. Herhangi bir kurumun akreditasyonu raporlamadan dolayı tehlikeye girmez. Hastalığın seyrinden kaynaklanmayan bir olay veya beklenmeyen ölüm, organ ya da fonksiyon kaybı gelişmesi durumları bildirilmesi gereken olaylar arasındadır. Herhangi bir akredite kuruma bu raporlama yapılabilir. Sağlık kurumları bu bildirimleri kendileri yapabilir ve medya gibi diğer kaynaklar, şikayetler ve eyalet sağlık departmanı raporlama yapabilir. 34 tane sentinel event alert (sentinel olay uyarısı) yayınlamıştır (45).

Birleşik Devletler Farmakopesi, United States Pharmacopoeia (USP) MedMARx: Sistem zayıflıklarını saptamak ve zararları tanımlamak amacıyla kurulmuştur, iyi uygulamaları belirler. İlaç yan etkileri ve diğer hatalar MedMARx'a girilebilir.

MedMARx, lisanslı bir yazılım programıdır. Her ay sisteme 20 bin raporun girildiği bilinmektedir. Bildirimleri sağlık çalışanları, kurumlar ve hastalar yapabilirler (45).

2.2.3.1.11. Türkiye:

Ülkemizde de hasta güvenliğini tehdit eden olaylara ilişkin bir bildirim sisteminin geliştirilmesine yönelik bir dizi çalışma yapılmış ve 01 Temmuz 2011 tarihinden itibaren sağlık kurumlarında “Güvenlik Raporlama Sistemi” adıyla bir bildirim sistemi kurulmasına karar verilmiştir. 01 Nisan 2012 tarihinden geçerli olmak üzere bu sisteme ilişkin 01.01.19.00.G nolu standartta bazı değişiklikler yapılmış olup sadece hasta güvenliği ile ilgili 3 konuya yer verilmiştir.

Bu sistem hastaya zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemeyi ve bildirim yapılan olaylardan bir eğitim materyali oluşturulmasını öngörmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık kurumlarında raporlama kültürü oluşturmayı, bu olaylardan ders çıkarılmasını sağlamayı, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmeyi ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

Güvenlik Raporlama Sistemine tüm sağlık çalışanlarının katılması ancak sistemin işlevselliğinin sağlanmasında ise kurum yöneticileri ve Kalite Yönetim Direktörlerinin sorumluluğu büyük önem taşımaktadır (46).

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında kurumlar asgari;

- İlaç Güvenliği
- Cerrahi Güvenlik
- Transfüzyon Güvenliği

Olmak üzere üç konuya ilişkin hastaya zarar verebilecek veya veren olaylar üzerinden bildirim yapılmasına yönelik sistem kurmalıdır. Bu başlıklar, hasta güvenliğini tehdit eden olayların en çok görüldüğü konulardır. Kurumlar hasta güvenliği ile ilgili olması kaydıyla belirleyeceği konu başlıklarına bu sistemde ayrıca yer verebilecektir (46).

Güvenlik Raporlama Sisteminin kilit noktalarından biri bildirimlerin yapılacağı formlardır. Dolayısıyla hazırlanan bildirim formu, basit, anlaşılır ve kolay doldurulacak şekilde tasarlanmıştır. Hazırlanan bu formlarda (GRS Bildirim Formu);

- Olayın konusu
- Olayın anlatılması
- Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

Olmak üzere üç bölüm bulunmaktadır.

Bildirim formları kurumun özelliğine göre web tabanlı, intranet ortamında veya basılı kopya olarak kullanılabilir. Bu noktada asıl önemli olan, kurum çalışanlarının bu formlara kurumun tüm bölümlerinden kolaylıkla ulaşabilmesini ve doldurulan formların bildirim yapan sağlık çalışanının bilinmesini önleyecek şekilde anonim ve gizlilik esasıyla kalite yönetim birimine iletilmesini sağlayacak bir düzenleme yapılmasıdır (46).

Güvenlik Raporlama Sisteminin kurulması aşamasında;

- Sistemin gizliliği
- Çalışanların kendilerini güvende hissetmeleri
- Sistemin gönüllülük esasına uygunluğu
- Bildirimlerin anonim olmasına özen gösterilmelidir.

Oluşturulacak sistemin işlevselliği çalışanların sisteme bildirim yapmaları ile mümkün olacaktır. Bu nedenle;

- Çalışanlara bildirim sisteminin önemi
- Formların nasıl doldurulacağı
- Bildirimlerin nasıl yapılacağı konularında eğitim verilmelidir.

Ayrıca bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve belli periyotlar da geri bildirimlerde bulunulmalıdır. Bunun yanı sıra çalışanların bu bildirim sistemini kullanmaları yönünde teşvik edici çalışmalar da yürütülmelidir (46).

2.2.3.2. Ulusal Bir Raporlama Sistemi İçin Neler Gereklidir?

Gerek basit gerekse kapsamlı bir yapıya sahip olan herhangi bir raporlama sisteminin sahip olması gereken özellikler;

- Açık ve net olarak tanımlanmış hedefler
- Raporlama yapacak kişilerin net olarak tarif edilmiş olması
- Rapordan hangi bilgilerin ve verilerin elde edileceği
- Raporu almak ve verileri yönetmek için gerekli mekanizmalar
- Analiz için gerekli uzmanlık bilgisi
- Bildirilen olaya geri dönme veya cevap verme sorumluluğu
- Raporlanan olayların sınıflandırılması için yöntem belirleme
- Bulgulardan faydalanma için mekanizma oluşturma
- Teknik yapı ve veri güvenliği

Tüm bunların yanı sıra bir sistem kurmaya karar verildiğinde hangi olayların raporlanmasının istendiğine karar verilmelidir (42, 45, 46).

2.2.3.3. Hangi Olaylar Bildirilmelidir?

Joint Commission Accreditation on Healthcare Organizations tarafından ‘sentinel olay’ olarak tanımlanan olaylar, sistemi yeni kuracak olan sağlık kuruluşlarına yol gösterici olacak niteliktedir. Sentinel olay, hastalığın doğal seyri dışında meydana gelen beklenmeyen ölümler ya da kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan olaylar olarak tanımlanabileceği gibi;

- Hastanın intihar etmesi,
- Çocuk ve bebek kaçırılması,
- Bebeğin yanlış aileye verilerek taburcu edilmesi,
- Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan yaralanmalar,
- Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar,
- Hastane içinde bir hasta veya çalışan tarafından tecavüz olayının yaşanması,
- Belirgin kan grubu uyumsuzluğu olduğu halde kan ve yan ürünlerinin verilmesi sonucunda hemolitik transfüzyon reaksiyonunun olması,

- Yanlış hasta veya yanlış uzvun ameliyat edilmesi,
- Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan beklenmeyen ölümler ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları (beklenen komplikasyonlar hariç tutulmalı ve olası komplikasyonlar hasta ya da yakınına anlatılmış olmalıdır) bu bildirimlerin kapsamına girebilir.

Aynı zamanda kurumlar kendi hastanelerinde hangi konuların öncelikli olarak ele alınmasını istiyorlarsa, bildirim öncelikli durumları kendileri ne göre şekillendirebilir ve tanımlayabilirler (42,45).

Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit edebilecek riskli durumlardan biri de alınan doku örneklerinin etiketlenmemesi, yanlış etiketlenmesi veya kaybolması ile ilgili olduğu bildirilmektedir (28) .

Alınan doku örneklerinin korunması ve hazırlanması aşamasında yapılan hata yanlış tanı, tedavi ve cerrahi girişimin tekrarına neden olabilir. Olası hataları önlemek için ameliyat sırası hemşirelik uygulamalarında hastadan alınan doku örnekleri, özellikleri bozulmayacak şekilde korunmalı, kayıtlar doğru ve eksiksiz tutulmalıdır (28). Bu doku örnekleri hemen etiketlenmeli ve ilgili birimlere gönderilmelidir (47).

Doğru ve eksiksiz kayıt için ameliyathaneye özgü bir kayıt sisteminin olması gerektiği belirtilirken bunun için her kurumun cerrahi girişim öncesinde, sırasında ve sonrasında hasta bakımı kayıtlarını içeren bir form oluşturması önerilmektedir (48). Aynı zamanda DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), ameliyathanede hasta bakımı ile ilgili yapılan uygulamalarda herhangi bir basamağın unutulmaması için kontrol listelerinin kullanılmasını önermektedir (29).

Ameliyathanede hastayla ilgili yapılan her uygulamanın düzenli bir kayıt sistemi oluşturularak standart formlara kaydedilmesi ve güvenli biçimde saklanması, bakımın niteliği kadar araştırmalar için ve yasal süreçlerde dayanak gerektiği durumlarda da iyi bir kaynak olacaktır (28).

2.2.4. Hastaya Ait Risklerin Saptanması

Cerrahi girişim sırasında hastaya ait birçok risk faktörü hasta güvenliğini tehlikeye atar. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına öncelikle hastaya yönelik risklerin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi ile başlanmalıdır (49).

Yetmiş yaş ve üzeri, acil cerrahi uygulanan, kronik ve bulaşıcı hastalığı olan, bağışıklık sistemi baskılanmış, sedatize, bilinci kapalı, akıl hastalığı olan hastalar ile, diyaliz hastaları ve çocuk hastalar yüksek riskli hasta grubunda yer alır (50). Yüksek risk grubundaki hastalar, ameliyathane ortamında kendini daha savunmasız hissedeceği ve çevreye uyum sağlamakta güçlük çekebileceğinden, cerrahi ekip bu hastaların bakımı için ortak politikalar ve yöntemler geliştirmelidir (50).

Cerrahi girişime bağlı basınç yaralarının gelişmesinde ameliyat sırasındaki riskler arasında, hastanın pozisyonu ve pozisyon ekipmanlarının uygunluğu, sürtünme ve aşınma, ameliyat öncesi insizyon bölgesinin temizliğinde kullanılan solüsyonların aşırı nemliliği ve hastaya bağlı faktörlerin yer aldığı belirtilmektedir (50).

Hastaya ameliyat masasında uygun pozisyon verilmesi ve vücut boşluklarının desteklenmesinden cerrahi ekibin tüm üyeleri sorumludur. Cerrahi ekip üyeleri, farklı cerrahi girişimler için uygun pozisyonlar ve bunlara bağlı gelişebilecek fizyolojik değişiklikleri bilmelidir (46).

Ameliyat sırasında hastaya verilecek pozisyon, solunum ve dolaşımın yeterli olmasına izin verecek şekilde olmalı, masa tespit bantları/ kemerleri çok sıkı bağlanmamalıdır. Sinirler, kaslar ve kemik çıkıntıları, silikon yastık gibi pozisyon destek araçlarıyla uygun şekilde desteklenerek sinir ve dokuların basınca maruz kalması önlenmelidir. Ayrıca, kol ve bacaklar masadan sarkmamalı, tüm beden ağırlığı tek bir noktaya verilmemelidir (47). Basınç alanları dikkatli ve doğru şekilde desteklenmesi, sinir hasarı ve kas ağrıları engellenecektir (51).

2.2.5. İlaç Hatalarının Önlenmesi

İlaçların, sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu düşünüldüğünde, hasta güvenliğini sağlamada ilaç uygulama hatalarının önlenmesinin önemli rolü olduğu söylenebilir. İlaçların verilmesi sırasında ortaya çıkan hatalar; sağlık bakım profesyonellerinin kontrolü altındayken hastaya zarar veren, uygunsuz ilaç kullanımına yol açan, önlenabilir olaylardır (28).

Sağlık bakım alanlarından birisi olan ameliyathaneler, klinikler ile karşılaştırıldığında, teknik becerilerin uygulandığı, ilaç ve solüsyonların steril alana verildiği, cerrahlar, anesteziistler ve hemşirelerin ekip olarak çalıştığı alanlardır (53).

Ameliyathaneler her şeyin kontrol altında tutulabildiği alanlar olarak görüldüğü için ilaç uygulama hatalarının az olduğu düşünülmesine karşın, ameliyathanelerde ciddi sonuçlara hatta ölüme yol açan ilaç hatalarının yapıldığı bilinmektedir (28,53). Her 133 anesteziik ilaç uygulamasından birinin hatalı uygulandığı ve anesteziistlerin % 85'inin en az bir ilaç hatası yaşadığı belirtilmektedir (28).

İlaç uygulama hataları, ilacı yanlış zamanda uygulama, uygulamayı unutma, yanlış dozda verme, uygun teknikle hazırlamama, reçete edilmemiş, yanlış ilacı ya da etkileşime giren ilaçları aynı anda uygulama, uygulamayı kaydetmeme olarak sıralanmaktadır (53).

Ameliyathanede sıklıkla karşılaşılan ilaç uygulama hataları ise, ilaç uygulamasından önce hastanın alerjilerini sorgulamama ve kaydetmeme, sözel istemlerin yazılı hale dönüştürülmemesi, benzer isimleri ve etiketleri olan ilaçların uygulama sırasında karıştırılması, ilaçların yanlış sulandırılması, enjektöre çekilen ilaçların ve ilaç bölmelerinin etiketlenmemesi sonucunda yanlış ilacın uygulanması olarak sıralanmaktadır (53).

2.2.6. Kan Transfüzyonlarında Güvenliğin Sağlanması

Cerrahi girişimler risk derecelerine, işlem büyüklüklerine ve ameliyat bölgesine göre kan kaybına neden olmaktadır. Ülkemizde HBV taşıyıcılığının ortalama %5 ve HCV taşıyıcılığının ortalama %1 olduğu düşünülürse transfüzyonla bulaşma riski bu enfeksiyonlar için oldukça yüksektir (54).

Elde edilen kanın, uygun koşullarda saklanması, mikrobiyolojik testlerinin standartlara uygun olarak ve güvenilir test malzemesiyle yapılması, transfüzyon kurallarına uyulması, transfüzyon güvenliğinde önemlidir (55).

2.2.7. Sisteme Bağlı Hataların Tespiti ve Önlenmesi

Dikkatsizlik, yorgunluk, etkin olmayan iletişim, kötü tasarlanmış araçlar, ihmalkarlık, gürültülü çalışma ortamları, insan hatalarını etkileyen faktörlerdir. Bu nedenle sistemlerin, insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır (56).

Tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmiştir (57). İdeal sistem hem daha az hatanın ortaya çıkmasını sağlamalı, hem de olan hataların sebeplerini ortaya çıkarmalıdır (49). Özellikle ameliyathane hemşireleri ve invaziv girişimlerde görev alan hemşirelerin karşı karşıya kaldığı önemli bir sorun olan ameliyat sırasında hastanın vücudunda yabancı cisim unutulmasını önlemeye yönelik geliştirilen bir yöntem olan barkodlu spanç sayma sistemi, bu konuya örnek olarak verilebilir (16, 28).

2.2.8. Hasta Güvenliği Standardizasyonunun Ulusal ve Uluslararası Düzeyde Oluşturulması

Hasta güvenliğine bakış konularında toplumdan topluma göre farklı uygulamalar olabilmektedir. Bu noktada, yanlış uygulamaların raporlandırılması, ölçümü, tanımlanabilmesi ve birbirleriyle karşılaştırılabilmesi için ortak bir

terminolojiye ve standardizasyona gereksinim duyulmasından dolayı, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde çalışmalar yapılması gerekmektedir (58).

2.2.9. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinden Daha Etkin Faydalanılması

Bilgi ve iletişim teknolojileri her aşamadaki iletişimi geliştirebilmektedir. Örneğin, klinik karar destek sistemleri gibi teknolojiler sayesinde hekimlerin daha doğru tanı koyabilmesi mümkün olabilmekte, ilaç doz hesaplama sistemleri sayesinde ilaç hataları en aza indirilebilmektedir. Bilgi işlem teknolojileri, hataların aktif olarak rapor edilmesinde ve kaliteli bakım için gerekli olan doğru bilgilere ulaşılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu sistemler bilgi girişini ve iletişimi geliştirerek, hafızaya ve insan dikkatine olan gereksinimi azaltıp, süreçleri basitleştirerek hasta güvenliğinin gelişmesini sağlamaktadır (28, 49).

2.2.10. Tıbbi Araç-Gereç ve Cihazların Güvenli Kullanımının Sağlanması

Genel olarak tıbbi araç gereç ve cihazlar olmadan gerçekleştirilmesi imkansız olan tanı, tedavi ve bakım süreçleri sırasında, araç, gereç ve cihazların yanlış kullanılması ya da doğru ellerde kullanılmaması, tanı ve tedavide hata nedeni olabilir (59).

Doğru ölçüm yapılmayan, teknolojisi eski, tutarsız sonuçlar veren cihaz ve aletlerin kullanılması yarardan çok zarar oluşmasına neden olabileceğinden, bireye hizmet sunulmadan önce kullanılacak araç, gereçlerin çalışır durumda olması yönünden kontrol edilmesi ve bu araç gereçlerin uzman, deneyimli kişiler tarafından kullanılması gerekir (60). Kuruma yeni bir malzeme alınmış ya da değişiklik yapılmış ise; bu malzemeyi kullanacak olan sağlık ekibi üyesinin bu yeni duruma uyum sağlaması için eğitim alması gerekir. Sağlık bakımı verirken kullanılacak olan malzemenin güvenliği hakkında herhangi bir şüphe olduğunda, bu malzemeler kullanılmamalıdır. Ayrıca malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunması, bu yönden belli zaman aralıkları ile kontrol

edilerek, bakımlarının yapılması, hasta güvenliğinin geliştirilmesi açısından faydalıdır (59).

Teknolojik cihazların çok sayıda bulunduğu ameliyathanelerde, en sık kullanılan cihazlardan biri olan koter cihazı, yanık ve yangına neden olabilir (52,59). Koter cihazına bağlı yanıkların en sık nedeninin yanlış uygulamalar olduğunu, bu yanlış uygulamaların en başında ise plağın yanlış yerleştirilmesinin geldiği tespit edilmiştir (28). Koter cihazının temel ilkesi, komplikasyonlar ve komplikasyonları önleme yolları konusunda hemşire ve hekimlerin bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, cerrahi ekip üyelerinin koter cihazı risklerine karşı duyarlı olmalarına karşın cihaz ve kullanımı konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (50)

Koter cihazının risklerini ortadan kaldıracırmek için, hastanın takısı olup olmadığı kontrolü, koter plağının yerleştirileceği vücut bölümünün doku bütünlüğü, ameliyat bölgesine oldukça yakın, kalın kas gruplarının üzerinde, tüysüz, dolaşımı iyi olan bir alan olması ve plağın iyi temas edecek şekilde yerleştirilmesi gereklidir (28, 47,50).

Hastanelerde elektrik düzeneği hatalarının, yangın nedenleri arasında ikinci sırada olduğu belirlenirken (50), ameliyathanede en sık karşılaşılan elektriğe bağlı kazaların, elektrik yanıkları olduğu belirtilmektedir (28).

2.2.11. Hastaların ve Hasta Yakınlarının da Sisteme Dahil Edilmesi

Hastalar ve hasta yakınları hasta güvenliğini sağlamada merkezi bir role sahip oldukları için, sorunların belirlenmesinde hastaların ve yakınlarının devreye girmesi, hataların ortadan kaldırılmasında büyük yarar sağlamaktadır (49). Hasta ve hasta yakınlarının, hasta güvenliği konusunda kurulan komitelerde bulunmaları sağlanarak, hasta güvenliğini iyileştirmek için başlatılan uygulamaların izlenmesinde rol almaları gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda, tıbbi hataların hasta ve hasta yakınlarına bütün açıklığıyla bildirilmesinin, hekim değişikliğine neden olmadığı, hasta memnuniyetinin, güvenliğini arttırdığı ve olumlu bir duygusal tepkiye neden olduğu saptanmıştır (61).

2.2.12. Ekip Çalışmasının Kurum Kültürü Haline Getirilmesi

Hastaya sunulan sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Cerrahi ekip, iyi bir ameliyat ile hastanın sağlığını güvence altına almak amacıyla, hastayı dikkatle izlemek ve değişen durumlarda ekip üyelerinin koordine olarak, gerekli önlemleri hemen almak için eşgüdümlü ve diğer ekiplerle işbirliği içinde çalışması gereken, kendi alanlarında iyi yetişmiş bireylerden oluşan bir gruptur (47).

Ekip çalışma becerilerini arttıran eğitim ve uygulamalar, ameliyathanede iletişimi, eşgüdümü, karar verme becerilerini arttırmakta ve hata oluşma riskini azaltmaktadır (62).

İngiliz, Amerikan ve Finlandiya hemşirelerinin, cerrahi ekipte hataların olası kaynaklarının neler olduğu ve hataların nasıl önlenebileceği ile ilgili yapılan bir çalışmada ekip çalışmasında hatalara neden olan olası faktörlerin hata yapma korkusu, ekibin bozulması, fazla çalışma süresi ve iş stresi olduğu, bu nedenle ekipte sorumluluk paylaşımı, koordine ekip çalışması ve eksiksiz kayıt tutma sayesinde hataların önlenebileceği belirlenmiştir (63). Christian ve arkadaşları da (2006) ameliyathanede, iletişim ve haberleşme akışındaki sorunlar ve ağır iş yükünün, ekip performansı ve hasta güvenliğinde olumsuz etki yarattığını bildirmektedir (64).

2.2.13. İletişim Becerilerinin Geliştirilmesi

İletişim eksikliği ya da yetersiz iletişimde oluşan hataların büyük çoğunda kök neden olarak karşımıza çıkmaktadır (49). JCHAO tarafından yapılan bir çalışmada; hastanelerde oluşan zarar verici olayların büyük bir çoğunluğunun iletişim yetersizliği nedeniyle olduğu bildirilmiştir (65).

Ekip içi ve ekipler arası iletişim, sağlık kuruluşlarındaki hizmetin kalitesini etkileyen önemli faktörlerden olmakla birlikte, ameliyathaneler bu iletişimin en kritik noktalarda sürdürüldüğü, cerrahi girişimin başarısını ve hasta güvenliğini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği alanlardır (50). JCAHO yanlış alan cerrahisinin, ekip üyelerinin bazılarının verdiği yanlış mesajlar nedeni ile ortaya çıktığını ve bu nedenle çalışanlar arasında aktif iletişim olması gerektiğini bildirmektedir (29). Kanada

Güvenli Tıp Uygulamaları Enstitüsü (The Institute for Safe Medical Practices) ilaç hatalarının yaklaşık %10'unun yetersiz iletişim sonucunda oluştuğunu belirtmektedir (49).

2.2.14. Kurum Politikalarının ve Rehberlerin Geliştirilmesi

Tıbbi hataları azaltmanın yollarından biri, günlük işlevlerin yerine getirilmesi sırasında insan hafızasına dayanan işlemleri azaltmaktan geçmektedir. Ameliyathane gibi yüksek riskli ortamlarda, hafıza yerine kontrol listeleri, protokol ve rehberlerin kullanılması durumunda, hata yapma oranı düşmektedir (29).

Kurumlar, hasta güvenliği sorunlarının ortadan kaldırılması için, işbirliği içinde politika ve yöntemler geliştirmeli ve uygulamaya geçirilmesini sağlamalıdır. Örneğin WHO ‘‘Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini’’ geliştirmiştir. ‘‘Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi için Uygulama Kılavuzu’’ sağlık kurumlarının kullanımına sunulmuştur. Sağlık kurumlarının, kılavuzda yer alan konuları yerel uygulamaları doğrultusunda geliştirebilecekleri bildirilmiştir (29). Cerrahi girişim için gerekli tüm döküman ve ekipmanların doğruluğunu belirlemeye yönelik bilgiler içeren bir kontrol listesi kullanması amacı ile, Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) tarafından hazırlanan ‘Yanlış–Tara, Yanlış-Uygulama ve Yanlış-Hasta Cerrahisini Önleme Evrensel Protokolü’ de insan hafızasına dayanan işlemleri azaltarak, tıbbi hataları azaltmayı sağlayan protokollere örnek olarak verilebilir. Bu protokolün kullanılması yanlış tara cerrahisi riskini azaltmaktadır. Bu protokole göre, cerrahi girişimin uygulanacağı alan, anlaşılır bir simge kullanılarak işaretlenmeli, bu işlem etkin iletişim yöntemleri kullanılarak yapılmalı ve bu sürece hasta da dahil edilmelidir (66).

İşleme başlamadan önce hasta ve işlemle ilgili bilgiler, cihazlar ve/veya implantlar ulaşılabilir olmalı, tüm ameliyathane çalışanları tarafından incelenmeli, eksiklikler ya da çelişkiler söz konusu ise işleme başlamadan önce vurgulanmalıdır (47).

Cerrahi girişim öncesi ünite, ameliyathaneye transfer öncesinde, ameliyathaneye kabulde ve anestezi öncesinde hastanın kimlik bilgileri ve cerrahi bölge kontrol edilerek taraf cerrahisi formuna kaydedilmelidir (66).

Kurumların hasta güvenliği kültürünün oluşmasına yardımcı olması açısından geliştirmesi gereken rehber ve prosedürlere bir diğer örnek, el hijyeni rehberleri ve kurum içinde uygulanması için prosedürlerin geliştirilmesidir (67).

Cerrahi el yıkamanın yanı sıra, uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon, çalışan eğitimi (HBV ve HIV pozitif çalışan hastada kullanılacak malzemelere dokunmaması), ameliyathane giysilerinin giyilmesi, ameliyathane ekibinden hastaya bulaşmayı önlemektedir (48,68).

Ameliyathaneden kaynaklanan infeksiyonların önlenmesinde; aşırı koter kullanarak nekrotik doku oluşturmaktan kaçınılmalı, cilt temizliği işlemi küçük cilt abrazyonlarına ve bakteri kolonizasyonuna neden olduğundan zorunlu durumlarda ameliyattan hemen önce yapılmalı, tüy dökücü kremler tercih edilmeli, hastanın banyo ve antiseptikli bir sabunla ameliyat bölgesinin yıkanması sağlanmalı. Ameliyathane trafiği azaltılmalı, ameliyathanede kullanılan örtüler tek kullanımlık ve etkin bariyer özelliğe sahip olmalıdır. Ameliyatların %10'unda eldiven delinmesi meydana geldiğinden, çift eldiven giyilmeli ve hasta cildinin hazırlanmasında %0,5 klorheksidin veya %10 povidon-iyot kullanılmalıdır (69).

Ameliyathane oda kapıları kaydırmalı kapı sistemi şeklinde olmalıdır. Son yıllarda yeni inşa edilen ameliyathanelerde kapının sürekli açılıp kapanmasıyla oluşacak hava akımının engellenmesi ve içeri girebilecek mikroorganizma sayısının azaltılması amacıyla otomatik kapı kullanılmaktadır (70).

Ameliyathanenin pozitif basınçlı havalandırma sistemine sahip olması, çevre temizliğinde, kirli çamaşır ve atıkların toplanmasında dezenfeksiyon kurallarına uyulması, infeksiyon ajanlarının yayılımının önlenmesinde önemlidir (68, 69).

Havalandırma sistemi, ameliyathane içinde biriken kirli havayı, nemi, havadaki mikroorganizmaları ve eğer sızıntı varsa anestezi gazlarını da tamamen emerek yok etmelidir. Temiz hava akımını veren sistem yerden en az 3 metre yükseklikte olmalıdır. Ameliyathane havası saatte en az 20 kez değişmelidir,

havalandırma sistemi için yedek enerji kaynağı bulundurulmalıdır. Temiz hava akımı yukarıdan aşağıya doğru yönlendirilmelidir. Kullanılmayan ameliyathanelerde ise havalandırma %50 kapasite ile çalıştırılmalı, tamamen kapatılmamalıdır. Hepa filtreler kullanılmalıdır (68).

Partikül sayımı düzenli olarak yılda iki kez yapılmalıdır. 1970 yılından sonra, Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve Amerikan Hastaneleri Birliği (AHA) çevreden alınan kültür örneklerindeki bakteri yoğunluğuyla, bakım ile ilişkili enfeksiyonlar arasında ilişki olmadığını gösterdiğinden rutin kültürlerin alınmasının gereksiz olduğu kabul edilmiştir (28, 68).

Hastalara, güvenli ve fark edilebilir biçimde temiz bir çevre sağlanmalıdır. Günlük ve haftalık temizlik planları yapılmalı, hava yoluyla bulaşabilen enfeksiyonlardan korunmak amacıyla etkin bir temizlik sağlanmalıdır. Cerrahi alan enfeksiyonları oranını arttıracak düzeydeki kontaminasyonu tanımlamak zor olsa da, temiz bir cerrahi çevre, var olan mikrobiyal florayı azaltacaktır. Cerrahi işlem boyunca, kontaminasyon, cerrahi alan çevresiyle sınırlandırılmalı ve kontrol altında tutulmalıdır. Kan ve vücut sıvıları gibi kontamine materyallerin kazara cerrahi alan dışına sıçraması durumunda, hemen temizlenmesi sağlanmalıdır. Olası enfeksiyöz mikroorganizmaların anında temizlenmesi, daha temiz ve güvenli bir çevre oluşturulmasına yardımcıdır (21, 68).

Her ameliyattan sonra, görünür alanda temiz bir çevre yeniden sağlanmalıdır. Tek kullanımlık malzemeler bölgesel ve ulusal düzenlemelere uygun olarak imha edilmelidir. Ameliyat odaları ve steril alanlarda ayrıntılı gün sonu temizliği yapılmalıdır. Lambalar, pendant kollar, tavana sabitlenmiş tüm araç gereç, tüm ameliyathane mobilyaları, hol ve zeminler, butonlar ve dolap kulpları, siper, raf sistemleri gibi yatay düzlemler, yarı steril geçiş alanları temizlenmelidir. Yeniden doldurulabilir dezenfektan pompaları, kontamine olarak mikroorganizmalar için üreyebilecekleri bir ortam haline gelebileceğinden, yeniden doldurulmadan önce yerinden çıkartılıp boşaltılarak temizlenmelidir (21, 68).

Atıkların toplanması, atılması ve depolanmasında, atıklardan kaynaklanan enfeksiyon riskinin azaltılması, kesici ve delici aletlerle yaralanmaların önlenmesi, çevreye ve topluma yönelik olumsuz etkilerin azaltılması için gerekli kurallar

belirlenmelidir. Tüm atıklar, ulusal ve kurumsal prosedür ve politikalara uygun olarak atılmalıdır. Ameliyathanede çevresel temizlik için politika ve prosedürler yazılı olmalı, periyodik olarak gözden geçirilerek yenilenmeli ve uygulama alanında ulaşılabilir bir rehber olarak bulunmalıdır (21, 28, 68).

Kurum içindeki prosedür, Çevre ve Orman Bakanlığı'nın atıkların kontrolü ile ilgili yönetmeliklere uygun olmalıdır. Evsel nitelikli atıklar (siyah poşet), ambalaj atıkları (mavi poşet), cam atıklar (mavi poşet), kırılmış flakon ve şişeler (plastik sarı kutu), enfekte ve patolojik tıbbi atıklar (uluslararası biyotehlike amblemi olan 'dikkat-tıbbi atık' yazılı kırmızı renkli poşet, çift torbalama), kesici delici atıklar (delinmeye, kırılmaya, yırtılmaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde uluslararası biyotehlike amblemi olan, 'DİKKAT!- KESİCİ VE DELİCİ TIBBİ ATIK' yazılı plastik sarı kutu), tehlikeli atıklar-farmasötik ve sitotoksik atıklar (sağlam, sızdırmaz kap ve konteyner, üzerinde uyarı etiketi yazılı), piller-aküler, radyoaktif atıklar (kurşun çöp kutusu) uygun atık kaplarına atılmalı ve uygun konteynerlerle taşınmalıdır (21, 28, 68).

2.2.15. İnsan Kaynaklarının Yönetimi

Çalışanların, olası hataları önceden görebilecek duruma gelmeleri, sayı yeterliği ve iş yüklerinin azaltılması hasta güvenliğinin arttırılmasında önemli faktörlerdir (62).

168 hastaneyi kapsayan diğer bir araştırma sonuçlarına göre; hemşire başına düşen 1 hasta artışı, hasta mortalitesinde %7 artışa, hemşirelerde %23 oranında tükenmişlik sendromunun görülmesine neden olmaktadır (71).

İş doyumu, çalışan bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve iş yerindeki çalışma yaşamını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepkidir. İş doyumu iş başarısını da etkilemektedir, insanlar mutlu edildikçe daha verimli olarak buna karşılık vermektedirler (28). İş doyumu hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir etken olduğu kadar, hasta güvenliği kültürünün de iş doyumunu arttıran bir etkisi bulunmaktadır (72).

2.2.16. Liderin Etkin Rol Oynaması

Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirme bilgi ve yeteneklerinin toplamıdır (73).

Kuruma gelen çalışanların, farklı çevrelerde yetişmiş olmaları, eğitim düzeylerinin, inançlarının farklı olması gibi etkenlere bağlı olarak amaçları da farklıdır. Bundan dolayı liderler, değişik kültürlerden gelen çalışanlar için, onların benimseyecekleri veya en azından uyum sağlayabilecekleri ortak bir ortam oluşturmalıdır (73).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramına Genel Bakış

Sağlık hizmetlerindeki kalite; hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmettir olarak tanımlanmıştır (35).

Kalite'nin üç ögesi vardır. Birincisi, teknik hizmetin kalitesidir. Teknik performans, uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan bilgi ve yargı ile bu stratejileri uygulamadaki beceriye dayanır. İkinci ögesi, hizmetle ilgili herkes arasındaki, özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki, kişiler arası ilişkinin iyiliğidir. Bu öge çok önemlidir. Kişiler arası görüşme yolu ile hasta teşhise varmak için gereken bilgiyi verir ve en uygun hizmet yöntemlerini seçmek için gereken tercihlerini bildirir. Doktor hastalığın doğası ve yönetimi hakkında bilgiyi verir ve hastayı hizmette aktif bir şekilde iş birliği yapmaya motive eder. Kişiler arası sürecin yönetimi bireysel ve sosyal beklentileri ve standartları karşılamalıdır. Kişilerarası ilişkide bulunması beklenen erdemler, mahremiyet (gizlilik),bilgilendirilmiş tercih, ilgi, empati, dürüstlük ve davranış inceliğini içerir (35).

Üçüncü ögesi ise; hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleridir. Bu üç öge birbiriyle ilişkilidir. Özellikle kişilerarası ilişki iyi değilse, hasta problemlerinin ne olduğunu ya da onun için ne yapılmasını istediğini söyleyemeyebilir. Benzer şekilde

hizmet sunucuları da iyileşmesi için ne yapması gerektiğini hastanın anlamasını sağlayamayabilir veya hastayı yapması gerekeni iyi bir şekilde yapması için motive edemeyebilir. Kişilerarası ilişkideki başarı, teknik hizmetteki başarıya da katkıda bulunur ve bunun tersi de doğrudur (35).

Kalite, temelde var olan ihtiyaçların özellikleri karşılmasıdır. Sağlık hizmeti ve sağlık ürünlerinin ihtiyacı karşılması ve beklenen sonucu vermesidir. Yani kaliteli sağlık hizmeti, doğru kişiye, doğru işi, doğru zamanda, doğru yolla, doğru araçlar kullanarak yapmak ve mümkün olan en iyi sonucu elde etmektir. Sağlık bakım hizmeti yaklaşımında ki hareket noktalar şunlardır (35):

1. Hasta Kalitesi: Sağlık bakımı esnasında ve sonrasında hastaların istediği ve umdukları hizmetlerin verilmesidir.
2. Profesyonel Kalite: Sağlık personelleri tarafından belirlenen, hastanın klinik ihtiyaçlarını en etkili şekilde sağlayacak yöntem ve süreçlerdir.
3. Yönetim Kalitesi: Hastaların ihtiyaçlarını ve haklarını gözeterek, israf etmeksizin hasta kalitesi ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde temin etmek için uygun kaynakların kullanımıdır.

Hastalar kalite ve güvenlik süreçlerinin vazgeçilmez parçasıdır. Diğer stratejilerle birlikte sağlık sisteminde hastaların rolü güçlendirilmelidir. Sağlık bilgileri, mahremiyet, bilgilendirilmiş onam, kararda paylaşımcılık gibi bireysel hasta haklarının formal olarak uygulanması, sağlık hizmetlerinin tasarlanması ve değerlendirilmesinde hastaların katılımının sağlanması çok önemlidir (2).

2.3.1. JCI Kalite Standartlarında Hasta Güvenliği

ABD’de tıbbi uygulamalara yön veren en etkili kuruluş olan Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine / IOM) 1995’de kalite çalışmaları serisine başlamıştır. Temel ilke olarak “kalite, kesintisiz ölçülmeli ve geliştirilmelidir” denmiştir.

JCI Uluslararası hastane standartları kullanarak akredite edilen bütün kurumlarda 1 Ocak 2008 tarihinden itibaren uygulanması gereken uluslararası hasta güvenliği hedeflerini yayınlamıştır. Uluslararası hasta güvenliği hedeflerinin amacı, hasta güvenliğinde özel iyileştirme sağlamaktır (5).

JCI Hastane Akreditasyon Standartları 2008 baskısına göre yaklaşım; Hasta Odaklı Standartlar ve Yönetim Odaklı Standartlar olarak ayrılmıştır (5).

Hasta Odaklı Standartlar:

- Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği
- Hasta ve Yakınlarının Hakları
- Hastaların Değerlendirilmesi
- Hastaların Bakımı
- Anestezi ve Cerrahi Bakım
- İlaç Yönetimi ve Kullanımı
- Hasta ve Yakınlarının Eğitimi

Yönetim Odaklı Standartlar:

- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
- Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği
- Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
- İletişim ve Bilgi Yönetimi

JCI akreditasyon standartları, bir sağlık kuruluşunun klinik ve yönetsel çalışmalarının geliştirilmesine ve süreçteki değişkenlerle bağlantılı risklerin azaltılmasına ilişkin gerekli alt yapıyı oluşturur (74).

BÖLÜM III

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Soruları:

-Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları nasıldır?

-Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

-Ameliyathanedeki sağlık çalışanlarının (cerrah, anestezi, ameliyathane hemşiresi v.b.) hasta güvenliğine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?

-Ameliyathanedeki sağlık çalışanlarının (cerrah, anestezi, ameliyathane hemşiresi v.b.) hasta güvenliğine ilişkin tutumları arasındaki farkı etkileyen faktörler nelerdir?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Ameliyathane çalışanı 354 kişi (cerrah/cerrahi asistanı, anestezi/anestezi asistanı/anestezi hemşiresi/anestezi teknisyeni/ameliyathane hemşiresi) oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme oluşturulurken seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme, bir araştırmada örneklemin belirli niteliklere sahip kişiler, olaylar veya nesnelerden oluşmasıdır (75). Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini en az 1 yıl deneyimi olan personel oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü ise 200 olarak belirlenmiştir ve Çıngı (1994)' ya göre evreni temsil etmeye yetecek büyüklüğe sahiptir (76).

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkezi ameliyathanesi çalışanları (cerrah/cerrahi asistan, anesteziist/anestezi asistanı/anestezi teknisyeni/anestezi hemşiresi, ameliyathane hemşiresi) ile yapılmıştır. Merkezi ameliyathane 8 bölüm 30 salondan oluşmaktadır.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken: Hasta güvenliği tutumları

Bağımsız Değişken: Çalışanların hasta güvenliği tutumlarını etkileyen tanıtıcı özellikleri.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak, çalışanların tanıtıcı özelliklerini belirleyen, ‘Çalışan Bilgi Formu’ ve ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirmek için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılan, Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu) kullanıldı.

Veriler, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkezi ameliyathane çalışanları ile bire bir görüşülerek toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden çalışanlara, çalışmanın amacı ve formların doldurulması ile ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra, çalışanların formları bireysel olarak doldurmaları sağlandı ve doldurulan formlar araştırmacı tarafından geri alındı. Veri toplama aracının doldurulması yaklaşık 10-15 dakikalık bir süreyi aldı.

3.6. Kullanılacak Gereçler

3.6.1 Çalışan Bilgi Formu (EK 1)

Formda, çalışmanın bağımsız değişkenleri olan ameliyathane çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş yerindeki pozisyonu, mezuniyet yılı, ortalama çalışma saatleri, uzmanlık alanındaki deneyimleri, çalışmakta oldukları hastanedeki deneyimleri ile kurumda hizmet içi eğitimlerin yapılıp yapılmadığı ve bu eğitimlere katılım durumları, hasta güvenliğine yönelik eğitim alıp almadıkları gibi durumlarını saptamaya yönelik 21 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu) (EK 2)

Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ-Operating Room Version) Teksas Üniversitesinde Sexton ve arkadaşları tarafından ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçektir. Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ'nin (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) ameliyathane, servisler (dahili/cerrahi v.b.), yoğun bakım ünitesi, gününbirlik bakım ünitesi gibi değişik alanlarda kullanılabilecek versiyonları bulunmaktadır. Her bir versiyonda içerik aynı olmakla birlikte, ölçek maddelerinde 'yoğun bakım ünitesinde hataların tartışılması zordur' yerine 'ameliyathanede hataların tartışılması zordur' gibi küçük değişiklikler yapılmıştır (77, 78). Türkiye'de ölçeğin ameliyathane versiyonu Öner ve Akyolcu tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak kullanılmıştır (28).

Ekip işbirliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları ve stres düzeyinin belirlenmesi gibi güvenliğin sağlanmasıyla ilgili 6 alanda veri toplamamızı sağlayan ölçeğin, bazı maddeleri (1, 12, 16, 24, 25, 27, 31, 32, 33, 36, 39, 44, 47, 49, 52, 53, 56, 58) olumsuz ifadeler içermektedir. Olumsuz ifadeler ters çevrilerek puanlandığı için; daha yüksek puan, daha olumlu tutumlar anlamına gelmektedir. Ölçek yanıtları için 5 puanlı (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım 4=Kesinlikle Katılıyorum 5= Katılıyorum) likert tipi bir ölçek kullanılmaktadır. Puanın 100' lük sisteme çevrilmesinde; 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100 olarak hesaplanmaktadır (78, 79, 80). Ölçekteki her bir maddeye

verilen yanıtlar özetlenir, madde sayısına bölünür ve 100' lük sisteme çevrilerek 0-100 arası puan elde edilir (81). Bir çalışan için ekip işbirliği ölçeğinden alınan puanın hesaplanması şu şekilde formülize edilmiştir. Ekip İşbirliği Ölçek Puanı = (((ekip puanlarının ortalaması)-1) * 25) (80). Ölçeğin her versiyonunda ölçeğe ek olarak; hasta güvenliğinin geliştirilmesiyle ilgili görüş isteyen açık uçlu ve çalışanlar arasındaki işbirliği ve iletişimi sorgulayan 5 puanlı (1= Çok Kötü, 2=Kötü 3=Orta 4= İyi 5=Çok iyi) likert ölçek tipinde sorular da bulunmaktadır (77).

Ölçek, çalışanın kendisinin doldurması yoluyla uygulanmaktadır. Doldurulması yaklaşık 10-15 dakika bir süre almaktadır. Yapılan çalışmalarda, ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0,7 ve üzerindedir (77, 28).

Güvenlik Tutumları Ölçeği; organizasyonlarda; hasta güvenliğiyle ilgili altı alanda çalışanların tutumlarını ölçmekte, organizasyonların kendilerini diğer organizasyonlarla karşılaştırmalarında, güvenlik tutumlarını geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanmasında ve bu girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (77).

3.7. Verilerin Analizi

Verileri analiz etmek için SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Verileri betimsel olarak sunmak için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t testi, Kruskall Wallis H Testi, Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

3.8. Süre ve Olanaklar

Aylar	2014					2015			
	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart
Konu belirlenmesi	X	X							
Literatür tarama			X	X					
Etik kurul ve izinlerin alınması					X	X			
Verilerin toplanması						X	X		
Verilerin analizi ve yorumlanması							X	X	
Araştırmanın yazılması							X	X	X

3.9. Etik Açıklamalar

Güvenlik Tutumları Ölçeği-Ameliyathane Versiyon' nun kullanımı için geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan kişilerden izin alınarak işbirliği sağlanmıştır (Ek 3). Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul' undan (Ek 4) ve İzmir Güney Bölgesi Genel Sekreterliği' nden (Ek 5) yasal izinler alınmıştır.

Araştırmanın yürütülmesi için araştırma örneklemini oluşturan, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Ameliyathane çalışanlarından (cerrah/cerrahi asistan, anestezi/anestezi asistanı/anestezi hemşiresi/anestezi teknisyeni, ameliyathane hemşiresi) araştırma hakkında bilgi verilerek sözel izinleri alınmıştır.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma sonucu elde edilen bulgular, çalışmaya katılanların betimleyici bilgileri ve çalışmanın yordayıcı bulguları olarak iki başlık altında açıklanmıştır.

4.1. Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Dağılımı

Çalışmanın örneklemini, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Ameliyathanesi çalışanı 200 kişi oluşturmaktadır.

Tablo 1: Çalışanların Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durum Dağılımları

Değişkenler	Alt Kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	112	56,0
	Erkek	88	44,0
Yaş	18-29	32	16,0
	30-39	85	42,5
	40-49	60	30,0
	50 ve üstü	23	11,5
Medeni Durum	Evli	151	75,5
	Bekar	49	24,5

Çalışma grubunun, %16'sı 18-29 yaşları arasında, %42,5'i 30-39 yaşları arasında, %30'u 40-49 yaşları arasında ve %11,5'i de 50 yaş ve üstündedir. Katılımcıların %56'sını kadınlar oluşturmaktadır. Ayrıca, katılımcıların medeni halleri incelendiğinde %75,5'inin evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Çalışanların Eğitim Durumları ve Mezuniyet Yılları

		Mezuniyet Yılı					Toplam
		1980 ve öncesi	1981- 1990	1991- 2000	2001- 2010	2011 ve sonrası	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	1	1	5	0	0	7
	Önlisans	0	8	31	12	2	53
	Lisans	0	2	18	12	6	38
	Yüksek Lisans	0	0	0	3	0	3
	Doktora	0	1	1	2	0	4
	Tıpta Uzmanlık Öğrenci	3	0	2	14	9	28
	Tıpta Uzmanlık Mezun	10	13	16	18	10	67
	Toplam	14	25	73	61	27	200

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, 7 kişinin (%3,5) sağlık meslek lisesi mezunu, 53 kişinin (%26,5) önlisans mezunu, 38 kişinin (%19) lisans mezunu, 3 kişinin (%1,5) yüksek lisans mezunu, 4 kişinin (%2) doktora mezunu olduğu, 28 kişinin (%14) tıpta uzmanlık öğrencisi ve 67 kişinin (%33,5) de tıpta uzmanlık mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, mezuniyet yıllarına genel olarak baktığımızda ise, 14 kişi (%7) 1980 ve öncesinde, 25 kişi (%12,5) 1981-1990 yılları arasında, 73 kişi (%36,5) 1991-2000 yılları arasında, 61 kişi (%30,5) 2001-2010 yılları arasında ve 27 kişi (%13,5) 2011 ve sonrasında mezun olmuştur (Tablo 2).

4.2. Çalışanların Pozisyonları ve Çalışma Durumları İle İlgili Bulguların Dağılımı

Tablo 3: Çalışanların Pozisyonları ve Çalışma Durumları Dağılımları

Özellik	Sayı	%
Pozisyon		
Cerrah	67	33,5
Anestezist	29	14,5
Anestezi Hemşiresi	11	5,5
Anestezi Teknisyeni	11	5,5
Ameliyathane Hemşiresi	82	41
Çalışma Durumları		
Kadrolu	187	93,5
Sözleşmeli	13	6,5

Çalışma grubunun %33.5'i cerrah, %14.5'i anestezist, %5.5'i anestezi hemşiresi, %5.5'i anestezi teknisyeni, %41'i ameliyathane hemşiresidir. Çalışma durumlarına baktığımızda ise, çalışma grubunun %93.5'i kadrolu olarak çalışırken geriye kalan %6.5'i de sözleşmeli olarak çalışmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4: Çalışanların Genel Çalışma Saatine Göre Haftalık Ortalama Çalışma Saatleri

		Haftalık Ortalama Çalışma Saati					
		40 saat		40 saatten fazla		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Çalışma Saati	Gündüz	91	90,1	10	9,9	101	100,0
	Gece Nöbet ve Gündüz	27	27,3	72	72,7	99	100,0
	Toplam	118	59,0	82	41,0	200	100,0

Çalışma grubundaki sadece gündüz çalışan (%50,5) personelin %90.1'i haftada 40 saat ve diğer kalan %9.9'u 40 saatten fazla çalışırken, gündüz çalışmanın yanında gece nöbetine de kalan (%49,5) personelin %27.3'ü haftada 40 saat çalışırken %72.7'si 40 saatten fazla çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5: Çalışanların Uzmanlık Deneyim Yılları ve Bu Hastanedeki Çalışma Sürelerinin Dağılımları

Özellik	Sayı	%
Uzmanlık Deneyim Yılları		
1-5 yıl	73	36,5
6-10 yıl	53	26,5
11 yıl ve üstü	74	37,0
Bu Hastanede Çalışma Süreleri		
1 yıldan az	16	8,0
1-5 yıl	83	41,5
6-10 yıl	43	21,5
11 yıl ve üstü	58	29,0

Çalışma grubundakilerin %36.5'i bulundukları uzmanlık alanında 1-5 yıl arası, %26.5'i 6-10 yıl arası ve %37'si de 11 yıl ve üstü deneyimleri olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın yapıldığı hastanedeki çalışma yıllarına bakıldığında ise %8'i 1 yıldan az, %41.5'i 1-5 yıl arası, %21.5'i 6-10 yıl arası, %29'u da 11 yıl ve 11 yıldan fazla o hastanede çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 6: Ameliyathane Çalışma İstekleri, Ameliyathanede Gündüz ve Gece Saatlerinde Gerçekleştirilen Ameliyatlar, Mesai Dışında Dinlenebilme ve Dinlenememe Nedenlerinin Dağılımları

Özellik	Sayı	%
Ameliyathanede Çalışma İstekleri		
Evet	189	94,5
Hayır	11	5,5
Ameliyathane Salonunda Gündüz Gerçekleştirilen Ameliyat Sayısı		
1-5	37	18,5
6-10	68	34,0
11 ve üstü	95	47,5
Ameliyathane Salonunda Gece Gerçekleştirilen Ameliyat Sayısı		
0-2	103	51,5
3-5	65	32,5
6 ve üstü	32	16,0
Mesai Saatleri Dışında Yeteri Kadar Dinlenebilme Durumları		
Evet	80	40
Hayır	120	60
Mesai Saatleri Dışında Yeteri Kadar Dinlenememe Nedenleri (n=120*)		
İş ile ilgili sorumluluklar	75	62,5
Özel hayat ile ilgili sorumluluklar	45	37,5

* Mesai Saatleri Dışında Yeteri Kadar Dinlenmeyenlerin Sayısı

Çalışma grubunun %94.5'i ameliyathanede çalışmayı kendilerinin istediklerini de belirtmişlerdir. Çalıştıkları ameliyathanede gündüz saatlerinde ortalama %18.5'inde 1-5 ameliyat, %34'ünde 6-10 ameliyat, %47.5'inde de 11 ve üstü ameliyat gerçekleştirildiğini belirtirken gece saatlerinin ise ortalama %51.5'inde 0-2 ameliyat, %32.5'inde 3-5 ameliyat ve %16'sında ise 6 ve üstü ameliyat gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak çalışma saatleri dışında yeteri kadar dinlenebildiklerini belirtenler ise örneklemin %40'ını oluşturmaktadır. Mesai saatleri

dışında yeteri kadar dinlemediklerini belirten çalışanlar bunun nedeni olarak, işle ilgili sorumlulukları (%62,5) ve özel hayat ile ilgili sorumluluklarını (37,5) göstermişlerdir (Tablo 6).

4.3. Çalışanların Eğitim Durumları İle İlgili Bulguların Dağılımı

Tablo 7: Çalışmaya Başlangıçta Oryantasyon Programına Katılma Durumları ve Kurum İçi Hizmet İçi Eğitime Katılma Durumlarının Dağılımları

Özellik	Sayı	%
Oryantasyon Programına Katılma Durumları		
Evet	93	46,5
Hayır	107	53,5
Hizmet içi Eğitime Katılma Durumları		
Evet	118	59,0
Hayır	41	20,5
Kısmen	41	20,5
Hizmet içi Eğitim Programlarının Belirlenmesinde Katılımcıların Önerilerinin Dikkate Alınma Durumu (n=118) □□□		
Evet	72	61
Hayır	46	39

□ Soruyu yanıtlayan 118 kişi alınmıştır.

Çalışanların %46.5'i işe yeni başladıklarında oryantasyon programı uygulandığını, %59'u kurum içinde düzenlenen hizmet içi eğitimlere düzenli olarak katılabildiğini belirtirken katılamayanlar örneklemin %20.5'ini ve kısmen katılabilenlerde örneklemin %20.5'ini oluşturmaktadır. Katılanların ise %61'i hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alındığını belirtti (Tablo 7).

Tablo 8: Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma Durumları ve Katılanların Eğitime Katıldıkları Programların Dağılımları

Özellik	Sayı	%
Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma Durumları		
Evet	156	78
Hayır	44	22
Katılanların Eğitime Katıldıkları Programlar		
Hizmet içi Eğitim Programı	133	85.65
Kongre	8	5.22
Sempozyum	6	3.90
Konferans	8	5.22
Uzaktan Eğitim Programı	1	0.01

Çalışanların hasta güvenliği konusundaki eğitimlere katılma durumu incelendiğinde, %77.5'i hasta güvenliği konusundaki eğitim programlarına katıldığını belirtmişlerdir ve bunlardan 133 kişi hizmetiçi eğitim programına, 8 kişi hasta güvenliği konusunda kongreye, 6 kişi hasta güvenliği konusunda sempozyuma, 8 kişi hasta güvenliği konusunda konferansa ve 1 kişi de uzaktan eğitim programına katıldığını belirtmiştir (Tablo 8).

4.4. Çalışanların Hasta Güvenliğini Arttırmaya Yönelik Önerileri İle İlgili Bulguların Dağılımı

Tablo 9: Çalışanların Hasta Güvenliğini Arttırmaya Yönelik Önerilerin Dağılımları (N=175) □

Ameliyathanede hasta güvenliğini arttırmak için en çok önereceğiniz üç şey nedir?	Sayı	%
Hasta güvenliği konusunda çalışanların eğitilmesi	45	25,7
Hasta kimlik kontrollerinin dikkatli yapılması	37	21,1
Ameliyathane teknik donanım ve kontrollerinin dikkatli yapılması	23	13,2
Çalışan sayısının arttırılması	21	12
Hasta transferi sırasında daha dikkatli olunması	18	10,3
Ameliyathanede malzeme, cihaz ve ilaç eksikliklerinin giderilmesi	16	9,2
Ameliyathane çalışanlarının arasında iletişim tekniklerinin geliştirilmesi	9	5,1
Steril çalışma konusunda daha dikkatli davranılması	6	3,4

□ Yanıt veren 175 kişi değerlendirilmiştir.

Çalışanlara ameliyathanede hasta güvenliğini arttırmak için önerileri sorulduğunda, sırasıyla; hasta güvenliği konusunda çalışanların eğitilmesi (%25,7), hasta kimlik kontrollerinin dikkatli yapılması (%21,1), ameliyathane teknik donanım ve kontrollerinin dikkatli yapılması (%13,2), çalışan sayısının arttırılması (%12), hasta transportu sırasında daha dikkatli olunması, sedye ve ameliyat masalarının yenilenmesi (%10,3), ameliyathanede malzeme, cihaz ve ilaç eksikliklerinin giderilmesi (%9,2), ameliyathane çalışanlarının arasında iletişim tekniklerinin geliştirilmesi (%5,1), steril çalışma konusunda daha dikkatli davranılması (%3,4) önerilerinin yer aldığı belirlendi (Tablo 9).

4.5. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarına Göre Hasta Güvenliği Tutumları Puan Ortalamaları İle İlgili Bulgular

Tablo 10: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	$\bar{x} \pm SS$
Ekip İşbirliği	19,64	89,29	62,60 $\pm$ 13,82
İş Memnuniyeti	,00	100,00	63,13 $\pm$ 20,27
Yönetimle İlgili Düşünceler	,00	100,00	52,79 $\pm$ 19,09
Güvenli Ortam	7,35	85,29	56,89 $\pm$ 15,10
Çalışma Koşulları	-8,33	100,00	58,04 $\pm$ 26,00
Stres Düzeyi	-2,08	91,67	28,55 $\pm$ 14,67
Hasta Güvenliği Toplam Tutum	10,78	76,72	52,51 $\pm$ 11,78

Çalışma grubundaki personelin Güvenlik Tutumları Ölçeği ortalama puanları incelendiğinde, ekip işbirliği tutum puanı ortalamaları 62,60 $\pm$ 13,82; iş memnuniyeti için ortalamaları 63,13 $\pm$ 20,27; yönetimle ilgili düşünceler için ortalamaları 52,79 $\pm$ 19,09; güvenli ortam için ortalamaları 56,89 $\pm$ 15,10; çalışma koşulları için ortalamaları 58,04 $\pm$ 26,00; stres düzeyinin belirlenmesi için ortalamaları 28,55 $\pm$ 14,67 ve hasta güvenliği tutumlarının toplam puanlarının ortalamaları ise 52,51 $\pm$ 11,78 olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11: Ameliyathane Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	F	P
18-29	32	48,80±13,89	1,875	0,135
30-39	85	52,30±10,89		
40-49	60	54,84±10,88		
50 ve üstü	23	52,32±13,37		

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Ameliyathanede çalışanların yaşı ile hasta güvenliği tutum puanlarının ortalaması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında, yaş gruplarının tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$ Tablo 11).

Tablo 12. Ameliyathane Çalışanlarının Cinsiyetine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	P
Kadın	112	53,70±10,03	1,621	0,107
Erkek	88	50,99±13,60		

*Bağımsız gruplarda t testi

Çalışanların cinsiyetine göre hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, cinsiyete göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$ Tablo 12).

Tablo 13. Ameliyathane Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	P
Evli	151	52,06 $\pm$ 12,28	-0,932	0,352
Bekar	49	53,87 $\pm$ 10,08		

*Bağımsız gruplarda t testi

Ameliyathanede çalışanların medeni durumlarına göre hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, medeni duruma göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$ Tablo 13).

Tablo14. Ameliyathane Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Sıra Ortalaması	H	p	Anlamlı Fark K.
Sağlık Meslek Lisesi (1)	7	149,64	42,006	0,000	1-3
Ön Lisans (2)	53	128,95			1-6
Lisans (3)	38	113,03			1-7
Yüksek Lisans (4)	3	116,33			2-6
Doktora (5)	4	134,63			2-7
Tıpta Uzmanlık Öğrenci (6)	28	65,27			3-6
Tıpta Uzmanlık Mezun (7)	67	77,73			3-7
					4-6

*Kruskal Wallis Analizi

Çalışanların eğitim durumları ile hasta güvenliği tutum puanları ortalaması Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında; eğitim gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan Mann Whitney U testi Post-Hoc analizi ile bu anlamlı farklılığın, sağlık meslek lisesinden mezun olanlar ile lisans mezunları, tıpta uzmanlık öğrencileri ve tıpta uzmanlık mezunları; ön lisans mezunları ile tıpta uzmanlık öğrencileri ve tıpta uzmanlık mezunları; lisans mezunları ile tıpta uzmanlık öğrencileri ve tıpta uzmanlık mezunları; yüksek lisans mezunları ile tıpta uzmanlık yapan öğrenciler arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15. Ameliyathane Çalışanlarının Mezuniyet Yıllarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Sıra Ortalaması	H	p	Anlamlı Fark K.
1980 ve öncesi (1)	14	113,61			1-5
1981-1990 (2)	25	95,58			3-4
1991-2000 (3)	73	115,49	13,082	0,011	
2001-2010 (4)	61	94,20			3-5
2011 ve sonrası (5)	27	71,96			

*Kruskal Wallis Analizi

Ameliyathane çalışanlarının mezuniyet yılları ile hasta güvenliği tutum puanları ortalaması Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında; mezuniyet yılı gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan Mann Whitney U testi Post-Hoc analizi ile bu anlamlı farklılığın, 1980 ve öncesi mezun olanlar ile 2011 ve sonrası mezun olanlar; 1991-2000 yılları arası mezunları ile 2001-2010 yılları arası mezunları ve 2011 ve sonrası mezunları arasında olduğunu bulmuştur (Tablo 15).

Tablo 16. Ameliyathane Çalışanlarının Bulundukları Pozisyona Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Sıra Ortalaması	H	p	Anlamlı Fark K.
Cerrah (1)	67	79,79			1-3
Anestezist (2)	29	63,88			1-4
Anestezi Hemşiresi (3)	12	139,80			1-5
Anestezi Teknisyeni (4)	11	135,41			2-3
Ameliyathane Hemşiresi (5)	81	119,85	39,926	0,000	2-4
					2-5

*Kruskal Wallis Analizi

Ameliyathane çalışanlarının pozisyonları ile hasta güvenliği tutum puanları ortalaması Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında; pozisyon gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan Mann Whitney U testi Post-Hoc analizi ile bu anlamlı farklılığın, cerrahlar ile anestezi hemşiresi, anestezi teknisyeni ve ameliyat hemşiresi; anestezistler ile anestezi hemşiresi, anestezi teknisyeni ve ameliyat hemşiresi arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17: Ameliyathane Çalışanlarının Çalışma Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	P
Kadrolu	187	53,02 $\pm$ 11,67	2,189	0,03
Sözleşmeli	13	45,40 $\pm$ 11,88		

*Bağımsız gruplarda t testi

Ameliyathanede çalışanların çalışma durumlarına göre hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05 Tablo 17).

Tablo 18: Ameliyathane Çalışanlarının Genel Çalışma Saatlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	P
Gündüz	101	54,98 $\pm$ 9,88	3,053	0,003
Gece Nöbet ve Gündüz	99	49,98 $\pm$ 13,02		

*Bağımsız gruplarda t testi

Ameliyathanede çalışanların çalışma saatlerine göre hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, çalışma saatlerine göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05 Tablo 18).

Tablo 19: Ameliyathane Çalışanlarının Haftalık Ortalama Çalışma Saatlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	p
40 saat	118	54,45±10,27	2,481	0,005
40 saatten fazla	82	49,72±13,24		

*Bağımsız gruplarda t testi

Ameliyathanede çalışanların haftalık ortalama çalışma saatlerine göre hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, haftalık ortalama çalışma saatlerine göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$ Tablo 19).

Tablo 20: Ameliyathane Çalışanlarının Uzmanlık Deneyimlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	F	p	Anlamlı Fark K.
1-5 yıl ¹	73	49,19±12,44	4,721	0,01	1-2
6-10 yıl ²	53	54,39±9,48			1-3
11 yıl ve üstü ³	74	54,43±12,02			

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Ameliyathanede çalışanların uzmanlık deneyimi ile hasta güvenliği tutum puanlarının ortalaması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında, uzmanlık deneyimleri ile tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $p < 0,05$. Yapılan Post-Hoc analizi ile bu anlamlı farklılığın, 1-5 yıl arası deneyimi olanlar ile 6-10 yıl arası deneyimi olanlar ve 11 yıl ve üstü deneyimi olanlar arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 21: Ameliyathane Çalışanlarının Ameliyathanede Çalışmayı Kendilerinin İsteyip İstemediklerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Evet	189	52,59 $\pm$ 11,97	0.396	0,693
Hayır	11	51,14 $\pm$ 8,27		

*Bağımsız gruplarda t test

Çalışanların, ameliyathanede çalışmayı kendilerinin isteyip istemedikleri ile hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, ameliyathanede çalışmayı istemeye göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 21).

Tablo 22: Ameliyathane Çalışanlarının Gündüz Saatlerinde Gerçekleştirilen Ameliyat Sayısına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	F	p
1-5	37	51,57 $\pm$ 14,92	0,142	0,868
6-10	68	52,75 $\pm$ 11,20		
11 ve üstü	95	52,70 $\pm$ 10,90		

* Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Ameliyathanede gündüz saatlerinde gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutum puanlarının ortalaması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında, tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 22).

Tablo 23: Ameliyathane Çalışanlarının Gece Saatlerinde Gerçekleştirilen Ameliyat Sayısına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	F	p
0-2	103	52,56±11,79	0,275	0,760
3-5	65	53,07±11,42		
6 ve üstü	32	51,19±12,73		

* Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Ameliyathanede gece saatlerinde gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutum puanlarının ortalaması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında, tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 23).

Tablo 24: Ameliyathane Çalışanlarının Mesai Dışında Yeterli Dinlenmelerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Evet	80	54,23±12,23	1,741	0,083
Hayır	120	51,28±11,39		

*Bağımsız gruplarda t testi

Ameliyathanede çalışanlarının mesai dışında yeterli dinlenmeleri ile hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 24).

Tablo 25: Ameliyathane Çalışanlarının Bu Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Sıra Ortalaması	H	p
1 yıldan az	16	109,56	7,673	0,053
1-5 yıl	83	91,29		
6-10 yıl	43	120,08		
11 yıl ve üstü	58	96,66		

*Kruskal Wallis Analizi

Ameliyathane çalışanlarının bu kurumda çalışma sürelerine göre hasta güvenliği tutum puanları ortalaması Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$ Tablo 25).

Tablo 26: Ameliyathane Çalışanlarının Bu Hastanede Çalışmaya Başlarken Oryantasyon Programına Katılma Durumuna Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	P
Evet	93	55,75 $\pm$ 10,69	3,743	0,000
Hayır	107	49,69 $\pm$ 12,01		

*Bağımsız gruplarda t testi

Ameliyathanede çalışanlarının, bu hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılma durumuna göre hasta güvenliği tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$ Tablo26).

Tablo 27: Ameliyathane Çalışanlarının Kurumda Düzenli Hizmet İçi Eğitim Programlarına Katılması Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	F	p	Anlamlı Fark K.
Evet (1)	118	56,44±9,63	22,455	0,000	1-2
Hayır (2)	41	43,99±11,04			1-3
Kısmen (3)	41	49,70±13,01			2-3

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Çalışanların kurumda hizmet içi programa katılması durumlarına göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalaması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında, grupların tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $p < 0,05$. Yapılan Post-Hoc analizi ile bu anlamlı farklılığın, kurumda düzenlenen hizmet içi eğitime katılanlar ile katılmayanlar ve kısmen katılanlar arasında; hizmet içi eğitime katılmayanlar ile kısmen katılanlar arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 28: Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusunda Herhangi Bir Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Evet	155	96,23±11,22	6,102	0,000
Hayır	45	84,11±15,16		

*Bağımsız gruplarda t testi

Ameliyathanede çalışanlarının hasta güvenliği konusunda herhangi bir eğitim programına katılmalarına göre hasta güvenliği tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, hasta güvenliği tutumları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$ Tablo 28).

Tablo 29: Ameliyathane Çalışanlarının Katıldıkları Hasta Güvenliği Eğitim Programlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

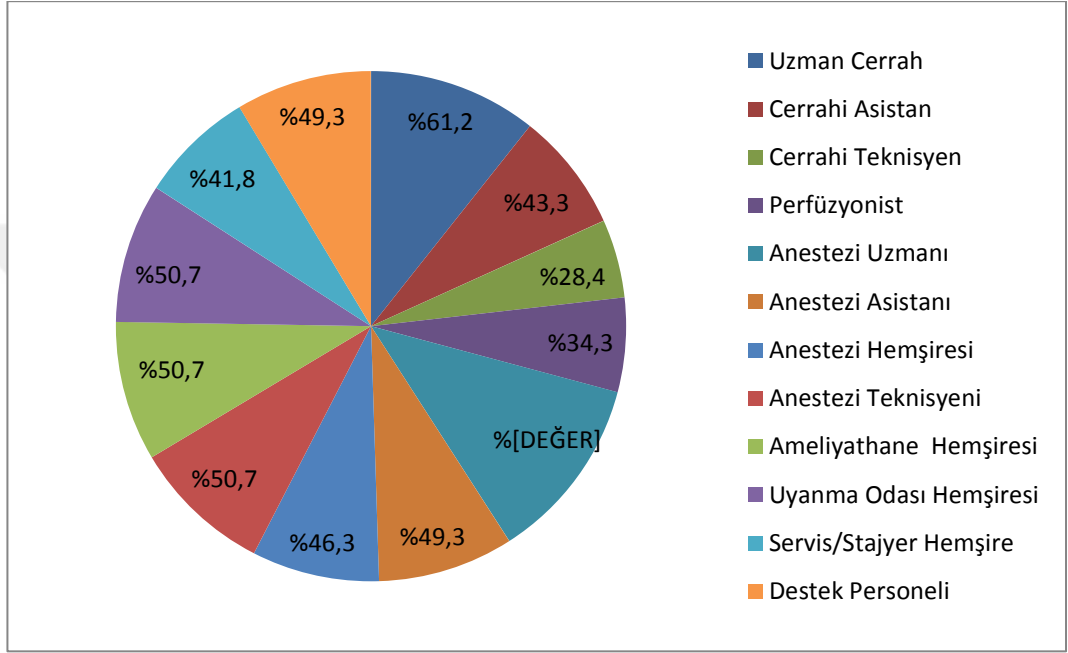
	N	$\bar{x} \pm SS$	F	p
Hizmet içi Eğitim Programı	133	61,99 $\pm$ 13,57	0,624	0,646
Kongre	8	60,10 $\pm$ 11,34		
Sempozyum	6	55,27 $\pm$ 11,85		
Konferans	8	57,12 $\pm$ 7,36		

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Hasta güvenliği konusunda herhangi bir eğitim programına katılan çalışanların katıldıkları program türüne göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalaması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında, tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 29)

5.6. Çalışanların Ekip İşbirliği ve İletişim Becerileri İle İlgili Bulguların Dağılımı

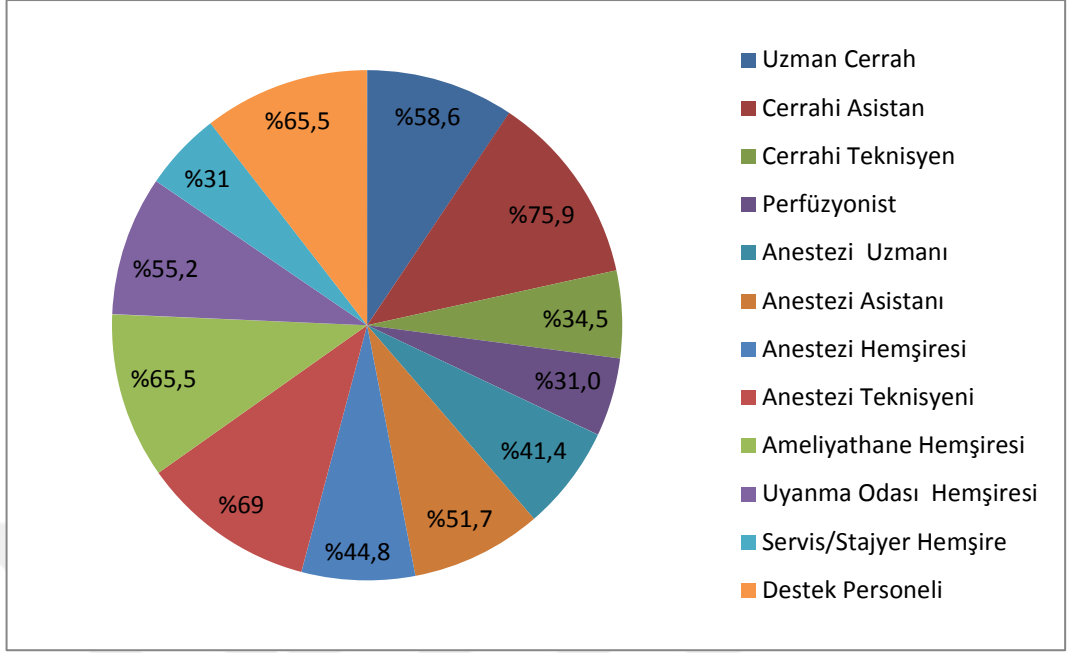
Cerrahların Ekip Üyeleri İle İletişim ve İşbirliği Kalitesini Değerlendirmeleri (%)



Şekil 1: Cerrahların ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri (%)

Cerrahlardan ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, uzman cerrah ile %61,2, cerrahi asistanlarla %43,3, cerrahi teknisyenlerle %28,4, perfüzyonistlerle %34,3, anestezi uzmanları ile %67,2, anestezi asistanları ile %49,3, anestezi hemşireleri ile %46,3, anestezi teknisyenleri ile %50,7, ameliyathane hemşireleri ile %50,7, anestezi sonrası bakım ünitesi (uyanma odası) hemşireleri ile %50,7, servis hemşireleri/stajyer hemşireleri ile %41,8 ve destek personeli ile de %49,3 düzeylerinde iletişim ve işbirliğini yeterli ve mükemmel olarak tanımlandığı belirlendi (Şekil 1).

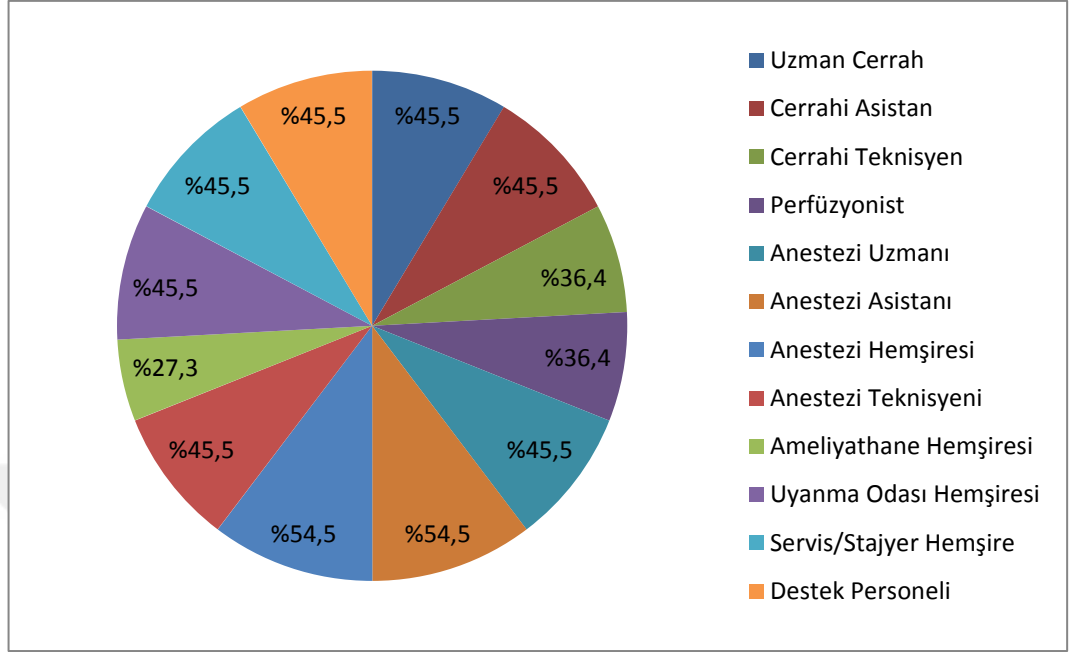
Anestezistlerin Ekip Üyeleri İle İletişim ve İşbirliği Kalitesini Değerlendirmeleri (%)



Şekil 2: Anestezistlerin ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri (%)

Anestezistlerden ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, uzman cerrah ile %58,6, cerrahi asistanlarla %75,9, cerrahi teknisyenlerle %34,5, perfüzyonistlerle %31, anestezi uzmanları ile %41,4, anestezi asistanları ile %51,7, anestezi hemşireleri ile %44,8, anestezi teknisyenleri ile %69, ameliyathane hemşireleri ile %65,5, anestezi sonrası bakım ünitesi (uyanma odası) hemşireleri ile %55,2, servis hemşireleri/stajyer hemşireleri ile %31 ve destek personel ile de %65,5 düzeylerinde iletişim ve işbirliğini yeterli ve mükemmel olarak tanımlandığı belirlendi (Şekil 2).

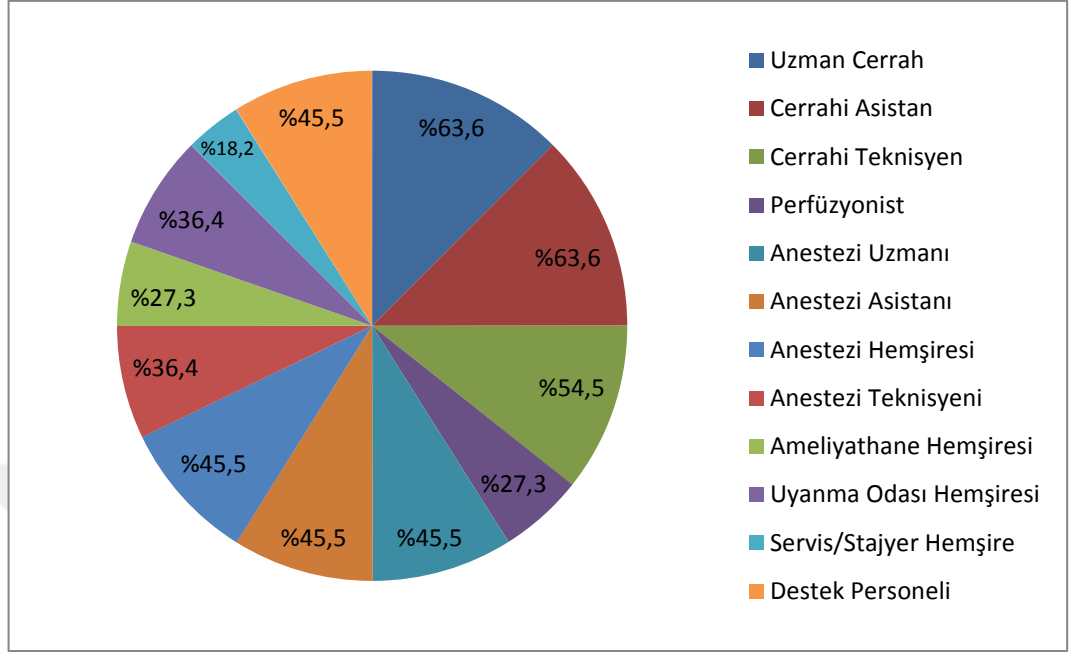
**Anestezi Hemşirelerinin Ekip Üyeleri İle İletişim ve İşbirliği Kalitesini
Değerlendirmeleri (%)**



Şekil 3: Anestezi hemşirelerinin ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri (%)

Anestezi hemşirelerinden ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, uzman cerrah ile %45,5, cerrahi asistanlarla %45,5, cerrahi teknisyenlerle %36,4, perfüzyonistlerle %36,4, anestezi uzmanları ile %45,5, anestezi asistanları ile %54,5, anestezi hemşireleri ile %54,5, anestezi teknisyenleri ile %45,5, ameliyathane hemşireleri ile %27,3, anestezi sonrası bakım ünitesi (uyanma odası) hemşireleri ile %45,5, servis hemşireleri/stajyer hemşireleri ile %45,5 ve destek personel ile de %45,5 düzeylerinde iletişim ve işbirliğini yeterli ve mükemmel olarak tanımlandığı belirlendi (Şekil 3).

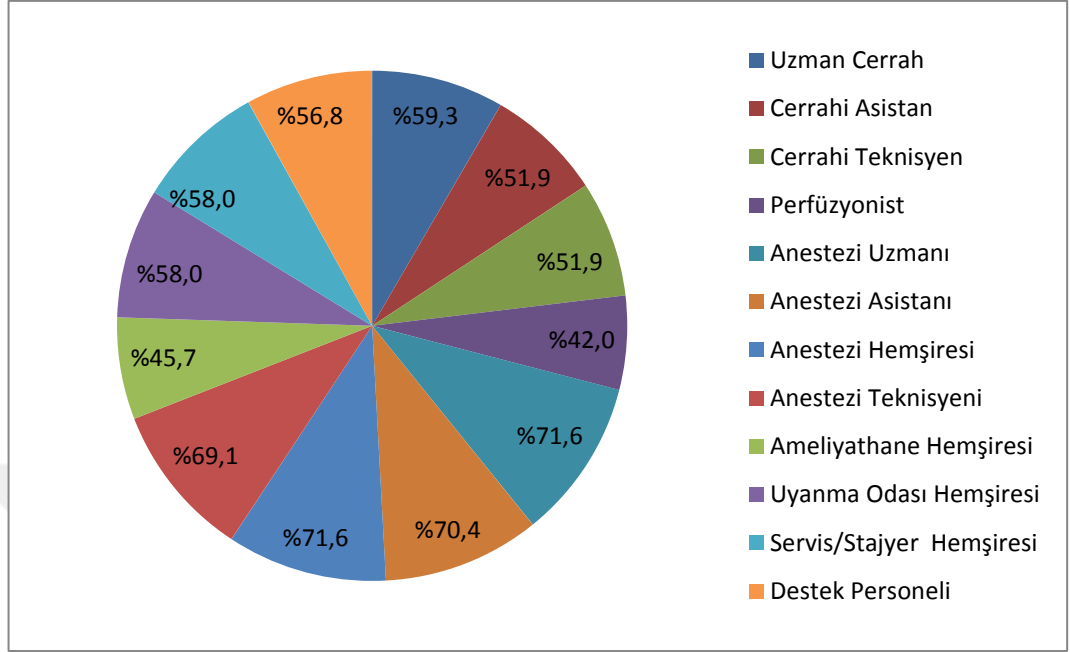
**Anestezi Teknisyenlerinin Ekip Üyeleri İle İletişim ve İşbirliği Kalitesini
Değerlendirmeleri (%)**



Şekil 4: Anestezi teknisyenlerinin ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri (%)

Anestezi teknisyenlerinden ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, uzman cerrah ile %63,6, cerrahi asistanlarla %63,6, cerrahi teknisyenlerle %54,5, perfüzyonistlerle %27,3, anestezi uzmanları ile %45,5, anestezi asistanları ile %45,5, anestezi hemşireleri ile %45,5, anestezi teknisyenleri ile %36,4, ameliyathane hemşireleri ile %27,3, anestezi sonrası bakım ünitesi (uyanma odası) hemşireleri ile %36,4, servis hemşireleri/stajyer hemşireleri ile %18,2 ve destek personel ile de %45,5 düzeylerinde iletişim ve işbirliğini yeterli ve mükemmel olarak tanımlandığı belirlendi (Şekil 4).

**Ameliyathane Hemşirelerinin Ekip Üyeleri İle İletişim ve İşbirliği Kalitesini
Değerlendirmeleri (%)**



Şekil 5: Ameliyathane hemşirelerinin ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği kalitesini değerlendirmeleri (%)

Ameliyathane hemşirelerinden ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, uzman cerrah ile %59,3, cerrahi asistanlarla %51,9, cerrahi teknisyenlerle %51,9, perfüzyonistlerle %42,0, anestezi uzmanları ile %71,6, anestezi asistanları ile %70,4, anestezi hemşireleri ile %71,6, anestezi teknisyenleri ile %69,1, ameliyathane hemşireleri ile %45,7, anestezi sonrası bakım ünitesi (uyanma odası) hemşireleri ile %58, servis hemşireleri/stajyer hemşireleri ile %58 ve destek personel ile de %56,8 düzeylerinde iletişim ve işbirliğini yeterli ve mükemmel olarak tanımlandığı belirlendi (Şekil 5).

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

Örgüt kültürünün bir parçası olan hasta güvenliği kültürü, çalışanların tutumları, inançları, algıları ve değerlerinden oluşmaktadır. Bu nedenle hasta güvenliği konusunda yöneticiler dahil tüm çalışanların ve hastaların da bilinçlendirilmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar çok önemli yer tutmaktadır. Tıbbi hataların dolayısıyla hasta güvenliğinin önemli bir kısmı bireysel hatalardan ziyade örgüt yapısı, çalışan sayısı ve teknik altyapı yetersizliği gibi sistemden kaynaklanmaktadır (82).

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Hata yapmak insanın doğasının gereğidir ve bu değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (83). Bu sentez, ters olayların etkileri ve maliyetlerine ilişkin literatürü gözden geçirmekte ve daha sonra hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik stratejilere odaklanmaktadır (6). Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayrılmalıdır . (82).

Sağlık kuruluşları, “hasta güvenliği kültürünün” oluşturulması, kurumdaki eksik yönlerin ortaya çıkartılması, iyileştirme yapılacak alanların belirlenmesi, çalışanların hasta güvenliğine yönelik tutumlarının saptanması, elde edilen sonuçların diğer kurumlarla kıyaslanması ve yapılan çalışmaların ne ölçüde başarılı olup olmadığının belirlenmesi gibi gerekçelerle hasta güvenliği kültürünü ölçmeye çalışmaktadır (49).

5.1. Çalışanların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Önler ve Akyolcu (2010)' nun çalışmasında, çalışanların yaş gruplarına göre güvenlik tutumları puan ortalaması incelendiğinde; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. 40-49 yaş grubunda bulunan çalışanların puan ortalamaları, 18-29 yaş grubu ile 30-39 yaş grubunda bulunanların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (28). Saraç (2009) ise çalışmasında, sağlık çalışanlarında yaş ilerledikçe hasta güvenliği bilgi puanlarının azaldığını belirtmiştir (94). Korkmaz (2012)' in çalışmasında ise yaş faktörünün hasta güvenliği tutumunu etkilemediğini belirtmiştir (95). Bu çalışmada, ameliyathanede çalışanlarının %42,5'i 30-39 yaşları arasındadır (Tablo 1). Yaş grupları ile güvenlik tutumları puan ortalamaları incelendiğinde, yaş grupları ile güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$ Tablo 11). Beklenenin aksine bu sonucun elde edilmesinde çalışanların nitel özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Karaca ve Arslan (2014)'ın hasta güvenliği ile ilgili iki özel hastane çalışanlarını kapsayan bir çalışmada; hastanelerin birinde cinsiyet ve medeni durumu ile hasta güvenliği tutumu arasında anlamlı bir fark bulunamamış, diğer hastanede ise fark bulunmuştur (15). Bu çalışmada katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, %56'sını kadınlar oluşturmaktadır. Çalışanların cinsiyete göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$ Tablo 12). Ameliyathanede çalışanların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %75,5' i evlidir. Çalışanların medeni durumlarına göre hasta güvenliği tutumları ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$ Tablo 13). Cinsiyet ve medeni durum hasta güvenliği tutumlarını etkileyen majör değişkenlerden olmadığı için hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamaması olağandır.

Önler ve Akyolcu (2010) çalışmasında, örneklem grubunun eğitim durumları ile hasta güvenliği tutum puanları ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karaca ve Arslan (2014)' in çalışmasında da katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar ile eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada katılımcıların eğitim durumları ile hasta

güvenliği tutumları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıpta uzmanlık mezunlarının ve tıpta uzmanlık öğrencilerinin hasta güvenliği tutumları puan ortalamaları diğer gruplardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. En yüksek puanı sağlık meslek lisesi mezunları almıştır. Beklenenin aksine elde edilen bu bulgunun, sağlık meslek lisesi mezunlarının iş deneyim sürelerinin fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca uzman ve asistan hekim grubunun en düşük puanı almalarında, hizmet içi eğitimlere grubun diğer üyelerine göre düzenli katılmamaları nedeniyle kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Çalışanların Pozisyonları ve Çalışma Durumları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Ameliyathaneler, birçok farklı meslek grubunun birarada çalıştığı ve bu meslek gruplarının çalışma uyumlarının en üst düzeyde sağlanmasını gerektiren yerlerdendir. Özmen ve Başol 'un (2010) çalışmalarında, hasta güvenliği kültürü konularında, çalışmaya alınan meslek gruplarının genellikle benzer görüşte olduğu bildirilmektedir (38). Önler ve Akyolcu' nun (2010) çalışmasında örneklem grubunu oluşturan, hekim, hemşire ve anestezi uzmanlarının çalışma pozisyonlarına göre güvenlik tutumları karşılaştırıldığında, benzer görüşte oldukları sonucuna ulaşmıştır (28).

Birgili ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada meslek profesyonellerinin hastanede hasta güvenliği iklimi oluşturmada aynı düzeyde tutum belirtmesine rağmen hekim dışı sağlık personelinin konuya daha duyarlı olduğu belirtilmiştir (96). Prati ve Pietrantonio' nun (2013) ameliyathane hemşireleri ve cerrahların güvenlik tutumlarının değerlendirilmesine ilişkin çalışmalarında, meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlardır (97). Bu çalışmada örneklem grubunu oluşturan, cerrah, anestezi uzmanı, anestezi hemşiresi/teknisyeni ve ameliyathane hemşirelerinin çalışma pozisyonlarına göre güvenlik tutumları karşılaştırıldığında; pozisyon gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$ Tablo 16). Anestezi uzmanları, anestezi teknisyenleri ve ameliyathane hemşirelerinin güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamaları cerrah ve anestezi uzmanlardan anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Farklılığın ortaya çıkmasında; araştırmanın yapıldığı kurumda hasta güvenliği konusunda;

anestezi teknisyenleri/hemşireleri ve ameliyathane hemşirelerinin, cerrah ve anesteziistlere göre hizmet içi eğitim programlarına daha düzenli katılıyor olmaları, hasta güvenliği konusunda da daha olumlu tutumlar edinmelerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Çalışılan kurumun hasta güvenliği kültürüne bakış açısı ve her kliniğin genel yönetim anlayışı, çalışanların olumlu bir hasta güvenliği tutumu geliştirmesinde önemli bir rol oynamaktadır

Sağlık hizmetlerinde tıbbi hata riskini artıran en önemli etkenlerden biri uzun süre çalışma, uykusuzluk, dikkat eksikliğidir (38). Gaba (2002) çalışmasında sağlık hizmetlerinde çalışan personelin ulaşım ve nükleer güç endüstrilerinden daha fazla saat devam eden bir tempoda çalışmaları gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca uykunun performansı etkileyen en önemli unsurlardan biri olduğuna ve uyku düzensizliğinin ameliyatlarda el-göz koordinasyonunu etkileyebileceğini belirtmiştir (98). Seçim (2008) çalışmasında, özellikle gece çalışan personelin kişilerarası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünü belirtmiştir (99).

Bilir ve arkadaşları (2004) çalışmasında; normal çalışma yaşamı yani “gündüz çalışması”, hem toplumsal saat düzeniyle (eğitim, toplu eğlence ve dinlenme olanakları ile devlet bürokrasisi saatleri) hem de biyolojik saat düzeniyle uyum içinde olduğunu ve vardiyalı çalışma yaşamının ise her iki saat düzeniyle de çatıştığını belirtmiştir. Bunun sonucu olarak ta biyolojik saat düzeniyle olan çatışmaların, çalışanın fizyolojik sağlığını etkilerken, toplumsal saat düzeniyle olan çatışmaların psikososyal sorunlara yol açtığını vurgulamıştır (100). Göktaş (2007) çalışma süresi 12 saatten fazla olan hemşirelerin daha fazla olay ile karşılaştıklarını belirtmiştir (40).

Bu çalışmada sadece gündüz çalışanların hasta güvenliği tutumları ortalama puanları hem gece nöbeti tutan hem de gündüz çalışanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$ Tablo:18). Bulgular literatür ile uyum göstermektedir. Normal sirkadiyen ritme uygun çalışma saatleri, çalışanların hasta güvenliği tutumlarını da olumlu yönde etkilemektedir.

Uzun çalışma saatleri, çalışanların performansını etkileyen, çalışan ve hasta güvenliğini tehdit eden bir etkidir. Hemşirelerin çalışma saatleri uzadıkça hastanın durumundaki değişiklikleri fark etmede azalma, hemşirelerin reaksiyon hızında

azalma, ilaç hataları, klinik karar vermede hatalar, hastane enfeksiyonlarında artma ve yatak yaralarında artışlar görülmektedir (40). Fazla çalışmadan kaynaklanan çok sayıda sorun stresle ilişkilendirilmiştir. Mide, bağırsak, kas ve iskelet sistemi bozuklukları, bağışıklık sisteminden kaynaklanan pek çok sorun, kısa süreli devamsızlıkların artıp verimin azalması gibi psikosomatik şikayetler bu sorunlar arasında öne çıkanlardır (101, 102). Çalışma saatlerinin fazla olması ve vardiyalı çalışmada en çok incelenen sağlık sorunlarından biri de tükenmişlik sendromudur. Hekim ve hemşirelerde tükenmişliğin incelendiği bir literatür araştırmasında çalışma saati fazla olanların, nöbet usulü çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi yüksek bulunmuş ve bunun da iş doyumsuzluğuna ve depresyona sebep olduğu belirtilmiştir (103).

Rogers (2004)' ın ABD'de 393 hemşire ile yaptığı bir çalışmaya göre 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata yapma olasılığının arttığı ve hasta güvenliğini tehlikeye atabildikleri ortaya çıkmıştır (104). Çalışmada haftada ortalama 40 saat çalışanların hasta güvenliği tutum puanları 40 saatten fazla çalışanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$ Tablo:19). Uzun çalışma saatleri fizyolojik ve psikososyal iyilik halini etkilemekte ve bu durum çalışanların tutum ve davranışlarında olumsuz etkiler yaratabilmektedir.

Ameliyathanede gündüz ve gece saatlerinde gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutum puanları karşılaştırıldığında, tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 22). Kurumun çalışanlarını istihdam protokolünün bu sonucun elde edilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın yapıldığı ameliyathanenin yoğun birimlerinde daha fazla çalışan istihdam edilmekte, iş yükü açısından denge sağlanmaya çalışılmaktadır.

Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça profesyonellikleri de artmaktadır (105). Önler ve Akyolcu (2010)' nun hekim, hemşire ve anestezi uzmanları ile yaptığı çalışmada hasta güvenliği tutumları ortalama puanları, uzmanlık alanında 11 yıldan fazla çalışanlarda diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (28). Wilson ve arkadaşları (1998) rotasyona yeni başlayan hekimlerin 2 kat daha fazla ilaç hataları yaptıklarını, stajyer hekimlerin ilk yıllarında oldukça yüksek istem hatası yaptıklarını ifade etmektedirler (106). Ammouri ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmalarında, 2

yıldan fazla deneyimi olan ve eğitim hastanelerinde çalışan hemşirelerin, hasta güvenliği kültürü algılarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (107).

Ameliyathane çalışanlarının uzmanlık deneyim süreleri ile hasta güvenliği tutum puanları ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, uzmanlık alanlarında 6-10 yıl ve 11 yıl üstü deneyime sahip olanların hasta güvenliği tutumları puan ortalamaları 1-5 yıl deneyimi olanlardan anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Tablo 20). Deneyim süresinin artması ile hasta güvenliği tutum puanları ortalamalarının artması beklenen bir sonuçtur ve olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Mesleki tecrübe arttıkça hasta güvenliği tutumunun da pozitif yönde değişmesi olağandır.

Mesleği isteyerek seçmek; bireylerin mesleği severek yapmalarına, kurumu ve meslektaşlarını sevmelerine, mesleki ilişkilerin ve iş doyumlarının yüksek olmasına dolayısıyla çalışma ortamlarını olumlu algılamalarına etki etmektedir. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme faktörü ile kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler ve iş doyumları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, mesleği isteyerek seçen hemşirelerin kurumsal niteliği daha iyi algıladıkları, daha iyi mesleki ilişkiler yaşadıkları ve daha doyumlu çalıştıkları belirlenmiştir (105). Çakır (2007), iş yerindeki memnuniyetin hasta güvenliği kültürünü de etkilediğini belirtmiştir (72). Yöntem ve Özbayır' ın (2011) çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin %87,5' inin kendi isteği ile ameliyathanede çalışmaya başladığı, hemşirelerin tümünün iş doyumunun yüksek olduğu ve bölüm değiştirmek istemedikleri tespit edilmiştir (108).

Bu çalışmada çalışma grubunun %94.5'i ameliyathanede çalışmayı kendilerinin istediklerini de belirtmişlerdir (Tablo 6). Çalışanların, ameliyathanede çalışmayı kendilerinin isteyip istemedikleri ile hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$ Tablo 21). Literatürdeki bulguların aksine elde edilen bu bulgunun; çalışanların büyük çoğunluğunun (%94.5) kendi isteği ile ameliyathanede çalışıyor olması nedeniyle elde edilmiş olabileceği düşünülmektedir.

Vardiyalı, nöbetli çalışma, gece ve gündüz değişen saatlerde çalışma, biyolojik ritimleri, içsel fizyolojik saati ve dengeleri bozulan, yorgun, uykusuz bir

hemşirenin çalışması hasta bakımını ve güvenliğini de etkiler (109). Flin ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %51'i yorgunluğun ameliyatların kritik safhalarında performanslarını etkilediğini bildirmişlerdir (86). Stumpf (2008) aşırı yorgunluğun hata yapmaya zemin hazırlayacağını, bunun sonucunda da istenmeyen olaylara yol açarak hasta güvenliğini tehdit edebileceğini belirtmiştir (110). Ameliyathanede çalışanlarının mesai dışında yeterli dinlenmeleri ile hasta güvenliği tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$ Tablo 24). Mesai saatleri dışında yeteri kadar dinlemediklerini belirten çalışanlar örneklemin %60' ını oluşturmaktadır ve %62,5' i bunun nedeni olarak işle ilgili sorumlulukları göstermişlerdir (Tablo 6). Beklenenin aksine elde edilen bu bulgunun, dinlenme kavramının göreceli olmasından kaynaklanabilmektedir.

Önler ve Akyolcu' nun (2010) çalışmasında kurumda 11 yıl ve daha fazla çalışanların hasta güvenliği tutum puanları 11 yıldan az çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur (28). Tan ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir araştırmada; hemşirelerin kurumdaki çalışma süreleri ile çalışma ortamı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında kurum yönetimi, mesleki ilişkiler, personel korkuları ve toplam puan ortalaması 6-10 yıl çalışanlarda daha yüksek bulunmuş; deneyimin çalışma ortamı algısı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ve çalışma yılının artışına paralel olarak profesyonelliğin de arttığını belirtmişlerdir (111). Başka bir çalışmada ise, çalışanların hastanede çalışma yılına göre güvenlik kültürü boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (112). Bu çalışmada, ameliyathane çalışanlarının kurumda çalışma sürelerine göre hasta güvenliği tutum puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$ Tablo 25). Literatürdeki bulgulardan farklı olarak bu sonucun elde edilmesinde çalışanların niteliksel özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

5.3. Çalışanların Eğitim Durumları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Oryantasyon eğitimi, özellikle kullanılan teknik araç, gereç ve işleyiş açısından karmaşık olan, özel bilgi ve beceri gerektiren birimlerde çalışanların işe

uyumunu sağlamada çok önem taşımaktadır. Bu birimlerden birisi de ameliyathanedir (113) .

Beuzekom ve arkadaşları (2013) yaptıkları bir araştırmada, eğitim ve deneyim eksikliğinin tıbbi hataların kaynağı olduğunu belirtmişlerdir (114). Göçmen (2004) yaptığı çalışmada hemşirelerin %62.8'inin işe yeni başladıklarında ameliyathane hemşireliği ile ilgili herhangi bir oryantasyon programına katılmadıklarını, katılanların ise büyük çoğunluğu oryantasyon programını yararlı bulduklarını belirlenmiştir (113).

Literatürdeki çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir. Çalışmamıza katılanların % 46,5' i (Tablo 7) oryantasyon programına katılmıştır. Ameliyathanede çalışanlarının, hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılma durumuna göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$ Tablo 26). Oryantasyon programına katılanların hasta güvenliği tutum puanları katılmayan çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda ameliyathanede yeni çalışmaya başlayacaklara uygulanacak oryantasyon eğitiminin, kurumun hasta güvenliği politikalarının gerçekleşmesi ve devamlılığı için elzem unsurlardan biri olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Çağımızda sosyal, ekonomik ve teknolojik alanda gerçekleşen hızlı değişim iş yaşamını da etkilemektedir. Mesleki bilgilerin bir kısmı zamanla geçerliliğini yitirirken, diğer taraftan yeni bilgiler ortaya çıkmaktadır. Toplumların, kurumların ve ülkelerin sağlıklı örgütlenebilmeleri ve süreklilik kazanabilmeleri bu değişime ayak uydurmaları ile olabilecektir. Bu hızlı değişime ayak uydurabilmelerinin de tek yolu eğitimidir (82).

Bilgi eksikliğini hisseden çalışan, yaptığı işin doğruluğundan emin olmadığı için tedirginliği çalışma ortamına yansıyacak ve çalışma hayatında ortam rahat ve huzurlu olmayacaktır. Çalışanlar ortamdaki etkilenecekleri için, böyle ortamlarda yürütülen işlerde hata sayısı da artacaktır. Hizmet içi eğitim programları ile çalışanların eğitimlerine ağırlık verilerek son gelişmeleri izlemeleri sağlanmalıdır (28).

Şelimen (1991) yaptığı araştırmada, ameliyathane hemşirelerinin sürekli eğitime büyük gereksinimlerinin olduğunu ve ameliyathane hemşirelerinin %97'sinin sürekli eğitim programları konusunda istekli olduğunu saptamıştır (115). Göçmen (2004) çalışmasında örneklem grubunun %57,4' ünün hizmet içi eğitime katıldıklarını belirlemiş ve bu sonucu olumlu bir bulgu olarak değerlendirmiştir (113). Önler ve Akyolcu (2010) çalışmalarında örneklem grubunun %53,1' inin hizmet içi eğitim programına katıldığını ve hizmet içi eğitim programına katılanların katılmayanlara göre daha yüksek hasta güvenliği tutum puanlarına sahip olduklarını belirlemişlerdir (28).

Literatürdeki bulgulara paralel olarak bu çalışmada katılımcıların %59,0 'u (Tablo 7) kurumda hizmet içi eğitime katıldığını belirtmiş ve katılanların %61' i (Tablo 7) hizmet içi eğitim programları belirlenirken önerilerinin dikkate alındığını belirtmiştir. Çalışanların kurumda hizmet içi eğitim programlarına katılması durumlarına göre hasta güvenliği tutum puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında, grupların tutum puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$ Tablo 27). Hizmet içi eğitim programlarına katılanların hasta güvenliği tutum puanları katılmayanlar ve kısmen katılanlardan, ve ayrıca kısmen katılanların da katılmayanlardan anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bulgular literatür ile uyumludur. Her türlü teknolojik cihazın ve ileri cerrahi tekniklerin kullanıldığı ameliyathanelerde çalışanların bilgi ve becerilerinin sürekli güncellenmesi hasta güvenliği uygulamaları açısından bir zorunluluktur.

5.4. Çalışanların Hasta Güvenliğini Arttırmaya Yönelik Önerileri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışanların hasta güvenliğini arttırmaya yönelik önerileri sorulduğunda %25,7' si hasta güvenliği konusunda çalışanlara eğitim verilmesini önermişlerdir. Bu sonuç, katılımcıların hasta güvenliği konusunda farkındalıklarının yüksek olduğunun bir göstergesidir. Çalışanlar mevcut eksikliklerin farkındadır ve giderilmesi için yapılacaklara katılım konusunda da isteklidir şeklinde yorumlanabilir.

Tıbbi hatalar, tanı ve tedavinin tüm aşamalarında meydana gelebileceği gibi hastaların sedatize, disoryante ya da duyuşal kaybı olması, hastanın hastane içinde servisi, yatağı ya da odasının değişmiş olması, hasta değerlendirmesi ve tıbbi kayıt kontrolünün yetersiz/eksik yapılması, okunaksız el yazısı ve kısaltmaların kullanılması durumunda hata riski artacaktır (116).

Sağlık bakım uygulamalarında hastanın tanımlanması için hastanın oda ya da yatak numarasını içermeyen en az iki tanımlayıcının kullanılması gerekmektedir. Hastalara hastaneye yatışından itibaren isim yazılı bileklik/kol bandı takılması ve hastaya ismiyle hitap edilmesi hasta kimliğinin karıştırılmasını engelleyecektir (116). Hasta tanımlama işleminde kullanılan kol bandında; protokol numarası, hastanın T.C. kimlik numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl), doğum yeri ve doktorun adı soyadı bilgilerli yer almalıdır (117).

İngiltere Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı; Kasım 2003- 2005 tarihlerinde kol bandı bulunmaması veya yanlış hastaya ait bilgi içeren kol bandı takılmasıyla ilgili 236 olay rapor etmiştir. Avusturalya’ da hastanelerde 60 farklı kol bandı uygulaması olduğu tespit edilmiştir (118).

Abbasoğlu ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmaya göre hemşirelerin %94,4’ ü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu kullandığını ve kullananların %88,5’ inin hastanın kimlik bilgilerini doğrulama sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (119).

Çalışanların hasta güvenliğini arttırmaya yönelik önerileri sorulduğunda %21,1’ i hasta kimlik kontrollerinin dikkatli yapılmasını önermiştir. Bu sonuca göre güvenli cerrahi kontrol formunun kullanımı önem kazanmaktadır. Katılımcıların hasta kimlik kontrollerinin dikkatli yapılmasını yüksek oranda önermeleri, bu alanda aksaklıkların sık yaşandığının göstergesidir.

5.5. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarına Göre Hasta Güvenliği Tutumları Puan Ortalamaları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Sexton ve arkadaşlarının çalışmasında (2006), ekip işbirliği ortalama puanı $71,7 \pm 22,6$; iş memnuniyeti ortalama puanı $70,1 \pm 22,1$; güvenli ortam ortalama puanı $69,6 \pm 18,9$; çalışma koşulları ortalama puanı $57,5 \pm 25,4$; stres düzeyinin belirlenmesi ortalama puanı $54,7 \pm 26,6$; yönetimle ilgili düşünceler ortalama puanı $47,6 \pm 22,2$ olarak bulunduğu ve en yüksek puanın ekip işbirliği ve iş memnuniyeti, en düşük puanın ise yönetimle ilgili düşünceler ve stres düzeyinin belirlenmesi ölçeklerinden alındığı bildirilmektedir (77).

Önler ve Akyolcu' nun çalışmasında (2010) ise; stresin düzeyinin belirlenmesi ortalama puanının $67,34 \pm 17,59$; ekip işbirliği ortalama puanının $64,09 \pm 14,28$; iş memnuniyeti ortalama puanının $63,21 \pm 22,40$; güvenli ortam ortalama puanının $55,99 \pm 15,66$; çalışma koşulları ortalama puanının $48,42 \pm 21,18$; yönetimle ilgili düşünceler ortalama puanının $45,18 \pm 22,96$ olduğu saptanmıştır. Stres düzeyinin en yüksek puanı almasına rağmen 100 üzerinden değerlendirildiğinde çalışanların stres düzeylerinin ortanın üzerinde olduğunu ve bu durumun çalışanların stres düzeylerinin yüksek olduğunun bir göstergesi olduğunu belirtilmiştir (28).

Hewson'un (2008) çalışmasında; puanların 100 üzerinden değerlendirilmesinde stres düzeyinin belirlenmesi ölçeği ortalama puanı 69,64 bulunmuştur (84). İskoçya' da 17 hastanenin ameliyathane çalışanları ile yapılan bir çalışmada; hem cerrahlar hem de ameliyathane hemşireleri stresin performanslarını etkilemediğini belirtmişlerdir (85). Buna karşın Flin ve arkadaşlarının (2003) 222 anesteziist ile yaptıkları bir araştırmada ise, katılımcıların %83' ü stres ve yorgunluğun performanslarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (86).

Çalışılan birimlere göre stres düzeyinin tespit edildiği bir araştırmada; Acil, Kardiyoloji, KBB, Beyin Cerrahi, Ortopedi, ve Ameliyathane'nin diğer birimlerden daha stresli olduğu belirtilmiştir (87). Bölükbaş ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışmada; ameliyathane çalışanlarının stres düzeyleri dahiliye servislerinde çalışanlardan yüksek bulunmuştur (88). Akyüz ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları bir araştırmaya göre; sağlık çalışanlarının %54,3'ü iş yoğunluğu nedeni ile sık sık stres yaşadığını belirtmiştir (89). Ay ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada;

katılımcıların % 11,2'si çalışma ortamlarında stres yapan bir etken olmadığını belirtirken, % 88,8'i stres oluşturan etkenlerin olduğunu belirtmişlerdir (90).

Stresin, beceri ve performansı olumsuz etkilediğini belirten birçok çalışma bulunmaktadır (91, 92, 93). Bu çalışmada katılımcıların güvenlik tutumları ölçeği ortalama puanları incelendiğinde; ekip işbirliği ortalama puanı $62.60 \pm 13,82$, iş memnuniyeti ortalama puanı 63.13 ± 20.27 , yönetimle ilgili düşünceler ortalama puanı 52.79 ± 19.09 , güvenli ortam ortalama puanı $56.89 \pm 15,10$, çalışma koşulları ortalama puanı $58.04 \pm 26,00$, stres düzeyinin belirlenmesi ortalama puanı $28.55 \pm 14,67$ ve hasta güvenliği tutumlarının toplam puanlarının ortalamaları ise $52.51 \pm 11,78$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Stres düzeyinin belirlenmesi en düşük, iş memnuniyeti en yüksek puanı almıştır. Stres düzeyinin en yüksek puanı alması bu alandaki literatür ile uyum göstermektedir. Ameliyathanelerde iş yoğunluğunun, hasta ve çalışan trafiğinin fazla olması ayrıca yapılan işin hassasiyeti çalışanların stres düzeyini arttırmaktadır. Ameliyathanede çalışanların büyük çoğunluğunun kendi isteği ile ameliyathanede çalışıyor olması ve ameliyathanenin fiziki yapısı ile organizasyon kültürünün de optimum düzeyde olması en yüksek puanın iş memnuniyeti alt boyutundan alınmasını etkilemiş olabilir. Ameliyathaneler iş yükünün fazla ve çalışma temposunun yüksek olduğu birimler olmasına rağmen, yapılan işin niteliği açısından çalışanların iş memnuniyet düzeyini arttırmaktadır.

5.6. Çalışanların Ekip İşbirliği ve İletişim Becerileri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Hastaya sunulan sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Cerrahi ekip, iyi bir ameliyat ile hastanın sağlığını güvence altına almak amacıyla, hastayı dikkatle izlemek ve değişen durumlarda ekip üyelerinin koordine olarak, gerekli önlemleri hemen almak için eşgüdümlü ve diğer ekiplerle işbirliği içinde çalışması gereken, kendi alanlarında iyi yetişmiş bireylerden oluşan bir gruptur (47).

Ekip çalışma becerilerini arttıran eğitim ve uygulamalar, ameliyathanede iletişimi, eşgüdümü, karar verme becerilerini arttırmakta ve hata oluşma riskini azaltmaktadır (62).

İngiliz, Amerikan ve Finlandiya hemşirelerinin, cerrahi ekipte hataların olası kaynaklarının neler olduğu ve hataların nasıl önlenebileceği ile ilgili yapılan bir çalışmada ekip çalışmasında hatalara neden olan olası faktörlerin hata yapma korkusu, ekibin bozulması, fazla çalışma süresi ve iş stresi olduğu, bu nedenle ekipte sorumluluk paylaşımı, koordine ekip çalışması ve eksiksiz kayıt tutma sayesinde hataların önlenebileceği belirlenmiştir (63). Christian ve arkadaşları da (2006) ameliyathanede, iletişim ve haberleşme akışındaki sorunlar ve ağır iş yükünün, ekip performansı ve hasta güvenliğinde olumsuz etki yarattığını bildirmektedir (64).

İletişim eksikliği ya da yetersiz iletişimde oluşan hataların büyük çoğunda kök neden olarak karşımıza çıkmaktadır (49). JCHAO tarafından yapılan bir çalışmada; hastanelerde oluşan zarar verici olayların büyük bir çoğunluğunun iletişim yetersizliği nedeniyle olduğu bildirilmiştir (65).

Ekip içi ve ekiplerarası iletişim, sağlık kuruluşlarındaki hizmetin kalitesini etkileyen önemli faktörlerden olmakla birlikte, ameliyathaneler bu iletişimin en kritik noktalarda sürdürüldüğü, cerrahi girişimin başarısını ve hasta güvenliğini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği alanlardır (50).

Makary ve arkadaşları (2006) cerrahların %87' sinin, anestezi uzmanlarının %89' unun hemşireler ile olumlu iletişimi olduğunu, hemşirelerin ise sadece %48' inin cerrahlar ile, %63' ünün anestezi uzmanları ile iletişimlerini olumlu olarak değerlendirdiğini bildirmektedirler (78).

Bu çalışmada ekip üyelerinin birbirleri ile iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde; cerrahlar anestezi uzmanları ile %67,2 (Şekil 1) , anestezi uzmanları cerrahi asistanlarla %75,9 (Şekil 2), anestezi uzmanları anestezi asistanları ve anestezi hemşireleri ile %54,5 (Şekil 3), anestezi uzmanları, uzman cerrah ve cerrahi asistanlarla %63,6 (Şekil 4), ameliyathane hemşireleri anestezi uzmanları ve anestezi hemşireleri ile %71,6 (Şekil 5) oranları ile en iyi anlaştıkları ekip üyelerini belirtmişlerdir. Bulgulardan elde ettiğimiz sonuçlara göre meslek gruplarının kendi üyeleri ile olan iletişim ve işbirlikleri diğer meslek grupları ile iletişim ve işbirliklerinden daha zayıftır. Beklenenin aksine elde edilen bu bulgu, meslek gruplarının liderlerinin tutumları ile kurum politikalarının etkisini düşündürmektedir.

Araştırmadan elde edilen verilere göre, çalışanlar hasta güvenliği konusunu benimsemiş ve standart uygulamaları içselleştirmişlerdir. Ancak mevcut uygulamalar ve çalışma koşulları çalışanların konforunu optimum düzeyde sağlamamakta dolayısıyla da bu durum hasta güvenliği tutumlarını ve uygulamalarını etkilemektedir. Çalışanların çalışma şartları düzeltilmeden, kurumda hasta güvenliği kültürü ile ilgili ortak bir tutumun gelişmesi mümkün görünmemektedir. Ameliyathanedeki sağlık çalışanlarının (cerrah, anesteziist, ameliyathane hemşiresi v.b.) hasta güvenliğine ilişkin tutumları arasında homojen bir yapının oluşturulması için hasta güvenliği uygulamaları konusunda tüm ekipler ortak bir davranış biçimi oluşturmalı ve kurumun genel standartları net bir şekilde belirtilerek uygulamalar takip edilmelidir.



BÖLÜM VI

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların Güvenlik Tutumları Ölçeği ortalama puanları incelendiğinde, stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutu en düşük puanı (28.55 ± 14.67) almıştır. %72.7'si 40 saatten fazla çalıştıklarını ve %37'si de uzmanlık alanında 11 yıl ve üstü deneyimleri olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma saatleri dışında yeteri kadar dinlenebildiklerini söyleyenler örneklemin %40'ını oluşturmaktadır. Çalışanların %46.5'i işe yeni başladıklarında oryantasyon programı uygulandığını, %59'u kurum içinde düzenlenen hizmet içi eğitimlere düzenli olarak katılabildiğini belirtmiştir. Örneklem grubunu oluşturan meslek üyelerinin kendi meslektaşlarına göre ekibin diğer meslek üyeleri ile iletişim ve işbirliği düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu, özel bilgi ve beceri gerektiren cerrahi girişimlerin yapıldığı ve teknolojik cihaz ve aletlerle çalışmanın zorunlu olduğu ameliyathanelerde hasta güvenliğinin optimum düzeyde sağlanması ve çalışanların da iş doyumu ve güvenliğinin sağlanması için öneriler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Ameliyathanede stres yaratan ve stres düzeyini arttıran faktörler tespit edilerek, giderilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Çalışanlara stresle başetme konusunda eğitimler verilmeli ve tüm çalışanların katılımı sağlanmalıdır.
- Çalışanların özelliklerine göre motivasyon programları düzenlenmelidir.
- Çalışanların iş yükü değerlendirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Çalışma saatleri yasalara göre düzenlenmelidir.
- Özel bilgi ve beceri gerektiren ameliyathanelerde çalışmaya başlamadan önce tüm çalışanların oryantasyon eğitimi alması sağlanmalıdır.
- Ameliyathanede yeni çalışmaya başlayacakların ameliyathanedeki tüm cerrahi birimlerde rotasyonu sağlanmalıdır.

- Güvenli cerrahi uygulamaları titizlikle takip edilmeli, tespit edilen eksikliklerin giderilmesi için gerekli girişimler planlanmalı ve eğitim programları düzenlenmelidir.
- Güvenli cerrahi formunun kullanımı ile ilgili aksamalar tespit edilerek giderilmelidir.
- Çalışanlar hata bildirim konusunda cesaretlendirilmeli, konu ile ilgili endişe ve korkuları giderilmelidir.
- Hasta güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim programları hazırlanıp yönetim kadrosu da dahil edilerek tüm çalışanların katılımı sağlanmalıdır.
- Ameliyathanede meslek gruplarının birbirleri ile ve diğer ekipler arasında iletişim ve işbirliğini geliştirecek uygulamalar düzenlenmeli, iletişim sorunları ve anlaşmazlıklar vakit kaybedilmeden giderilerek çatışmaların yaşanması önlenmelidir.

KAYNAKÇA

1. Alcan Z, Eren T, D., Özbucak Civil S. Hasta güvenliği – beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü-, Nobel Tıp Kitabevi, 2012; s:63-81, İstanbul
2. Aydın E. Hasta ve çalışan güvenliği eğitim notları, Ankara: Hasta Güvenliği Derneği Yayınları, 2010
3. Hakverdioğlu Yönt G. Hasta güvenliği kültürü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2011; 27 (1), 77-82.
4. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13 (2), 53-59.
5. Sur H, Özseri H, Say B. Hasta güvenliği. Sur H, Palteki T. (Ed.). Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013; 509-519.
6. Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 9 (1), 519-533.
7. Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010; 8 (1), 1-14.
8. Mitchell P.M. Defining Patient Safety and Quality Care, 2008; Erişim 15.03.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>
9. İzettin F.V, Apikoğlu Rabuş Ş, Okuyan B, Sancar M. İlaç güvenliği. Sur H, Palteki T. (Ed.). Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013;561-576.
10. Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Genel Tıp Dergisi, 2012; 22 (2), 37-42.
11. Kohn T.L, Corrigan J.M, Donaldson M.S. To err is human building a safer health system. Washington, National Academy of Sciences, 2000; <http://www.nap.edu/openbook.phpisbn=0309068371>

12. Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabay M., Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2009; 2 (3), 26-34.
13. Karataş M, Yakıncı C. (2010) Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17 (3), 233-236.
14. Yıldız T, Eriten G, Erdem İ, Gökay N. S, Kulaç M, Alp R ., Mezuniyetin ve profesyonel sağlık personeli olarak çalışmanın hasta güvenliği bilinci üzerine etkileri Kafkas J MedSci 2012; 2(3):94–98
15. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014; 1(1):10
16. Vincent C, ve Coulter A. , Patientsafety: what about the patient? Quality and Safety in Health Care, 2002;11, 76-80.
17. Wilson R, Bernadette T, Harrisonet E. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study MJA; 1999; 170: 41-411
18. Etchells, E., O'Neill, C. ve Bernstein, M. Patient safety in surgery: error dedection and prevention. World Journal of.Surgery. 2003; 27: 936-942.
19. Panesar S, Cleary K, Sheikh A, Donaldson L. The W.H.O. checklist: a global tool to preventerrors in surgery. Patient Safety in Surgery, 2009; 3:9.
20. Haynes A, Weiser T, Berry W, Breizat A.H, Lipsitz S, Herbosa T, et al. A surgical safety check list to reduce morbidity and mortality in a global population: The New EnglandJournal of Medicine, 2009; 360, 5.
21. Demir F. cerrahide hasta güvenliği, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Uluslararası katılımlı), 2007; Gaziantep.
22. Lema M.J. Operation a success. but the wrong organ was removed, NYSSA SPHERE. 2001; Erişim 21.04.2014, http://www.apsf.org/resource_center/newsletter/2001/fall/06wrongorgan.htm.

23. Aslan F.E. GİS cerrahide hasta güvenlik hedeflerine ne kadar uyuyoruz? 2009; Erişim 10.05.2014, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/GIS_cerrahi_hasta_guv.pdf.
24. Kwaan M.R, Studdert D.M, Zinner M.J. ve Gawenda A.A. Incidence, patterns and prevention of wrong-site surgery. Archives of Surgery, 2006; 141:353-358.
25. Enker W.E, Martz J.E, Picon A, Wexner S.D, Fleshman J.W, Koulos J. et al. An incremental step in patient safety: reducing the risk of retained foreign bodies by the use of an integrated laparotomy pad/retractor. Surgical Innovation, 2008; 15:3.
26. Greenberg C.C, Diaz-Flores R, Lipsitz S.R, Regenbogen S.E, Mulholşand L. ve Gawenda A.A. Bar-coding surgical sponges to improve safety a randomised controlled trial. Annals of Surgery 2008;247: 612-616.
27. Yıldız Ü. İntraoperatif hasta güvenliği. XII. Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Kongre Kitabı, Antalya/Belek. 2009;169-172.
28. Önler E. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2010
29. W.H.O. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. 2008a; Erişim 07.02.2014, www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/.
30. İzettin F.V, Apikoğlu Rabuş Ş, Okuyan B, Sancar M. İlaç güvenliği. Sur, H.,Palteki T. (Ed.). Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013; 561-576.
31. Sevim Ö. F., Hasta güvenliği uygulamalarından, speak up programı, hastanın teşhis, tedavi ve bakım süreçlerine katılımının incelenmesine yönelik alan çalışması, T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011
32. Bulun M. Hammurabi'den günümüze ve geleceğe hasta güvenliği, Hasta Güvenliği Dergisi, 2009; 1, s. 6.

33. Tok, Ö. “Osmanlı dönemi, hekim hasta ilişkileri kadı sicillerine göre XVII. Ve XVIII. yüzyıllarda kayseri örneği”, International Periodical for The Languages, Literature and History of Turkish, 2008; 3-4: s.789.
34. Aydın E. Dünya ve Türk Tıp Tarihi, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006;117-165.
35. Kaya S. Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme, İçinde: Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık, Ankara: 2005; 15-68.
36. Kaya S. Hasta güvenliği kültürü nedir ve nasıl geliştirilebilir? Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 2009;1 (1): 32-34.
37. Akalın E. Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi, 2004;18 (2):12 13.
38. Özmen S, Başol O. Hasta güvenliği kültürü: Bursa’ da özel bir hastane uygulama örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, II. Cilt, Ankara:2010; 81-97.
39. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, ve Rosen A. Work force perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in health care organizations survey. Health Research and Educational Trust, 2007;42: 5.
40. Göktaş S. Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2007.
41. Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010;1: 33-43.
42. Yalçın Ş, Acar A. Avrupa birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Kongresi Bildiriler Kitabı II. Cilt Ankara: 2010;12-26
43. Evans S.M., Berry J.G, Smith B.J, Esterman A, Selim P, Shaughnessy J. et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Quality and Safety in Health Care, 2006;15:39-43.

44. Key findings and recommendations on reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. Report of The Reporting and Learning Subgroup of the European Commission, 2014; Erişim:04.012.2014
http://ec.europa.eu/geninfo/query/index.do?queryText=patient+safety+reporting+systems&query_source=PUBLICHEALTH&summary=summary&more_options_source
45. World Alliance For Patient Safety, WHO Draft Guidelines For Adverse Event Reporting and Learning Systems, Erişim: 16.01.2015
http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf :16-38
46. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Güvenli raporlama sistemi. Erişim:23.01.2015.
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?page=243&lang=tr>
47. Erdil F. Cerrahi Hemşireliği. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Editörler: Erdil F, Elbaş N, 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2001; s.97-136.
48. Zenciroğlu, D. Hastanelerde kritik, kritik olmayan alanların temizliği ve evre yönetimi. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, Antalya/Kundu. 2007; 235-244
49. Özata M, Aslan ř. Hasta güvenliği kültürü lğinin geçerlilik ve güvenirlik alışması. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 2010;377-389.
50. ğn, B. Ameliyathanede hasta güvenliğinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.2008
51. Karadağ M, Sayın Y.Y. Ameliyathane ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin ameliyat sırasında oluşan bası yaralarının önlenmesinde ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hemşirelik Forumu,2002; 5 (3-4): 104-112.
52. Ellsworth W.A, Iverson R.E. (2006). Patient safety in the operating room. Seminars in Plastic Surgery. 20 (4): 214-218.

53. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005;47 (3): 175-178.
54. Acar N, Akalın H, Karakoç A, Koçak N, Otağ F, Merdanoğulları E. Kan merkezleri klinik ilişkisi, sorunlar, çözüm önerileri. *Damla Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği Bülteni*,1998;27:1-14.
55. Uluhan R. (2007). Güvenli Kan, *Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi*, 21: 142-145.
56. Yıldırım Ö. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon,2006; Erişim 6.11.2013, www.kalder.org.tr/genel/15kongre/sunumlar/ozlem_yildirim.ppt.
57. Institute of Medicine (I.O.M.). *To Err Is Human: Building a Safer health System*.2000; Erişim 15.05.2014, <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.
58. W.H.O.; World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005. Erişim 07.03.2014, http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
59. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000;4: 22-27.
60. Shojania K.G, Duncan B.W, McDonald B.W, Wachter R.M. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices.evidence report/TechnologyAssessment, 2008; 43.
61. İşlek E. Bir Özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde hasta güvenliğini tehdit eden olayların ve olası nedenlerinin tanımlanması. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.2009
62. Alfredsdottir, H. ve Bjornsdottir, K. Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 61(1), 29-37.
63. Lipponen M.S, Tossavainen K, Turunen H, Smith A. Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American Nurses, *International Journal of NursingPractice*, 2005;11: 21–32

64. Christian C.K, Gustafson M.L, Roth E.M, Sheridan T.B, Ghandi T.K, Dwyer K et al. A prospective study of patient safety in the operating room. Surgery,2006; 139: 159-73.
65. Makary M.A, Mukherjee A, Sexton J.B, Syin D, Goodrich E, Hartmann E. et al. Operating room briefings and wrong-site surgery. Journal of the American College of Surgeons,2007;204:236-243.
66. Eastman S.M. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations announces 2007 Patient Safety Goals. Plastic Surgical Nursing, 2006;26 (3): 154-155.
67. Uçak H. Ameliyathanede Hasta Güvenliği, Ameliyathanede Yönetim ve Organizasyon& Ameliyathane Talimatları ve Protokolleri, Ayrıntı Basımevi, I. Baskı, Ankara. 2009
68. Uzunköy A. Cerrahi alan infeksiyonları: risk faktörleri ve önleme yöntemleri. Ulusal Travma Dergisi, 2005;269-281.
69. Karadakovan A, Eti Aslan F, Editörler. Özbayır T. Ameliyat dönemi bakım, İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Akademisyen Tıp Kitabevi; Geliştirilmiş 3. Baskı 2014;239-277
70. Forsyth, J. Clarity on operating theatre design. Health Estate, 2006;60: 23-24.
71. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J. ve Silber, J.H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn out and job dissatisfaction, The Journal of American Medical Association,2002;23-30; 288(16):19887-93, A.B.D.
72. Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007, izmir.
73. Yalçinkaya A, Özbayır T. (Danışman), Ameliyathane Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, İzmir.

74. Kurutkan M. N. (2009). Hasta Güvenliği Çözümleri, Ankara: SageYayınevi.
75. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün Ö.E, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri (15. baskı). Ankara: Pegem Akademi.2013
76. Çıngı, H. Örneklem Kuramı (2. baskı). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi.1994
77. Sexton J.B, Helmreich R.L, Neilans T.B, Rowan K, Vella K, Boyden C. ve ark. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. Erişim 17.12.2008, 2006;www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44.
78. Makary M.A, Sexton J.B, Freischlag J.A, Millman A, Pryor D, Holzmüller C.G. ve ark. Patient safety in surgery. Annals of Surgery, 2006; 243- 5.
79. Shteynberg G, Sexton B, Thomas, E. Test retest reliability of the safety climate scale. Technical report. 2005; Erişim 28.05.2014, www.uth.tmc.edu/...safety/.../Safety-Climate-Test-Retest-Tech-Report.doc.
80. Patterson D, Huang D, Fairbanks R, Wang H. The emergency medical services Safety Attitudes Questionnaire. AmericanJournal of MedicalQuality, 2007; 1-7.
81. Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. Irish Journal of Medical Science. 2009;Erişim 22.05.2014, http://www.springerlink.com.
82. Çiftlik E, Kesgin V, Durmuş M. K, Özkan S, Çoban D. Hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşmasında eğitimin önemi. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 2010;586-590.
83. Reason J. Human Error: Models and Management. British Medical Journal, 2000;320 (7237), 768 770.
84. Hewson K. Assessing the safety culture in tertiary icu, intensive care coordination monitoring unit. 2008;Erişim: 30.07.2014,

http://intensivecare.hsnet.nsw.gov.au/five/doc/lectures_presentations/hewson/2007_S AQ_ANZICS_Hewson_safety_culture.pdf.

85. Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon*, 2006;4(3):145-51.

86. Flin R, Fletcher G, McGeorge P, Sutherland A, and Patey R. Anaesthesia, 2003;58:233-242.

87. Nur D. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personeline iş doyumu ve stres ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:230-240

88. Bölükbaş N, Karabulut N, Özer H. Ameliyathane ortamının çalışan ekip üzerinde yarattığı anksiyete düzeyinin incelenmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1998; 11(1):27-31

89. Akyüz M, Omaç M, Taşlıyan M, Murat E. Sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan memnuniyet değerlendirilmesi: malatya devlet hastanesinde bir alan çalışması. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 2010;389-400.

90. Ay A, Gürkan A, Sevil Ü. Sağlık ortamında çalışanlarda güvenliği tehdit eden stres etkenleri ve baş etme yöntemleri. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 2010;105-113.

91. Ergün G. Sağlık işletmelerinde örgütsel stresin iş gücü performansı ile etkileşiminin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008; İzmir

92. Hancock P, Desmond P. Stress, workload and fatigue. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001

93. Orasanu J, Backer P. Stress and military performance. In: Driskell J, Salas E, eds. Stress and Human Performance. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996: 89–125.

94. Saraç A. Trabzon il merkezinde birinci basamakta çalışan sağlık personelinin hasta hakları, hasta güvenliği ve kendi hakları hakkındaki bilgi ve tutumları. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: 2009.
95. Korkmaz O. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012;14 (4), 91-112.
96. Birgili F, Salış F, Çekirdekçi S, Ece G. Hastanelerde hasta güvenliği iklimi: muğla ilinde bir hastane örneği. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 2010;57-73
97. Prati G, Pietrantonio L. Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses, Erişim: 12.12.2014 ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24004761. 2013
98. Gaba D.M, Howard S.K. Fatigue Among Clinicians and The Safety of Patients, N.England J.Medicine, 2002;Vol.347, No:16, pp.1249-1255. www.nejm.org. Erişim: 03.12.2014
99. Seçim H. Hastanelerin tanımı sınıflandırılması ve işlevleri. Erişim: 28.11.2014. 2008; http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/ =3059
100. Bilir N, Yıldız A.N. İş sağlığı ve güvenliği, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2004.
101. Spurgeon A.H, Malcolm J, Cary L. Health and safety problems associated with long working hours: A Review Of The Current Position, Occupational and Environmental Medicine, 1997; No.54, 1997, ss.367-375.
102. Sezgin T. Çalışma süresi modellerindeki değişim ve çalışan sağlığı üzerine etkileri ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi / Cilt: 1 / Sayı: 1 / Temmuz-Eylül 2013 / 2013;1:1, 137-143

103. Günüşen N, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi', Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi , 2010; 3 (1), 40-51. Erişim:01.06.2014
104. Rogers A, Hwang W, Scott L, Aiken L, ve Dinges D. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs, 2004; 23-4 p:202-212
105. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay Ö. Hastanede çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010; 5 (15) s:17-30.
106. Wilson AM, Weston G. Application of airline pilots’ hours to junior doctors. British Medical Journal 1998; 299: 799-781.
107. Ammouri AA, Tailakh AK, Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN. Patient safety culture among nurses. Int.Nurs.Rev. 2014. Erişim: 03.12.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25495946>.
108. Yöntem E, Özbayır T. Bir hastanede ameliyathanede çalışan hemşirelerin ameliyathaneyi seçme nedenlerinin incelenmesi: odak grup görüşmesi. İçinde: 7. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. 2011; 143. İzmir.
109. Bilazer F.N, Konca G.E, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. 7 gün 24 saathasta başında türkiye’ de hemşirelerin çalışma koşulları. Türk Hemşireler Derneği, Ankara,2008.
110. Stumpf, P.G. Practical solutions to improve patient safety in the Obstetrics/ Gynecology office setting and in the operating room. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 2008; 35 (1): 19-35.
111. Tan M, Polat H ve Şahin Z. Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2009; 4:66-77
112. Çınar F, Yalçınkaya Y.E., Soy D, ve Öneş K. Rehabilitasyon hastanesinde hasta güvenliği kültürü. İçinde II. Uluslar arası Sağlıkta Performansve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 432-442.

113. Göçmen Z. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı içeriğine ilişkin görüşleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;8(1).
114. Beuzekom van M, Boer F, Akerboom S, ve Dahan A. Perception of patient safety differs by clinical area and discipline. British Journal of Anaesthesia 2013;110 (1): 107–14
115. Şelimen D. Ameliyathane hemşirelerinin bilgi düzeyleri ve ameliyathane hemşireliğinde mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliği konusunda bir araştırma. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 1991;1:24.
116. Kaymakçı Ş. Ameliyathanede karşılaşılan yasal sorunlar. İçinde: 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, 1999;.45-50.İzmir
117. Alver E. Ameliyathanede hasta güvenliğinin önemi. İçinde: 7. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 2011, Meta Basım, s.211, İzmir.
118. Patient Safety Incident Reports for England and Wales. http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identification_SPN.pdf, Erişim: 09.11.2014.
119. Abbasoğlu A, Uğurlu Z, Avcı Işık S, Karahan A, Ünlü H, Özhan Elbaş N. Güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılma durumu ve hemşirelerin güvenli cerrahi kontrol listesine yönelik görüşleri. İçinde: 8. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 2013 Meta Basım, s.211, İzmir.

EKLER

EK 1: ÇALIŞAN BİLGİ FORMU

1) Yaşınız?

1) 18-29 2) 30-39 3) 40-49 4) 50 ve üzeri

2) Cinsiyet:

1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni Durumunuz?

1) Evli 2) Bekar

4) Eğitim durumunuz?

1)Sağlık Meslek Lisesi

2)Önlisans

3)Lisans

4)Lisansüstü () Yüksek Lisans () Doktora

5)Tıpta Uzmanlık () Öğrenci () Mezun

5) Mezuniyet yılınız?

6) İş yerinizdeki şu andaki

pozisyonunuz nedir?

- 1) Cerrah
- 2) Cerrahi Teknisyen
- 3) Perfüzyonist
- 4) Anestezi
- 5) Sertifikalı Anestezi Hemşiresi
- 6) Anestezi Teknisyeni
- 7) Ameliyathane Hemşiresi (Steril ve sirküle)
- 8) Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi Hemşiresi
- 9) Servis Hemşiresi
- 10) Destek Ekip
- 11) Diğer: _____

7) Çalışma Durumunuz:

- 1) Kadrolu
- 2) Sözleşmeli

) Genel Çalışma Saatleriniz :

- 1) Gündüz
- 2) Gece/Nöbet+Gündüz

9) Haftalık ortalama çalışma

saatiniz:.....

10) Bu uzmanlık alanında kaç yıllık

deneyiminiz var? YIL

11) Ameliyathanede çalışmak kendi

isteğiniz miydi?

1) Evet 2) Hayır

12) Çalıştığınız ameliyathanede günde ortalama kaç cerrahi girişim gerçekleştiriliyor?

Gündüz:.....

Gece.....

13) Çalışma saatleriniz dışında yeterince dinlenebildiğinizi düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

14) 13. soruya yanıtınız olumsuz ise nedenleri nelerdir?.....

15) Bu hastanede kaç yıldır

çalışıyorsunuz? YIL.....

16) Siz çalışmaya

başlarken oryantasyon programı

yapılıyor mu?

1) Evet 2) Hayır

17) Kurumunuzda düzenli olarak

hizmet içi eğitim programlarına katılıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

18) 17.soruya yanıtınız evet ise

hizmet içi eğitim programlarının

belirlenmesinde önerilerinizi iletebiliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

19) Hasta güvenliği konusunda herhangi bir

eğitim programına katıldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

20) Katıldı iseniz lütfen türünü belirtiniz.

1) Hizmet içi eğitim programı

2) Kongre

3) Sempozyum

4) Konferans

5) Diğer

21) Ameliyathanede hasta güvenliği konusunda önerilerinizi belirtiniz.

1)

2)

3)

EK 2: GÜVENLİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (AMELİYATHANEDEKİ UYARLAMASI)

Bu araştırma, ameliyathanede güvenli, etkin tedavi ve bakım girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağı düşünülerek, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Ankete zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

Fatma SUSAM ÖZSAYIN

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Ölçeği kullanarak aşağıdaki kişilerle deneyimlediğiniz iletişimin ve işbirliğinin kalitesini tanımlayınız.	Çok Yetersiz	Yetersiz	Yeterli	Çok Yeterli	Mükemmel	Değerlendirilemedi
1.Uzman Cerrahlar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.Cerrahi Asistanlar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.Cerrahi Teknisyenler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.Perfüzyonistler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.Anestezi Uzmanları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.Anestezi Asistanları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7.Sertifikalı Anestezi Hemşireleri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8.Anestezi Teknisyenleri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9.Ameliyathane Hemşireleri (Steril ve sirküle)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10.Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi (Uyanma Odası) Hemşireleri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11.Servis Hemşireleri/Stajyer Hemşire	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12.Destek Personeli (Ameliyathane yardımcı personeli,temizlik personeli v.b.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13.Diğer.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum.	Kararsızım.	Biraz Katılıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum.	Değerlendirilemedi.
1. Bu ameliyathanede genellikle iş yükü ağırdır	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.İşimi severek yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3. Ameliyathanede hemşirenin hasta bakımına katkı sağlaması iyi karşılanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4. Burada bir hasta olarak tedavi görseydim kendimi güvende hissedirdim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.Bu hastanede tıbbi hatalar1 kurallara uygun şekilde incelenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7.Bir işleme başlamadan önce gerekli bilgilerin tümüne ulaşılabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8.Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9.Bu hastanenin yönetimi başarılıdır/iyi iş yapar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10.Hastane yönetimi, günlük çabalarımı destekler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11.Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12.Ameliyathanede hataları tartışmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13.Cerrahi bir girişim öncesi ameliyathane personelini bilgilendirmek için kısa toplantılar yapmak, hasta güvenliği açısından önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14.Ameliyathanede kısa bilgilendirme toplantıları yapılması olağandır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

15. Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16. Acil durumlarda, yorgunluk performansımı düşürür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17. Hastane yönetimi, hasta güvenliği konusunda, bilerek taviz vermez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18. Ameliyathanede karar alınırken, ilgili personelden alınan bilgilerden yararlanılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19. Hasta güvenliğiyle ilgili herhangi bir endişemi rapor etmem için, çalışma arkadaşlarım tarafından desteklenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. Bu ameliyathanelerin kültürü, başkalarının hatalarından ders çıkarmamızı kolaylaştırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. Bu hastane, sorunlu hekimler ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. Bu ameliyathanelerde tıbbi araç ve gereçler yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. Bu ameliyathanelerde, hasta bakımıyla ilgili farkına vardığım bir sorunu konuşmak zordur	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25. İş yüküm aşırı olduğunda performansım düşer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26. Hastanede işimi etkileyebilecek olaylar konusunda yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27. Başkalarının hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarını gördüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28. Bu ameliyathanelerde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları yönelteceğim uygun kanalları bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30. Bu ameliyathanelerdeki anlaşmazlıklar uygun şekilde çözülür. (ör: kimin haklı olduğu değil, neyin hasta için doğru olduğu?)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31. Yorulduğumda işte daha az faydalı olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32. Gergin ya da saldırganca durumlarda, hata yapma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

olasılığım daha fazladır.						
33. Kişisel sorunlardan kaynaklanan stres, performansımı olumsuz yönde etkiler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
34. Hastalara bakım vermek için diğer personelden gereksinim duyduğum desteği alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
35. Bu ameliyathanelerde görev yapan personel anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla soru sorabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
36. Bakımın sürekliliğindeki kesintiler (ör: nöbet değişimleri, hasta transferleri) hasta güvenliğine zarar verebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
37. Acil durumlarda, diğer personelin bir sonraki aşamada neler yapacağını tahmin edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
38. Hekimler ve hemşireler, burada iyi koordine edilmiş bir ekip olarak çalışırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
39. Kadrolu/geçici görevlendirilmiş hekimlerle olan anlaşmazlıklarımı, ifade etmekte çoğu kez yetersiz kalırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
40. Gerçek profesyoneller, çalışırken bireysel sorunlarını geride bırakabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
41. Bu ameliyathanelerde, ahlaki değerler yüksektir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
42. Sorumluluğumdaki stajyerler yeterince gözetlenip, denetlenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
43. Son mesaimde, birlikte çalıştığım tüm çalışanların adlarını ve soyadlarını bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
44. Hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarım oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
45. Bu ameliyathanelerdeki kadrolu/geçici görevlendirilmiş hekimler, işlerini başarıyla yapıyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
46. Bu ameliyathanelerdeki bütün personel hasta güvenliği konusunda sorumluluk alır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
47. Sabah kalktığımda ve işyerinde bir gün daha geçireceğimi düşündüğümde, kendimi yorgun hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
48. Bu ameliyathanelerde, öncelikli olarak hasta güvenliği sürekli güçlendirilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
49. İşim nedeniyle kendimi tükenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

50. Nöbet/vardiya değişimlerinde, önemli konular iyi bir şekilde iletilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
51. Burada, hasta güvenliği konusundaki klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere, genellikle uyulur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
52. İşimin beni engellediğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
53. İşimde, aşırı çalıştığımı düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
54. Bu ameliyathanelerde, kaza raporu bilgileri, hasta bakımını daha güvenli kılmak için kullanılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
55. Acil durumlarda, (ör: acil resüsitasyonlarda), deneyimsiz ya da daha az becerikli personelle çalışmak performansımı etkilemez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
56. Çalışanlar, ameliyathane için oluşturulan kuralları ya da rehberleri (ör: el yıkamak, tedavi protokolleri/algoritmeler-işlem yolları, steril alan v.b.) çoğu kez önemsemez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
57. Cerrahi girişim sırasında, kadrolu ya da geçici görevlendirilmiş cerrah, ameliyathane personelinden resmen sorumlu olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
58. Cerrahi girişimlere başlamada, gecikmelere neden olan iletişim bozuklukları sık sık olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

EK 3: Ölçek Kullanım İzni

10 06 2014

FATMA SUSAM <ftmsusam@gmail.com>

Alıcı: ebru_onler

Sayın Ebru ÖNLER Hocam,

İyi günler dilerim. Benim adım Fatma SUSAM ÖZSAYIN. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, merkezi ameliyathanede supervisor hemşire olarak çalışmaktayım. Aynı zamanda Ege Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR' dır.

"Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine ilişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" ile ilgili çalışmanızda kullandığınız ölçeği izniniz olursa incelemek ve kullanmak istiyoruz. YÖK'ün tez merkezini detaylı ve gelişmiş şekilleri ile aradım ancak hiçbir veriye ulaşamadım. Diğer kaynaklarda ve arama motorlarında da sadece özet kısmına ulaşabildim.

İlgili çalışmanızda kullandığınız ölçeğe izninizle nasıl ulaşabilirim?

Saygılarımla

Fatma SUSAM ÖZSAYIN

ebru onler <ebru_onler@yahoo.com>

10 06 2014

Alıcı: bana

Merhaba Fatma Hanım,
Tezimin tamamını ekte gönderiyorum, ölçekte içerisinde yer alıyor. İyi çalışmalar. Ebru ÖNLER.
Dr.Ebru ÖNLER
Namik Kemal University
School of Health
Nursing Department
Değirmenaltı Yerleşkesi
Tekirdağ / Turkey eonler@nku.edu.tr +90 542 218 90 52

Ek 4: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul İzni



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 2014/101

Bornova/İZMİR

KONU : Araştırma Kararı

14.11.2014

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR ve Yüksek Lisans öğrencisi Fatma SUSAM ÖZSAYIN sorumluluğunda Aralık 2014 - Ocak 2015 tarihleri arasında yapılması planlanan **“Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları”** konulu araştırma 14.11.2014 tarihinde, **Bilimsel Etik Kurul** tarafından incelenmiş ve **“Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur”** kararını almıştır.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr. Oya KAVLAK
Bilimsel Etik Kurul Başkanı

Ek 5: İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Bölgesi Genel Sekreterliği İzni



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

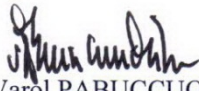
SAYI: 70941619-225
KONU: Uygulama izni.

23.09/2015

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Fatma SUSAM ÖZSAYIN ile ilgili İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği'nin 13.01.2015 tarih ve 1370 sayılı yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr. Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür

EK:
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği
Güney Genel Sekreterliği'nin yazısı.

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 311 24 96 Fax: 3114486
E-mail: sagbilens@mail.ege.edu.tr



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER:

Adı- Soyadı: Fatma SUSAM ÖZSAYIN

Doğum Yeri ve Tarihi : Çankırı – 08.08.1984

e-mail: ftmsusam@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ:

2008 - 2012 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu - Lisans

2012 Şubat – 2012 Mayıs Metropol University of College/Kopenhag- Danimarka (Erasmus Programı Öğrencisi)

İŞ/STAJ DENEYİMİ:

2003 – 2004 İstanbul Dünya Göz Hastanesi- Ameliyathane Hemşiresi

2004 – 2006 Kocaeli Kandıra Sağlık Grup Başkanlığı - Hemşire

2006 – 2007 Manisa Hemoglobinopati Tanı Merkezi – Hemşire

2007 – 2009 Manisa Devlet Hastanesi – Ameliyathane Hemşiresi

2012 Şubat – 2012 Nisan Omsorgscentret Kærbo /İshoj/Kopenhag-Danimarka - İntörn

2012 Nisan – 2012 Mayıs Hvidovre Hospital / Kopenhag-Danimarka - İntörn

2009 –... İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi –Merkezi Ameliyathane Supervisor Hemşire

KURSLAR/SERTİFİKALAR (vs.):

El yıkama ve Hijyen Kursu - Metropol University of College Kopenhag / Danimarka

Yönetici Hemşireler Derneği Hemşirelikte İnsan Gücü Planlaması Kursu

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi ile İlgili Uygulamalar Kursu

Intralase FS Kullanıcı Eğitimi Kursu

Schwind Carioza Pendular Kullanıcı Eğitimi Kursu

TOD 38. Ulusal Oftalmooloji Kongresi Göz Hemşireliği Kursu

Gündem A.Ş. Hastanelerde Sterilizasyon Sürecinin Kontrolü ve Dokümantasyonu Kursu

Florence Network National and International Professional Nursing and Midwifery Development Annual Meeting 2012 Malmö / İsveç

KİŞİSEL YETKİNLİKLER:

Yabancı Dil: İngilizce

Bilgisayar Bilgisi: Word, Excel, Power Point, SPSS