

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**CERRAHİ EKİBİN AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN
YETKİNLİKLERİNE YÖNELİK ALGILARI VE
YETKİNLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Ayşe UÇAK

DOKTORA TEZİ

2022-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

CERRAHİ EKİBİN AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN
YETKİNLİKLERİNE YÖNELİK ALGILARI VE
YETKİNLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ayşe UÇAK

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma CEBECİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. .../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIEERSBERGEN
Ege Üniversitesi

¼ye : Prof. Dr. İlhan G¼nbay
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Dr. Öğr. Üyesi Yeliz CİĞERCİ
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

Prof. Dr. Melike CENGİZ

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Ayşe UÇAK
İmza

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Fatma CEBECİ
İmza

TEŞEKKÜR

Doktora süresince akademik gelişimime katkı sağlayan, desteğini ve emeğini esirgemeyen, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Fatma Cebeci'ye,

Tez izlem komitesinde yer alan ve tezimin şekillenmesine destek veren Prof. Dr. Meryem Yavuz van Giersbergen, Prof. Dr. İlhan Günbayı ve Dr. Öğretim Üyesi Emine Çatal'a

Doktora eğitimim boyunca yardımlarından dolayı Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü personeline,

Araştırmaya katılmayı kabul eden Burdur, Isparta ve Antalya il merkezinde bulunan hastanelerdeki cerrahi ekip üyelerine,

Tüm hayatım boyunca her an yanımda olan anneme, babama ve kardeşlerim Müzeyyen, Kemal ve Tuğba'ya,

Sağlık Meslek Lisesi eğitim sürecimizden itibaren desteğini hep hissettiğim arkadaşım Hanife Bilgin'e,

Doktora eğitimimle tanıdığım ve her an yanımda olan Arzu Tat Çatal'a,

Tezimin her aşamasında, dostluklarıyla ve sevgileriyle her an yanımda olan tüm dostlarıma;

Sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algıları ile cerrahi ekibin hemşirelerin yetkinliği ve etkileyen faktörlere yönelik görüşlerinin, derin bir anlayışla belirlenmesidir.

Yöntem: Yakınsak paralel karma desende yapılan araştırma, Burdur, Isparta ve Antalya il merkezinde bulunan dört devlet, iki üniversite, bir eğitim araştırma ve on özel olmak üzere 17 hastanenin cerrahi ekip üyeleri ile yapılmıştır. Araştırmanın nicel boyutunu 224 ameliyathane hemşiresi, nitel boyutunu ise 21 hemşire, 21 cerrah, 3 anesteziist ve 9 tekniker/teknisyen olmak üzere 54 ekip üyesi oluşturmuştur. Veriler, Nicel ve Nitel Kişisel Bilgi Formları, Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği (PPCS-R) ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu aracılığı ile 1 Mart -20 Ağustos 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Nicel Veriler SPSS 24.0 paket programında, betimsel, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis H testleri kullanılarak, Nitel veriler ise betimsel ve içerik analizi aracılığı ile değerlendirilmiştir. Araştırma verileri birbirinden bağımsız analiz edilmiş, tartışma bölümünde analitik genelleme yapılarak yorumlanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın nicel boyutunda hemşirelerin %81.7'si kadın, %63.4'ü lisans ve üzeri eğitilmiş, %38.8'i yalnızca scrub hemşire olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin perioperatif yeterlilik algıları yüksek (160.86 ± 25.37)'tir. Ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik alanlarında, teknik, güvenlik ve teknik olmayan alanlar olmak üzere üç bağlam, dokuz tema ve 34 alt tema elde edilmiştir. Yetkinlik kazanma sürecini etkileyen faktörlerde ise organizasyonel ve bireysel olarak iki temel bağlam, dört tema ve 26 alt temaya ulaşılmıştır. Ekip üyelerinin tamamı beklenen yetkinliğin, usta-çırak ilişkisi ile kazanıldığına vurgu yapmışlardır.

Sonuç: Hemşirelerin perioperatif yeterlilik algılarının yüksek bulunması ve usta çırak ilişkisinin yetkinlik sürecini etkilemesi nedeniyle ameliyathane hemşireliğine özgü, örgün eğitim programlarının oluşturulması önemli bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Geliştirilecek müfredat içeriğinin, yetkinlik alanlarına temellendirilmesi ve kurumsal ihtiyaçların dikkate alınması önemli görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi ekip, ameliyathane hemşireliği, yetkinlik, yeterlilik, karma yöntem, teknik ve teknik olmayan beceri

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the perceived competence of operating room nurses and the opinions of the surgical team, regarding the competence of nurses and the influencing factors with a deep understanding.

Method: This convergent parallel mixed-methods study was carried out with members of the surgical team working in 17 hospitals including three public, two university, one city, one education and research, and ten private ones located in city center of Burdur, Isparta and Antalya provinces. The sample of the quantitative dimension of the study consisted of 224 operating room nurses working in authorized institutions, and the qualitative dimension consisted of 54 team members including 21 operating room nurses, 21 surgeons, 3 anesthesiologists, and 9 technicians. The data were collected between May 1th, 2020 and August 20th, 2020 using Quantitative and Qualitative Personal Information Forms, Perceived Perioperative Competence Scale (PPCS-R) and Semi-structured Interview Form. Quantitative data were evaluated using the SPSS 24.0 package program, using descriptive, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis H tests, and qualitative data were evaluated through descriptive and content analysis. The data were analyzed independently and interpreted based on analytical generalization in the discussion section.

Results: 81.7% of nurses in the quantitative dimension of the study are female, 63.4% hold undergraduate and postgraduate degrees, 38.8% work only as a scrub nurse. The nurses' perception of perioperative competence is high (160.86 ± 25.37). Three contexts, nine themes and 34 sub-themes were obtained in the competence areas of operating room nurses as technical, safety and non-technical. Two main contexts as organizational and individual, four themes and 26 sub-themes were reached in the factors affecting competency acquisition. The team members emphasized that the expected competence in operating room nurses is achieved through the master-apprentice relationship.

Conclusion: Developing formal training programs specific to operating room nursing is an important requirement in order to prevent unprofessional problems occur due to master-apprentice model. It is considered important to develop the curriculum content based on the competence areas, taking into account the organizational needs.

Keywords: Surgical team, operating room nursing, competence, competency, mixed method, perception, competence areas, technical and non-technical skills

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cerrahi Ekip ve Üyeleri	3
2.2. Cerrahi Hemşireliği	6
2.3. Ameliyathane Hemşireliği	7
2.4. Yetkinlik Kavramı.....	9
2.4.1. Yetkinlik Bileşenleri	10
2.4.2. Yetkinliklerin Sınıflandırılması	11
2.5. Hemşirelik Yetkinlik Alanları.....	13
2.6. Ameliyathane Hemşireliğine Özgü Yetkinlik Alanları.....	15
2.7. Ameliyathane Hemşireliğinde Yetkinliği Etkileyen Faktörler	25
2.8. Ameliyathane Hemşireliğinde Yetkinliğin Geliştirilmesinde Kullanılan Modeller	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Amacı	37
3.2. Araştırma Soruları	37
3.3. Araştırmanın Varsayımları (Sayıltıları)	37
3.4. Araştırma Paradigmaları ve Araştırma Tasarımı	38
3.4.1. Araştırmanın Nicel Aşaması	39
3.4.2. Araştırmanın Nitel Aşaması.....	39
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.6. Ön Uygulama	43
3.7. Veri Toplanması.....	44

3.7.1. Nicel Aşama Veri Toplama Araçları	44
3.7.2. Nitel Aşama Veri Toplama Araçları	45
3.7.3. Veri Toplama Süreci	45
3.8. Verilerin Analizi.....	46
3.8.1. Nicel Verilerin Analizi.....	47
3.8.2. Nitel Verilerin Analizi	48
3.9. Geçerlilik ve Güvenirlik.....	50
3.9.1. Nicel Verilerin Geçerlilik ve Güvenirlik	50
3.9.2. Nitel Verilerin Geçerlilik ve Güvenirliği	51
3.10. Araştırmanın Etiği.....	52
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	53
3.12. Araştırma Sürecinde Karşılaşılan Güçlükler.....	53
4. BULGULAR.....	56
4.1. Çalışma Grubu	56
4.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Demografik ve Çalışma Ortamı Özellikleri ile Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeğinin Karşılaştırılması	57
4.3. Nitel Bulgular.....	87
4.3.1. Yetkinlik Alanları.....	87
4.3.1.1. Teknik Alan.....	89
4.3.1.2. Güvenlik.....	96
4.3.1.3. Teknik Olmayan Alan	97
4.3.2. Yetkinliği Etkileyen Faktörler	116
4.3.2.1. Organizasyonel Faktörler	117
4.3.2.2. Bireysel Faktörler.....	131
5. TARTIŞMA	144
5.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinlik Alanları	144
5.1.1. Teknik Alan.....	145
5.1.2. Güvenlik.....	154
5.1.3. Teknik Olmayan Alan	160
5.2. Yetkinliği Etkileyen Faktörler.....	184
5.2.1. Organizasyonel Faktörler	185

5.2.2. Bireysel Faktörler.....	196
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	206
6.1. Sonuçlar.....	206
6.2. Öneriler	211
KAYNAKLAR	213
ÖZGEÇMİŞ.....	243
EKLER.....	247
EK 1. Batı Akdeniz Bölgesindeki Hastaneler Ve Çalışma İzinleri.....	247
EK 2. Ameliyathane Hemşireleri Tanıtım Formu	248
EK 3. Cerrahi Ekip Üyeleri Tanıtım Formu.....	251
EK 4. Nitel Veriler İçin Oluşturulan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	252
EK 5. Bilgilendirilmiş Olur Formu	253
EK 6. Etik Kurul Kararı	254
EK 7. Tez İzni İçin Yapılan Yazışmalar	256
EK 8. Ölçek İzinleri	288

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Örneklemeye Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	41
Tablo 3.2. Nitel Aşamaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Sosyodemografik ve Çalışma Ortamına Ait Özellikler (n=54).....	42
Tablo 3.3. Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Güvenirlik Değerleri	50
Tablo 4.1. Ameliyathane Hemşirelerine İlişkin Demografik Özellikler (n=224).....	56
Tablo 4.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Alt Boyutlarından Elde Edilen Betimsel Değerler (n=224)	57
Tablo 4.3. Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçek Maddelerine Ait Betimsel Değerler.....	58
Tablo 4.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları (n=224)	61
Tablo 4.5. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaş Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224).....	63
Tablo 4.6. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224)	65
Tablo 4.7. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Hastane Türüne Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224)	66
Tablo 4.8. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Mesleki Deneyim Yılına Göre Kruskal Wallis H Test Sonuçları (n=214*).....	69
Tablo 4.9. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=218*).....	70

Tablo 4.10. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Ameliyathane Deneyim Yılına Göre Kruskal Wallis H Test Sonuçları (n=218*).....	72
Tablo 4.11. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Benner Taksonomisine Uygun Olarak İlk Beş Yıl İçindeki Ameliyathane Çalışma Süresine Göre Kruskal Wallis H Test Sonuçları (n=60*).....	74
Tablo 4.12. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Haftalık Çalışma Saatine Göre U-Testi Sonuçları (n=224).....	76
Tablo 4.13. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Günlük Çalışma Saatine Göre U-Testi Sonuçları (n=219*).....	77
Tablo 4.14. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Haftalık Ameliyat Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=193*).....	79
Tablo 4.15. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Ameliyathane Oda Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224).....	81
Tablo 4.16. Ameliyathane Hemşirelerinin İstekli Çalışma ve Farklı Cerrahi Ekib Üyeleri ile Çalışma Sorularına Verdikleri Cevaplara Ait Frekans ve Yüzde Değerleri (n=224).....	83
Tablo 4.17. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Programına Katılma Durumlarına Göre t Testi Sonuçları (n=217*).....	84
Tablo 4.18. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklı Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre t Testi Sonuçları (n=217*)	85
Tablo 4.19. Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinlik Alanlarına İlişkin Tema ve Alt Temalar (n=54).....	88

Tablo 4.20. Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliğini Etkileyen Faktörlere İlişkin Tema ve Alt Temalar (n=54).....	116



SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASA	: American Society of Anesthesiologists - Amerikan Anestezistler Derneği
AORN	: Association of periOperative Registered Nurses - Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Amerika)
BSN	: Bachelor of Science in Nursing - Hemşirelikte Bilim Lisansı
CRM	: Crew Resource Management – Ekip Kaynak Yönetimi
CCRN	: Canadian Council of Registered Nurse Regulators - Kanada Kayıtlı Hemşire Düzenleyicileri Konseyi
EORNA	: European Operating Room Nurses Association - Avrupa Ameliyathane Hemşireleri Derneği
EQ	: Emotional Quotient – Duygusal Zeka
IQ	: Intelligence Quotient- Zeka Seviyesi
NTS	: Non-Technical Skills – Teknik Olmayan Beceriler
PACU	: Post-Anesthesia Care Unit - Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi-ASBÜ
PPCS-R	: Perceived Perioperative Competence Scale-Revised - Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği
PSF	: Performance Shaping Factors - Performans Şekillendirme Faktörleri

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cerrahi ve karmaşık invazif girişim uygulanacak hasta sayısının artması, eğitim, beceri ve adaptasyon gerektiren teknolojik gelişmelerin sağlık alanına yansımaları ile cerrahi süreç, giderek daha farklı ve karmaşık müdahaleleri gerektirmektedir. Birçok farklı meslek üyesi ve çalışanı bulunan cerrahi ekibin, en iyi performansı elde etmesi ve mükemmel hasta bakımını sağlaması için ortak hedefte buluşması ve bütünsel performans anlayışına sahip olması önemlidir. Bu süreç, bilgili, hedefe odaklı ve uyumlu bir ekip gerektirir (Dexter ve Epstein, 2019; Hicks ve Saletnik, 2019; Luedi ve ark., 2019; Musumeci ve ark., 2019; Williams, 2019).

Cerrahi ekibin bir üyesi olan cerrahi hemşireliğinin kapsamı ve rolleri geniştir ve her yaştan hasta popülasyonunu etkiler (Bindon, 2017). Özel rolleri veya birçok alt uzmanlık alanları (Bindon, 2017) barındıran cerrahi hemşireliği, çeşitli ve karmaşık bir uzmanlık alanıdır (EORNA, 2019). Cerrahi süreçte bir alt uzmanlık dalı olarak ameliyathane hemşireliğinin scrub, sirküle, cerrahi asistan, anestezi hemşireliği gibi çeşitli rolleri ile çok disiplinli bir ekip içerisinde yetkin bir şekilde performans göstermesi beklenmektedir (EORNA, 2019). Cerrahi ekibin vazgeçilmez unsurlarından olan ameliyathane hemşireleri, ameliyathanelerde etik ilkeler doğrultusunda güvenli hasta bakımının verilmesinde kilit roldedir (Sandelin ve ark., 2019; Sandelin ve Gustafsson, 2015). Yetkin ameliyathane hemşiresinin, hasta güvenliğini tehdit eden durumların önlenmesi ve kaliteli bakıma yönelik süreçlerin oluşturulmasındaki etkileri ve sağlık sistemleri üzerindeki mali yüklerin azaltılmasına da önemli katkıları bulunmaktadır (Beitz, 2019a). Cerrahi süreçteki değişimler bilgi, beceri, değer ve tutumların bütünleşmesi, beceri veya niteliği yerine getirme yeteneği olarak tanımlanan yetkinliği öne çıkarmaktadır (EORNA, 2019). Yetkinlik, bilgi, beceri, tutum, yetenek ve iyi muhakeme gibi farklı boyutlardan oluşan dinamik bir yapıdır (Peñataro-Pintado ve ark., 2021). Hemşireler, belirli bağlamlarda gerekli olan bilgi, teknik ve teknik olmayan beceri, tutum, düşünme yeteneği ve değerleri dahil olmak üzere birden fazla unsuru bütünleştirerek görevlerini yetkin bir şekilde yerine getirebilirler. Hemşirelik için gerekli kişisel özellikler, mesleki tutum ve davranışlar ile mesleki bilgi ve becerilere dayalı bakım verme yeteneği, yetkinliğin üç temel kategorisi

olarak ele alınmaktadır (Fukada, 2018). Ameliyathane hemşireliğinde uzmanlaşmak, anatomi, fizyoloji, cerrahi hastalıklar, cerrahi prosedürler, cerrahide kullanılan teknolojik cihazlar, aletler, asepsi prosedürleri, güvenlik, hasta bakımı ve ameliyathane ortamı hakkında bütünsel teknik bilgi ve becerilerle birlikte daha derin bir anlayışa sahip olmayı gerektirir (von Vogelsang ve ark., 2020). Teknik yetkinliği destekleyen bilişsel (karar verme, durum farkındalığı), kişilerarası (iletişim, ekip çalışması, liderlik) ve sosyal beceriler olarak tanımlanan becerilerin ameliyathane hemşirelerinin güvenli bakım vermesinde önemli ve temel beceriler olduğu kabul edilmektedir (Hanssen ve ark., 2020).

Cerrahi alandaki devam eden teknolojik gelişmelerle birlikte hemşirelik müfredatında ameliyathane hemşirelik eğitiminin olmaması ya da mevcut ameliyathane hemşireliği derslerinin seçmeli dersler kapsamında sınırlı olması, ameliyathane de öğrenciler için az sayıda akademik-klinik ortaklık bulunması, öğrenme ortamı olarak öğrencilerin ameliyathane deneyimlerinin olmaması gibi nedenlerle, ameliyathane hemşireleri, uzmanlık bilgi ve becerilerini iş başında kazanmaktadırlar (Beitz, 2019a). Ameliyathane ortamının doğası, sosyal kültürü, mentörlük kültürü, destekleyici eğitmenler, başarılı bir oryantasyon ve eğitim programları, ameliyathane hemşirelerinin yetkinleşme süreçlerini kolaylaştırmaktadır (Gorgone ve ark., 2016). Ameliyathane hemşireliği, teknik ve teknik olmayan becerilerin mevcut süreç içerisinde eğitim yolu ile kazandırılmasını gerekli kılmaktadır (Crafoord ve Fagerdahl, 2017).

Karma yöntemli araştırmada, ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik durumları, örtük yetkinlikler ve etki eden değişkenler derinlemesine ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilecektir. Araştırmanın nicel boyutunda ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerine yönelik algıları ve sosyodemografik, çalışma ortamına ilişkin özelliklerin yetkinlik algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. Nitel boyutunda ise cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinliği ile etkileyen faktörlere yönelik düşüncelerinin/ görüşlerinin anlaşılması ve yorumlanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Ekip ve Üyeleri

Cerrahi ekip, farklı eğitim ve becerilere sahip, birbirini tamamlayan, multidisipliner bir ekiptir. Ekip, birbirine bağlı, iş birliği, açık iletişim, ortak karar alma yoluyla gerçekleştiren dinamik bir süreçte, ortak sağlık hedeflerini paylaşan iki veya daha fazla sağlık profesyonelinin oluşmaktadır (Kumar ve ark., 2019). Cerrahi ekipteki profesyonellerin bileşenleri, ülkeler, bölgeler ve sağlık kurumları arasında farklılık göstermektedir (Sandelin ve Gustafsson, 2015). Ameliyathane içinde cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler gibi temel ekip üyeleri (Hull ve ark., 2011; Stephens ve ark., 2016; Urpo ve ark., 2021) ile radyologlar, perfüzyonistler, sağlık destek çalışanları (Stephens ve ark., 2016) gibi farklı uzmanlık alanlarına sahip personeller, cerrahi prosedürün farklı aşamalarını gerçekleştirmektedirler (Kumar ve ark., 2019). Cerrahi ekip üyelerinin, rol ve sorumluluklarına göre genellikle steril ekip ve steril olmayan ekip olarak kategorileştirildiği görülmektedir (Hoffman ve Sullivan, 2017). Steril ekip üyeleri; cerrah, cerrahi asistan (hekim, hemşire), scrub hemşire, cerrahi teknoloji uzmanı ve teknisyenden oluşmaktadır. Steril olmayan cerrahi ekip üyeleri ise anestezi ekibi (hekim, hemşire, teknisyen), sirküle hemşire, ameliyathane yöneticisi, destek uzman personeller (patolog, radyoloji teknisyeni, ameliyat ve ameliyatta kullanılan ekipmanlara göre farklı teknik personel) (Arslanoğlu ve Köser, 2020; Kumar ve ark., 2019) ile yardımcı personellerden oluşmaktadır (Kawaguchi ve Kao, 2021).

Steril Ekip Üyeleri; steril alanda çalışan ve cerrahi işlem boyunca asepsiye koruma sorumluluğuna sahip kişilerdir (Hoffman ve Sullivan, 2017).

Cerrah; ameliyat yapma yetkisine sahip doktorların oluşturduğu gruptur (Kaymakçı, 2015). Cerrahi ekibin lideri olarak kabul edilir ve ameliyatın etkin ve güvenli bir şekilde yapılmasında, nihai sorumluluğa sahiptir (Smith ve ark., 2016).

Cerrahi asistanlar; cerrahi prosedürlere yardımcı olmalarını sağlayan özel eğitime sahip uygulayıcılardır. Bu rolü ülkemizde doktorlar yürütmekle birlikte Amerika ve Kanada gibi bazı ülkelere hemşireler de yürütebilmektedir (ACORN, 2021; EORNA, 2019; Hoffman ve Sullivan, 2017). Cerrahi asistanlığı rolü üstlenen meslek üyesinin görevi, ameliyat

sırasında cerraha yardım etmek ve desteklemektir (Catchpole, 2011). Cerrahi asistan, cerrahi alanını açık tutma, dokuları ekarte etme, yarayı aspire etme, kanayan damarları bağlama ve suture atma gibi çeşitli görevleri üstlenir (Kanan, 2017). Cerrahi asistanlık, becerilerini öğrenmek için hemşirelerin ek olarak lisansüstü düzeyde yoğun eğitim almaları gerekmektedir. Cerrahi asistanları ameliyat sırasında cerrahın gözetiminde ve yasal izin kapsamında bazı cerrahi prosedürleri üstlenebilir ve uygulamaları gerçekleştirebilirler (ACORN, 2021; EORNA, 2019).

Scrub Hemşire; ameliyathanede cerrahi işlem sürecinde steril ekibin bir üyesi olarak cerrahlar ve tıbbi ekiple birlikte çalışan, özel olarak eğitilmiş hemşirelerdir (EORNA, 2019; T. C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı:27910). Cerrahi süreçte doğrudan cerrahla birlikte çalışır. Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular. Prosedür öncesinde steril alan ve malzemelerin hazırlanmasından, cerrahi süreçte ise steril alanın sağlanması ve sürdürülmesinden sorumludur. Cerrahi işlem sırasında ihtiyaç duyulan sarf malzemelerin, tüm cerrahi aletlerin, kompres ve tamponların temin, sayım ve kayıt işlemlerinden sorumludur. Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesi, sayılması, steril edilmesi ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar (ACORN, 2021; EORNA, 2019; T. C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı:27910; Hoffman ve Sullivan, 2017).

Steril olmayan cerrahi ekip üyeleri, görevlerini steril alanın dışında gerçekleştirirler ve steril kıyafet giymezler (Kaymakçı, 2015).

Anestezi ekip üyeleri; Anestezi uzmanı bir doktor ya da anestezi uygulamak için eğitilmiş anestezi hemşiresi olabilir (Arakelian ve ark., 2019; Hoffman ve Sullivan, 2017; Urpo ve ark., 2021). Anesteziyolog özellikle anesteziyoloji bilim ve sanatında yetişmiş bir hekimdir. Anestezist ise anestezi veren hekim, hemşire veya teknisyen gibi sağlık çalışanlarından biridir (Kanan, 2017). Anestezi hemşireliği bazı ülkelerde lisansüstü düzeyinde eğitim sonrası anestezi uygulama yetkisi de bulunan hemşiredir. Hastayı ameliyathaneye alma, anestezi için ekipman hazırlığı, hasta izlemi, hasta güvenliğini sağlama ve işlem sürecinde anestezi uzmanına yardımcı olma görevleri arasında yer almaktadır (ACORN, 2021; EORNA, 2019). Anestezi teknisyeni/teknikeri; sağlık meslek

liselerinin ve meslek yüksekokullarının anestezi programlarından mezun; anesteziyoloji ve reanimasyon uzman tabibin sorumluluğunda ve yönlendirmesi doğrultusunda anestezi işlemlerinin güvenli bir şekilde başlatılması, sürdürülmesi ve sonlandırılması için gerekenleri yapan sağlık personeli (Çırpan ve Gürer, 2018).

Sirküle hemşireler; cerrahi prosedürü geniş bir perspektiften gözlemleyerek cerrahi ekibe hasta için güvenli ve rahat bir ortam yaratma ve sürdürmede yardımcı olur (Hoffman ve Sullivan, 2017). Ameliyat öncesi alanda hastanın ilk değerlendirmesini yapar, hasta ile terapötik bir iletişim kurar ve psikolojik destek sağlar. Cerrahi ekip üyelerine steril önlük, eldiven ve diğer koruyucu ekipmanların giyilmesinde, hasta izleminde yardımcı olur. Ameliyathane odasındaki koşulların güvenli ve steril kalmasını destekler. Cerrahi süreç boyunca ekibin tıbbi malzeme, steril malzeme, ekipman, alet ve ilaç ihtiyacını sağlar. Numunelerin uygun şekilde etiketlenmesi ve laboratuvara gönderilmesini koordine eder. Malzeme sayımlarını yapar, ameliyat ile ilgili kayıt işlemlerini tamamlar. Güvenli ve konforlu çevre sağlama ve hasta mahremiyetini koruma sorumlulukları arasında yer almaktadır (ACORN, 2021; EORNA, 2019; T. C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı:27910; Hoffman ve Sullivan, 2017).

Destek Sağlık Profesyonelleri; cerrahinin türü, özelliği ve kullanılacak cihazlar, farklı uzmanlık ya da yetkinlik alanları olan görevlileri gerektirebilmektedir. Ekstrakorporeal dolaşım sisteminin yönetiminden sorumlu perfüzyonist (Amaç, 2020), radyoloji uzmanı ya da teknisyeni, laborant ve diğer yardımcı teknik elemanlar gibi çeşitli profesyonel sağlık çalışanları ameliyathaneye destek için cerrahi ekibe dahil olmaktadır (Özbayır, 2014).

Cerrahi Teknisyen/ Cerrahi Tekniker; cerrahi ekibin bir üyesi olarak cerrah, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte hizmet veren yardımcı sağlık profesyonelleridir. İnvaziv ve non-invaziv cerrahi prosedürlerin güvenli ve etkili bir şekilde yürütülmesini kolaylaştırmak için cerrahın gözetimi ve yetkisi altında ekipmanın düzgün çalışmasını sağlayarak cerrahi prosedürünün yürütülmesini sağlar. Ameliyathane ortamında, malzemelerin yeniden kullanıma hazır hale getirilmesini sağlar. Hastanın ameliyat odasına alınmasına, pozisyon verilmesine, ameliyat sonrası nakline ve cerrahi materyalin

uygun bir şekilde ilgili birime gönderilmesine yardımcı olur. Cerrahi alet ve ekipmanların periyodik muayenelerini yaptırır ve olası arızalarını zamanında haber verir (Wetmore ve ark., 2019; T. C. Resmi Gazete. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. 22 Mayıs 2014. Sayı: 29007). Cerrahi teknikerler, ek eğitim ve öğretim ile cerrahi asistan rolünde işlev görmektedir (Wetmore ve ark., 2019). Cerrahi teknikerleri Türkiye de iki yıllık üniversite diplomasına, cerrahi teknisyenler de lise diplomasına sahiptir (Karahan ve ark., 2020).

Yardımcı Destek Personeller; cerrah, özellikle ameliyathane hemşirelerine karşı sorumludur ve onların gözetimi altında çalışır. Ameliyathaneye hasta nakli ve işlemlerine hazırlık, hastanın ameliyat masasına yerleştirilmesi, güvenliğinin sağlanması, numunelerin laboratuvara teslimi, ameliyathane ve malzeme hazırlığı ve temizliği gibi görevleri bulunmaktır (Hoffman ve Sullivan, 2017).

Ameliyathane koordinatörü; ameliyathanenin verimli çalışmasını sağlamak için bütçeler, personel ve diğer kritik alanlardan sorumludur (Hoffman ve Sullivan, 2017)

2.2. Cerrahi Hemşireliği

Cerrahi hemşireliği, cerrahi tedaviye ihtiyacı bulunan bireylerin ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında sağlıklarını koruma ve geliştirmeye odaklı hemşirelik bakımını planlayan, uygulayan ve denetleyen, uzmanlık alanıdır (IFPN, 2021). Bu uzmanlık alanı, cerrahi birimler, ameliyathane, sterilizasyon, anestezi ve sonrası bakım, gününbirlik, endoskopi, girişimsel radyoloji ve ağrı yönetimi gibi farklı uzmanlık alanlarındaki hemşirelik bakımını kapsar. Cerrahi hemşiresi, hasta/ailesi ve sağlık ekibiyle sürekli etkileşim halinde, hasta savunucusu, sağlık sistemi içinde etkin bir aktör olarak bağımsız ve/veya bağımlı rollerde çalışmaktadır (EORNA, 2019).

Cerrahi hemşireleri, klinik, anestezi, sirküle, scrub, cerrahi asistan (ACORN, 2021; EORNA, 2019; Eriksson ve ark., 2020; Urpo ve ark., 2021), Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi (ASBÜ- PACU: Post-Anesthesia Care Unit), kabul öncesi ve gündüz cerrahi hemşiresi (ameliyat öncesi hasta değerlendirme ve eğitim hemşiresi), hemşire eğitimcisi ve yönetici hemşire olarak farklı alanlardaki rollerini yerine getirmektedirler (ACORN,

2021). Cerrahi hemşirelerinin, birincil amacı, hasta güvenliğini sağlamak, steril ve güvenli bir cerrahi ortam yaratmak ve sürdürmek, hastaların mümkün olan en iyi desteği alacağı bir ortam oluşturmak, hasta eğitimi sağlamak, hastanın fiziksel ve duygusal sağlığını izlemek ve cerrahi bakım sürecinde hasta bakımını bütünleştirmek ve koordine etmekten sorumludur (Sillero Sillero ve Zabalegui, 2018). Rollerini yerine getirirken uygulamalarına, profesyonel liderlik, eğitim ve araştırmayı dahil ederler. Hemşire yöneticileri, personele klinik liderlik sağlarken, yüksek bir standartta güvenli hasta bakımının planlanmasını, uygulanmasını, değerlendirilmesini ve sürdürölmesini sağlar. Cerrahi birimler, ameliyathane, günübirlik cerrahi, cerrahi kabul ünitesi, merkezi sterilizasyon ve tedarik departmanı gibi çeşitli bölümlerde yönetici olarak görev yapan cerrahi hemşireleri, klinik ile hastane üst yönetimi arasında bağlantıyı sağlar ve sürdürür (ACORN, 2021). Eğitici rolü ise yeni personelin oryantasyonunu kolaylaştırmak, uygulamaya geçiş programlarını geliştirmek, performans yönetimi, öğrencilerin desteklenmesi (ACORN, 2021), birden fazla disiplinle başarılı iş birlikleri yapmak, kanıta dayalı uygulamayı kalite iyileştirme girişimlerine dahil etmek, etkin iletişim için bilgi teknolojisini kullanmak ve hataları azaltmaya yönelik işlevleri kapsamaktadır. Doğrudan hasta bakımı sağlamakla birlikte personelin eğitim ihtiyaçlarını destekleyerek başarılı bir dönüşümün sağlanmasına yardımcı olmaktadır (Mower, 2017). Cerrahi hemşirelerinin araştırma rolleri de, sağlık politikaları ve klinik uygulamaları şekillendirmenin merkezinde yer almaktadır (ACORN, 2021). Cerrahi hemşireliğinin özellikli ve farklı yetkinlik alanlarından biri, ameliyathane hemşireliğidir.

2.3. Ameliyathane Hemşireliği

Amerikan Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN: Association of periOperative Registered Nurses)'nin tanımına göre cerrahi ve ameliyathane hemşiresi, “cerrahi ya da invaziv girişim nedeniyle, potansiyel olarak koruyucu refleksleri ya da kendine bakım yetisi tehlikeye giren hastaların, gereksinimlerini karşılamak üzere, hemşirelik sürecini kullanarak bakımı belirleyen, koordine eden ve veren profesyoneldir” (Kaymakçı, 2015). Ameliyathane hemşireliği, diğer hemşirelik alanlarının yanı sıra kendine özgü bir süreç olarak ele alınmaktadır (Arslanoğlu ve Köser, 2020). Ameliyathane hemşiresi, cerrahi süreçte veya hastanın ameliyat masasına alınmasından derlenme alanına kabulüne kadar geçen sürede verilen hemşirelik bakımından sorumludur

(Goodman ve Spry, 2017). Ameliyathane hemşireliği, temel hemşirelik faaliyet ve uygulamalarının yanında, cerrahi hastalarının ihtiyaçlarına yönelik olarak hastaya pozisyon verme, ameliyat hazırlığını yapma, hasta, ameliyat ve tarafını doğrulama, cerrahi güvenlik formlarını doldurma, ekip içi iletişim ve cerrahi uygulamalara katılmayı gerektirir. Hemşirelerin cerrahi sırasında uyguladığı girişimlerin ve sorumluluklarının boyutları arttıkça yetkileri ve sorumlulukları da artmaktadır (Kaymakçı, 2015). Ameliyathane hemşirelerinin, intraopertaif dönemde gerçekleştirdikleri bakımla birlikte klinik ve hizmet kalitesi, koordineli hasta merkezli bakım, bilgi yönetimi, verimlilik, maliyet etkinliği, hasta memnuniyeti, robotik koordinatörlük, bilişim uzmanlığı gibi rol ve kapsamları bulunmaktadır (Yu ve ark., 2022).

Cerrahi hemşire ekibi ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Finlandiya'da scrub, sirküle ve anestezi hemşiresi olmak üzere üç hemşireden oluşur (Urpo ve ark., 2021). İsveç'te ameliyathane ortamlarında, hemşire anesteziistleri ve ameliyathane hemşireleri görev almaktadır (Arakelian ve ark., 2019). İsveçli ameliyathane hemşireleri, önce 3 yıllık Hemşirelikte Bilim Lisansı (BSN: Bachelor of Science in Nursing) derecesi alırlar. 1 yıllık ileri ameliyathane hemşirelik programına girmek için en az bir yıllık klinik deneyim gerekmektedir. Ameliyathane hemşireleri bu eğitim ve deneyim kombinasyonu yoluyla elde ettikleri önemli beceri ve bilgileri kullanarak hemşirelik bakım becerilerini tam olarak geliştirmelerini ve uygulamalarını sağlamaktadır (Eriksson ve ark., 2020). Avustralya da cerrahi hemşirelik anestezi, sirküle, scrub, Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi (PACU), kabul öncesi ve gündüz cerrahi hemşirelerinden oluşmaktadır (ACORN, 2021). Avrupa Ameliyathane Hemşireleri Derneği (EORNA: European Operating Room Nurses Association) cerrahi hemşiresinin rollerini, sirküle, anestezi (bazı ülkelerde), ameliyathane, anestezi sonrası bakım ünitesi, cerrahi asistanlığı (bazı ülkelerde), hijyen yönetimi, ağrı yönetimi, endoskopi ve gündüz cerrahi hemşiresi olarak tanımlamaktadır (EORNA, 2019). Birleşik Krallık'ta, cerrahi ortamlarda, farklı sorumluluklara sahip anestezi, ameliyathane ve iyileşme (recovery) hemşiresi olarak üç tip hemşire tanımlanmaktadır (NHS Career, 2021).

2.4. Yetkinlik Kavramı

Yetkinlik kavramının ilk defa White tarafından 1959 yılında insan kaynakları alanında kullanıldığı görülmektedir (White, 1959). McClelland'ın 1973'te yayımladığı makaleden sonra asıl yerini almıştır (McClelland, 1973). Boyatzis, Spencer ve Spencer, Prahalad, Hammel ve farklı araştırmacıların çalışmaları, kavramın içeriğini geliştirmiş ve zenginleştirmiştir (Bayraktar, 2018; Budak, 2016; Ünsar, 2009).

McClelland'a göre yetkinlik; "geniş ölçüde başarı ile ilgili psikolojik veya davranışsal nitelikler şeklinde değerlendirilmektedir (McClelland, 1973; Ünsar, 2009). Bir kişinin iş hayatında neler yapabileceğine ilişkin en önemli göstergenin, onun yapılandırılmamış bir durumda anlık olarak ne düşündüğü ve yaptığı veya geçmişte benzer durumlarda hangi davranışları sergilediğidir. Yetkinliğin çevresel koşullara duyarlı olduğu vurgulanmaktadır (Bayraktar, 2018). Spencer ve Spencer, yetkinliği, bireyin herhangi bir işte veya herhangi bir durumda sergilediği etkili ve/veya üstün başarı ile neden sonuç ilişkisi bulunan temel bir özellik olarak tanımlamaktadır (Spencer ve Spencer, 1993). Bu özellik; kişiliğin oldukça derin bir parçası, değişik durum ve koşullarda bireyin nasıl davranacağını öngörmeye imkan sağlayan bir göstergedir (Bayraktar, 2018). Boyatzis ise yetkinliği “kişinin, işte kendisinden beklenen özel davranışları sergilemesine imkan veren kişisel özellikler (güdü, karakter, yetenek, kişisel imaj, sosyal rol ve bilgi birikimi)” olarak tanımlamaktadır (Boyatzis, 1982; Gangani ve ark., 2008). Bu tanımlamalara göre yetkinlik, bireyin, iş ortamına getirdiği kişisel yetenekleri temsil eder. Ancak bir işte etkili performansın ortaya çıkması sadece kişinin sahip olduğu yetkinlikle değil, kişiden beklenenler ve işin gerçekleştirildiği örgütsel çevre ile de bağlantılıdır. Boyatzis'in “Etkili İş Performansı Modeli”ne göre etkili davranışlar; iş talepleri, örgütsel çevre ve bireysel yetkinlikler ile ortaya çıkar (Boyatzis, 1982). İş talepleri, işini uygularken yönetimin kişiden ne yapması gerektiğine dair beklentisini; örgütsel çevre, yöneticinin, yöneticilik işlevini yerine getirirken çevresi tarafından ne yapması gerektiğine dair beklentiyi; bireysel yetkinlikler bileşeni ise bir kimsenin iş yapabilme yeteneğini gösterir. Yetkinlikler, işteki etkili ve/veya üstün performansla nedensellik bağlantısı olan özelliklerdir (Bayraktar, 2018). Boyatzis'in çalışmasını geliştiren Spencer ve Spencer modele yeni öğeler ekleyerek Etkili İş Performansı Geliştirilmiş Modelini düzenlemiştir (Spencer ve Spencer, 1993). Yetkinlik; kişinin, belirli bir işte, istenilen düzeyde başarı

sağlaması için kritik değer taşıyan, kişiyi sıradan uygulayıcılardan farklılaştıran, gözlemlenebilir ve ölçülebilir kişisel özellikler ile aynı nitelikte ve eğitim yoluyla geliştirilebilen bilgi, beceri ve tutumların toplamıdır. Yetkinliklerin genel ve evrensel olmasına karşılık beceriler durumsal ve özeldir (Bayraktar, 2018). Yetkinlik belirli bir iş bağlamında bir aktivitenin yapılabilmesi için gerekli olan ve insanların elde edebilecekleri spesifik, belirlenebilir, tanımlanabilir ve ölçülebilir bilgi, yetenek, beceri ve/veya diğer işle ilgili özellikleridir (tutum, davranış, fiziki beceri) (Ünal, 2013).

Budak'ın belirttiğine göre yetkinliğe ilişkin yaklaşımlar ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Amerikalı yazarlar yetkinlik sözcüğünün karşılığı olarak competency/competencies kavramlarını, İngiliz yazarlar competence/competences terimini tercih etmektedirler (Budak, 2016). Amerikalı bilim insanları yetkinliği yüksek başarı sahibi kişilerin özelliklerini belirlemek amacıyla, İngiliz bilim insanları ise daha kurumsal ve daha standart düzeyde değerlendirmektedir. Türkçe' de, Amerikan bilim insanlarının yüklediği içeriği "yetkinlik", İngiliz bilim insanlarının yüklediği içeriği ise "yeterlilik" kavramları şeklinde kullanmak uygun görünmektedir (Berman, 1997; Budak, 2016). Yeterlilik (competence) "gözlemlenebilen becerilere bağlı ortaya çıkan performans düzeyi", yetkinlik (competency) ise "olağanüstü performansın ortaya çıkmasına olanak sağlayan davranış ve işlevsel beceri" olarak tanımlanmaktadır (Berman, 1997). Türkçe kaynaklarda yeterlilik; yeterli olma durumu, yeterlik, bir işi yapma gücünü sağlayan özel bilgi, ehliyet olarak; yetkinlik ise yetkin olma durumu, olgunluk, kemal, mükemmeliyet olarak tanımlanmaktadır. Yetkin birey, gerekli olgunluğa erişmiş, olgun, kâmil, mükemmel olma özelliği gösteren kişidir (Balçık Çolak ve Öztürk Can, 2021).

2.4.1. Yetkinlik Bileşenleri

Yetkinlik, bilgi, beceri ve tutum, gözlenebilir davranış ve üstün performans bileşenlerinden oluşmaktadır.

Bilgi: Kişinin özel bir alanda ya da konuya ilişkin sahip olduğu bilgidir. Karmaşık bir yetkinliği oluşturmaktadır (Biçer ve Düztepe, 2003; Spencer ve Spencer, 1993; Tak ve ark., 2007). Her yetkinliğin az ya da çok kavramsal boyutta bir bilgi düzeyi vardır. Belirli bir konuda yetkin olabilmek için, öncelikle o konu hakkında bilgi sahibi olmak gerekir.

Bilgi, deneyim yoluyla kazanılabileceği gibi eğitim yolu ile de kazanılabilir (Budak, 2016).

Beceri: Belirli bir fiziksel ya da zihinsel görevi yerine getirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Biçer ve Düztepe, 2003; Spencer ve Spencer, 1993). Yetkinliğin doğal ya da tecrübe ile kazanılan boyutudur. Bir konuda beceri sahibi olmak için o konuda yetenekli olunması gereği açıktır. Sonradan kazanılan becerilerde deneyimin etkisi büyüktür (Budak, 2016).

Tutum: Kişilik özellikleri, karakter, inanç ve değerler gibi subjektif özelliklerin bilgi ve beceriyi harekete geçirme yaklaşımıdır (Budak, 2016; Tonus, 2014). Bireyin zihninde oluşturduğu düzenlenmiş bir inanç ve düşünce sistemidir. İçseldir ve gözlemlenemez ancak tahmin edilebilir. Bireyin belirli bir konu ile ilgili tutumu, o konudaki davranışını şekillendiren önemli bir öğedir (Budak, 2016).

Gözlenebilir davranışlar: Yetkinliğin değerlendirilebilmesi için gözlemlenebilir ve ölçülebilir davranışlar haline dönüşmesidir (Budak, 2016; Çiftçi ve Öztürk, 2013; Tonus, 2014).

Üstün performans: Yetkinliklerin kullanılması sonucunda ortaya çıkan davranışların ortalama değerlerden ve performanstan daha fazla olmasıdır (Çiftçi ve Öztürk, 2013). Belirli bir rol için gerekli yetkinliklere sahip olan kişiler bu özelliklere sahip olmayanlara göre daha yüksek performans gösterirler. Bir işte üstün performans göstermeye yol açan her türlü zihinsel, fiziksel ve duygusal davranış, o iş için geçerli yetkinlik olarak kabul edilir (Budak, 2016).

2.4.2.Yetkinliklerin Sınıflandırılması

Yetkinliklerin sınıflandırılmasında farklı yaklaşımların kullanıldığı görülmektedir. Bazı araştırmacılar temel, teknik (işe özgü) ve yönetsel yetkinlikler olmak üzere üç grupta, bazıları davranışsal ve teknik yetkinlikler olarak iki grupta incelemektedir. Bazı bilim insanları ise temel ve fonksiyonel yetkinlikler şeklinde sınıflandırmaktadır (Bayraktar, 2018; Çetinkaya, 2009).

Turner ve Grawford, yetkinlikleri; bireysel ve örgütsel olarak iki grupta toplamaktadır. Bireysel yetkinlikler, bireyin sahip olduğu ve kişisel özellikler, yetenekler ve davranışlardan oluşmaktadır. Örgütsel yetkinlikler; işletmeye aittir ve süreçler içerisinde oluşturulur ve örgütün bireysel yetkinlikleri örgüt düzeyinde yetkinliklere dönüştürmesine yardımcı olmaktadır (Tonus, 2014; Ünal, 2013). Spencer ve Spencer da yetkinlikleri eşik ve ayırt edici yetkinlikler olarak kategorileştirmektedir (Tonus, 2014). Çalışan herkesin bir işi yapabilmesi için gereken ve minimum başarıyı sağlayan temel özellikler eşik yetkinlikleri (Bayraktar, 2018; Tonus, 2014), en iyi performans gösterenler ile ortalama performans gösterenleri birbirinden ayıran yetkinlikler ise ayırt edici yetkinlikleri oluşturmaktadır (Tonus, 2014).

Carrol ve McCrackin yetkinlikleri, temel yetkinlikler, takım yetkinlikleri, liderlik/yönetici yetkinlikleri ve fonksiyonel (işe özgü) yetkinlikler olarak sınıflandırmaktadır (Carroll ve McCrackin, 1998). Temel yetkinlikler hem örgütler hem bireyler için kullanılır. Örgütte çalışan herkesin sahip olması istenen ve bir çalışanın, başkalarıyla karşılaştırıldığında kendisine stratejik üstünlük sağlayan özellikleridir (Bayraktar, 2018). Takım yetkinlikleri; çalışma birimi olarak bir takımın belirli özellik ve becerilerini tanımlamaktadır (Akyol ve Budak, 2013). Liderlik, yönetsel iş ve süreçleri yerine getirebilmek için gerekli yetkinliklerdendir. Fonksiyonel (işe özgü/teknik) yetkinlikler, çalışanların belli bir alanda işlerini daha etkin şekilde yapabilmesi ya da üstün performans gösterebilmesi, prosedürleri yerine getirebilmesi için gerekli olan bilgi ve becerilerdir (Ünal, 2013). Sonradan kazanılmış, bir işi diğerinden ayıran doğal özellikler olan fonksiyonel yetkinlikler mesleki başarı standartlarına ilişkin ölçüt olarak da kabul edilebilir (Bayraktar, 2018; Budak, 2016).

Bayraktar'ın belirttiğine göre Boyatzis yetkinlikleri başarı, yardım, etki, yönetsel, problem çözme ve kişisel olmak üzere altı sınıfta toplamıştır: *Başarı yetkinlikleri*; başarı motivasyonu, geliştirme çabası ile kalite ve düzen yetkinliklerinden oluşmaktadır (Bayraktar, 2018). *Yardım / Hizmet Yetkinlikleri*; insana yönelik hizmetlerde, başkalarının ihtiyaçlarını karşılamayı amaç edinmek ve bunun için çalışma yetkinlikleridir. *Etki yetkinlikleri*; kişilerin başkaları üzerinde etki kurmaya yönelik isteğini yansıtmaktadır. "Güç isteği" olarak da tanımlanmaktadır (Akyol ve Budak, 2013). *Yönetsel yetkinlikler*;

yöneticilerin sahip olduğu özel, gözlenebilir davranışsal özelliklerini veya yetkinliklerini tanımlamak ve geliştirmektir (Çetinkaya, 2009). *Uygun düşünme/problem çözme yetkinlikleri*: Analitik düşünme, kavramsal düşünme, teknik uzmanlık ve bilgilendirme çabası yetkinliği bu sınıflama içindedir (Budak, 2016). *Kişisel yetkinlikler (davranışsal yetkinlikler)*; bireylerin doğuştan gelen becerilerle bağlantılı olarak iş ortamına getirdikleri kişisel özelliklerdir. Yaşam becerileri olarak da değerlendirilmektedir. Duygusal, fiziksel ve bilişsel öz-düzenleme, muhakeme etme, problem çözme, fikir geliştirme, strese dayanıklılık, ilişki kurma, iletişim, liderlik, analitik beceriler, kontrollük, özgüven, örgüte bağlılık, esneklik ve başarı yönelimli olma, davranışsal yetkinlik örnekleridir (Bayraktar, 2018).

2.5. Hemşirelik Yetkinlik Alanları

Hemşire yetkinliği sağlık hizmetlerinde kaliteli ve güvenli bakımın verilmesinde önemli katkılar sağlamaktadır. Yetkinlik, hemşireliğin bilgi, tutum ve becerileri dahil olmak üzere tüm yönlerini kapsar ve bakım kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ayrıca yetkinlik, iş performansı, memnuniyeti ve işten ayrılma ile yakından ilişkilidir (Rizany ve ark., 2018). Hemşire yetkinliği, bir hemşirenin kişisel özellikler, profesyonel tutum, değerler, bilgi ve beceriler gibi bir dizi özelliği etkin bir şekilde gösterme ve mesleki sorumluluğunu uygulama yoluyla yerine getirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Takase ve ark., 2011). Benner hemşire yetkinliğini, gerçek dünyanın çeşitli koşulları altında bir görevi arzu edilen sonuçlarla yerine getirme yeteneği olarak tanımlamaktadır (Benner, 1982). Benner'a göre yetkinlik, acemilikten uzmanlığa kadar, sürekli gelişim gerektiren bir süreçtir (Benner, 1982; Cowan ve ark., 2005). Yetkinlik kazanan bir hemşire, sırasıyla “ustalık”, “bilirkişi” ya da “uzman (ekspert)” şeklinde ifade edilen aşamalardan geçer (Karahan ve Kav, 2018). Uzmanlaşma sürecinde yetkinlik, arzu edilen sonuçlara ulaşmak için bilgi entegrasyonu ile hemşirelik görevlerini yerine getirme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Benner, 2004). Benner'ın taksonomisinde, hemşireler 'yetkin' performans seviyesine ulaştığında, güvenli bir şekilde çalışabilir, daha fazla tecrübe kazandıkça daha bütünsel ve eksiksiz bir farkındalık geliştirirler (Garside ve Nhemachena, 2013).

Hemşirelik eğitiminde yetkinlik kazanımı, usta-çırak ilişkisiyle başlayan, teorik bilgi edinimi, kişisel niteliklerin gelişimi, ahlaki özelliklerin ve iletişim becerilerinin geliştirilmesinin hedeflendiği bildirilmektedir (Cowan ve ark., 2005). Bakımın kendine özgü yönünü belirleme olarak tanımlanan yetkinlik; mesleki düzeyde, bilgi, anlayış, nasıl yapılacağını bilme (sezgisel bilgi), performans, tutum, davranış ve bağlamsal faktörlerden oluşmaktadır (Royal College of Nursing, 2019). Hemşirelerden, bakım sağlama, bireylerin yaşamlarını koruma, geliştirme, günlük yaşam aktivitelerini desteklemek için mesleki sorumluluklar alma ve profesyonel olarak topluma katkıda bulunma gibi eylemler beklenmektedir (Fukada, 2018). Hemşire yetkinliği davranışçılık, özellik ve bütünsellik (holizm) olmak üzere üç teoriye dayandırılarak da ele alınabilmektedir. Davranışçılık, yetkinliği bireysel temel becerileri gerçekleştirme yeteneği olarak ifade eder ve bu becerilerin gösterilmesiyle değerlendirilir. Özellik teorisi, yetkinliği, görevleri etkin bir şekilde yerine getirmek için gerekli olan bireysel özellikler (bilgi, eleştirel düşünme becerileri vb.) olarak kabul eder. Bütünsellik ise belirli bağlamlarda gerekli olan bilgi, beceri, tutum, düşünme yeteneği ve değerleri içeren öğeler kümesi olarak görür (Takase ve Teraoka, 2011). Japon Hemşireler Derneği hemşirelerde yetkinliği; klinik bir merdiven olarak ihtiyaçları anlama, bakım sağlama, iş birliği içinde çalışma ve karar vermeyi destekleme becerileri şeklinde tanımlamaktadır (Fukada, 2018; Takase ve ark., 2011). Bu dört alan birbiri ile yakından ilişkilidir ve tüm hemşirelik uygulama ortamlarında kullanılır (Fukada, 2018). Bu dernek, temel hemşirelik yetkinliğinin kapsamını, mesleki bilgi ve becerilere dayalı bakım sağlama, diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapma, kişilerarası ilişkileri geliştirme, eğitime, talimat verme, hemşirelik bakımını yönetme, güvenli ve kaliteli bakım sağlayarak hemşirelik kapasitesini genişletme becerisi olarak belirtmektedir. Hemşirelik yetkinliği özellikleri çok çeşitli yetenekleri içerir ve bu yeteneklere sahip yetkin bir hemşire tarafından açıkça gösterilen performans özellikleridir (Fukada, 2018; Takase ve ark., 2011).

Kanada Kayıtlı Hemşire Düzenleyicileri Konseyi (CCRN: Canadian Council of Registered Nurse Regulators), lisans düzeyindeki hemşirelerin giriş düzeyindeki yetkinliklerini tematik olarak; klinisyen, profesyonel, iletişim, işbirlikçi, koordinatör, lider, savunucu, eğitimci ve akademik olarak dokuz başlık altında gruplandırmaktadır (CARNA, 2019).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hemşirelikte Temel Yetkinlikler Kılavuzunda; Profesyonellik, Etkili İletişim, Kanıta Dayalı Uygulama, Bakım Yönetimi, Kalite İyileştirme, Ekip Çalışması, İş birliği ve Mesleki Liderlik, temel yetkinlik kriterleri olarak belirtilmiştir. Bu kılavuzda bulunan temel yetkinliklerin hepsi eşit derecede öneme sahip olup sıralamalar herhangi bir hiyerarşi göstermemektedir. Hazırlanan ve ilk olma özelliği taşıyan bu kılavuzun amacı; sağlık hizmet sunumunda genel bakımdan sorumlu hemşirelerden beklenen temel yetkinliklerin çerçevesinin çizilmesi ve bu yetkinliklerin ulusal standart haline getirilmesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.6. Ameliyathane Hemşireliğine Özgü Yetkinlik Alanları

Yetkinlikler tüm klinik ortamlarında hemşirelik uygulama alanlarını şekillendiren temel yapı taşlarıdır (Royal College of Nursing, 2019). Cerrahi hemşirelerinin önemli bir çalışma alanı olan ameliyathanelerde hemşirelerin profesyonel bir şekilde bağımsız çalışabilmeleri, güvenli bakımı sağlamaları ve çeşitli rolleri ile çok disiplinli bir ekip içerisinde yetkin bir şekilde performans göstermeleri beklenmektedir (Blomberg ve ark., 2019; EORNA, 2019; Peñataro-Pintado ve ark., 2021). EORNA, cerrahi hemşireliğinin temel yetkinliklerini profesyonel, yasal ve etik uygulamalar; hemşirelik bakımı ve cerrahi uygulamalar; kişilerarası ilişkiler ve iletişim; organizasyonel, yönetsel ve liderlik becerileri; eğitim, mesleki gelişim ve araştırma olmak üzere beş ana alan altında ele almaktadır (EORNA, 2019).

Ameliyathane hemşireliğinde yetkinlik, mesleki uygulama standartlarının ve hasta güvenliğinin önemli bir göstergesidir (EORNA, 2019). Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi sırasında verdikleri bakımın kapsamı; hastayla sürekli, güvene dayalı bir ilişki kurma, hastanın iyilik halini oluşturma, sürdürme, hastanın birey olarak profesyonel ve güvenli bakım alma hakkını sağlama, hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirme, başka bir insanın düşüncelerini, kaygılarını paylaşma, cerrahi ekip üyeleri ile işbirliği yapma, cerrahi süreci yönlendirme, aseptik ortam sağlama, sürdürme, cilt hazırlığı, doku temizliği ve nemini koruma, normotermiyi sağlama, yara iyileşmesi ve iyileşmeyi destekleyen prosedürler olarak belirtilmektedir (Kelvered ve ark., 2012).

Ameliyathane hemşireliği, cerrahi hemşireliği bilgisine ek olarak teknik uzmanlığa yönelik bilgi, beceri, karmaşık pratik performanslar ile teknik olmayan, beceri ve süreçleri

içermektedir (Crafoord ve Fagerdahl, 2017; Hara ve ark., 2022). Cerrahi hemşireliğinde uzmanlaşmak bağlamında anatomi, fizyoloji, sterilizasyon, dezenfeksiyon, asepsi (Blomberg, Willass ve ark., 2015; von Vogelsang ve ark., 2020), aseptik ortamın sağlanması, sürdürülmesi, steril cerrahi ekipmanın hazırlığı, hastanın konumlandırılması, fizyolojik bulguların takibi ve gerekli müdahalelerin yerine getirilmesi (Kelvered ve ark., 2012), tıbbi teknoloji, cerrahi yöntemler, anestezi gibi tıbbi ve ameliyathane hemşireliğine özgü derin bir anlayış ve bilgiye sahip olmalıdır (Blomberg, Bisholt, ve ark., 2015; Shin ve Kim, 2021; von Vogelsang ve ark., 2020). Sahip olduğu özel bilgi ve becerilerle ameliyathane hemşiresinin sorumlu olduğu alanlar; cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi, cerrahi aletlerin kullanımı için güvenli ve steril bir çalışma alanı oluşturma, aseptik ortamı sağlama, sürdürme (Kelvered ve ark., 2012; Sevdalis ve ark., 2009), cerrahi süreçte hasta bakımının planlanmasına yönelik anemnez alma, hastanın dosyasının inceleme (Blomberg, Bisholt ve ark., 2015), cerrahi süreçleri bilme, gözleme ve işlerliğini cerrahla iş birliğini halinde sürdürme (Kelvered ve ark., 2012), ameliyat odasında trafik akışını kontrol etme (Blomberg, Bisholt ve ark., 2015), örnekleri doğru ve güvenli bir şekilde toplama (Rauta ve ark., 2013), yanlış yer/yanlış prosedür/yanlış hasta ameliyatı, cerrahi alet ve gazlı bez sayımları, ilaç hataları, alet işlemedeki başarısızlıklar, basınç yaralanmaları, cerrahi yangınlar, istenmeyen hipotermi, yanık ve zor entübasyon/hava yolu acil durumları yönetimi gibi (Steelman ve ark., 2013) hasta güvenliğini içeren konulardır (Steelman ve ark., 2013; von Vogelsang ve ark., 2020).

Cerrahi hemşireliği, momentumu koruma ve güvenliği sürdürme zorunluluğu arasında sürekli bir denge gerektirir. Cerrahi hemşireleri, zaman, iş akışı ve gecikmeleri azaltma/önlemeye yönelik çalışma ve zamanı etkin kullanma ile ilgili "momentumu yönetme" ve "güvenliği sürdürme" ye yönelik çok sayıda faaliyeti üstlenmekte kilit rolde dirler (McGarry ve ark., 2018). Cerrahi süresinin daha etkin kullanılması, hastaların ameliyathanede geçirdikleri sürenin en aza indirilmesi açısından önemlidir (Blomberg, Bisholt ve ark., 2015). Momentumu yönetmek az bilinen ve ele alınan bir konu olup cerrahi hemşireliği rolünü kavramsallaştırmanın bir yolu olarak kullanılabilir (McGarry ve ark., 2018). Ameliyathane hemşireleri için hasta güvenliğini sağlama ve artırma çalışmasının kapsayıcı teması, riskleri yönetme ve zararı önlemede sürekliliğin sağlanmasıdır (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018). Risk değerlendirmeleri objektif

ölçümlerden ziyade sübjektif yoruma dayalı olasılıkların ve bir tehlike etkisinin hesaplanmış değerlendirmesidir. Acil ve karmaşık durumlarda karar vermek ve risk değerlendirmesi için güvenilir, objektif veriler elde etmek çoğu zaman mümkün olmayabilir. Bu nedenle sübjektif verilerin anlamlandırılması risk yönetimi açısından önemlidir. Neyin, neden ve ne zaman doğru olabileceğini veya olmayabileceğini anlamak için derin bir analiz gerekmektedir (Prineas ve ark., 2021). Hemşireler, hastanın ameliyathanede maruz kalabileceği çeşitli risk faktörleri, potansiyel zararlar ile komplikasyonları önlemenin zorluklarını bilen ve koşulları denetleyen denetçiler olarak da önemli rol almaktadır. Hasta, ameliyathane hemşireleri için her zaman birincil odak noktası olduğundan risk yönetimi de ana rollerinden biri olarak kabul edilmektedir (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018).

Ameliyatın, cerrahi işlem süreci, anestezi altında olma gibi hastaya getirdiği zorluklar düşünüldüğünde, bu uzmanlık alan bilgisinin önemi ortaya çıkmaktadır. Hastanın kendisi önemli bir bilgi kaynağıdır (Skråmm ve ark., 2021). Ameliyat öncesi hasta ile görüşerek risk faktörlerinin ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, cerrahi hasta bakımı ve ameliyathane ortamı hakkında bütünsel bilgi ve daha derin bir anlayışa sahip olması açısından önemlidir (von Vogelsang ve ark, 2020). Ameliyathanede hastanın bir birey olarak tanınması, ismiyle hitap edilmesi, bireyin bütüncül değerlendirilmesi, tıbbi kayıtlarının incelenmesi, görüşülmesi, dikkate alınması, sohbet edilmesi, göz teması kurulması, sakin bir atmosfer yaratılması, saygı gösterilmesi, desteklenmesi, onurunun korunması ve kişinin kendi bakımına dahil edilmesini içeren birey merkezli bakım ameliyathane hemşiresinin temel sorumluluğudur (Arakelian ve ark., 2017; Blomberg, Bisholt ve ark., 2015; Hanssen ve ark., 2020).

Teknik beceriler; hemşirelerin, farklı türlerdeki makine ve ekipmanların çeşitliliğine, miktarına, boyutuna, yapısına bakılmaksızın prosedürleri yerine getirme ve aletleri çalıştırma becerisidir. Teknik yetenek ayrıca alet, makine ve ekipmanların farklı durum ve özelliklere sahip hastalara uygun hale getirme, kullanım sonuçları da dahil olmak üzere, yeni bilgi ve becerileri kolayca edinme, yeni enstrümanlar kullanma veya karmaşık teknik prosedürler ve bilgisayar tabanlı ekipman içeren rutinler oluşturma konusunda bilgi ve beceri kazanma yeteneklerini de içermektedir (Sørensen ve ark., 2014). Zorlu çalışma

koşullarında el becerisi ameliyathane hemşiresinin önemli teknik becerilerindendir (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018). Çeşitli cerrahi branşlarda kullanılan cihazlar, aletler ve sterilizasyon prosedürleri farklı teknik ve güvenlik bilgileri gerektirmektedir (von Vogelsang ve ark., 2020). Robotik cerrahide ameliyathane hemşiresinin bilişsel yetenekler, teknik olmayan becerilerle birlikte psikomotor, algısal, görsel ve çevrimiçi (online) bağlantıyı sağlama ve sürdürmeyi içeren teknik becerilere de sahip olması gerekmektedir (Collins ve ark., 2018). Cerrahi hemşirelerinin tıbbi teknolojiye (Blomberg ve ark., 2019), yüksek teknolojik ekipmanlara ve karmaşık yeni cerrahi tekniklere kolay uyum sağlayabilmesi, hasta bakımı ve güvenliğinin sağlanmasında temeldir (Shin ve Kang, 2019).

Ameliyathane hemşireleri, kanıta dayalı cerrahi bakım uygulamaları yapmak (von Vogelsang ve ark., 2020) ve bakımın sorumluluğunu almak durumundadır. Araştırma ve kanıtların klinik bakım uygulamalarına yansıtılıp yansıtılamayacağı ve/veya nasıl uygulanabileceğini belirlemek için mevcut kanıtları eleştirel olarak değerlendirebilmelidir (von Vogelsang ve ark., 2020; White ve Spruce, 2015). Kaliteli çalışmayı genel bir bütünsellikte görebilmek için, ameliyathane hemşiresinin organizasyonel ve sağlık sistemi düzeyinde kalite iyileştirme bilgisine ihtiyacı vardır (Baker ve ark., 2014; von Vogelsang ve ark., 2020). Ameliyathane hemşirelerinin derin hemşirelik bilgisi, akademik becerileri, hemşirelik araştırması, cerrahi bağlamda etik yaklaşımı, kanıta dayalı bakım ve sistematik kalite iyileştirmeyi etkin hale getirmek için gereklidir (von Vogelsang ve ark., 2020).

Genel yaşam becerileri olarak da tanımlanan teknik olmayan beceriler (NTS: Non-Technical Skills), karmaşık sistemlerde hatayı azaltmak ve insan performansını geliştirmek için ihtiyaç duyulan, bireyler ve ekipler tarafından sergilenen bilişsel ve sosyal becerilerin bir bütünü olarak ifade edilebilir. Son yıllardaki değerlendirmelerde, teknik ve teknik olmayan birçok becerinin, birbirleriyle iç içe olduğu kabul edilmektedir. Özellikle tıbbi krizlerin yönetimi sırasında, teknik ve teknik olmayan beceriler grubunun hem temel hem de birbirinden ayıramaz olduğu görülmektedir. Bu beceri grubunu tanımlamak için zamanla "parateknik beceriler", "klinik kaynak yönetimi" becerileri gibi yeni terimler gerekebilir (Prineas ve ark., 2021). Ekip dinamikleri ve insan faktörleri ile ilgili ilkeler, havacılık güvenliğini geliştirmek için mürettebat kaynak yönetimi (CRM: Crew Resource

Management) çerçevesi olarak tasarlanmıştır. Mürettebat kaynak yönetimi eğitimi, sağlık alanında çeşitli tıbbi uzmanlıklarda bakımın iyileştirilmesi ve hataların azaltılması amacıyla kullanılmaktadır (Wakeman ve Langham, 2018). Mürettebat kaynak yönetiminde teknik olmayan beceri kategorileri; *durum farkındalığı, karar verme, iletişim, takım çalışması, liderlik, stres ve yorgunlukla baş etmedir* (Flin ve ark., 2017). Mürettebat kaynak yönetiminde, uzmanlığın kazanılması ve otomasyonun yönetilmesi gibi yeni konulara yer verilmesini ve gelecekte klinik eğitim programlarına dahil edilmesini gerektirebilir. Bu kapsamda teknik olmayan beceri eğitimleri; *performansı şekillendiren faktörler, planlama, hazırlık ve önceliklendirme, durum farkındalığı ve risk algısı, karar verme, iletişim, takım çalışması ve liderlik* konularını içermektedir (Prineas ve ark., 2021).

Ameliyathane hemşirelerinin teknik becerilerini tamamlayan teknik olmayan becerileri, örtük ve klinik bilginin gösterilmesi olarak tanımlanır. Bu becerilerin eğitim yoluyla değil, zaman içinde deneyim yoluyla geliştiğine inanılır. Ameliyathane hemşireliğinin kapalı ortamlarda yapılması ve hemşirelerin bu becerileri ameliyathane dışında sözlü olarak ifade etmemesi, becerilerin örtük olarak tanımlanmasına katkıda bulunmaktadır (Sirevåg ve ark., 2021). Teknik olmayan becerilerin etkin kullanımı, ameliyathanenin hızlı tempolu dinamik ortamında güvenli, kaliteli bakımın sağlanmasına katkıda bulunur. Ameliyathanedeki tıbbi hataların ve olumsuz hasta sonuçlarının genellikle teknik beceri veya uzmanlık eksikliğinden ziyade teknik olmayan becerilerin başarısızlıklarından kaynaklandığı belirtilmektedir (Garbee ve ark., 2021).

Teknik olmayan beceriler; durumsal farkındalık, karar verme, liderlik, iletişim, ekip çalışması (Garbee ve ark., 2021; Hanssen ve ark., 2020; Redaelli, 2018; von Vogelsang ve ark., 2020), görev yönetimi (Garbee ve ark., 2021; Redaelli, 2018), cerrahi hemşireliği öğrencilerine mentörlük (Hanssen ve ark., 2020), disiplin, organizasyon becerileri ve odaklanma, sezgi, esneklik, yaratıcılık ve kişilerarası becerilere sahip olmanın yanı sıra baskı altında dinginlik ve stresle baş etme becerisidir. Bunlar aynı zamanda gözlemci, öncelik sırasına koyabilen ve çevreyi okuyabilen ve ayrıca hastaya ve duruma bütüncül bir bakış açısına sahip olmayı gerektirmektedir (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018).

Sağlık hizmetleri gibi karmaşık sistemlerde başarılı bir performans sergilemek için eğitim, deneyim ve motivasyon gibi önkoşulların yeterli olmadığı aşikardır. İnsan performansını etkileyebilecek birçok faktör vardır (Prineas ve ark., 2021). Reason'ın Performans Şekillendirme Faktörleri (PSF: Performance Shaping Factors), “Üç Kova” modeli klinik uyarılama sınıflandırılmasında; geleneksel ”görev” (görevin doğasına özgü faktörler), ”öz” (içsel ve kişisel faktörler) ve “bağlam” (çevresel faktörler) kategorilerinin her biri sırasıyla “görev/hasta”, “birey/ekip” ve ”iş yeri/kuruluş” faktörlerine bölünmektedir (Prineas ve ark., 2021; Reason, 2004).

Durum farkındalığı (Mitchell ve ark., 2013), ortam (hasta, ekip, zaman, mekan, alet ve ekipmanlar) hakkında bilgi toplama, algılama, bilgileri yorumlama, genel farkındalığı geliştirme ve sürdürme, olayların mevcut durumunu kavrama, ipuçlarının ne anlama geldiğini anlama ve gelecekteki durumları tahmin etmek kapasitesine sahip olmaktır (Flin ve ark., 2017; Prineas ve ark., 2021; Redaelli, 2018). Hemşirelerin ameliyathanenin fiziksel çalışma alanlarında kullanılan cerrahi aletler, mayo masası, hasta konumlandırma, kamera ekranları ve röntgen makineleri gibi hacimli ekipmanların kullanımı ile ilgili olarak önemli öngörü ve uzmanlığa sahip olmaları gerekmektedir. Öngörü olgusunun merkezinde, harekete geçme ve beklenmedik durumların hesaba katılmasını sağlama ihtiyacı yer alır (McGarry ve ark., 2018). Durum farkındalığı; beklenen eylemlerden sapmalar meydana geldiğinde, diğer ekip üyelerini uygun düzeltici eyleme yönlendirerek zaman zaman cerrahi ekibe başkanlık etmeyi gerektirmektedir (Redaelli, 2018). Ameliyathane hemşiresinin algısal ve öngörülü bilişsel becerilerle ameliyathanedeki ipuçlarından bilgi edinmeleri, hastanın durumuna, cerrahi ekip üyelerinin faaliyetlerine dikkat etmesi, takip etmesi, konsantre bir şekilde çalışması (Redaelli, 2018), ameliyatların hangi aşamada olduğunu ve cerrahın nerede ne kullanılacağını bilmeleri (Kang ve ark., 2014; Mitchell ve Flin, 2008; Weldon ve ark., 2013), beklenmeyen durumlar için ”bir adım ileride olma” (Blomberg, Bisholt ve ark., 2015) ve durumu önceden tahmin etmeleri sürecin güvenli bir şekilde yönetimi açısından kritik öneme sahiptir (Kang ve ark., 2014; Mitchell ve Flin, 2008; Weldon ve ark., 2013).

Planlama ve hazırlık becerileri; görevi hazırlama, planlama ve önceliklendirme becerilerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir dizi beceridir. ”İyi” ve ”kötü” görev

yönetimi davranışlarını belirlemelerine yardımcı olmaktadır (Prineas ve ark., 2021). Görev yönetimi, ekip odaklı hedeflere ulaşmak için kaynakları organize etme kapasitesi anlamına gelir ve cerrahi görevin aksamadan tamamlanabilmesi için ekipman ve alanın organize edilmesi, planlanması ve hazırlığında kilit rol oynar (Mitchell ve ark., 2013; Redaelli, 2018). Yetersiz hazırlık cerrahi işlemin sonucunu olumsuz etkiler. Ameliyathane prosedürlerinde veya cerrahların programlarında meydana gelen beklenmedik değişiklikler ve son dakika düzenlemelerinin stres yarattığı bilinmektedir. Son dakika değişiklikleri ameliyathane hemşirelerinin cerrahi süreci gözlemlemelerini olumsuz etkileyebilmekte, takip etmekte zorlanmaya, devam eden ameliyatın uzamasına veya gecikmelere neden olmaktadır (Skråmm ve ark., 2021). Planlama ve hazırlık becerileri kategorisinin unsurları, ortamın planlanması ve hazırlanmasının yanı sıra baskı altında çalışmayı da içerir (Mitchell ve ark., 2013; Redaelli, 2018).

Modern cerrahi, farklı becerilere sahip sağlık profesyonellerinin iş birliğini zorunlu kılmaktadır (Hara ve ark., 2022). Etkili cerrahi hemşireliği bakımının temel nitelikleri, tüm aşamalarda iletişim ve ekip çalışmasının hasta güvenliğinin artırılmasında önemli bir konu olduğu vurgulanmaktadır (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018; Park ve Chang, 2019). Cerrahi ekiplerin değişken doğası nedeni ile ekip çalışması bir “bale” performansına benzetilmektedir. Ekip çalışması, kodlanmış sözlü ve sözlü olmayan alışverişlerin ve ekip üyeleri arasında dikkatlice koreografisi yapılmış teknik hareketlerin kusursuz yürütülmesiyle özetlenmektedir (Gillespie, Gwinner ve ark., 2013). Ekip çalışması; başkalarını destekleme, çatışmaları çözme, bilgi alışverişinde bulunma ve koordinasyon faaliyetlerini içermektedir (Flin ve ark., 2017). Ameliyathanelerdeki disiplinler arası ve kişilerarası dinamikler, ekip çalışması ve performans hakkında önemli bilgiler sağlar. Cerrahi ekiplerin günlük görev performansında; proaktif ve sezgisel iletişim, sessiz ve sıradan iletişim, dikkatsiz ve belirsiz iletişim ve çelişkili ve son derece dinamik iletişim olarak farklı iletişim tarzları görülmektedir. Proaktif ve sezgisel iletişim kalıpları hem cerrahi performansı hem de hasta güvenliğini etkilemektedir (Tørring ve ark., 2019).

Etkili iletişim, bilgi sağlama, ilişkiler kurma ve öngörülebilir davranış kalıpları oluşturma, liderlik ve ekip koordinasyonunun teknik olmayan ancak temel bir bileşeni olarak kabul

edilmektedir (Prineas ve ark., 2021). Bağlam ve niyetin açık ve net bir şekilde belirtilmesi, bilgilendirme yapma ve bilgi alma dahil, iletişimin önündeki engellerin belirlenerek ele alınması etkili iletişimdir (Flin ve ark., 2017). Cerrahi süreçte sözlü bilgi alışverişinin genellikle çok kısa olduğu, ancak sözsüz iletişim tekniklerinin kullanıldığı vurgulanmaktadır (Skråmm ve ark., 2021). Cerrahi ekipte spesifik, yönlendirilmiş ve onaylanmış iletişim kavramları kullanılabilir. Bu iletişim bağlamında” spesifiklik”, özel bir uygulayıcı topluluğu tarafından kabul edildiği gibi benzersiz anlamlara sahip kontrollü bir kelime dağarcığı kullanarak, net bir şekilde konuşmayı ve belirgin, açık tanımların kullanılmasını ifade eder. Yönlendirilmiş iletişim, bilgi veya talimatların açıkça atanmış bir kişiye yönlendirildiği anlamına gelir. Onaylanmış iletişim ise söylenenlerin sadece duyulmakla kalmayıp, aynı zamanda duyulanların söylenenlerle eşleştirildiği ve doğrulandığı anlamındadır (Prineas ve ark., 2021).

Hemşireler, cerrahi ekip üyeleri arasında saygıyı ve karşılıklı nezaketi teknik olmayan temel etik beceriler olarak görmektedir (Hanssen ve ark., 2020). Cerrahi ekiplerde uygunsuz dinamikler, hatalı ve saygısız iletişim kalıpları (Tørring ve ark., 2019), zayıf teknik olmayan beceriler büyük hatalara yol açabileceğinden, cerrahi ekip içinde karşılıklı saygı sadece görgü ve nezaket meselesi değildir. Ekip üyelerinin aynı zamanda hastalara ve iş arkadaşlarına saygılı olmaları, iyi ve güvenli bir çalışma atmosferine katkıda bulunacak tutum sergilemeleri de beklenmektedir (Hanssen ve ark., 2020). İyi iletişim stresi azaltır, belirsizlik ise iletişimi engeller ve strese neden olur. Uygunsuz dinamikler, hatalı ve saygısız iletişim kalıpları, olumsuz iletişim biçimleri, gürültü, iletişimi ve dolayısıyla ekip çalışmasını bozabilir (Skråmm ve ark., 2021). Ekip içinde zor, yıkıcı bireylerin ekip performansı üzerinde ciddi zararlı bir etkiye sahip olabileceğine dikkat çekilmektedir. Cerrahlar tarafında tek yönlü, hiyerarşik ve yıkıcı iletişim tarzları (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018) ve ameliyathane hemşirelerinin yıkıcı davranışları (Maddineshat ve ark., 2017) ekibi olumsuz yönde etkilemektedir (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018). Yıkıcı davranışlar profesyoneller arası ilişkilerin kalitesini ve dolayısıyla iletişimi ve ekip çalışmasını zayıflatabileceğinden endişe vericidir (Villafranca ve ark., 2019).

Sağlık hizmetlerinin dinamik sürecinde ekip üyelerinin iş birliği içinde ve ekip merkezli iletişim yoluyla etkin ve doğru karar vererek, koşullara uyum sağlayarak, geri bildirim sağlayarak ortak bir zemin ve paylaşılan zihinsel modellerle etkileşim içinde olması gerekir. Hasta güvenliğinde doğal karar verme çerçevesinde kritik kararlar, analitik işleme sürecinden daha çok deneyime, uzmanlığa ve sezgiye dayanır (Prineas ve ark., 2021). Karar verme; sorunları tanımlama, seçenekleri göz önünde bulundurma, seçme, uygulama ve sonucun değerlendirilmesini içerir (Flin ve ark., 2017). Karar vermede en önemli adımın, durumu doğru bir şekilde değerlendirmek, sorunu belirlemek, bir tanı formüle etmek ve riskleri değerlendirmek olarak belirtilmektedir (Klein, 2008; Klein, 1993; Prineas ve ark., 2021).

Güvenli hemşirelik bakımı ve ekip çalışmasını uygulayabilmek için yeterli bilginin hayati bir ön koşul olduğu bilinmektedir. Cerrahi sürece dahil olan profesyoneller arasındaki ameliyat öncesi diyalog, verimlilik ve hasta güvenliği için başka bir ön koşuldur (Sandelin ve Gustafsson, 2015). Brifingler, bir ekibin üyelerine belirli bilgiler ve/veya talimatlar sağlamak için yapılan ayrı toplantılardır. Devir teslimler benzer rolleri paylaşan personel arasında bir geçişte meydana gelen brifinglerdir. Etkili bir şekilde yapıldığında, brifingler öngörülebilirlik sağlayabilir, kesintileri azaltabilir, gecikmeleri önleyebilir ve gelecekteki etkileşimler için sosyal ilişkiler ve sermaye oluşturabilir (Makary ve ark., 2006).

Duygusal zekânın, cerrahi hemşirelere klinik karar verme, hasta, meslektaş ve ekipler arasında olumlu, motive edici ilişkiler kurma, bilginin doğru kullanımı, gerçek, otantik, şefkatli, empatik ilişki kurma ve liderlik becerilerinin bileşenleri olarak kabul edilmektedir (Beydler, 2017).

Liderlik yetkiyi kullanmak, standartları korumak, planlama ve önceliklendirme, iş yükünü ve kaynakları yönetmeyi gerektirmektedir (Flin ve ark., 2017). Lider, ekip üzerinde yetki ve etki uygulamak için (ekip tarafından veya başkaları tarafından) seçilen kişidir. Çok disiplinli ekip liderlerinin ekip üyelerinin farklı beceri setlerini bilmeleri, güvenmeleri ve liderlik tarzlarını dengelemelerini gerektirir (Prineas ve ark., 2021). Ameliyathane hemşiresi ekip üyelerini gözlemlemeli ve yeteneklerine göre onlara yardım etmeli ve desteklemelidir. Ameliyathane hemşiresinden beklenen liderlik becerisi ekibe liderlik etme yeteneği olarak değil, bir tür "küçük" liderlik olarak anlaşılmaktadır. Liderlik

kategorisi, takıma yön vermek için bir durum tanılama kapasitesini ifade eder. Ameliyathanede liderlik, diğer ekip üyelerini uygun düzeltici eyleme doğru yönlendirerek zaman zaman beklenen eylem planlarından sapmalar meydana geldiğinde ameliyatı yönetme yeteneğidir (Redaelli, 2018). Yönetimsel ve liderlik becerileri tecrübeli ameliyathane hemşirelerinin, deneyimsiz bir cerrahla ya da daha az deneyimli bir hemşireyle çalışırken onların gelişimi ve sürecin ilerlemesi açısından belirleyicidir (Kang ve ark., 2014; Kang ve ark., 2015). İyi uygulama kurallarına bağlı kalmak ve başkalarının da aynı şekilde davrandığını doğrulamak olarak ifade edilen standartları koruma özelliği liderlik bileşenlerindendir. Cerrahi alet, araç gereçlerin, farklı cerrahi türüne uygun şekilde düzenlemesi, ekip üyelerinin süreçte rahat ve aktif çalışabilmeleri için doğru konumlandırılması, acil durumlarda ihtiyaç duyulabilecek alanlara dair öngörebilme ve standartları koruma, sürecin güvenliği ve zamanı açısından temeldir (Mitchell ve ark., 2013; Redaelli, 2018).

Çatışma, iletişim, istihdam ve hatta kültürlerarası ilişkileri etkileyebilir. Her bireyin farklı ideallere, algılara, beklentilere, inançlara, değerlere ve tutumlara sahip olduğu ve aynı zamanda farklı bir eğitim düzeyine sahip olduğu aynı çalışma ortamında çok sayıda insanın bir arada bulunması anlaşmazlıklara yol açabilmektedir. Cerrahi ekip üyelerinin büyük çoğunluğunun meslektaşlarıyla, doktorlarla ve hemşirelerle çatışma yaşadığı belirlenmiştir. Cerrahi sürecin güvenli bir şekilde sürdürülmesi açısından ekip üyelerinin özellikle de ameliyathane hemşirelerinin çatışma yönetimi becerisi gerekmektedir (Andriopoulou ve ark., 2021).

Çalışma koşullarıyla ilgili stres, insanların bilgi ve yetenekleriyle uyuşmayan ve baş etme becerilerini zorlayan iş talepleri ve baskıları ile karşılaşıldığında gösterebilecekleri tepki olarak tanımlanmaktadır. Çok çeşitli koşullarda ortaya çıkar ve tıbbi bağlamda klinik sonuçları olumsuz yönde etkileyebilecek karar verme üzerinde derin bir etkisi olabilir (Tawfik ve ark., 2018). *Stresle başa çıkma*; stresin belirtilerini, etkilerini tanımak ve başa çıkma stratejilerini uygulamaktır (Flin ve ark., 2017). Sağlık profesyonellerinin duyguları farklı olabilir. Duygusal zekalarının farkında olmaları, stresli durumlarla baş etme ve tepki verme yetenekleri konusunda eğitim almaları önemlidir (Heyhoe ve ark., 2016; Kozlowski ve ark., 2017). Cerrahi prosedürünün değişmesi gibi stresli durumlarla başa

çıkabilmeleri gerekir (Mitchell ve ark., 2013; Redaelli, 2018). Ameliyathanenin zorlu çalışma koşullarında, yoğun zaman ve talep baskısı altında çalışan hemşirelerin işlerine konsantre olabilmeleri önemlidir. Performans talepleri, ağır hasta yükleri, kesintilerle dolu çalışma ortamları, personel yetersizliği, eğitimli personel eksikliği ve beraberinde getirdiği yoğun stres ve yorgunluğun hasta güvenliğini tehdit edebileceği açıkça görülmektedir (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018). *Yorgunlukla baş etme becerisini* geliştirmek yorgunluk belirtilerini ve etkilerini tanımak, baş etme stratejilerini uygulamaktır (Flin ve ark., 2017). Deneyimli ameliyathane hemşirelerinin bakış açısından cerrahide hasta güvenliğinin artırılması, riskleri yönetme ve hastaya zarar vermeme süreklilik gerektiren bir çabadır. Ameliyathanede hasta güvenliği, sürekli dikkatli olmayı, hastayla temas kurmayı, hastanın savunmasızlığına saygı duymayı gerektirir. Ayrıca, dikkatli bir hazırlık yapmak, protokolleri ve kontrol listelerini kullanmak, çalışma koşullarını iyileştirmek, ameliyathanede güvenlik kültürüne katkıda bulunmaktadır (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018).

Ameliyathane hemşirelerinde yetkinliğin değerlendirilmesi için geliştirilen ve kullanılan çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler, araştırmacıların, “Ameliyathane Hemşirelerinde Yetkinlik, Bir Kapsam Derlemesi” makalesinde yer almaktadır (Uçak ve Cebeci, 2021).

2.7. Ameliyathane Hemşireliğinde Yetkinliği Etkileyen Faktörler

Klinik yetkinlik, hemşirelerin eğitimi ile gelişen bir temele sahiptir. Bir hemşirenin klinik öğreniminin ve gelişiminin temel bileşeni, didaktik öğretimdir. Bu öğretim klinik deneyimi olmayan acemi hemşirenin eylemleri için bir temel sağlar. Didaktik öğrenme, Benner'ın birinci genel beceri alanındaki (paradigma ve bakış açılarının kazanılması) ilerleme tanımlamasının temelidir. Cerrahi hemşireliği alt uzmanlık programlarında bilgi temelinin kalitesi ve içeriği önemlidir (Stobinski, 2008). Hemşirelerin eğitim düzeyinin, hemşirelik yetkinliğinin geliştirilmesi için gerekli olduğu ve yetkinliklerin artırılmasında önemli bir etkisi olduğu gösterilmektedir (Rizany ve ark., 2018). Ameliyathane hemşirelerinin kaliteli bakım sağlama bilgi ve becerisini kazanmaları için özel bir teorik eğitim almaları, klinik deneyim kazanmaları, ve bu deneyimlerini içselleştirmelerine ihtiyaç vardır (Ball ve ark., 2015; Benner, 1984; Park ve Chang, 2019).

Ameliyathane hemşireleri başka bir kinikten ameliyathaneye geçmenin veya yeni mezun olarak ameliyathanede başlamının kolay olmadığını ifade etmektedir. Hemşirelik eğitimi ameliyathane eğitiminden çok temel hemşirelik bakımına odaklanmaktadır. Hemşireler, okuldaki teorik bilginin, klinik gerçeklerle uyuşmadığını, teori ve çalışma ortamları arasında boşluk yařandđını, geçmiş deneyimlerin ve n bilgilerin, her zaman mevcut durumla uyuřmadđını belirtmektedirler. Ameliyathanedeki uzmanlığı, sürücü ehliyetine benzeterek, temel bilgileri aldıklarını ancak klinik çalışmaları sırasında daha fazlasını öğrenmeleri gerektiğini vurgulamaktadırlar (Eriksson ve ark., 2020). Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi yetkinliklerini geliştirmeye yönelik en temel eğitim ihtiyaçları, temel bilgi ve beceriler düzeyindedir (Shin ve Kim, 2021). Oryantasyon eğitimi, yeni başlayan hemşirelerin işlerine ve yeni pozisyonlarına yönelik beklentileri öğrenmelerine, bilgi kazanmalarına, becerilerini geliştirmelerine ve ekip yeleri ile sosyalleşmelerine olanak tanır (Bindon, 2017). Medikal teknolojilerin sürekli gelişimi ile ameliyatlarda uzmanlık gerektiren ekipmanların kullanımı (Jung ve ark., 2020), cerrahi ortamlarda karmaşık, sürekli gelişen ve modernize edilen süreçler, sürekli eğitim talebini ortaya çıkarmaktadır (Bernhard Glaser ve ark., 2016). Ameliyathane hemşirelerinin klinik kariyerleri ne olursa olsun, profesyonel gelişimde sürekli eğitim ihtiyacı, kritik öneme sahip bir önceliktir (Bindon, 2017; Jung ve ark., 2020). Sağlık hizmetlerinde geleneksel ıraklık modelinin cerrahi hemşireliği eğitiminde öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kaldđıđı görülmektedir. Hem acemi hem de deneyimli ameliyathane hemşirelerinin, öngörülebilir ihtiyaçları ile başa çıkmaları ve yaşam boyu öğrenmelerini desteklemek için yapılandırılmış, ileriye dönük, yeni eğitim ve ğretim stratejileri çok önemlidir. (Bernhard Glaser ve ark., 2016). Klinik uygulamadaki ilerlemelere, teknik güncellemelere ve kurumsal beklentilerle birlikte hemşirelik uzmanlıklarındaki uygulama ve performans standartlarına yönelik düzenleyici değişiklikler, hemşirelerin güvenli ve güncel uygulamayı sürdürmede ihtiyaç duyduğu yetkinlikleri belirlemede, yardımcı olmaktadır (Bindon, 2017). Ayrıca, eğitimin liderlik, mesleki gelişim, iş birliği ve empati, ameliyathane yetkinliğinde teknik ve teknik olmayan yetkinliklerin kazanılması için de önemli bir gereksinimdir (Shin ve Kim, 2021). Becerilerin geliştirilmesi, politikaların belirlenmesi, ameliyathanedeki mevcut hiyerarşilerin düzeltilmesi, eğitim programlarının düzenlenmesi ile birlikte yeterli eğitim materyallerinin kullanılmasına da ihtiyaç

duyulmaktadır (Kalantari ve ark., 2021). Cerrahi yetkinliğin geliştirilmesinde hemşirelere yönelik eğitim hazırlığında ulusal ve uluslararası diyalog oluşturma da önemli olduğu belirtilmektedir. Artan küresel ve mobil hareketlilik, uluslararası bakış açısıyla, cerrahi ortamlardaki bilgi ve uygulama beklentilerini standartlaştırmayı zorunlu kılmaktadır (Gillespie ve ark., 2018; Gillespie, Chaboyer ve ark., 2012).

Araştırmacılar, yetkinlik gibi yapıları incelerken, cerrahi bağlamda eğitim seviyesini ve deneyimi dikkate almalıdırlar (Gillespie ve ark., 2018). Benner, hemşirenin uzmanlaşma sürecinde deneyimin önemini ve zorunluluğunu vurgulamaktadır (Benner, 1984). Ameliyathane deneyiminin, yetkinlik gelişiminde eğitimden daha güçlü bir katkı yaptığı belirtilmektedir (Gillespie ve Pearson, 2013). Deneyimleri, eğitimleri ve konumları iyi olan hemşirelerin, yetkinliklerinin de iyi olduğu ifade edilmektedir (Jung ve ark., 2020). Cerrahi hemşirelik uzmanlığının hemşirenin deneyimlerinin içselleştirilmesinden geliştiği belirtilmektedir. Cerrahi hemşireliği uzmanlığı farklı kariyer gelişim seviyelerine ve bilişsel yapısına sahiptir (Park ve Chang, 2019).

Yoğun yüksek riskli uzmanlıklarda çalışan hemşirelerin yetkinleşmesinde zaman, uygun eğitim ortamı ve kariyer sistemleri gibi çevresel faktörlerin, deneyim, meslektaş, ekip ve yönetim desteğinin de dikkate alınması gerekmektedir (Bindon, 2017; Jung ve ark., 2020). Hemşirelik deneyiminin, yönetsel rehberlikle birlikte yetkinliği artırmada önemli bir etkisi olmaktadır. Kapasite geliştirme, iş deneyimi olmayan yeni mezun hemşireler için çok önemlidir (Rizany ve ark., 2018). Deneyimli ameliyathane hemşireleri, alan uzmanlığı bilgisine sahiptir, kılavuzluk yapar, yeni hemşireleri yetiştirir, sorunları çözer ve iş önerileri sunar (Shin ve Kim, 2021). Kıdemli hemşire mentorlukları, yeni hemşirelerin yetkinliklerini geliştirmede önemli bir faktördür. Mentorluk programları, yeni mezun olan hemşirelerin kaygılarını yönetmelerine ve bilgilerini geliştirmelerine yardımcı olurken, hemşirelik bakım deneyimlerini de arttırdığı bilinmektedir (Rizany ve ark., 2018). Psikososyal çalışma ortamında sosyal destek ve düşük stresin, ameliyathane hemşirelerinin iyilik halini, çalışma zevkini ve iş yerinde kalma niyetini olumlu etkilediği belirtilmektedir. Destek ile çalışma zevki ve işten ayrılmak istememe endeksleri arasındaki pozitif ilişkiler, desteğin çalışanların sağlığı ve çalışması üzerinde olumlu bir etkisi olarak yorumlanmaktadır (Wålinder ve ark., 2018). Deneyimli ameliyathane

hemşirelerinin acemilere yönelik tutumlarının ekip uyumunu ve profesyoneller arası ilişkileri etkilediği görülmektedir. Ameliyathane yöneticileri, deneyimsiz hemşireleri desteklemek ve mentörlük yapmak için mentörün görünür rolünü arttırması veya karmaşık cerrahi prosedürler sırasında acemilere destek sağlamak için deneyimli hemşireleri eğitmeyi düşünmelidir (McClelland, 2018).

Hemşireliğin mesleki gelişimi, lisans eğitimi sonrasında da kariyer boyunca kümülatif öğrenme ve gelişimin bir parçası olarak devam eden aktif bir süreçtir. Yaşam boyu öğrenme hemşirelerin yeni veya farklı rollere hazırlanmalarına ve uygulama ortamındaki kaçınılmaz değişikliklere yanıt vermelerine yardımcı olur (Bindon, 2017).

Hemşirenin çalışma ortamları, teknolojik olarak gelişmiş, verimli çalışan hastaneler, ameliyathanelerin sahip olduğu personel ve özellikleri ile hasta ve çeşitliliği, araç, gereç, teknolojik donanımı hemşirelik yetkinliğini etkileyen diğer faktörlerdir (Rizany ve ark., 2018). Ameliyathane hemşireleri, ameliyathane ortamının sürekli devinim halinde olduğunu, bir günün, bir sonraki ile aynı olmadığını ve her gün yeni şeylerin öğrenilebileceği bir ortam olduğunu vurgulamaktadırlar. Farklı cerrahi branşlarda (kalp damar, ortopedi vb.) çalışma da diğer hasta grupları ve ameliyat teknikleri hakkında daha fazla bilgi edinmelerine olanak sağlamaktadır (Arakelian ve ark., 2019). Üniversite hastaneleri travma, akut ve elektif cerrahi prosedürleri olan büyük eğitim hastaneleridir. Daha küçük bölgesel hastanelerin sınırlı öğretim sorumlulukları vardır. Yerel hastanelerdeki ameliyathaneler, genellikle sınırlı uzmanlık alanlarında akut ve elektif cerrahi prosedürler sağlar. Ameliyathane hemşiresinin bulunduğu hastanenin özelliğine göre tek bir cerrahi birimde veya birkaç cerrahi uzmanlık alanında çalışabilirler. Çalıştıkları ameliyathaneler ve branşlar farklı yeterlilikleri gerektirmektedir (Sirevåg ve ark., 2021).

Cerrahi ekip, hemşirelerin güvende ve kendinden emin hissetmeleri için önemlidir. Acemilik döneminde yaşanan zorluk, sadece yeni görevleri ile ilişkili değildir. Yeni çalışma biçimini kavramada da güçlük yaşamaktadır. Hemşireler, iyi işleyen bir ekip ile çalıştığında kendilerini güvende hissettiklerini ve performanslarına yardımcı olduğunu açıklamaktadırlar. Profesyoneller olarak iletişim kurabilmeleri, birbirlerine güvenebilmeleri ve saygı duyabilmeleri yeni bir mesleğe uyum sağlama yeteneklerini

arttırmaktadır. Cerrahi ekibin diğer üyeleri tarafından takdir edilmemeleri, önemsenmemeleri, cerrahların onlara karşı kötü davranışları, kendilerine karşı güvensizlik, değersizlik gibi olumsuz duygulara katkıda bulunmaktadır (Eriksson ve ark., 2020). Cerrahların uygunsuz, yıkıcı davranışlar sergilemesi, ekip üyelerinin teknik yeterliliklerinde azalma yarattığı, hata artışına neden olduğu ve cerrahi kariyere olan ilgiyi olumsuz etkilediği bilinmektedir (Cochran ve Elder, 2015). Göreve yeni başlayan ameliyathane hemşirelerinin kendilerini, daha görünür, güvenli ve rahat hissetmelerini sağlamak için cerrahi birimlerdeki işleri organize etmenin yeni yolları teşvik edilmelidir. Ameliyathanede iyi hemşirelik bakımına tehdit oluşturan temel faktör zamandır. Ameliyathanede yorgunluk hissi ve zaman baskısı, acemi hemşirelerin görevlerine odaklanmada zorluk yaratmaktadır. Hemşirelerin hastalarla daha iyi ilişkiler kurması, iş stresinden kurtulması ve hastaya ve eldeki göreve yeniden odaklanması için zaman önemlidir. Yöneticilerin desteği ile hemşirelerin çalışma zamanlarını kontrol etme yeteneklerini geliştirme, daha iyi iş tatmini sağlama ve nitelikli ve deneyimli olmalarına katkıda bulunacaktır. İyi bir ekip, ameliyathane hemşiresinin yeni rol ve sorumluklarını başarılı bir şekilde gerçekleştirmesinin anahtarı gibi görünmektedir (Eriksson ve ark., 2020).

Cerrahi süreçteki sosyal ortam, durumsal farkındalık yolu ile klinik durumlara ilişkin örtük bilgi birikimine katkıda bulunmaktadır. Uygulayıcılar, daha önce deneyimledikleri benzer prosedürleri hatırlayarak sonraki prosedürler sırasında eylemlerini bildirmek için ameliyata hazırlanabilirler. Cerrahinin tekno-sosyal bağlamında; sürekli olarak aynı ekip üyeleri ile çalışma, cerrahlara aşına olmalarını ve cerrahi sırasında teknik yeterliliği tamamlayan sözlü olmayan göstergeleri yorumlama becerisini geliştirmelerini sağlar (McClelland, 2018). Ekip üyelerinin sıklıkla birlikte çalışmasıyla tanıdık ekip üyeleri, beklenmedik durumlara yanıt vermek için özel yetenekler geliştirir ve birlikte çalışma deneyimleri ekibin giderek daha iyi performans göstermesine olanak sağlamaktadır. Cerrahi ekip tutarlılığını geliştirmek, ekibin gelişen olumsuz olayları öngörme, önleme, tespit etme ve iyileştirme yeteneğini ve ekip çalışmasını geliştirmeye yönelik bir müdahale olabilir (Xiao ve ark., 2015). Ekip üyelerine aşinalık, gelişmiş planlamayı teşvik eder, böylece ameliyathane hemşirelerinin performansını etkileyen dikkat dağınıklıklarını ve kesintileri en aza indirir. Cerraha aşinalık, ameliyathane hemşiresinin gerçekleştirilen

prosedür hakkında iyi teknik ve bilimsel bilgi geliştirmesine ve böylece ileri planlamayı teşvik etmesine olanak tanır (Kang ve ark., 2015).

Hemşirelerin kariyer gelişim süreçleri, kişisel gelişim çabalarına bağlı olarak gelişmektedir (Jung ve ark., 2020). Hemşirelerin yaşam boyu öğrenmeyi ve kendi mesleki gelişimlerini nasıl gördükleri, bireysel bazda önemli ölçüde değişmektedir. Bu durum, hemşirelerin gelişim faaliyetlerine hazır ve istekli olmalarına, kariyer hedeflerine, öğrenme stillerine, önceki öğrenme deneyimlerine ve teknoloji ile uyumuna bağlı olarak değişebilmektedir. Özel rolleri veya uzmanlıkları ne olursa olsun, tüm cerrahi hemşireler, kariyerleri geliştikçe bilgi, beceri ve tutumlarını sürekli olarak değerlendirmelidir. İçsel ve dışsal motivasyonları gelişimsel süreçlerini önemli şekilde etkilemektedir. Büyüme, değişim ve mesleki gelişim, bir hemşirenin kendi öğrenmesine yönelik istekli ve tutarlı dikkatin sonuçları ve ödülleri (Bindon, 2017).

Yaş, cinsiyet, eleştirel düşünme yeteneği, güven, bilgi, tutum ve sağlık gibi kişisel faktörlerin hemşirelerin yetkinliği üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Eleştirel düşünme yeteneği, her kategorideki yetkinliğin önemli bir yordayıcısıdır (Rizany ve ark., 2018). Hastanın ciddiyet durumu ile hemşirelerin teknik olmayan becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ameliyathane hemşiresinin ekip çalışması ve iletişim becerilerinin cerrahi prosedürün karmaşıklığı ve hastanın durumuna bağlı olarak arttığı ifade edilmektedir (Kang ve ark., 2015).

2.8. Ameliyathane Hemşireliğinde Yetkinliğin Geliştirilmesinde Kullanılan Modeller

Çeşitli gelişim modelleri önerilmiş olmasına rağmen, hemşirelerin yetkinlik gelişiminin ampirik olarak araştırılması zordur. Hastanelerin genellikle geçerli bir ölçek kullanarak düzenli değerlendirmeler yapmaması, araştırmacıların kariyerleri boyunca hemşirelerin yetkinliklerini takip etmelerinde boylamsal bir çalışma yürütmenin zaman ve kaynak alması ve nihai sonuçlar için takiplerdeki yüksek kayıplar, araştırmaları zorlaştıran nedenlerdendir. Yıllar önceki anlayışa dayalı olarak geliştirilen bir ölçeğin kullanılmasının bugün hemşirelerin yetkinliklerini ölçmek için uygun olmadığı görülmektedir. Bu sorunlara karşı farklı tasarımlar ve modellerin kullanıldığı görülmektedir (Takase, 2013).

Yeni mezun hemşirelerin uygulamaya geçiş süreci farklı teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır (Graf ve ark., 2020). Çalışanların mesleki kariyerlerinde/deneyimlerinde nasıl geliştiklerini gösteren dört tür fikir ve model doğmuştur. Çalışanların gelişmesinde ilk ve en klasik fikir, yeterliliklerin deneyim kazandıkça doğrusal olarak artmasıdır (Takase, 2013). Hemşire uygulaması için geliştirilen ilk teorilerden biri olan Kramer'in “gerçeklik şoku”dur. Daha sonra Oberg bu teoriye “kültür şoku” kavramını dahil etmiştir. Bu teori, yeni mezun hemşirelerin uygulama deneyiminde sosyokültürel, fiziksel ve duygusal tepkiler yaşadıklarını, *balayı*, *reddedilme/gerileme*, *iyileşme*, *çözümleme* olmak üzere dört aşamadan geçtiklerini savunmaktadır (Wakefield, 2018). Güven ve deneyimi olmayan yeni mezunlar, klinik ortamın gerçeklerine hazırlıksız yakalandıklarında, genellikle *reddedilme* duygusu hissederek (Freeling ve Parker, 2015). Yerine getirmesi gereken rolün gerçekliğini reddettiği için, kendinden şüphe duyma ve çatışan değerler dönemleri yaşayabilir. Tüm mezunlar bu aşamaya girmez (Kramer, 1974). *İyileşme aşaması*, yeni mezunun yeni çevreye ait olma duygusu ve rollerini kabul etme duygusu geliştirdiği, gerçeklik şoku döngüsündeki üçüncü adımdır (Wakefield, 2018). Çözüm aşaması olarak adlandırılan son aşamada ise yeni mezunlar hemşirelikle ilgili gelecekteki yollarını belirler (Martin ve Wilson, 2011). Kramer'in gerçeklik şoku teorisi, yeni deneyimlerle karşılaşıldıkça hemşirelerin çözümünden şoka geçtiği döngüsel bir süreç olarak görülmektedir (Graf ve ark., 2020; Kramer, 1974).

Dreyfuss ve Dreyfuss'un çalışmalarına dayanarak Drejer çalışanların yetkinlik gelişimi modelinde, beş gelişimsel kategori tanımlamaktadır. Buna göre en düşük seviye “*acemi*” olup, “*ileri başlangıç*”, “*yetkin*”, “*usta*” ve en yüksek ise “*uzman (bilirkişi)*” seviyeleridir. Çalışanların bu gelişimsel kategorilerde ilerleyerek büyümeleri ve böylece üstün yetkinlik ve performans göstermeleri beklenmektedir. Bu, daha fazla deneyim kazandıkları ve ondan öğrendikleri için mümkündür. Bu modelin benzersiz bir özelliği, bir basamak fonksiyonu kullanarak yeterlilik gelişimini göstermesidir (Drejer, 2000; Dreyfus ve Dreyfus, 1980; Takase, 2013). Ancak orijinal beceri edinme modelinin özel olarak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere geliştirilmediğine dikkat edilmelidir (Drejer, 2000; Stobinski, 2008).

Benner'ın acemiden uzmana geçiş teorisi, bir klinik birim içinde farklı seviyelerde çalışan hemşirelerin pratik anlayışları ve uzman yetenekleri ile ilgili bilgileri ortaya çıkarmak için kullanılmıştır (Benner, 2004). Patricia Benner, Dreyfus kardeşlerin geliştirdiği “Dreyfus Beceri Edinme Model”ini klinik hemşirelik uygulamalarına adapte etmiştir. Bu süreçte deneyimli hemşireler, yeni mezun hemşireler ve son sınıf hemşirelik öğrencileriyle çalışmıştır. Çalışma sonucunda hemşireliğe dair 31 yetkinlik ve yedi (7) alışma alanı tanımlamıştır (Karadağ ve ark., 2017). Yoğun bakım hemşirelerinin beceri kazanımı ve klinik bilgilerine ilişkin ikinci ve bu çalışmanın bir uzantısı olan üçüncü çalışma, diğer kritik bakım alanlarında (acil servisler, uçuş hemşireliği, evde sağlık, ameliyathane ve anestezi sonrası bakım üniteleri) 1996 ve 1997 yılları arasında gerçekleştirilmiştir (Benner, 2019). Benner, hemşirelikte beceri edinimini; *acemilik*, *yeterlilik/kalfalık*, *yetkinlik*, *ustalık* ve *uzmanlık* olmak üzere 5 aşamada sınıflandırmaktadır (Karadağ ve ark., 2017). Benner'ın modelindeki ilk aşama olan “*acemi*”, hemşirelik öğrencilerini ifade eder ve yeni mezun bir hemşirenin, ikinci aşamada işėücüne girmesi düşünölmüştür. Beceri edinmenin *ilk aşaması/acemilik*, bireyin/öğrencinin klinik durumu anlamak için temel bir deneyime sahip olmadığı alanlarda gerçekleşmektedir (Benner, 2019). Acemilikte geçirilen süre yaklaşık bir yıl kadardır. Bu bireyler, sorumluluk almaya hazır değildir, verilen görevi yerine getirebilir ve talimatlarla çalışabilirler (Karahana ve Kav, 2018). Hemşire ne zaman yabancı bir uygulama alanına yerleştirilse acemi olur (Kak ve ark., 2001; Stobinski, 2008). Acemi cerrahi hemşireliği, “daha önce ameliyathane ortamında çalışmamış herhangi bir hemşire” olarak tanımlanır. Bu, yeni mezun bir hemşire veya cerrahi hemşireliği uygulamasına yeni başlayan, başka bir alanda deneyimli bir hemşire de olabilir (Stobinski, 2008).

Yeterlilik/kalfalık aşaması, lisans mezunu hemşirelerin bulunduğu seviyedir. Performansla ilgili yüksek bir farkındalığa sahiptir ve meslektaşlarının uygulamalarına çok dikkat eder. Bu hemşireler, destekleyici uygulama alanlarında etkili ve beceriklidirler. Bilgileri sürekli gelişim göstermektedir (Karadağ ve ark., 2017). Görev odaklıdır ve klinik ortamda rehber ihtiyaa duyarlar. Hastalar için tam yasal ve mesleki sorumluluğa sahiptir (Benner, 2019). Yeterliliklerini tamamlamış hemşireler yetkinlik aşamasına geçerler (Benner ve ark., 1992).

Beceri edinmenin *yetkin aşamasında* hemşire, mevcut ve gelecekteki durumların hangi yönlerinin önemli, hangi yönlerinin önemsiz olduğu bilincine ve belli bir amaç için planlama yapabilme becerisine sahiptir (Karadağ ve ark., 2017). Hemşire, tüm durumu bağlam içinde görebilir ve bilgiyi klinik uygulamaya aktarabilir. Eylemleri sezgisel ve yeteneklidir. Kendi bilgi ve yeteneklerine güvenirlir. Belirli durumlarda beceri ve klinik kavrayış geliştirmek, deneyimsel öğrenmeye bağlıdır. Yetkinliğin ne kadar hızlı kazanılabileceği, hasta popülasyonunun ne kadar çeşitli ve karmaşık olduğuna bağlıdır. Yüksek hacimli merkezde çalışan hemşireler daha kısa sürede daha fazla deneyim kazanacaktır. Belirli hasta popülasyonları ile yetkinlik bu popülasyonla ilgili deneyime ve kurumda mevcut klinik öğretimin kalitesine bağlı olarak eşit olmayan bir şekilde gelişecektir (Benner, 2019). Yetkinlik kazanmak yaklaşık 2-3 yılı alabilmektedir (Karahana ve Kav, 2018). Benner'a göre kişiler, gerçek durumlardan elde edilen tecrübe ve diğerlerinin eylemlerini takip etme yoluyla öğrenerek gerçekleştirirler (Benner ve ark., 1992). Yetkinlik performansında, tutarlılık, öngörülebilirlik ve zamanı yönetme becerisi oldukça önemlidir (Brykczynski ve ark., 2014). Bu aşamada olan hemşireler, daha yüksek sorumluluk hissederler, olası durumlara her zaman hazırdır ve öz eleştiri yapabilirler (Benner ve ark., 1992; Brykczynski ve ark., 2014). Klinik öğrenme ve profesyonel etik anlayışının oluşumu açısından çok önemlidir (Benner, 2004).

Uzmanlığa giden yolda bir geçiş aşaması olan *ustalık aşamasında* hemşire, alternatifleri keşfetmek zorunda kalmadan durumlara, çözümlere sezgisel olarak odaklanabilir. Bu yetenek, zengin bir deneyimsel geçmişe dayanmaktadır. Odak noktası, hasta ve bakım için bir savunucu olma noktasına kadar hastanın ihtiyaç ve endişelerini karşılamaktır. Hasta ve ailesi ile çok daha fazla ilişki kurulur. Kendine ve performansına odaklanması azalır (Benner, 2019; Kak ve ark., 2001; Stobinski, 2008). Ustalık seviyesi, yetkinliğin ötesinde niteliksel bir sıçramadır (Benner, 1984). Bu seviyedeki hemşireler, durum geliştikçe duruma yetenekli tepkilerin tanınması ve uygulanması dahil, bir durumda değişen alaka düzeyini görme konusunda yeni bir yetenek gösterirler. Artık organizasyon için önceden belirlenmiş hedeflerden çok kendi bilgi ve yeteneklerine artan bir güven gösterirler (Benner ve ark., 1992). Bu aşamada kişi resmin bütününe görebilir, durumu bu bütünsellik içinde anlayabilir, kavrayabilir ve planlayabilir. Bu bütüncül anlayış sayesinde hemşirenin karar verme yetisi gelişir ve karar vermesi kolaylaşır (Karadağ ve ark., 2017).

Uzmanlık (Expert-Pratik Bilgelik, Bilirkişi): Bir hemşire bu aşamaya ulaştığında artık duruma ilişkin kavrayışını, yanıtlarıyla bütünleştirebilir. İyi uygulama anlayışından kopmazlar; bunun yerine, az belirlenmiş durumlarda zorlu iyi uygulamaları genişletirler. Entegre hızlı yanıt, uzmanlığın ayırt edici özelliğidir (Benner ve ark., 2009). Acemiden uzmanlığa teorisi, bireyin bir sonraki aşamaya geçmeden önce sosyal durumlara uyum sağlamasını ve becerilerini uyarlamasını sağlamak için bir durumda zaman harcayarak geliştiğini kabul ederek deneyimsel öğrenme ile yakından uyumludur (Benner, 2004). Teori, bir hemşirenin hem profesyonel sosyalleşme hem de klinik beceri düzeyindeki ilerlemesine odaklanır (Graf ve ark., 2020).

Lyneham ve arkadaşları kısmen Benner'ın "Acemiden Uzmana" modeline dayanan alternatif bir model önermiştir. Uzman uygulamasının beşinci aşaması matematiksel olarak ifade edildiğinde, sezgisel uygulamayı çevreleyen mevcut gizemin ortadan kalkacağını belirtmektedirler. Uzman (sezgisel) uygulamanın bilişsel, geçişsel ve somutlaşmış sezgi olmak üzere üç farklı aşamayı içerdiği, bu aşamaların ise altı bileşeninin bilgi, deneyim, bağlantı, duygu, bağdaştırıcılık ve güven olduğunu iddia etmektedirler. Bir hemşirenin uzman olması için tüm aşamalardan geçmesi, her bir uygulama aşamasında derin ve sürekli bir yansıma ile kendini geliştirmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir. Yetkinlik gelişimini, bir adımlama işlevi olarak kavramsallaştırmak yerine, sorunsuz şekilde artan bir üstel işlev olarak görürler. Modellerinin temel varsayımı, bireylerin uygulama kapasitesindeki gelişim, bilgi ve deneyimlerinin zamanla yansıtıcı olduğu şeklindedir (Lyneham ve ark., 2009). Bu model hemşirelerin yetkinlik seviyelerinin kariyerlerinin ilk aşamasında yavaş ve daha sonra hızla arttığını varsaymaktadır (Takase, 2013).

Öğrenme/deneyim eğrisi modeli, çalışanların deneyimlerinden öğrendikleri ve tekrarlı görevler gerçekleştirerek yetkinlik kazandıkları için kariyerlerinin erken aşamasında hızla artmaktadır. Bununla birlikte, çalışanların yetenekleri tavana ulaştığında veya deneyimlerinden öğrenecekleri daha az şey olduğu için sonraki aşamada iyileştirme oranı düşer. Öğrenme eğrisi, tıp öğrencilerinin tıp alanındaki bilgilerinin büyümesini inceleyen boylamsal çalışmalarda tanımlanmaktadır (Takase, 2013).

Yetkinlik ile ilgili bir başka model, Köprüler (Bridges) Geçiş Teorisi'dir. Köprüler Teorisinde geçiş, “*bırakma*”, “*nötr*” ve “*yeni başlangıçlar*” olmak üzere üç aşamalıdır. Aşamalar arasındaki ilerleme döngüsel değil, doğrusaldır. Kişi bir sonraki aşamaya geçebilmek için ilgili aşamayı tamamlamalıdır (Arrowsmith ve ark., 2016). Bridges, geçişin bir başlangıcı ve bir bitiş noktası olması gerektiğine ve bireyin süreci anlamlandırabilmesi için değişim ihtiyacını tanımlamanın önemli olduğuna inanmaktadır (Bridges, 2009). Bu teoride “geçiş bir sonla başlar ve yeni başlangıçlarla biter”. Köprüler geçiş teorisi, geçişin farklı aşamalarda görülmesi gerektiğini ve yeni mezunların daha ileri aşamalara geçebilmesi için her aşamanın tamamlanması gerektiğini kabul ederek lisansüstü programların yapısını etkilemiştir (Graf ve ark., 2020).

Duchscher'in geçiş teorisinde birden çok bileşen vardır. Geçiş aşamaları modeli “*yapma*”, “*olma*” ve “*bilme*” aşamaları olarak adlandırılan üç aşamalı bir doğrusal ilerlemedir. Üç aşama, mezunun bir yılı içindeki değişim sürecini yansıtır. İlk aşaması “*yapma*”, genellikle mezuniyet yılının ilk üç ila dört aylık süreci kapsar, hemşire görev/kural odaklıdır ve genellikle beceri setinin ötesine bakamaz (Duchscher, 2008). Mezunların, mevcut hemşirelik becerilerinin eksik olduğunu düşünmelerine yol açarak özgüven eksikliğine ve kendinden şüphe duymalarına (Lea ve Cruickshank, 2015) neden olur. Kültür veya geçiş şoku yaşadığı dönem olarak en savunmasız zamanıdır. Modelinin ikinci aşaması, dördüncü ila sekizinci ayı içinde gerçekleşen “*olma*” aşamasıdır. Yavaş yavaş görevleri güvenle tamamlamaya başlar ve klinik kararlar için sorumluluk almaya başlar. Bu aşamayı tamamladığında, kendine daha fazla güvenir, sosyokültürel gruplarla daha fazla meşgul olur ve kriz aşamasından uzaklaşır. Soru sorabilecek kadar bağımsız ve rahat hisseden mezun, geçiş modelinin son aşaması olan “*bilme aşaması*”na geçer (Duchscher, 2008) Bu aşamada kendilerine güvenleri yüksektir (Lea ve Cruickshank, 2015) ve endişeleri hemşireliğin politik yönleri etrafında döndüğü zamandır (Graf ve ark., 2020).

Geçiş teorisinin aşamalarının bir diğer bileşeni olan “*geçiş şoku modeli*” (Duchscher, 2008) deneyimi; duygusal, fiziksel, sosyokültürel ve entelektüel unsurlar olmak üzere dört farklı unsur aracılığıyla tanımlar. İlk dört ay içinde, geçiş aşamasının duygusal yönleri, çevrenin destekleyici doğasına bağlı olarak değişir (Lea ve Cruickshank, 2015). Daha az desteklenen mezunların bunalmış, korkmuş, kendinden şüphe duyma ve korku duyma

olasılıkları daha yüksektir. Klinik olarak yetersiz görülme ve uygun bakımı sağlayamama veya sorumluluk kabul etmeme korkusu, geçiş döneminin ilk dört ayında artar (Wakefield, 2018). Bu, yeni mezunların, zaman kısıtlamaları nedeniyle hasta savunucusu olarak rollerini yerine getirmediklerini hissetmelerine ve nihayetinde rollerinin ne olduğunu düşündükleri ile gerçekte ne anlama geldiği arasında kafa karışıklığına neden olmaktadır (Graf ve ark., 2020). Yeni mezunlar kendilerini yeni ortama yerleşmiş hissetmiyorlarsa, geçiş şoku uzamaktadır (Duchscher, 2008). Duchscher “*yapma*” aşaması, Benner'ın “*acemi*” aşamasıyla, “*varlık*” aşaması da “*yeterlilik*” aşamasıyla uyumludur. Duchscher, yeni mezun bir hemşirenin yolculuğunun ilk dört ayının acemilik olduğunu savunmuş ve mezuniyetten sonra beş ila yedi aya kadar ileri başlangıç aşamasına girmediklerini belirtmiştir (Graf ve ark., 2020). Wakefield geçiş krizinin, kültür şokunun ikinci aşaması olduğunu öne sürmektedir (Wakefield, 2018). Ayrıca bu aşamanın ek bir adım olduğu ve kültür şokundan farklı olduğu ileri sürülebilir (Duchscher, 2008; Graf ve ark., 2020). Duchscher, geçiş aşamalarının doğrusal olmadığını, mezunların geçiş yolculuğunun, başlangıç, orta ve bitiş noktası bulunduğunu, dolayısıyla ilerlemenin doğrusal olduğunu öne sürmektedir (Graf ve ark., 2020).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algıları ile cerrahi ekibin hemşirelerin yetkinliği ve etkileyen faktörlere yönelik görüşlerinin, derin bir anlayışla anlaşılması ve yorumlanmasıdır. Araştırmada anket soruları (Nicel-Quan) ve bireysel görüşmelerle (Nitel-QUAL) titiz, geçerli, güvenilir veriler elde etmek için karma yöntem yaklaşımı seçilmiştir. Karma desen yaklaşımı nicel ve nitel olmak üzere iki aşamada yürütülmektedir (Creswell ve Clark, 2018). Araştırmanın nicel boyutunda, ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerine yönelik algılarının, nitel boyutunda ise tüm cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinliği ve etkileyen faktörlere yönelik düşüncelerinin/ görüşlerinin anlaşılması ve yorumlanması hedeflenmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

Nicel Boyut İçin Araştırma Soruları

1. Ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algıları ne düzeydedir?
2. Ameliyathane hemşirelerinin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri ile yetkinlik algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Ameliyathane hemşirelerinin çalışma ortamı özellikleri ile yetkinlik algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Nitel Boyut İçin Araştırma Soruları

1. Cerrahi ekip üyelerinin ameliyathane hemşirelerinin yetkinlikleri ile ilgili görüşleri nelerdir?
2. Cerrahi ekip üyelerinin ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerini etkileyen faktörlere yönelik görüşleri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Varsayımları (Sayıltıları)

Ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algılarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçeğe ve anket sorularına samimi cevaplar verdiği varsayılmıştır. Cerrahi ekip üyeleri ile yapılan görüşmeler sonucunda vermiş oldukları cevaplarda baskı altında kalmadan ciddi ve samimi duygularla cevaplayacakları varsayılmıştır. Araştırmacının kullanmış olduğu ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algılarına yönelik ölçekle değerlendirilmesi ve

bireysel görüşmeler ile de kendi yetkinlikleri ve etkileyen faktörlere yönelik görüşleri daha derin, kapsamlı ve farklılıkların ortaya çıkarabileceği varsayılmıştır. Cerrahi ekip üyelerinin ameliyathane hemşirelerinin yetkinliği ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerine ulaşmada da bireysel derinlemesine görüşmelerle ortaya çıkarabileceği varsayılmıştır.

3.4. Araştırma Paradigmaları ve Araştırma Tasarımı

Cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinlikleri ve etkileyen faktörlere yönelik görüşlerinin anlaşılması ve yorumlanması amacıyla yapılan bu çalışma karma yöntem araştırmasıdır.

Karma yöntem; araştırmacıların bir araştırma amacını en iyi şekilde anlayabilmek için nicel ve nitel veri toplama ve analiz yöntemlerinin bir araya getirildiği bir araştırma sürecidir (Creswell ve Clark, 2018). Karma yöntem çalışmalarının şemsiye felsefesi hem realizm hem de idealizm felsefesini bir araya getiren pragmatizmdir (Akt. Gunbayi, 2020).

Araştırmada karma yöntem, yakınsak paralel desen paralel veriler türünün tercih edilmesinin en önemli nedeni toplanan nicel veriler ile ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerine yönelik algılarının genel durumunu ortaya koyarken aynı zamanda cerrahi ekip üyelerinin yetkinlik ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerinin bireysel derinlemesine görüşmelerle analizini yapmak ve mevcut durumu daha iyi açıklayabilmektir.

Araştırmada ameliyathane hemşirelerinin kendi yetkinlik algılarını değerlendirmede öz değerlendirme aracı olan ölçekten faydalanılarak mevcut durumun ortaya konması amaçlanmıştır. Yapısalcı (işlevselci) paradigma, mevcut durumun yukarıdan kontrollü bir şekilde sürdürülmesi gerektiği sayılısına dayanmaktadır ve betimseldir. Post-pozitivizme dayanan işlevselci paradigma, karma araştırmaların ankete dayanan nicel yöntemiyle çok uyumludur. İşlevselci paradigma, ontolojik olarak realizme dayandığı için, doğası gereği anket yoluyla tanımlayıcı nicel araştırmalar için özellikle uygundur (Akt. Gunbayi, 2020).

Araştırmanın niceliksel boyutuna paralel olarak aynı zamanda cerrahi ekip üyeleri ile yarı yapılandırılmış bireysel görüşme formları ile görüşmeler gerçekleştirilerek cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinlikleri ve etkileyen faktörlere yönelik düşünceleri ile

veri zenginliği sağlanmıştır. Post-modernizme dayalı yorumlayıcı paradigma, karma yöntem araştırmasının niteliksel koluyla çok uyumludur. Yorumlayıcı paradigma, toplumsal dünyayı olduğu gibi, doğrudan doğruya sürece dahil olan bireylerin bakış açısından anlamaya ve açıklamaya çalışan bir yaklaşımdır. Yorumlayıcı paradigma yaklaşımı, birbirimizle etkileşimimiz sonucunda var olan kişilerarası (sosyal) dünyayı yansıtan “fenomenolojik sembolik etkileşim yaklaşımı” ile de açıklanabilir (Gunbayi, 2020)

Çalışmanın amacına uygun araştırma deseni olarak **yakınsak paralel desende** (yakın zamanlı) paralel veriler türü kullanılmıştır. Üç alt varyantından biri olan *paralel veriler türü*; nicel ve nitel aşamanın eş (yakın) zamanlı bağımsız toplanması ve çözülmesi yalnızca yorumlama sırasında birleştirilen tasarımıdır (Creswell ve Clark, 2014; Gunbayi, 2020). Yakınsak desende hem nicel hem de nitel veriler araştırma sürecinin aynı aşamasında toplanarak analiz edilmektedir. Elde edilen veriler karşılaştırmalar veya ilişkilendirmelerle yorumlanarak birleştirilmektedir (Creswell ve Clark, 2011). Araştırma yaklaşımının temel varsayımına göre, nitel veya nicel yöntemlerin birlikte kullanılması, araştırma probleminin daha kapsamlı ve derinlemesine incelenmesine imkân sağlar (Creswell ve Clark, 2014).

3.4.1. Araştırmanın Nicel Aşaması

Araştırmanın nicel kısmı, Brigid Gillispie (2012) tarafından geliştirilen ve Sönmez ve Ayoğlu (2019) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan “Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği” (PPCS-R: Perceived Perioperative Competence Scale-Revised)” ile ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerine yönelik algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.4.2. Araştırmanın Nitel Aşaması

Eş zamanlı olarak gerçekleştirilen nitel aşamada cerrahi ekip üyelerinin ameliyathane hemşirelerinin yetkinlikleri ve etkileyen faktörlere ilişkin düşünceleri bireysel derinlemesine görüşmelerle ortaya koymak ve mevcut durumu daha iyi açıklayabilmek amacıyla betimsel durum çalışmasıdır. Elde edilen nicel ve nitel veriler karşılaştırılarak, birbirleriyle çelişen ya da birbirini destekleyen yorumlarla tüm yönlerinin derinlemesine anlaşılması ve yorumlanması amaçlanmıştır. Durum çalışması modeli, araştırmacının

gerçek yaşam, güncel sınırlı bir sistem (bir durum) ya da belli bir zaman içerisindeki çoklu sınırlandırılmış sistemler (durumlar) hakkında çoklu bilgi kaynakları (örneğin gözlemler, mülakatlar, görsel-işitsel materyaller, dökümanlar ve raporlar) aracılığıyla detaylı ve derinlemesine bilgi topladığı, bir durum betimlemesi ya da durum temaları ortaya koyduğu nitel bir yaklaşımdır (Yin, 2017). Durum çalışmasının dört farklı biçimi vardır. Bütüncül tek durum deseni, iç içe geçmiş tek durum deseni, bütüncül çoklu durum deseni ve iç içe geçmiş çoklu durum desenidir (Gunbayi, 2020). Bu çalışmada genel olarak durum çalışması yaklaşımının türlerinden olan bütüncül çoklu durum deseni kullanılmıştır. Araştırmanın kapsamında Burdur, Isparta ve Antalya il merkezlerinde bulunan üniversite, devlet ve özel hastanelerde bulunan cerrahi ekip üyeleri yer almaktadır. Elde edilen veriler betimsel ve içerik analizine tabi tutularak, sonuçlar betimsel bir anlatım ile sunulmuş ve doğrudan anlatımlara yer verilerek, ortaya çıkan temalar çerçevesinde elde edilen bulguların araştırma sorunsalları doğrultusunda sınıflandırılarak açıklanması ve yorumlanması yoluna gidilmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Batı Akdeniz Bölgesinin Burdur, Isparta ve Antalya il merkezlerinde bulunan hastanelerde çalışan cerrahi ekip üyeleridir. Örneklemi ise izin verilen ikisi üniversite, biri araştırma uygulama, dördü devlet ve onu özel olmak üzere 17 hastanenin ameliyathanelerinde çalışan cerrahi ekip üyeleri oluşturmaktadır. Ameliyathane hemşireleri, devlet ve özel hastanelerde scrub, sirküle ve asistan hemşire rollerinde çalışmaktadır. Sirküle rollerini ameliyat hazırlığı sürecinde gerçekleştirdikten sonra tamamı scrub olarak cerrahi süreçte yer almaktadır. Ameliyat sürecinde sirküle hemşirenin rolleri ameliyathane personelleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Üniversite hastanelerinde sirküle ve scrub rollerinde, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ise sirküle, scrub ve asistan hemşire rollerini yerine getirmektedirler. Araştırmaya dahil edilen hastaneler **Ek 1**'de verilmiştir. Araştırmanın amacına ve bütünlüğüne uygunluk sağlaması bakımından örneklem alınma ve dışlanma kriterleri Tablo 3.1' de belirtilmiştir.

Tablo 3.1. Örneklem Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Örneklem Alınma Kriterleri		Dışlanma Kriterleri
Nicel	Nitel	
En az altı ay ameliyathane deneyimi olan Araştırmaya gönüllü katılan ve yazılı onayı bulunan hemşireler	En az altı ay ameliyathane deneyimi olan araştırmacının nicel bölümüne katılmış ve nitel bölüm için yazılı onayı bulunan ameliyathane hemşireleri En az altı ay ameliyathane deneyimi olan ve yazılı onayı olan cerrahi ekip üyeleri	Çalışmadan herhangi bir zamanda çekilmek istemesi

Bu araştırmanın nicel aşamasındaki örneklem sayısını belirlemede güç analizi yöntemi uygulanmıştır. Güç analizini gerçekleştirmede G-Power programı kullanılmıştır. Araştırmanın evrenine ilişkin sayısal verilere ulaşılamamıştır. Çalışmada yer alan hipotezler çerçevesinde uygulanacak analizin parametrik ve non-parametrik olmasına yönelik olarak analiz türü belirlenmiştir. İlgili hipoteze ilişkin benzer çalışmalardan ortalama ve sapma değerlerinin bulunmaması sebebiyle evrensel sınır değerler kabul edilmiştir. Araştırma kapsamında Tip I hata yapma olasılığı 0.05, Tip II 0.80, etki büyüklüğü ise 0.25 ile orta etki büyüklüğü olarak seçilmiştir. Maksimum örneklem sayısı bağımsız değişken alt grup sayısı altı olması durumunda belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda tüm hipotezleri kapsayacak şekilde alt örneklem sınırı **216** kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın nitel aşamasında, amaçlı örneklem yöntemlerinden kolay ulaşılabilir örneklem tekniği kullanılmıştır. Nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir yöntem olan kolay ulaşılabilir durum örnekleme, maliyet ve zaman açısından avantaj sağlamaktadır (Patton, 2005; Vogt ve ark., 2012). Oldukça karışık veri çeşitliliğine sahip nitel araştırma sürecinde araştırmacıların amaçlı örneklem yaklaşımlarına yatkın oldukları belirtilmektedir (Baltacı, 2018). Nitel araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemede araştırmanın odağı, veri miktarı ve kuramsal örnekleme gibi dikkate alınması gereken bazı ilkeler bulunmaktadır (Crompton, 2002; Patton, 1987). Araştırmanın odağı; araştırma bazen bir veya birkaç durumun aynı anda çalışılmasına bazen de belirli özellikleri taşıyan bir grubun tek başına çalışılmasına odaklanabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Çalışmamızda araştırmamızın odağını cerrahi ekip üyeleri oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğüne ilişkin bir diğer ilke ise toplanacak verinin derinliği ve genişliği ile ilgilidir (Baltacı, 2018). Örneklemeye dahil edilecek birey ya da bireylerden elde edilmesi planlanan verinin derinliği ve genişliği örneklem büyüklüğü ile genellikle ters orantılı olabilir (Baltacı, 2017, 2018). Kuramsal örneklem yaklaşımı, araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilmesini gerektirir. Araştırmacı veri toplarken örnekleminin ne kadar büyük olacağından emin değildir ve ortaya çıkan kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladığı zaman yeterli sayıda veri kaynağına (örneğin bireyler) ulaştığına karar verilebilir (Glaser ve Strauss, 1967). Görüşme sürecinde, araştırma sorularımızın yanıtlarında kavramlar tekrar etmeye başladığı aşamada veri toplama süreci tamamlanmıştır. Çalışmamızın nitel bölümünde 21 hemşire, 17 cerrah, 4 cerrahi asistanı, 2 anestezi uzmanı, 1 anestezi asistanı ve 9 teknisyen olmak üzere 54 cerrahi ekip üyesi ile görüşme yapılmıştır. Araştırmanın nitel aşamasına katılan katılımcılara dair sosyo demografik ve çalışma ortamına ait özellikler Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Nitel Aşamaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Sosyodemografik ve Çalışma Ortamına Ait Özellikler (n=54)

Katılımcı	Kod	Hastane	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Mesleki Deneyim	Ameliyathane Deneyimi
Hemşireler	1AH31KDH3	Devlet	31	Kadın	Lisans	13 yıl	1 yıl
	2AH27KÖH5	Özel	29	Kadın	Lisans	7 yıl	7 yıl
	3AH35ETFH13	Üniversite	35	Erkek	Lisans	13 yıl	7 yıl
	4AH59KTFH40	Üniversite	59	Kadın	Lisans	40 yıl	40 yıl
	5AH41KEAH14	Eğitim Araştırma	41	Kadın	Lisans	21 yıl	14 yıl
	6AH42KTFH23	Üniversite	42	Kadın	Lisans	23 yıl	18 yıl
	1AH31KDH3	Eğitim Araştırma	42	Kadın	Lisans	24 yıl	22 yıl
	8AH49KTFH30	Üniversite	49	Kadın	Lisans	32 yıl	32 yıl
	9AH45KEAH26	Eğitim Araştırma	45	Kadın	Lisans	262yıl	22 yıl
	10AH50KDH30	Devlet	50	Kadın	Lisans	25 yıl	25 yıl
	11AH23KÖH5	Özel	25	Kadın	Ön Lisans	7 yıl	7 yıl
	12AH44KDH22	Devlet	44	Kadın	Ön Lisans	21 yıl	21 yıl
	13AH41EDH23	Devlet	41	Erkek	Lisans	23 yıl	18 yıl
	14AH41KDH13	Devlet	41	Kadın	Lisans	15 yıl	14 yıl
	15AH24EDH2	Devlet	24	Erkek	Lisans	2 yıl	2 yıl
	16AH27KDH4	Devlet	27	Kadın	Lisans	10 yıl	10 yıl
	17AH23KÖH5	Özel	23	Kadın	Ön Lisans	5 yıl	5 yıl
	18AH41KDH21	Devlet	41	Kadın	Lisans	21 yıl	21 yıl
	19AH24KDH3	Devlet	24	Kadın	Lisans	3 yıl	3 yıl
	20AH41KEAH19	Eğitim Araştırma	41	Kadın	Lisans	19 yıl	4 yıl
	21AH40EDH14	Devlet	40	Erkek	Lisans	20	14 yıl

Tablo 3.2. 'nin devamı

Katılımcı	Kod	Hastane	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Mesleki Deneyim	Ameliyathane Deneyimi
Cerrah ve Cerrahi Asistan	1C50ETFH23	Üniversite	50	Erkek	Uzmanlık	24 Yıl	23 Yıl
	2C50ETFH25	Üniversite	50	Erkek	Uzmanlık	25 Yıl	25 Yıl
	3C50EÖH25	Özel	50	Erkek	Uzmanlık	25 Yıl	25 Yıl
	4C65ETFH37	Üniversite	65	Erkek	Uzmanlık	40 Yıl	37 Yıl
	5C52EÖH27	Özel	52	Erkek	Uzmanlık	27 Yıl	27 Yıl
	6C47EÖH22	Devlet	47	Erkek	Uzmanlık	22 Yıl	22 Yıl
	7C50EÖH25	Özel	50	Erkek	Uzmanlık	25 Yıl	25 Yıl
	8C43EDH20	Devlet	43	Erkek	Uzmanlık	20 Yıl	20 Yıl
	9C50EÖH23	Özel	50	Erkek	Uzmanlık	24 Yıl	23 Yıl
	10C40EDH15	Devlet	40	Erkek	Uzmanlık	17 Yıl	15 Yıl
	11C53EEAH23	Eğitim Araştırma	53	Erkek	Uzmanlık	30 Yıl	23 Yıl
	12C41EÖH20	Özel	41	Erkek	Uzmanlık	20 Yıl	20 Yıl
	13C39EÖH15	Özel	39	Erkek	Uzmanlık	15 Yıl	15 Yıl
	14C53EDH28	Devlet	53	Erkek	Uzmanlık	30 Yıl	28 Yıl
	15C43EDH20	Devlet	43	Erkek	Uzmanlık	20 Yıl	20 Yıl
	16C40KTFH17	Üniversite	40	Kadın	Uzmanlık	18 Yıl	17 Yıl
	17CA28ETFH3	Üniversite	28	Erkek	Tıp	3 yıl	3 yıl
	18CA29ETFH4	Üniversite	29	Erkek	Tıp	4 Yıl	4 Yıl
	19CA28ETFH4	Üniversite	28	Erkek	Tıp	4 yıl	4 yıl
	20CA28KTFH3	Üniversite	28	Kadın	Tıp	3 Yıl	3 yıl
	21C53ÖHE25	Özel	53	Erkek	Uzmanlık	27 yıl	25 Yıl
Anestezi Uzmanı ve Asistanı	1DRA41KDH18	Devlet	41	Kadın	Uzmanlık	18 Yıl	18 Yıl
	2DRA52EÖH24	Özel	52	Erkek	Uzmanlık	24 Yıl	24 Yıl
	3DRAA27KTFH3	Üniversite	27	Kadın	Tıp	3 Yıl	3 Yıl
Teknikeri/Teknisyenler	1AT30KEAH6	Eğitim Araştırma	30	Kadın	Ön Lisans	6 yıl	6 yıl
	2AT25KÖH0.5	Özel	25	Kadın	Ön Lisans	6 ay	6 ay
	3ANT28KDH6	Devlet	28	Erkek	Lisans	6 yıl	6 yıl
	4ANT30KDH10	Devlet	30	Kadın	Lisans	10 yıl	10 yıl
	5ANT27KTFH5	Üniversite	27	Kadın	Ön Lisans	5 yıl	5 yıl
	6RT42KDH3	Devlet	42	Kadın	Lisans	23 yıl	3 yıl
	7RT44EDH10	Devlet	44	Erkek	Ön Lisans	21 yıl	10 yıl
	8RT43EDH5	Devlet	43	Erkek	Lisans	21 yıl	5 yıl
	9RT42KDH3	Devlet	42	Kadın	Lisans	21 yıl	3 yıl

3.6. Ön Uygulama

Çalışmanın nicel bölümünde ön uygulama 5 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Nitel bölümde ise 1 cerrah, 1 hemşire ve 1 anestezi teknisyeni ile görüşülmüştür. Ön uygulama

sonrası Veri Toplama Formu ve Yapılandırılmış Görüşme formlarında ek düzenleme yapılmasına gerek kalmamıştır.

3.7. Veri Toplanması

3.7.1. Nicel Aşama Veri Toplama Araçları

Araştırmanın nicel aşamasında veriler, **Ameliyathane Hemşireleri Tanıtım Formu ve Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği** kullanılarak toplanmıştır. (EK 2).

Ameliyathane Hemşireleri Tanıtım Formu, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Form, yaş, cinsiyet, kurum, eğitim durumu, ameliyathanede çalışma pozisyonu, mesleki çalışma süresi, kurum ameliyathanesinin özelliği (merkezi, branş), kurumun ameliyathane oda sayısı, cerrahi branşlar, günlük yapılan ameliyat sayısı, kurumdaki çalışma süresi, ameliyathanede çalışma süresi, ameliyathane hemşireliği eğitim programına katılım, farklı cerrahi uzmanlık branşlarına maruz kalma ve ameliyathanede isteyerek çalışma sorularından oluşmaktadır.

Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği (PPCS-R) 40 maddeli olup perioperatif yeterliliğin etki alanlarını yansıtan, teknik ve teknik olmayan becerileri içeren 6 faktör yapısından oluşmaktadır (Gillespie ve ark., 2012). Ölçek, “temel bilgi ve beceriler” (9 madde), “liderlik” (8 madde), “iş birliği” (6 madde), “yeterlilik” (6 madde), “empati” (5 madde) ve “mesleki gelişim” (6 madde) alanlarını içermektedir. PPCS-R, hiç (1) ile her zaman (5) arasında değişen beşli likert tipi ölçektir. Ölçeğin puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar algılanan yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. PPCS-R, Avustralya, Kanada ve İskoçya dahil olmak üzere çeşitli kültürel bağlamlarda değerlendirilmiştir (Gillespie ve ark, 2018; Jaensson ve ark., 2018; Ajorpaz ve ark., 2016). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2019 yılında Sönmez ve Ayoğlu tarafından yapılmıştır. Orijinal versiyondaki 40 madde ve altı alt ölçek Türkçe versiyonunda korunmuştur. Türkçe genel Cronbach alfa katsayısı .971, alt ölçeklerde .865 ile .953 arasında değişmektedir (Sönmez ve Ayoğlu, 2019). Ölçeğin tamamlanma süresi 20 dakikadır.

3.7.2. Nitel Aşama Veri Toplama Araçları

Çalışmanın nitel aşaması, nicel verilerin toplanması sırasında ulaşılan ve nitel aşamaya katılmayı da kabul eden ameliyathane hemşireleri ile çalışmaya katılma onayı veren cerrah, cerrahi asistan, anestezi uzmanı, anestezi asistanı, anestezi teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri ve röntgen teknisyeni/teknikerinden oluşan cerrahi ekip üyeleri ile yürütülmüştür. Görüşmede, ameliyathane hemşirelerinin yetkinliği ve yetkinliği etkileyen faktörler, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile incelenmiştir. Çalışmada kullanılan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. İki ana sorudan oluşmaktadır. Pilot uygulaması yapılmıştır (**EK 3**).

Cerrahi ekip üyelerine yönelik sosyodemografik ve çalışma ortamına ait özelliklerin sorgulandığı **Cerrahi Ekip Üyeleri Tanıtım Formu** yaş, cinsiyet, kurum, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, kurum ameliyathanesinin özelliği (merkezi, branş), ameliyathanede çalışma süresi ve ameliyathanedeki çalışma pozisyonu sorularından oluşmaktadır (**Ek 3**).

3.7.3. Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri, nicel ve nitel olmak üzere iki aşamada toplanmıştır. Nicel aşama ameliyathane hemşireleri ile yürütülmüştür. Veriler, Ameliyathane Hemşireleri Tanıtım Formu ve Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmanın nitel aşamasında veri toplama süreci, ameliyathane hemşirelerinin de içinde bulunduğu, tüm cerrahi ekip üyeleri ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerle gerçekleştirilmiştir. Görüşmelere, katılımcıların yazılı aydınlatılmış onamları alınmasından sonra başlanmıştır. Görüşme, etkili ve sık kullanılan veri toplama yöntemlerinden biridir. Bireylerin deneyimlerine, algılarına, tutumlarına, görüşlerine, şikayetlerine, duygularına ve inançlarına ilişkin bilgi elde etmede oldukça etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Görüşme yöntemlerinden biri, Yarı- Yapılandırılmış Görüşmedir. Görüşme formu önceden hazırlanır, duruma göre soruların yeri değiştirilebilir, yenileri sorulabilir. Alınan cevaplara göre derinleşmeyi sağlayan “sonda sorular” kullanılabilir. Sahada görüşmeciye (araştırmacıya) duruma

uygun davranma olanağı tanır (Bal, 2016). Çalışmada görüşmeler, mesai saatleri içerisinde ameliyathane sorumlu hemşiresinin belirlediği odada gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde daha önceden hazırlanan, anlaşılır ve cevaplandırılabilir iki (2) açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşmeler, ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Ortalama 40 dakika sürmüştür. Araştırmacı tarafından çözümlenerek yazılı hale getirilmiştir. Araştırmada, cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinlikleri ve etkileyen faktörlere yönelik ana kavram ve temalarına ilişkin ayrıntılı verilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde nicel ve nitel araştırmaların bir araya geldiği nokta entegrasyon (birleştirme) olarak ifade edilmekte ve karma yöntemler araştırmasının en önemli temel kavramı olduğu savunulmaktadır (Creswell ve Clark, 2018). Entegrasyon karma yöntemler çalışmasının nicel ve nitel bileşenleri arasındaki (veya birbiriyle ilişkili) açık konuşmadır. Araştırma sorusunun belirtilmesi, entegrasyonu destekleyen etkili bir stratejidir. Çalışmayı yürütürken sadece nicel ve nitel sonuçların ötesinde araştırmacıya, analiz ve yorumlamaya devam etmeleri için önemli bir işaret görevi yüklemektedir. İkinci strateji, neyin entegre edileceğini belirlemektir. Temel husus, karma yöntemler çalışmasının nicel ve nitel bileşenlerinin incelenen konular hakkında birbirlerine söyleyecek bir şeyleri olmasıdır. Bir sonraki husus ise karma yöntemler çalışmasına ne zaman entegre edileceğidir. Anlamlı bir entegrasyon elde etmek için, araştırmacılar, çalışmanın uygulanması sırasında nicel ve nitel bileşenleri entegre etme fırsatlarının ne zaman ortaya çıkarılacağını da belirlemelidir. Bu entegrasyon, çalışmadaki iki yöntemin birbiriyle temas ettiği anları temsil ederler (Plano Clark, 2019). Son aşama nicel ve nitel verilerin ve sonuçların karma yöntemler çalışması içinde nasıl entegre edileceğidir. Çalışmanın araştırma sorularına yanıt olarak nicel ve nitel bilgileri birleştirmeye hizmet eden analitik prosedürler planlanır ve uygulanır (Bazeley, 2018). İki geniş bütünleştirici analitik yaklaşım türü; birleştirme ve bağlanmadır. Analizlerin birleştirilmesi, nicel veriler ve sonuçları ile nitel veri ve sonuçları ilişkilendiren prosedürlerdir. Bağlantılı analizler, bir yöntemin sonuçlarını diğer yöntemi temsil eden verilerin toplanması ve analizine bağlama prosedürleridir (Plano Clark, 2019).

Yakınsak karma yöntemler tasarımı, sonuçları daha bütünsel ve kapsamlı sonuçlar geliştirmek için analiz ve yorumlamanın birleştirilmesi yoluyla entegre edilen bağımsız nicel ve nitel çalışma bileşenlerinin bir araya getirilmesidir (Plano Clark, 2019). Araştırmacı hem nicel hem de nitel verileri eş zamanlı topladıktan sonra, bilgileri ayrı ayrı analiz eder ve daha sonra iki veri tabanını birleştirir (Creswell ve Clark, 2018).

Araştırma sorularımız kapsamında en uygun olan analitik yaklaşımlar kullanılarak nicel ve nitel veriler birbirinden bağımsız analiz edilmiştir. İki veri tabanındaki bulgular incelenerek entegre edilecek veriler için gerekli olan boyutlar belirlenmiştir. Boyutlar doğrultusunda bulguların nicel, nitel ve karma yöntem araştırması sorularına nasıl yanıt verdiği araştırmanın tartışma bölümünde analitik genelleme yapılarak yorumlanmıştır.

3.8.1. Nicel Verilerin Analizi

Hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik algılarını ve bu algıları etkileyen değişkenlerin neler olduğunun incelendiği bu çalışmada öncelikle hemşirelerin söz konusu perioperatif yeterlilik alt ölçeklerinden aldıkları puanların betimsel değerleri incelenmiştir. Söz konusu betimsel değerler incelenirken hemşirelerin sahip oldukları alt ölçek aritmetik ortalama ve standart sapmaları incelenmiş ve performansları değerlendirilmiştir. Bir sonraki aşamada hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik alt ölçek puanları çeşitli bağımsız değişkenlerin alt gruplarında ortalama karşılaştırma testlerine tabi tutulmuştur. Ortalama karşılaştırma testlerine geçmeden önce ilgili grupların alt ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir. Bir alt gruba ilişkin puanların dağılımına karar vermede birçok yöntem bulunmaktadır. Söz konusu literatür taraması sonucu dağılım yapısına karar vermede en çok kullanılan farklı yöntemler bir araya getirilerek çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu yöntemlerden ilki, ilgili puan dağılımının sahip olduğu basıklık-çarpıklık katsayısı değerleridir. Basıklık ve çarpıklık katsayısı değerinin (-1, +1) arasında yer alması dağılımın normal olduğuna ilişkin kanıt oluşturduğunu göstermektedir (Hair ve ark., 2013). Bir diğer ölçüt olarak söz konusu puanlara ilişkin basıklık ve çarpıklık katsayı değerinin kendi standart hatasına bölünerek elde edilen Z değerinin (-1.96, +1.96) arasında yer alması yine dağılımın normal olduğunu gösteren bir kanıt olarak görülmektedir (Howitt ve Kramer, 1997). Son olarak, söz konusu puan dağılımının normal dağılım özelliği gösterip göstermediğini bir istatistiksel hipotezi

test ederek belirleyen Kolmogorov-Smirnov (K-S) ve Shapiro Wilks (S-W) testleri kullanılmıştır. Bu testlere ilişkin hesaplanan istatistik değerin anlamlı çıkmaması durumunda ($p>0.05$) dağılımın normal dağıldığı varsayılmıştır (Bryman ve Kramer, 2001). Sözü geçen üç dağılım belirleme yönteminden en az ikisinin dağılıma ilişkin normallik kanıtı vermesi durumunda dağılım normal, hepsinin normalliği reddetmesi durumunda dağılım çarpık olarak değerlendirilmiştir. Tüm alt grupları normal dağılım özelliği gösteren ve alt grup sayısı iki olan değişkenlerin karşılaştırmasında bağımsız gruplar t testi, alt grup sayısı ikiden fazla olması durumunda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Alt gruplarından en az bir tanesi çarpık dağılım gösteren değişkenlerin ortalama karşılaştırma testlerinde ise alt grup sayısı ikiyse Mann Whitney U, ikiden fazla alt grup varsa Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde anlamlı fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testinin sonucunda gruplar arasında fark bulunması durumunda ise çoklu karşılaştırma yapabilmek için Bonferroni düzeltmesi kullanılarak Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

3.8.2. Nitel Verilerin Analizi

Nitel veri analizi, somut veri parçaları ile soyut kavramlar, tümevarım ile tümdengelim, tanımlama ile yorum arasında ileri-geri adım atmayı içeren karmaşık bir süreçtir (Bal, 2016). Nitel verileri inceleme, transkript veya çalışma esnasında alınan alan notlarının kenarlarına kısa hatırlatıcı notlar alarak ilk düşünceleri kayıt etme anlamına gelmektedir. Bu hatırlatıcı notları alma, kodlar ve temalar gibi daha geniş bilgi kategorileri oluşturmada önemli bir basamaktır (Creswell ve Clark, 2018). Veriyle karşılıklı konuşur gibi işin içine girilir, sorular sorulur, hakkında yorumlar yapılır. Bu sorgulamaları yapma işlemine **kodlama** denmektedir. Nitel veri analizinin ana özelliği kodlama sürecidir (Bal, 2016). Araştırmacı, katılımcıların ifadelerini hiç değiştirmeden koda ilişkin bir etiketleme yapabileceği “*in-vivo kodlama*”, ilgili alan yazındaki mevcut kavramları veya çalıştığı olguyu en iyi tanımlayan araştırmacı tarafından oluşturulan yeni ifadeleri kullanarak da kodlara dair “*dolaylı kodlama*” şeklinde isimlendirmeler yapabilir (Çelik ve ark., 2020; Creswell ve Clark, 2018). Oluşturulan kodlar incelenir ve geçici kategoriler belirlenir. Eldeki her bir verinin bu kategorilere uyup uymadığına bakılır (Çelik ve ark., 2020). Bu bir anlamda tematik kodlama işlemidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

İçerik analizinde kodlardan kategorilere gidildiği gibi kategoriler belirlenip kodlara da gidilmektedir (Bal, 2016). Bu süreçte önemli olan kategorinin uygunluğa ulaşip ulaşmadığıdır (tümevarımsal süreç). Kategori oluşturma tümevarımsal başlayıp, tündengelimsel bir biçimde ilerler (Çelik ve ark., 2020). Temalar birbiriyle ilişkilendirilip karşılaştırılarak daha geniş boyutlar veya bakış açıları altında gruplandırılabilir (Creswell ve Clark, 2018). Betimsel analiz, genellikle nitel veri seti üzerinde detaylı ayrıştırma gerektirmeyen (Baltacı, 2019) içerik analizine göre daha yüzeysel ve daha çok araştırmanın kavramsal yapısının önceden açık biçimde belirlendiği araştırmalarda kullanılır. Görüşülen ya da gözlenen bireylerin görüşlerini çarpıcı bir biçimde yansıtmak amacıyla doğrudan alıntılara sık sık yer verilir. İçerik analizi, toplanan verilerin derinlemesine analiz edilmesini gerektirir ve önceden belirgin olmayan temaların ve boyutların ortaya çıkarılmasına olanak tanır. Betimsel analizde özetlenen ve yorumlanan veriler, içerik analizinde daha derin bir işleme tabi tutulur. Betimsel bir yaklaşımla fark edilemeyen kavram ve temalar bu analiz sonucu keşfedilebilir. İçerik analizinde, elde edilen nitel araştırma verileri; verilerin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması şeklinde dört aşamadan oluşur (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Görüşmeler yüz yüze yapılmış, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Elde edilen veriler Microsoft Word Yazılımı kullanılarak, düzenlenmeden yazıya dökülmüştür. Konunun bütüncül bir bakış açısıyla anlaşılması için görüşme dökümleri baştan sona okunmuştur. Araştırmacılar tarafından içeriğe kapsamlı bir genel bakış elde etmek için transkriptler iyice incelenmiş ve kapsamlı okumalar birkaç kez tekrarlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda görüşme notlarında ve transkriptlerde yer alan önemli noktalar tespit edilmiştir. Araştırmamızda betimsel ve içerik analizi kullanılmıştır. Kodlama işlemini gerçekleştirmek için katılımcıların ifade ettikleri kelime ve kavramları ifade eden ‘İn vivo kod’ ve dolaylı kod kullanılmıştır. Tüm veriler kodlandıktan sonra bir kod listesi oluşturulmuştur. Bu kod listesine göre kodlar arasındaki benzerlikler ve farklılıklar kontrol edilmiş ve daha sonra buna göre kategoriler oluşturulmuştur. Kategoriler belirlendikten sonra temalar çıkarılmıştır. Tümevarımsal bir mantıksal süreç izlenmiştir. Kodlama, alt tema ve ana tema geliştirme süreçleri reflektif anlayışla sürdürülmüştür. Çalışmamızda katılımcıların görüşlerini daha çarpıcı bir şekilde

yansıtmak ve okuyucunun katılımcıların yaşadıklarını ayrıntılarıyla canlı bir şekilde görmesine yardımcı olmak amacıyla doğrudan alıntılar sıklıkla kullanılmıştır. Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik alanları “teknik alan”, “güvenlik” ve “teknik olmayan alan” olmak üzere üç (3) bağlamda belirlenmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin yetkinliği etkileyen faktörler de “organizasyonel” ve “bireysel faktörler” olmak üzere iki (2) bağlam üzerinde şekillendirilmiştir. Analizin son bölümünde nitel sorgulama yapılmıştır. Sonuçlar betimsel bir anlatımla, doğrudan anlatımlara yer verilerek, ana temalar ve alt temalar belirlenerek ve görüşmeler arasında var olan örüntü çerçevesinde araştırma hedefleri verilmeye çalışılmıştır.

3.9. Geçerlilik ve Güvenirlik

3.9.1. Nicel Verilerin Geçerlilik ve Güvenirlik

Hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik alt boyutlarına ait güvenirlilik bulguları Tablo 3.3’de verilmiştir. Buna göre hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarına ait alfa katsayısının 0.87-0.97, bileşik güvenirlilik katsayısının ise 0.90-0.95 arasında değerler aldığı görülmektedir. Buna göre gerek hemşirelerden elde edilen alt boyut puanlarının güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 3.3. Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Güvenirlilik Değerleri

Alt Boyut	Alfa Katsayısı	Bileşik Güvenirlilik İndeksi
	Hemşire	Hemşire
Temel Bilgi ve Beceri	0.89	0.91
Liderlik	0.95	0.95
İş Birliği	0.87	0.90
Yeterlilik	0.91	0.94
Empati	0.93	0.95
Profesyonel Gelişim	0.91	0.93
Ölçek Toplam	0.97	0.94

3.9.2. Nitel Verilerin Geçerlilik ve Güvenirliği

Nitel araştırma yöntemlerinde “geçerlik” bilimsel bulguların doğruluğu, “güvenirlik” bilimsel bulguların yinelenebilirliği ile ilgilidir. Araştırmada geçerlilik ve güvenilirlik katsayılarını yükseltmek için aşağıdaki işlemler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada iç geçerliliği (inandırıcılığı) yükseltmek açısından yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulurken literatür araştırması kapsamında bağlantılı sorular oluşturulmuştur. Veri toplama aşamasında derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır. Bireylerden görüşmede kaydedilen bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve gizliliği konusunda yazılı onay alınmıştır. Karşılıklı güven ortamı sağlanarak verilerin rahatça ifade edilmesi ve gerçek durumu yansıtması sağlanmıştır. Ana temalar ve alt temaların aralarındaki bağlantı ile temaların her birisinin diğer temalarla bağlantısı denetlenerek bütünlüğün sağlanmasına çalışılmıştır.

Araştırmada dış geçerlik (aktarılabilirlik) katsayısını yükseltmek açısından araştırma süreci detaylı bir biçimde açıklanmıştır. Araştırmanın tasarımı, çalışma grubu, veri toplama aracı, veri toplama süreci, verilerin analizi ayrıntılı olarak ifade edilerek, konu ile ilgili yapılmış araştırmalar incelenmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemlerinden kolay ulaşılabilir örneklem tekniği ile bireylerin araştırmaya katılımı gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.

Tematik kodlama yaparken ortaya çıkan temanın altında yer alan verilerin anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı dikkate alınması gereken önemli bir ögedir. Bu iç tutarlılığı yansıtmaktadır (Lincoln ve Guba, 1985). İç güvenilirliğini (tutarlılığını) arttırmak için bulguların tamamı yorum yapılmadan verilmiştir. Katılımcıların ifadeleri verilerin geçerliliğini arttırmak için iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı kodlanmıştır. Araştırma dışından nitel araştırma konusunda deneyimli iki öğretim elemanı tarafından ayrı ayrı kodlanmıştır. Kodlamalar karşılaştırılarak tutarlık oranı (Kappa değerleri) hesaplanmış ve Kappa değeri .83 bulunmuştur. Kappa analizinde 0.81 ile 1.00 arasında olması ise mükemmel bir uyum olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Landis ve Koch, 1977). Daha sonra kodlar karşılaştırılarak farklılıklar tartışılmış, paylaşılan kodlar ve kategoriler oluşturulana kadar değerlendirmeler devam etmiştir (Graneheim ve Lundman, 2004).

Ortaya çıkan temaların tümünün araştırmada elde edilen verileri anlamlı bir biçimde açıklayabilmesine yani bu temaların, birbirlerinden farklı olmakla birlikte, kendi aralarında anlamlı bir bütün oluşturabilmesi gerekmektedir. Bu ilke tematik kodlamada "dış tutarlılığı" yansıtır. Dışarıdan bir araştırmacının, ortaya çıkan temaların yeterli düzeyde veri setini yansıtıp yansıtmadığını ve bu temalara göre verilerin etkili bir biçimde düzenlenip düzenlenmediğini incelemesi ve araştırmacıya önerilerde bulunması yararlı olabilir (Lincoln ve Guba, 1985). Çalışmanın dış güvenirliğini (teyit edilebilirlik) yükseltmek açısından araştırmacının veri toplama araçları, veriler, analiz aşamasındaki kodlamalar, yapılan çıkarımlar için iki öğretim üyesinin incelemesine sunularak teyit incelemesi yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya, etik kurul onayı (**Ek 4**) ve kurum izinlerinin (**Ek 5**) alınmasından sonra başlanmıştır. Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 08.01.2020 tarih KAEK-34 no'lu kararından sonra çalışmanın yapılacağı hastane ile yazışmalar yapılarak izin talebinde bulunulmuştur. İzin verilen ve listesi **Ek 7**'de bulunan 17 kurumda çalışma yürütülmüştür. Araştırmanın nicel aşamasında kullanılan Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeğini geliştiren Gillispie ve Türkçe geçerlilik, güvenirliğini yapan Sönmez ve Ayoğlu'dan mail yoluyla izinler alınmıştır (**Ek 6**).

Tüm katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ile ilgili bilgi verilmiş ve Aydınlatılmış Onam Formu doğrultusunda açıklamalarda bulunulmuştur. Araştırmanın nicel kısmına katılan ameliyathane hemşirelerinden onam alınmıştır. Araştırmanın nitel kısmına da katılmayı kabul eden hemşirelerden onamları alınmıştır. Çalışmanın nitel bölümüne katılmayı kabul eden cerrahi ekip üyelerinden de nitel bölüm için hazırlanan onam formunu doldurmaları istenmiştir. Katılımcılara araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirileceği, araştırmada hiçbir surette isimlerinin geçmeyeceği ve araştırmanın nitel verilerinin değerlendirilmesinde kendilerine takma isim atanacağı belirtilmiştir. Bu sayede araştırmanın gizliliği ve güvenliği konusunda katılımcılara güvence verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan, aydınlatılmış onamları alındıktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır. Ameliyathane hemşirelerinin nicel verileri ve cerrahi ekip ile nitel görüşmeler sorumlu hemşire

tarafından planlanan odada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nitel aşamasındaki verilerin ses kayıt cihazı ile kaydedilmesinin görüşmeden elde edilecek verilerin daha iyi analiz edilebilmesi ve zaman kazanma nedeni ile yapıldığı açıklanmıştır. Katılımcıların görüşmenin kaydedilmesi konusunda hem fikir olmaları ve araştırmaya gönüllü olarak katılacaklarını beyan etmelerinin ardından, araştırmaya katılım için aydınlatılmış onam formunu okuyup imzaladıktan sonra görüşmeler yapılmıştır. Hesap verebilirlik ilkesi nitel araştırmanın önemli bir özelliği olduğundan, ihtiyaç duyulduğunda daha sonra başvurmak üzere tüm veriler güvenli tutulmuştur. Araştırma sürecinde Helsinki Deklerasyonu ilkelerine titizlikle uyulmuştur.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırma 2020 yılında Batı Akdeniz Bölgesinde bulunan hastanelerde çalışan cerrahi ekip üyeleri ile sınırlıdır. Batı Akdeniz Bölgesi'nde üç farklı ilde (Burdur, Isparta, Antalya) bulunan devlet, şehir, özel, eğitim, araştırma, üniversiteleri gibi farklı hastanelerde çalışan cerrahi ekip üyeleri ile yapılması güçlü yönüdür. Çalışmamız ülkemizin küçük bir temsili olarak düşünülebilir.

3.12. Araştırma Sürecinde Karşılaşılan Güçlükler

Ön uygulamanın tamamlanmasından sonra başlanan (1 Mart 2020) veri toplama süreci, 13 Mart 2020 tarihinde COVID-19 salgını nedeniyle kesintiye uğramıştır. Pandemi, kurumlarla yapılan yazışma ve izinlerde de aksaklıklara yol açmış, 1 Haziran 2020 itibari ile Antalya iline giriş serbestliği verilmesiyle Enstitü ile hastaneler arasındaki yazışmalar takip edilmeye başlanmıştır. Salgın sürecinde yazışmalar askıya alındığından, ilgili hastaneler ile tek tek görüşülerek süreç hızlandırılmaya çalışılmıştır. İzin yazışmaların yapıldığı 24 hastaneden 7'si, COVID-19 salgın süreci gerekçesi ile red cevabı vermiştir. Vaka sayısındaki artış, yöneticilerin çalışmayı değerlendirmeye almalarında olumsuzluklara neden olmuştur. Bu arada izin veren kurumlarda veri toplanmaya başlanmıştır.

İzin veren hastanelerin bir kısmında COVID-19 salgını nedeniyle yüz yüze görüşmeye izin verilmemiş, bu nedenle ilgili hastanelerde çalışmanın nitel kısmı gerçekleştirilememiştir. Bu hastanelerde, anketler için ameliyathane sorumlu hemşirelerinden destek alınmıştır.

Pandemi sürecinde ameliyathane ekibi acil servis, COVID-19 klinikleri gibi farklı kliniklere görevlendirildiğinden, cerrahi ekip üyelerine özellikle hekimlere ulaşmakta büyük zorluklar yaşanmıştır. Mevcut az sayıda ekibin çok yoğun çalışması ve pandemi sürecinde çok fazla anket çalışmasına katılmaları, istekliliği azaltmıştır. Cerrahlar, çalışma süreçlerindeki farklılıklar ve COVID-19 pozitif meslektaşlarının bulunmasına bağlı iş yoğunluklarında artış gerekçesiyle de çalışmaya katılmakta istekli olmamışlardır. Ekip, bu süreçte sadece anket için kendilerine ulaşılmasından duydukları rahatsızlıkları ifade etmişlerdir. Hastane içerisinde bulunmaya izin veren kurumlarda, cerrahi ekip ile daha çok iletişim kurulup zaman geçirilerek veriler toplanmaya çalışılmıştır. Ancak cerrahi ekibin yoğun ve yorucu çalışmaları bu süreci de etkilemiştir.

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin sirküle hemşire rollerini steril (scrub) rolleri ile birlikte yürüttükleri gözlenmiştir. Dolaşan (sirküle) hemşire rollerini çoğunlukla ameliyathane personelleri gerçekleştirmektedir. Cerrahi asistanın bulunmadığı tüm devlet ve özel hastaneler ile bazı üniversite hastanelerinde hemşirelerin scrub rollerine ek olarak cerrahi asistanlığı görevlerini de üstlendiği görülmüştür. Bazı katılımcılar, ankette scrub rolü yanına asistan hemşire rolünü de ilave etmişlerdir. Hemşireler scrub ve sirküle rollerine ek olarak eğitici rollerini de yazmış, yönetici hemşirelerin aynı zamanda sirküle ve scrub rollerini de yerine getirdikleri belirtilmiştir. Anestezi sonrası uyandırma ünitesinde görevli hemşireler hastanın ameliyat sürecinde yer almadıkları için çalışmamıza dahil edilmemiştir. COVID-19 süreci nedeniyle hastalar uyandırma ünitesinde takip edilmeden ameliyat sonrası kliniğine yönlendirilmiştir.

Araştırma sürecinde, cerrahi ekip üyelerinin hastanelere göre farklılıklar gösterebildiği görülmüştür. Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri kapsamında cerrah, asistan cerrah, anestezi uzmanı, anestezi asistanı, anestezi teknisyeni/teknikerleri, ameliyathane teknikerleri ve röntgen teknisyenleri yer almaktadır. Çalışmamızda ameliyathane teknikeri olarak 3 katılımcı yer almaktadır. Ameliyathane teknikerlerinin kendilerini ankette ameliyathane hemşiresi olarak tanımladıkları ve değerlendirdikleri gözlenmiştir. Özel hastanelerde ameliyathane teknikerleri ameliyathane hemşiresi olarak çalıştırılmaktadır. Yöneticilerde ameliyathane hemşiresi sayısı içerisinde belirtmektedir. Ameliyathane teknikeri sayısı beklediğimizden düşüktür.

Cerrahi ekip üyeleri kapsamında bir (1) hastanede ameliyathanede görevli röntgen teknisyeni/ teknikerleri de çalışmaya alınmıştır. Diğer hastanelerde röntgen teknisyenleri ihtiyaç halinde röntgen ünitesinden ameliyathaneye gelmektedir. Bu hastanede röntgen teknisyenleri ameliyathanede görevlidir.



4. BULGULAR

4.1. Çalışma Grubu

Tablo 4.1. Ameliyathane Hemşirelerine İlişkin Demografik Özellikler (n=224)

Demografik Bilgi	Grup	n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	183	81.7
	Erkek	41	18.3
	Toplam	224	100.0
Yaş	29 ≤	44	19.6
	30-39	52	23.2
	40-49	103	46.0
	50 ≥	25	11.2
	Toplam	224	100.0
Deneyim(yıl)*	1-5	31	14.5
	6-10	28	13.1
	11-15	31	14.5
	16-20	33	15.4
	21-25	41	19.2
	26 ≥	50	23.4
	Toplam	214	100.0
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim	33	14.7
	Ön lisans	49	21.9
	Lisans ve üstü	142	63.4
	Toplam	224	100.0
Çalıştığı Pozisyon	Scrub	87	38.8
	Yönetici	20	8.9
	Sirküle+Scrub	117	52.2
	Toplam	224	100.0

*Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Çalışmaya katılan 224 ameliyathane hemşiresinden 41'i erkek 183'ü kadındır. %46'sı 40-49 yaş grubunda, %23'ü 30-39 yaş grubunda, %19'u 29 ve altı yaş grubunda yer alırken %11.2'si de 50 ve üstü yaş grubunda yer almaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin %63.4'ü lisans ve lisansüstü eğitim düzeyindedir.

4.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Demografik ve Çalışma Ortamı Özellikleri ile Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeğinin Karşılaştırılması

Tablo 4.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Alt Boyutlarından Elde Edilen Betimsel Değerler (n=224)

Alt Boyut	Min	Max	$\bar{X} \pm S.S$
Temel Bilgi ve Beceri	24	45	39.43 $\pm$ 5.03
Liderlik	10	40	28.08 $\pm$ 8.21
İş Birliği	15	30	25.81 $\pm$ 4.00
Yeterlilik	11	30	23.57 $\pm$ 4.64
Empati	8	25	21.40 $\pm$ 3.92
Profesyonel Gelişim	9	30	22.57 $\pm$ 4.99
Ölçek Toplam	104	200	160.86 $\pm$ 25.37

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyutlarında edilen betimsel değerler Tablo 4.2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin “temel bilgi beceri” alt boyut puanlarının 24-45 arasında, ortalamasının ise 39.43 $\pm$ 5.03 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan çerçevesince düşünüldüğünde (9-45), grubun “temel bilgi ve beceri” alt boyut ortalamasının yüksek olduğu söylenebilir. Hemşirelerin “liderlik” alt boyut puanlarının 10-40 arasında, ortalamasının ise 28.08 $\pm$ 8.21 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan çerçevesince düşünüldüğünde (8-40), grubun “liderlik” alt boyut ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. Hemşirelerin bir diğer alt boyut olan “iş birliği” alt boyut puanlarının ise 15-30 arasında, ortalamasının ise 25.81 $\pm$ 4.00 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan çerçevesince düşünüldüğünde (6-30), grubun “iş birliği” alt boyut ortalamasının yüksek olduğu söylenebilir. Bir diğer alt boyut olan “yeterlilik” alt boyut puanlarının ise 11-30 arasında, ortalamasının ise 23.57 $\pm$ 4.64 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan çerçevesince düşünüldüğünde (6-30), grubun “yeterlilik” alt boyut ortalamasının yüksek olduğu söylenebilir. Hemşirelerin bir diğer alt boyut olan “empati” alt boyut puanlarının ise 8-25 arasında, ortalamasının ise 21.40 $\pm$ 3.92 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan çerçevesince düşünüldüğünde (5-25), grubun “empati” alt boyut ortalamasının da yüksek olduğu söylenebilir. Hemşirelerin bir diğer alt boyut olan “profesyonel gelişim” alt boyut puanlarının ise 9-30 arasında, ortalamasının ise 22.57 $\pm$ 4.99 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan çerçevesince düşünüldüğünde (6-30), grubun “profesyonel gelişim” alt boyut ortalamasının biraz yüksek olduğu söylenebilir.

Son olarak hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik genel toplam puanlarının ise 104-200 arasında, ortalamasının ise 160.86 ± 25.37 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan çerçevesince düşünüldüğünde (40-200), grubun algılanan perioperatif yeterlilik genel toplam puan ortalamasının yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3. Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçek Maddelerine Ait Betimsel Değerler

Boyut	Madde	Basıklık	Çarpıklık	$\bar{X} \pm S.S$
Temel Bilgi ve Beceri	Farklı uzmanlık alanlarındaki aletlerin çoğunu biliyorum	-0.06	-0.67	4.12 ± 0.85
	Ameliyathanedeki ekipman ve malzemelerin yerini biliyorum	0.18	-1.15	4.50 ± 0.71
	Çalıştığım cerrahi bölümle ilgili bilgilerim ameliyathanedeki rolümü gerçekleştirmede bana yardımcı olur	1.14	-1.44	4.56 ± 0.71
	Cerrahi girişimi bilirim ve yapılacakları önceden tahmin edebilirim	0.46	-1.03	4.42 ± 0.72
	Ameliyathanede kullanılan teknolojik ekipmanı tanıyorum	-0.86	-0.67	4.36 ± 0.73
	Ameliyathanede farklı bir alanda görevlendirildiğimde becerilerim ve deneyimlerimden faydalanırım	0.41	-1.02	4.31 ± 0.81
	Görevlendirildiğim ameliyathanedeki gereksinimleri belirler ve koordinasyonu sağlarım	1.43	-1.15	4.28 ± 0.82
	Ameliyatın iyi gitmediğini anlarım ve buna uygun girişimde bulunabilirim	0.77	-1.11	4.26 ± 0.87
	Ameliyathanedeki ekipmanların yerlerini bilmek ameliyathanedeki görevimi gerçekleştirmede bana yardımcı olur	1.01	-1.50	4.63 ± 0.64
Liderlik	Ameliyathanede işleyişin sorunsuz olması için liderlik rolü üstlenirim	-0.50	-0.67	3.78 ± 1.15
	Gerektiğinde zor kararlar veririm	-1.21	-0.10	3.44 ± 1.19
	Daha az deneyimli hemşireleri eğitmek veya rehberlik etmek konusunda etkin bir rol üstlenirim	-0.92	-0.42	3.71 ± 1.18
	Çalışanlar arasında çatışma söz konusu olduğunda klinik durumu yönetirim	-1.04	-0.21	3.48 ± 1.18
	Diğer sağlık çalışanlarına rehberlik yaparım	-1.14	-0.10	3.34 ± 1.22
	Karşılaşılan geleneksel sorunları çözmek için ekip üyelerini yenilikçi çözümler kullanmaları konusunda teşvik ederim	-0.98	-0.32	3.64 ± 1.16
	Diğer ekip üyelerinin rolleri, işlevleri, kapasiteleri ve öğrenme gereksinimlerine göre görevlendirmelerini yaparım	-1.10	-0.14	3.28 ± 1.30
	Klinik karar verme süreçlerinde aktif katılımı teşvik ederim	-1.16	-0.18	3.41 ± 1.25

Tablo 4.3. 'ün devamı

Boyut	Madde	Basıklık	Çarpıklık	$\bar{X} \pm S.S$
İş Birliği	Duruma uygun iletişim yöntemlerini kullanırım	-0.74	-0.55	3.98±1.00
	Emin olmadığımında, meslektaşlarımdan rahatlıkla yardım isterim	0.76	-1.41	4.43±0.91
	Ekipteki farklı kişilik özelliklerine göre iletişimimi düzenlerim	-0.06	-0.89	4.23±0.90
	Ekibin diğer üyelerinin uzmanlık düzeylerine saygı gösteririm	0.73	-1.46	4.61±0.67
	Ekip üyelerine farklı gereksinimleri, yetenekleri ve istekleri olan bireyler olarak davranırım	-0.98	-0.57	4.20±0.86
	Ekip üyeleri ile iletişim kurarken duruma uygun dil kullanırım	-0.10	-0.95	4.36±0.80
Yeterlilik	Ameliyathane hemşireliği terminolojisi ve terimleri konusunda uzmanım	-0.57	-0.31	3.75±0.92
	Makine veya ekipman arızaları söz konusu olduğunda sorunları giderir ve uygun girişimlerde bulunurum	-1.05	-0.19	3.55±1.10
	Deneyimlerime dayanarak, gerçek veya olası acil durumları fark eder ve uygun girişimlerde bulunurum	-0.90	-0.45	4.00±0.94
	Ameliyathanedeki hastalara bakım verirken uzmanlık bilgimi kullanırım	-0.45	-0.65	4.09±0.93
	Bu uzmanlık alanında (ameliyathanede) uygulama yapabilmek için yeterli bilgiye sahibim	-0.59	-0.47	4.05±0.84
	Duruma göre gereksinimleri tahmin edebilirim	-0.65	-0.45	4.13±0.79
Empati	Sözlü ve sözlü olmayan yöntemler kullanarak hastalara güven veririm	0.17	-0.92	4.25±0.87
	Hastayı daha rahat hissettirmek için uygun yöntemler kullanırım	0.13	-0.95	4.27±0.88
	Ameliyathanede hastalara güven verir ve gerekli açıklamaları yaparım	0.94	-1.20	4.30±0.90
	Gerekli bilgileri almak için hastayı ve önemli kişileri aktif olarak dinlerim	0.67	-1.15	4.33±0.87
	Hastaların duygu ve endişelerini ifade etmelerini sağlayacak şekilde iletişim kurarım	0.44	-1.08	4.25±0.94
Profesyonel Gelişim	Kurumsal politikalarla ilgili güncel bilgileri takip eder ve uygulamalara yansıtırım	-0.31	-0.56	3.80±1.01
	Detaylı anatomi ve fizyoloji bilgisine sahibim	-0.50	-0.35	3.79±0.91
	İlgili standartlar konusundaki bilgileri takip eder ve uygulamaya yansıtırım	-0.85	-0.36	3.79±1.01
	Klinik uygulama ile ilgili güncel dergileri ve literatürü takip ederim	-0.67	-0.24	3.35±1.12
	İşlemler ve ekipmanlarla ilgili teknik değişiklikleri takip ederim	-0.49	-0.49	3.79±1.03
	Güncel ameliyathane uygulamalarını gerçekleştirmek için var olan kaynakları kullanırım	-0.18	-0.68	4.06±0.90

Tablo 4.3'te yer alan betimsel değerler incelendiğinde “temel bilgi ve beceri” alt boyutu maddelerinin basıklık katsayılarının -0.86 ile 1.43, çarpıklık katsayılarının ise -1.50 ile -0.67 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili boyutta yer alan maddelerin ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde ise genel olarak ortalamaların yüksek olduğu, en yüksek ortalamaya sahip maddenin “ameliyathanedeki ekipmanların yerlerini bilmek ameliyathanedeki görevimi gerçekleştirmede bana yardımcı olur” (4.63 ± 0.64), en düşük ortalamaya sahip maddenin ise “farklı uzmanlık alanlarındaki aletlerin çoğunu biliyorum” (4.12 ± 0.85) olduğu belirlenmiştir. Bir diğer alt boyut olan “liderlik” alt boyutu maddelerinin basıklık katsayılarının -1.21 ile -0.50, çarpıklık katsayılarının ise -0.67 ile -0.10 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili boyutta yer alan maddelerin ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde genel olarak tüm ölçek boyunca en düşük ortalamaya sahip maddelerin bu boyutta yer aldığı, en yüksek ortalamaya sahip maddenin “ameliyathanede işleyişin sorunsuz olması için liderlik rolü üstlenirim” (3.78 ± 1.15), en düşük ortalamaya sahip maddenin ise “diğer ekip üyelerinin rolleri, işlevleri, kapasiteleri ve öğrenme gereksinimlerine göre görevlendirmelerini yaparım” (3.28 ± 1.30) olduğu belirlenmiştir. “İş birliği” alt boyutu maddelerinin basıklık katsayılarının -0.98 ile 0.76, çarpıklık katsayılarının ise -1.46 ile -0.55 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili boyutta yer alan maddelerin ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde ise genel olarak ortalamaların yüksek olduğu, en yüksek ortalamaya sahip maddenin “ekibin diğer üyelerinin uzmanlık düzeylerine saygı gösteririm” (4.61 ± 0.67), en düşük ortalamaya sahip maddenin ise “duruma uygun iletişim yöntemlerini kullanırım” (3.98 ± 1.00) olduğu belirlenmiştir. Bir diğer alt boyut olan “yeterlilik” alt boyutu maddelerinin basıklık katsayılarının -1.05 ile -0.45, çarpıklık katsayılarının ise -0.65 ile -0.19 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili boyutta yer alan maddelerin ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip maddenin “duruma göre gereksinimleri tahmin edebilirim” (4.13 ± 0.79), en düşük ortalamaya sahip maddenin ise “makine veya ekipman arızaları söz konusu olduğunda sorunları giderir ve uygun girişimlerde bulunurum” (3.55 ± 1.10) olduğu belirlenmiştir. “Empati” alt boyutu maddelerinin basıklık katsayılarının 0.13 ile 0.94, çarpıklık katsayılarının ise -0.92 ile -1.20 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili boyutta yer alan maddelerin ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde genel olarak ortalamaların yüksek, en yüksek ortalamaya sahip maddenin

“gerekli bilgileri almak için hastayı ve önemli kişileri aktif olarak dinlerim” (4.33 ± 0.87), en düşük ortalamaya sahip maddenin ise “sözlü ve sözlü olmayan yöntemler kullanarak hastalara güven veririm” (4.25 ± 0.87) olduğu belirlenmiştir. “Profesyonel gelişim” alt boyut maddelerinin basıklık katsayılarının -0.85 ile -0.18 , çarpıklık katsayılarının ise -0.68 ile -0.24 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili boyutta yer alan maddelerin ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip maddenin “güncel ameliyathane uygulamalarını gerçekleştirmek için var olan kaynakları kullanırım” (4.06 ± 0.90), en düşük ortalamaya sahip maddenin ise “klinik uygulama ile ilgili güncel dergileri ve literatürü takip ederim” (3.35 ± 1.12) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları (n=224)

Alt Boyut	Cinsiyet	n	$\bar{X}\pm S.S$	SD	t	P	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	Kadın	183	39.57 ± 5.03	222	0.91	0.363	-
	Erkek	41	38.78 ± 5.00				
Liderlik	Kadın	183	28.26 ± 8.10	222	0.70	0.485	-
	Erkek	41	27.27 ± 6.75				
İş Birliği	Kadın	183	25.99 ± 4.02	222	1.47	0.141	-
	Erkek	41	24.98 ± 3.84				
Yeterlilik	Kadın	183	23.74 ± 4.61	222	1.17	0.242	-
	Erkek	41	22.80 ± 4.72				
Empati	Kadın	183	21.62 ± 4.90	222	1.79	0.075	-
	Erkek	41	20.41 ± 4.05				
Profesyonel Gelişim	Kadın	183	22.77 ± 4.88	222	1.23	0.220	-
	Erkek	41	21.71 ± 5.39				
Ölçek Toplam	Kadın	183	161.96 ± 25.51	222	1.37	0.171	-
	Erkek	41	155.95 ± 24.44				

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyutlarından elde edilen puanların cinsiyete göre bağımsız gruplar t testi sonuçları Tablo 4.4’te verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde kadın ve erkek hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir, ($t_{222}=0.91$, $p>0.05$). Buna göre kadınların alt boyut ortalamaları (39.57 ± 5.03) ile erkeklerin alt boyut ortalamalarının

(38.78±5.00) benzer olduğu söylenebilir. Kadın ve erkek hemşirelerin bir diğer alt boyut olan “liderlik” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir, ($t_{222}=0.70$, $p>0.05$). Buna göre kadınların alt boyut ortalamaları (28.26±8.10) ile erkeklerin alt boyut ortalamalarının (27.27±6.75) benzer olduğu söylenebilir. Kadın ve erkek hemşirelerin “iş birliği” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir, ($t_{222}=1.47$, $p>0.05$). Buna göre kadınların alt boyut ortalamaları (25.99±4.02) ile erkeklerin alt boyut ortalamalarının (24.98±3.84) benzer olduğu söylenebilir. “Yeterlilik” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde kadın ve erkek hemşirelerin “yeterlilik” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir, ($t_{222}=1.17$, $p>0.05$). Buna göre kadınların alt boyut ortalamaları (23.74±4.61) ile erkeklerin alt boyut ortalamalarının (22.80±4.72) benzer olduğu söylenebilir. Bir diğer alt boyut olan “empati” alt boyutuna ait sonuçlara bakıldığında kadın ve erkek hemşirelerin empati alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($t_{222}=1.79$, $p>0.05$). Buna göre kadınların alt boyut ortalamaları (21.62±4.90) ile erkeklerin alt boyut ortalamalarının (20.41±4.05) benzer olduğu söylenebilir. Kadın ve erkek hemşirelerin “profesyonel gelişim” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir, ($t_{222}=1.23$, $p>0.05$). Buna göre kadınların alt boyut ortalamaları (22.77±4.88) ile erkeklerin alt boyut ortalamalarının (21.71±5.39) benzer olduğu söylenebilir. Son olarak kadın ve erkek hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir, ($t_{222}=1.37$, $p>0.05$). Buna göre kadınların alt boyut ortalamaları (161.96±25.51) ile erkeklerin alt boyut ortalamalarının (155.95±24.44) benzer olduğu söylenebilir.

Tablo 4.5. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224)

Alt Boyut	Yaş Grupları	n	$\bar{X} \pm S.S$	SD	F	P	Farklılık	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	29 ≤	44	38.45±6.07	3.220	1.05	0.37	-	-
	30-39	52	40.17±4.03					
	40-49	103	39.33±5.16					
	50 ≥	25	40.00±4.26					
Liderlik	29 ≤	44	26.70±8.05	3.220	1.48	0.22	-	-
	30-39	52	28.10±7.14					
	40-49	103	27.95±8.67					
	50 ≥	25	31.00±8.33					
İş Birliği	29 ≤	44	25.80±3.73	3.220	0.72	0.97	-	-
	30-39	52	25.62±3.94					
	40-49	103	25.85±4.01					
	50 ≥	25	26.04±4.70					
Yeterlilik	29 ≤ ⁽¹⁾	44	22.36±4.99	3.220	2.76	0.04	4-1	0.04
	30-39 ⁽²⁾	52	23.38±4.22					
	40-49 ⁽³⁾	103	23.68±4.66					
	50 ≥ ⁽⁴⁾	25	25.64±4.14					
Empati	29 ≤	44	21.48±3.75	3.220	1.09	0.35	-	-
	30-39	52	20.88±4.17					
	40-49	103	21.34±4.09					
	50 ≥	25	22.60±2.71					
Profesyonel Gelişim	29 ≤	44	22.02±5.42	3.220	0.80	0.49	-	-
	30-39	52	22.46±4.83					
	40-49	103	22.53±5.07					
	50 ≥	25	23.92±4.11					
Ölçek	29 ≤	44	156.82±27.06	3.220	1.28	0.28	-	-
Toplam	30-39	52	160.62±23.51					
	40-49	103	160.69±26.04					
	50 ≥	25	169.20±22.57					

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının yaşa göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.5’te verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” ($F_{3,220}=1.05$, $p>0.05$), liderlik ($F_{3,220}=1.48$, $p>0.05$) ve “iş birliğı” ($F_{3,220}=0.72$, $p>0.05$) alt boyut puan ortalamalarının yaş alt gruplarında farklılaşmadığı, dolayısıyla benzer düzeylerde olduğu söylenebilir. Bir diğerk alt boyut olan “yeterlilik” alt boyut ortalamalarının yaş alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=2.76$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 50 yaş ve üstü hemşirelerin ortalamasının (25.64 ± 4.14), 29 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalamasından (22.36 ± 4.99) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.04$) orta büyüklüğe yakın olduğu söylenebilir. Hemşirelerin diğerk alt boyutlar olan “empati” ($F_{3,220}=1.09$, $p>0.05$), “profesyonel gelişim” ($F_{3,220}=0.80$, $p>0.05$) ve ölçek toplam ($F_{3,220}=1.28$, $p>0.05$) puan ortalamalarının yaş alt gruplarında farklılaşmadığı, dolayısıyla benzer düzeylerde olduğu belirlenmiştir.

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.6’da verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” ($F_{2,221}=0.54$, $p>0.05$), “liderlik” ($F_{2,221}=0.15$, $p>0.05$), “iş birliğı” ($F_{2,221}=0.82$, $p>0.05$), “yeterlilik” ($F_{2,221}=0.70$, $p>0.05$), “empati” ($F_{2,221}=1.96$, $p>0.05$) ve “profesyonel gelişim” ($F_{2,221}=0.23$, $p>0.05$) alt boyut puan ortalamalarının eğitim alt gruplarında farklılaşmadığı söylenebilir. Son olarak hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut toplam puan ortalamalarının eğitim alt gruplarında farklılaşmadığı belirlenmiştir, ($F_{2,221}=0.30$, $p>0.05$). İlgili sonuçlardan hareketle ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut ve toplam puanlarının eğitim durumuna göre benzer düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224)

Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	$\bar{X} \pm S.S$	SD	F	P	Farklılık	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	Ortaöğretim	33	39.12 $\pm$ 5.86	2.221	0.54	0.58	-	-
	Ön lisans	49	40.08 $\pm$ 4.86					
	Lisans ve üstü	142	39.27 $\pm$ 4.89					
Liderlik	Ortaöğretim	33	28.03 $\pm$ 7.93	2.221	0.15	0.86	-	-
	Ön lisans	49	27.53 $\pm$ 9.53					
	Lisans ve üstü	142	28.28 $\pm$ 7.82					
İş Birliği	Ortaöğretim	33	25.09 $\pm$ 4.14	2.221	0.82	0.44	-	-
	Ön lisans	49	26.24 $\pm$ 3.79					
	Lisans ve üstü	142	25.82 $\pm$ 4.04					
Yeterlilik	Ortaöğretim	33	22.79 $\pm$ 4.32	2.221	0.70	0.50	-	-
	Ön lisans	49	24.02 $\pm$ 4.93					
	Lisans ve üstü	142	23.60 $\pm$ 4.64					
Empati	Ortaöğretim	33	21.61 $\pm$ 3.64	2.221	1.96	0.14	-	-
	Ön lisans	49	22.31 $\pm$ 2.94					
	Lisans ve üstü	142	21.04 $\pm$ 4.24					
Profesyonel Gelişim	Ortaöğretim	33	22.42 $\pm$ 5.07	2.221	0.23	0.79	-	-
	Ön lisans	49	23.00 $\pm$ 5.40					
	Lisans ve üstü	142	22.46 $\pm$ 4.84					
Ölçek Toplam	Ortaöğretim	33	159.06 $\pm$ 25.97	2.221	0.30	0.74	-	-
	Ön lisans	49	163.18 $\pm$ 25.74					
	Lisans ve üstü	142	160.48 $\pm$ 25.23					

Tablo 4.7. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Hastane Türüne Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224)

Alt Boyut	Hastane Türü	n	$\bar{X} \pm S.S$	SD	F	P	Farklılık	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	Devlet ⁽¹⁾	92	38.01 $\pm$.,66	3.220	5.14	0.002	4-1	0.07
	Üniversite ⁽²⁾	29	40.28 $\pm$ 4.66					
	Eğitim Araştırma ⁽³⁾	38	39.50 $\pm$ 3.81					
	Özel ⁽⁴⁾	65	41.02 $\pm$ 4.33					
Liderlik	Devlet ⁽¹⁾	92	25.71 $\pm$ 7.44	3.220	4.86	0.003	4-1	0.06
	Üniversite ⁽²⁾	29	28.76 $\pm$ 7.09				3-1	
	Eğitim Araştırma ⁽³⁾	38	30.58 $\pm$ 7.08					
	Özel ⁽⁴⁾	65	29.68 $\pm$ 8.24					
İş Birliği	Devlet ⁽¹⁾	92	25.01 $\pm$ 4.05	3.220	3.36	0.020	4-1	0.04
	Üniversite ⁽²⁾	29	25.24 $\pm$ 4.68					
	Eğitim Araştırma ⁽³⁾	38	26.26 $\pm$ 3.72					
	Özel ⁽⁴⁾	65	26.92 $\pm$ 3.51					
Yeterlilik	Devlet ⁽¹⁾	92	21.89 $\pm$ 4.80	3.220	7.45	0.000	4-1	0.09
	Üniversite ⁽²⁾	29	24.59 $\pm$ 4.10				3-1	
	Eğitim Araştırma ⁽³⁾	38	24.87 $\pm$ 3.89				2-1	
	Özel ⁽⁴⁾	65	24.74 $\pm$ 4.35					
Empati	Devlet ⁽¹⁾	92	20.66 $\pm$ 3.81	3.220	8.58	0.000	4-1	0.10
	Üniversite ⁽²⁾	29	19.24 $\pm$ 5.31				3-2	
	Eğitim Araştırma ⁽³⁾	38	22.29 $\pm$ 3.43				4-2	
	Özel ⁽⁴⁾	65	22.89 $\pm$ 2.84					
Profesyonel Gelişim	Devlet ⁽¹⁾	92	21.00 $\pm$ 5.14	3.220	5.61	0.001	4-1	0.07
	Üniversite ⁽²⁾	29	23.21 $\pm$ 4.65				3-1	
	Eğitim Araştırma ⁽³⁾	38	23.66 $\pm$ 4.32					
	Özel ⁽⁴⁾	65	23.88 $\pm$ 4.76					
Ölçek	Devlet ⁽¹⁾	92	152.28 $\pm$ 26.32	3.220	7.13	0.000	4-1	0.09
Toplam	Üniversite ⁽²⁾	29	161.31 $\pm$ 25.39				3-1	
	Eğitim Araştırma ⁽³⁾	38	167.16 $\pm$ 20.74					
	Özel ⁽⁴⁾	65	169.12 $\pm$ 22.99					

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının hastane türüne göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinin “temel bilgi ve beceri” alt boyut ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=5.14$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda çalışan bireylerin ortalamalarının (41.02 ± 4.33), devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından (38.01 ± 5.66) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.07$) orta büyüklüğün üzerinde olduğu söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin “liderlik” alt boyut ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=4.86$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda (41.02 ± 4.33) ve eğitim araştırmada (30.58 ± 7.08) çalışan bireylerin ortalamalarının, devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından (25.71 ± 7.44) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.06$) orta büyüklükte olduğu söylenebilir. Bir diğer alt boyut olan “iş birliği” alt boyut ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=3.36$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda çalışan bireylerin ortalamalarının (26.92 ± 3.51), devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından (25.01 ± 4.05) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.04$) orta büyüklüğe yakın olduğu söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin “yeterlilik” alt boyut ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=7.45$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda (24.74 ± 4.35), eğitim araştırmada (24.87 ± 3.89) ve üniversitede (24.59 ± 4.10) çalışan bireylerin ortalamalarının, devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından (21.89 ± 4.80) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta büyüklüğün üzerinde olduğu söylenebilir. Bir diğer alt boyut olan “empati” alt boyut ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=8.58$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda (22.89 ± 2.84) çalışan bireylerin ortalamalarının, devlet kurumunda (20.66 ± 3.81) ve üniversitede (19.24 ± 5.31) çalışan bireylerin ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı

zamanda eğitim araştırmada çalışan bireylerin ortalamalarının da (22.29 ± 3.43) üniversitede çalışan bireylerin ortalamasından yüksek olduğu söylenebilir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.10$) büyük etki büyüklüğüne yakın olduğu söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin “profesyonel gelişim” alt boyut ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=5.61$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda (23.88 ± 4.76) ve eğitim araştırmada (23.66 ± 4.32) çalışan bireylerin ortalamalarının, devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından (21.00 ± 5.14) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.07$) orta büyüklüğün üzerinde olduğu söylenebilir. Son olarak algılanan perioperatif yeterlilik toplam puan ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{3,220}=7.13$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda (169.12 ± 22.99) ve eğitim araştırmada (167.16 ± 20.74) çalışan bireylerin ortalamalarının, devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından (152.28 ± 26.32) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta büyüklüğün üzerinde olduğu söylenebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının deneyim değişkenine göre Kruskal Wallis H test sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde hemşirelerin “temel bilgi beceri” ($\chi^2=2.64$, $p>0.05$), “liderlik” ($\chi^2=3.92$, $p>0.05$), “iş birliği” ($\chi^2=5.30$, $p>0.05$), “yeterlilik” ($\chi^2=5.34$, $p>0.05$), “empati” ($\chi^2=3.04$, $p>0.05$) ve “profesyonel gelişim” ($\chi^2=0.78$, $p>0.05$) alt boyut sıra ortalamalarının mesleki deneyim yılına göre değişmediği belirlenmiştir. Ayrıca algılanan perioperatif yeterlilik toplam sıra ortalamalarının deneyim değişkenine göre değişmediği belirlenmiştir ($\chi^2=3.80$, $p>0.05$). Buna göre tüm deneyim gruplarında ki hemşirelerin gerek algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut sıra ortalamalarının gerekse ölçek toplam sıra ortalamalarının birbirine benzer olduğu söylenebilir.

Tablo 4.8. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Mesleki Deneyim Yılına Göre Kruskal Wallis H Test Sonuçları (n=214*)

Alt Boyut	Mesleki Deneyim Yılı	n	$\bar{X} \pm S.S$	Sıra Ort.	SD	χ^2	p	Farklılık
Temel Bilgi ve Beceri	1-5	31	37.81 $\pm$ 6.50	94.63	5	2.64	0.800	-
	6-10	28	39.54 $\pm$ 2.02	107.91				
	11-15	31	39.94 $\pm$ 4.17	107.74				
	16-20	33	39.48 $\pm$ 4.89	105.88				
	21-25	41	40.17 $\pm$ 4.86	116.93				
	26 $\geq$	50	39.96 $\pm$ 4.04	108.44				
Liderlik	1-5	31	26.06 $\pm$ 6.99	91.56	5	3.92	0.561	-
	6-10	28	28.07 $\pm$ 8.86	107.16				
	11-15	31	27.48 $\pm$ 7.03	101.55				
	16-20	33	28.27 $\pm$ 7.82	108.26				
	21-25	41	28.56 $\pm$ 8.58	110.84				
	26 $\geq$	50	29.50 $\pm$ 8.84	118.02				
İş Birliği	1-5	31	25.35 $\pm$ 3.91	98.34	5	5.30	0.381	-
	6-10	28	26.25 $\pm$ 3.83	114.09				
	11-15	31	24.71 $\pm$ 4.42	91.48				
	16-20	33	25.52 $\pm$ 4.07	101.86				
	21-25	41	26.59 $\pm$ 3.53	118.27				
	26 $\geq$	50	26.14 $\pm$ 4.20	114.31				
Yeterlilik	1-5	31	22.42 $\pm$ 4.89	92.03	5	5.34	0.375	-
	6-10	28	22.79 $\pm$ 4.80	97.70				
	11-15	31	23.13 $\pm$ 4.27	100.69				
	16-20	33	23.91 $\pm$ 3.85	109.98				
	21-25	41	24.29 $\pm$ 4.87	117.49				
	26 $\geq$	50	24.30 $\pm$ 4.70	117.04				
Empati	1-5	31	21.68 $\pm$ 3.80	109.65	5	3.04	0.693	-
	6-10	28	21.04 $\pm$ 4.06	102.41				
	11-15	31	20.94 $\pm$ 4.46	101.44				
	16-20	33	20.88 $\pm$ 4.39	100.65				
	21-25	41	21.24 $\pm$ 3.81	104.77				
	26 $\geq$	50	22.34 $\pm$ 3.12	119.54				
Profesyonel Gelişim	1-5	31	22.03 $\pm$ 5.23	102.13	5	0.78	0.978	-
	6-10	28	22.39 $\pm$ 5.58	106.45				
	11-15	31	22.58 $\pm$ 4.57	106.61				
	16-20	33	22.97 $\pm$ 4.22	109.67				
	21-25	41	22.20 $\pm$ 5.86	104.52				
	26 $\geq$	50	23.08 $\pm$ 4.75	112.98				
Ölçek Toplam	1-5	31	155.35 $\pm$ 26.30	94.40	5	3.80	0.579	-
	6-10	28	160.07 $\pm$ 27.78	105.50				
	11-15	31	158.77 $\pm$ 22.97	100.27				
	16-20	33	161.03 $\pm$ 22.84	105.47				
	21-25	41	163.05 $\pm$ 26.04	111.88				
	26 $\geq$	50	165.32 $\pm$ 25.15	118.97				

*Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Tablo 4.9. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=218*)

Alt Boyut	Kurum (Yıl)	Süresi	n	$\bar{X} \pm S.S$	SD	F	P	Farklılık	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	1-5		102	38.75±5.49	3.214	1.70	0.17	-	-
	6-10		45	40.09±4.35					
	11-15		25	39.48±5.08					
	16 ≥		46	40.57±3.92					
Liderlik	1-5		102	27.19±8.20	3.214	0.96	0.41	-	-
	6-10		45	29.60±7.71					
	11-15		25	28.00±9.96					
	16 ≥		46	28.52±7.93					
İş Birliği	1-5		102	25.75±3.75	3.214	0.44	0.72	-	-
	6-10		45	26.20±4.22					
	11-15		25	25.04±4.50					
	16 ≥		46	25.74±4.24					
Yeterlilik	1-5		102	22.90±4.46	3.214	1.31	0.27	-	-
	6-10		45	24.18±4.70					
	11-15		25	23.96±4.37					
	16 ≥		46	24.15±4.68					
Empati	1-5		102	21.36±3.83	3.214	0.43	0.73	-	-
	6-10		45	21,91±3,22					
	11-15		25	20,92±5,35					
	16 ≥		46	21,17±3,94					
Profesyonel Gelişim	1-5		102	22.08±4.79	3.214	0.97	0.41	-	-
	6-10		45	23.60±5.06					
	11-15		25	22.36±4.78					
	16 ≥		46	22.59±5.54					
Ölçek	1-5		102	158.04±25.24	3.214	1.05	0.37	-	-
Toplam	6-10		45	165.58±24.53					
	11-15		25	159.76±27.72					
	16 ≥		46	162.74±24.55					

* Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının kurumda çalışma süresine göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde “temel bilgi ve beceri” ($F_{3,214}=1.70, p>0.05$), “liderlik” ($F_{3,214}=0.96, p>0.05$), “iş birliği” ($F_{3,214}=0.44, p>0.05$), “yeterlilik” ($F_{3,214}=1.31, p>0.05$), “empati” ($F_{3,214}=0.43, p>0.05$), “profesyonel gelişim” ($F_{3,214}=0.97, p>0.05$) alt boyut ortalamalarının kurum süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlenmiştir. Yine aynı şekilde hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının kurumda çalışma süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı söylenebilir ($F_{3,214}=1.05, p>0.05$). Buna göre ameliyathane hemşirelerinin tüm kurum süresi alt düzeylerinin gerek revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanları açısından gerekse ölçek toplam puanları açısından benzer puanlara sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 4.10. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Ameliyathane Deneyim Yılına Göre Kruskal Wallis H Test Sonuçları (n=218*)

Alt Boyut	Ameliyathane Deneyim Yılı	n	$\bar{X} \pm S.S$	Sıra Ort.	SD	χ^2	p	Farklılık
Temel Bilgi ve Beceri	1-5 ⁽¹⁾	60	37.57±5.90	89.29	5	16.55	0.005	3-1
	6-10 ⁽²⁾	47	38.85±4.64	96.95				
	11-15 ⁽³⁾	30	41.63±3.45	135.27				3-2
	16-20 ⁽⁴⁾	35	40.71±4.16	124.63				
	21-25 ⁽⁵⁾	22	40.09±5.04	119.34				
	26 ≥ ⁽⁶⁾	24	40.46±4.13	121.31				
Liderlik	1-5 ⁽¹⁾	60	26.42±7.30	94.98	5	13.99	0.016	6-4
	6-10 ⁽²⁾	47	27.23±7.97	101.29				
	11-15 ⁽³⁾	30	29.30±8.33	118.32				
	16-20 ⁽⁴⁾	35	29.91±8.64	122.46				
	21-25 ⁽⁵⁾	22	26.59±8.67	96.80				
	26 ≥ ⁽⁶⁾	24	32.63±7.68	143.63				
İş Birliği	1-5	60	25.13±4.27	99.59	5	3.20	0.668	-
	6-10	47	25.96±3.58	107.80				
	11-15	30	26.17±3.84	113.33				
	16-20	35	26.14±4.06	115.81				
	21-25	22	25.91±3.87	109.70				
	26 ≥	24	26.42±4.48	123.42				
Yeterlilik	1-5 ⁽¹⁾	60	22.10±4.70	89.48	5	15.01	0.010	4-1
	6-10 ⁽²⁾	47	23.23±4.30	104.02				
	11-15 ⁽³⁾	30	24.23±3.99	117.18				6-1
	16-20 ⁽⁴⁾	35	25.06±4.39	129.89				
	21-25 ⁽⁵⁾	22	23.18±5.04	103.93				
	26 ≥ ⁽⁶⁾	24	25.46±4.49	136.06				
Empati	1-5	60	21.08±4.00	104.38	5	3.10	0.683	-
	6-10	47	21.60±3.76	110.65				
	11-15	30	20.50±4.89	99.78				
	16-20	35	22.43±2.97	122.77				
	21-25	22	21.00±4.52	106.45				
	26 ≥	24	21.96±3.23	115.65				
Profesyonel Gelişim	1-5	60	21.45±5.03	96.01	5	9.02	0.108	-
	6-10	47	22.64±4.45	107.28				
	11-15	30	23.00±4.80	113.50				
	16-20	35	24.06±4.76	127.83				
	21-25	22	21.36±5.80	96.07				
	26 ≥	24	23.96±5.48	128.17				
Ölçek Toplam	1-5 ⁽¹⁾	60	153.75±26.26	92.02	5	13.52	0.020	6-1
	6-10 ⁽²⁾	47	159.51±23.13	102.90				
	11-15 ⁽³⁾	30	164.83±24.50	118.43				
	16-20 ⁽⁴⁾	35	168.31±24.53	127.39				
	21-25 ⁽⁵⁾	22	158.14±24.40	100.68				
	26 ≥ ⁽⁶⁾	24	170.88±25.86	136.96				

*Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının ameliyathane çalışma süresine göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.10’da verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinin “temel bilgi ve beceri” alt boyut ortalamalarının ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=16.55$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 11-15 yıl ameliyathanede çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarının (41.63 ± 3.45), 1-5 yıl (37.57 ± 5.90) ve 6-10 yıl (38.85 ± 4.64) ameliyathane çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir diğer alt boyut “liderlik” alt boyut ortalamalarının da ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=13.99$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 26 ve üstü yıl ameliyathanede çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarının (32.63 ± 7.68), 16-20 yıl (29.91 ± 8.64) ameliyathane çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin “yeterlilik” alt boyut ortalamalarının ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=15.01$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 26 ve üstü yıl (25.46 ± 4.49) ve 16-20 yıl (25.06 ± 4.39) ameliyathanede çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarının, 1-5 yıl (22.10 ± 4.70) ameliyathane çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin araştırmada diğer boyutlardan “iş birliği” ($\chi^2=3.20$, $p>0.05$), “empati” ($\chi^2=9.02$, $p>0.05$) ve “profesyonel gelişim” ($\chi^2=9.02$, $p>0.05$) alt boyut ortalamalarının ameliyathane süresi alt grupları arasında farklılaşmadığı belirlenmiştir. Son olarak revize algılanan perioperatif yeterlilik toplam puanlarının ameliyathanede çalışma süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=13.52$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 26 yıl ve üzeri ameliyathanede çalışma süresine sahip hemşirelerin ortalamalarının (170.88 ± 25.86), 1-5 yıl (153.75 ± 26.26) ameliyathane çalışma süresine sahip hemşirelerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Benner Taksonomisine Uygun Olarak İlk Beş Yıl İçindeki Ameliyathane Çalışma Süresine Göre Kruskal Wallis H Test Sonuçları (n=60*)

Alt Boyut	İlk Beş Yıl Ameliyathane Deneyimi	n	$\bar{X} \pm S.S$	Sıra Ort.	SD	χ^2	p	Farklılık
Temel Bilgi ve Beceri	0-1 ⁽¹⁾	10	33.10±6.11	18.15	3	15.06	0.002	4-1
	1-2 ⁽²⁾	16	35.25±5.29	22.66				4-2
	2-3 ⁽³⁾	12	38.67±6.12	34.25				
	3-5 ⁽⁴⁾	22	40.68±4.21	39.77				
Liderlik	0-1 ⁽¹⁾	10	21.10±6.72	19.95	3	10.38	0.016	4-1
	1-2 ⁽²⁾	16	23.88±5.99	24.41				
	2-3 ⁽³⁾	12	27.83±7.64	32.92				
	3-5 ⁽⁴⁾	22	29.91±6.48	38.41				
İş Birliği	0-1	10	23.20±3.22	21.75	3	4.48	0.214	-
	1-2	16	24.75±4.29	28.25				
	2-3	12	25.33±4.88	32.54				
	3-5	22	26.18±4.26	35.00				
Yeterlilik	0-1	10	19.10±4.53	20.15	3	9.05	0.029	
	1-2	16	20.69±5.04	24.75				
	2-3	12	23.92±3.91	37.13				
	3-5	22	23.50±4.16	35.77				
Empati	0-1	10	18.90±3.81	21.45	3	7.01	0.072	-
	1-2	16	19.75±4.52	25.63				
	2-3	12	22.08±3.87	35.08				
	3-5	22	22.50±3.15	35.66				
Profesyonel Gelişim	0-1 ⁽¹⁾	10	18.00±3.65	17.75	3	11.63	0.009	3-1
	1-2 ⁽²⁾	16	19.75±5.98	25.03				4-1
	2-3 ⁽³⁾	12	23.83±4.26	38.58				
	3-5 ⁽⁴⁾	22	22.95±4.09	35.86				
Ölçek Toplam	0-1 ⁽¹⁾	10	133.40±21.34	17.50	3	12.76	0.005	4-1
	1-2 ⁽²⁾	16	144.06±26.13	24.28				
	2-3 ⁽³⁾	12	161.67±25.17	35.96		.		
	3-5 ⁽⁴⁾	22	165.73±21.64	37.95				

* Analize, deneyim süresi 0-5 yıl olan hemşireler dahil edilmiştir

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının ameliyathanede geçirilen ilk beş yıl süre değişkenine göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.11’de verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinin “temel bilgi ve beceri” alt boyut ortalamalarının ilk beş yıldaki ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=15.06$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 3-5 yıl ameliyathanede çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarının (40.68 ± 4.21), 0-1 yıl (33.10 ± 6.11) ve 1-2 yıl (35.25 ± 5.29) ameliyathane çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir diğer alt boyut “liderlik” alt boyut ortalamalarının da ilk beş yıldaki ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=10.38$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 3-5 yıl ameliyathanede çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarının (29.91 ± 6.48), 0-1 yıl (21.10 ± 6.72) ameliyathane çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin “profesyonel gelişim” alt boyut ortalamalarının ilk beş yıldaki ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=11.63$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 3-5 yıl (22.95 ± 4.09) ve 2-3 yıl (23.83 ± 4.26) ameliyathanede çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarının, 0-1 yıl (18.00 ± 3.65) ameliyathane çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin araştırmada diğer boyutlardan “iş birliği” ($\chi^2=4.48$, $p>0.05$), “yeterlilik” ($\chi^2=9.05$, $p>0.05$) ve “empati” ($\chi^2=7.01$, $p>0.05$) alt boyut ortalamalarının ilk beş yıldaki ameliyathane süresi alt grupları arasında farklılaşmadığı belirlenmiştir. Son olarak algılanan perioperatif yeterlilik toplam puanlarının ilk beş yıldaki ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($\chi^2=12.76$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 3-5 yıl ameliyathanede çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarının (165.73 ± 21.64), 0-1 yıl (133.40 ± 21.34) ameliyathane çalışma süresine sahip bireylerin ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Haftalık Çalışma Saatine Göre U-Testi Sonuçları (n=224)

Alt Boyut	Haftalık Çalışma Saati	n	$\bar{X} \pm S.S$	Sıra Ort.	U	p
Temel Bilgi ve Beceri	40 ≤	151	38.75±4.13	102.70	4032.0	0.001
	41 ≥	73	40.84±4.51	132.77		
Liderlik	40 ≤	151	27.25±8.14	106.15	4552.5	0.035
	41 ≥	73	29.79±8.13	125.64		
İş Birliği	40 ≤	151	25.49±4.10	107.10	4695.5	0.070
	41 ≥	73	26.47±3.74	123.68		
Yeterlilik	40 ≤	151	23.12±4.60	106.15	4553.0	0.035
	41 ≥	73	24.51±4.59	125.63		
Empati	40 ≤	151	20.84±4.19	103.92	4216.0	0.003
	41 ≥	73	22.56±3.01	130.25		
Profesyonel Gelişim	40 ≤	151	22.01±4.87	104.77	4345.0	0.010
	41 ≥	73	23.74±5.04	128.48		
Ölçek Toplam	40 ≤	151	157.46±25.16	104.04	4234.0	0.005
	41 ≥	73	167.90±24.50	130.00		

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının haftalık çalışma saatine göre Mann Whitney U test sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir. Söz konusu sonuçlar incelendiğinde haftalık 41 saat ve üstünde çalışma süresine sahip hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” alt boyut sıra ortalamalarının (132.77) 40 saat ve altı çalışma süresine sahip hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (102.70) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, (U=4032.0, p<0.05). “Liderlik” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde haftalık 41 saat ve üstünde çalışma süresine sahip hemşirelerin “liderlik” alt boyut sıra ortalamalarının (125.64) 40 saat ve altı çalışma süresine sahip hemşirelerin alt faktör sıra ortalamalarından (106.15) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, (U=4552.5, p<0.05). Bir diğer alt boyut olan “iş birliği” alt boyutuna ait ortalamaların haftalık çalışma süresi değişkenine göre istatistiksel olarak değişmediği belirlenmiştir, (U=4695.5, p>0.05). “Yeterlilik” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde haftalık 41 saat ve üstünde çalışma süresine sahip hemşirelerin fayda alt boyut sıra ortalamalarının (125.63) 40 saat ve altı çalışma süresine sahip hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından

(106.15) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, (U=4553.0, p<0.05). “Empati” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde haftalık 41 saat ve üstünde çalışma süresine sahip hemşirelerin empati alt boyut sıra ortalamalarının (130.25) 40 saat ve altı çalışma süresine sahip hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (103.92) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, (U=4216.0, p<0.05). “Profesyonel gelişim” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde haftalık 41 saat ve üstünde çalışma süresine sahip hemşirelerin liderlik alt boyut sıra ortalamalarının (128.48) 40 saat ve altı çalışma süresine sahip hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (104.77) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, (U=4345.0, p<0.05). Revize algılanan perioperatif yeterlilik toplam puanlarına ait sonuçlar incelendiğinde haftalık 41 saat ve üstünde çalışma süresine sahip hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarının (130.00) 40 saat ve altı çalışma süresine sahip hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (104.04) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, (U=4234.0, p<0.05).

Tablo 4.13. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Günlük Çalışma Saatine Göre U-Testi Sonuçları (n=219*)

Alt Boyut	Günlük Çalışma Saati	n	$\bar{X} \pm S.S$	Sıra Ort.	U	P
Temel Bilgi ve Beceri	8 ≤	186	39.04±5.11	105.57	2245.5	0.014
	9 ≥	33	41.18±4.34	134.95		
Liderlik	8 ≤	186	27.60±8.21	106.55	2427.5	0.056
	9 ≥	33	30.64±7.50	129.44		
İş Birliği	8 ≤	186	25.51±4.15	106.02	2328.0	0.026
	9 ≥	33	27.36±2.79	132.45		
Yeterlilik	8 ≤	186	23.23±4.66	106.24	2370.0	0.037
	9 ≥	33	25.06±4.20	131.18		
Empati	8 ≤	186	21.09±4.07	105.83	2294.0	0.018
	9 ≥	33	23.00±2.68	133.48		
Profesyonel Gelişim	8 ≤	186	22.16±4.96	105.34	2203.0	0.010
	9 ≥	33	24.61±4.58	136.24		
Ölçek Toplam	8 ≤	186	158.62±25.55	105.31	2196.5	0.009
	9 ≥	33	171.85±21.28	136.44		

* Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının günlük çalışma saatine göre Mann Whitney U test sonuçları Tablo 4.13'te verilmiştir. Söz konusu sonuçlar incelendiğinde günlük 9 saat ve üstü çalışan hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” alt boyut sıra ortalamalarının (134.95), 8 saat ve altı çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (105.57) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, ($U=2245.5$, $p<0.05$). Bir diğer alt boyut olan “liderlik” alt boyutuna ait ortalamaların günlük çalışma süresi değişkenine göre istatistiksel olarak değişmediği belirlenmiştir, ($U=2427.5$, $p>0.05$). “İş birliği” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde günlük 9 saat ve üstü çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarının (132.45) 8 saat ve altı çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (106.02) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, ($U=2328.0$, $p<0.05$). “Yeterlilik” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde günlük 9 ve üstü saat çalışan hemşirelerin yeterlilik alt boyut sıra ortalamalarının (131.18), 8 saat ve altı çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (106.24) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, ($U=2370.0$, $p<0.05$). “Empati” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde günlük 9 ve üstü saat çalışan hemşirelerin “empati” alt boyut sıra ortalamalarının (133.48), 8 saat ve altı çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (105.83) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, ($U=2294.0$, $p<0.05$). “Profesyonel gelişim” alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde günlük 9 saat ve üstünde çalışan hemşirelerin liderlik alt boyut sıra ortalamalarının (136.24), 8 saat ve altı çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (105.34) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir, ($U=2203.0$, $p<0.05$). Revize algılanan perioperatif yeterlilik toplam puanlarına ait sonuçlar incelendiğinde günlük 9 saat ve üstünde çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarının (136.44) 8 saat ve altı çalışan hemşirelerin alt boyut sıra ortalamalarından (105.31) istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir ($U=2196.5$, $p<0.05$).

Tablo 4.14. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Haftalık Ameliyat Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=193*)

Alt Boyut	Haftalık Ameliyat Sayısı	n	$\bar{X} \pm S.S$	SD	F	p	Farklılık	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	1-10	22	40.82 $\pm$ 3.63	3.179	1.97	0.120	-	-
	11-20	70	40.97 $\pm$ 3.73					
	21-30	53	39.43 $\pm$ 5.21					
	31 $\geq$	38	39.18 $\pm$ 5.11					
Liderlik	1-10	22	28.55 $\pm$ 7.96	3.179	2.02	0.112	-	-
	11-20	70	30.17 $\pm$ 7.61					
	21-30	53	28.62 $\pm$ 8.41					
	31 $\geq$	38	26.21 $\pm$ 8.10					
İş Birliği	1-10	22	25.64 $\pm$ 4.19	3.179	0.78	0.502	-	-
	11-20	70	26.71 $\pm$ 3.72					
	21-30	53	25.85 $\pm$ 4.27					
	31 $\geq$	38	25.87 $\pm$ 3.47					
Yeterlilik	1-10 ⁽¹⁾	22	24.41 $\pm$ 4.94	3.179	2.91	0.036	2-4	0.05
	11-20 ⁽²⁾	70	24.63 $\pm$ 4.00					
	21-30 ⁽³⁾	53	24.40 $\pm$ 4.21					
	31 $\geq$ ⁽⁴⁾	38	22.13 $\pm$ 5.17					
Empati	1-10	22	20.50 $\pm$ 4.42	3.179	1.36	0.256	-	-
	11-20	70	22.23 $\pm$ 3.82					
	21-30	53	21.40 $\pm$ 4.28					
	31 $\geq$	38	21.13 $\pm$ 3.51					
Profesyonel Gelişim	1-10	22	23.00 $\pm$ 5.50	3.179	0.79	0.502	-	-
	11-20	70	23.60 $\pm$ 4.74					
	21-30	53	22.96 $\pm$ 4.59					
	31 $\geq$	38	22.13 $\pm$ 4.57					
Ölçek Toplam	1-10	22	162.91 $\pm$ 24.77	3.179	2.00	0.115	-	-
	11-20	70	168.31 $\pm$ 21.72					
	21-30	53	162.66 $\pm$ 25.69					
	31 $\geq$	38	156.66 $\pm$ 24.75					

*Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının haftalık ameliyat sayısına göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.14’de verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde “temel bilgi ve beceri” ($F_{3,179}=1.97$, $p>0.05$), “liderlik” ($F_{3,179}=2.02$, $p>0.05$), “iş birliği” ($F_{3,179}=0.78$, $p>0.05$), “empati” ($F_{3,179}=1.36$, $p>0.05$), “profesyonel gelişim” ($F_{3,179}=0.79$, $p>0.05$) alt boyut ortalamalarının haftalık ameliyat süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bir diğer alt boyut olan “yeterlilik” alt boyutuna ait ortalamaların haftalık ameliyat sayısına göre anlamlı olarak değiştiği söylenebilir ($F_{3,179}=2.91$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki anlamlı farklılıklar incelendiğinde haftalık 11-20 ameliyat yapan hemşirelerin ortalamalarının (24.63 ± 4.00), haftalık 31 ve üstü ameliyat yapan hemşirelerin ortalamalarından (22.13 ± 5.17) yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.05$) orta etkiye yakın olduğu söylenebilir. Son olarak hemşirelerin algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının haftalık ameliyat sayısı alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı söylenebilir ($F_{3,179}=2.00$, $p>0.05$). Buna göre ameliyathane hemşirelerinin tüm günlük ameliyat süresi alt düzeylerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanları açısından benzer puanlara sahip olduğu söylenebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyut puanlarının çalışılan ameliyat odası sayısına göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.15’te verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde “temel bilgi ve beceri” alt boyut ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{4,219}=4.91$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 1-5 oda (40.92 ± 3.80) ve 11-15 oda (40.51 ± 3.84) alt gruplarındaki hemşirelerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamasından (37.24 ± 5.97) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.08$) orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Bir diğer alt boyut olan “liderlik” alt boyut ortalamalarının da ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{4,219}=3.55$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 21 ve üzeri oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamalarının (30.31 ± 6.95), 16-20 oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamasından (25.29 ± 8.44) yüksek olduğu

belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.06$) orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir.

Tablo 4.15. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Ameliyathane Oda Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları (n=224)

Alt Ölçek	Ameliyathane Oda Sayısı	N	$\bar{X} \pm S.S$	SD	F	p	Farklılık	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	1-5 ⁽¹⁾	53	40.92 $\pm$ 3.80	4.219	4.91	0.001	1-4	0.08
	6-10 ⁽²⁾	35	39.91 $\pm$ 5.86				3-4	
	11-15 ⁽³⁾	35	40.51 $\pm$ 3.84					
	16-20 ⁽⁴⁾	62	37.24 $\pm$ 5.97					
	21 $\geq$ ⁽⁵⁾	39	39.46 $\pm$ 3.89					
Liderlik	1-5 ⁽¹⁾	53	29.02 $\pm$ 8.17	4.219	3.55	0.008	5-4	0.06
	6-10 ⁽²⁾	35	30.17 $\pm$ 7.86					
	11-15 ⁽³⁾	35	27.03 $\pm$ 8.31					
	16-20 ⁽⁴⁾	62	25.29 $\pm$ 8.44					
	21 $\geq$ ⁽⁵⁾	39	30.31 $\pm$ 6.95					
İş Birliği	1-5	53	26.66 $\pm$ 3.59	4.219	2.29	0.061	-	-
	6-10	35	26.54 $\pm$ 3.55					
	11-15	35	25.49 $\pm$ 4.06					
	16-20	62	24.68 $\pm$ 4.43					
	21 $\geq$	39	26.08 $\pm$ 3.85					
Yeterlilik	1-5 ⁽¹⁾	53	24.74 $\pm$ 4.33	4.219	3.14	0.015	1-4	0.05
	6-10 ⁽²⁾	35	23.77 $\pm$ 5.10					
	11-15 ⁽³⁾	35	23.06 $\pm$ 4.55					
	16-20 ⁽⁴⁾	62	22.10 $\pm$ 4.71					
	21 $\geq$ ⁽⁵⁾	39	24.62 $\pm$ 4.00					
Empati	1-5 ⁽¹⁾	53	22.77 $\pm$ 2.98	4.219	5.05	0.001	1-4	0.08
	6-10 ⁽²⁾	35	21.74 $\pm$ 3.65				5-4	
	11-15 ⁽³⁾	35	20.77 $\pm$ 3.98					
	16-20 ⁽⁴⁾	62	19.87 $\pm$ 4.51					
	21 $\geq$ ⁽⁵⁾	39	22.23 $\pm$ 3.41					
Profesyonel Gelişim	1-5 ⁽¹⁾	53	23.38 $\pm$ 4.91	4.219	5.36	0.000	1-4	0.09
	6-10 ⁽²⁾	35	24.49 $\pm$ 4.36				5-4	
	11-15 ⁽³⁾	35	22.14 $\pm$ 4.58					
	16-20 ⁽⁴⁾	62	20.42 $\pm$ 5.35					
	21 $\geq$ ⁽⁵⁾	39	23.56 $\pm$ 4.23					
Ölçek Toplam	1-5 ⁽¹⁾	53	167.49 $\pm$ 22.54	4.219	5.27	0.000	1-4	0.09
	6-10 ⁽²⁾	35	166.63 $\pm$ 26.59				5-4	
	11-15 ⁽³⁾	35	159.00 $\pm$ 24.27					
	16-20 ⁽⁴⁾	62	149.60 $\pm$ 26.95					
	21 $\geq$ ⁽⁵⁾	39	166.26 $\pm$ 20.59					

Ameliyathane hemşirelerinin “iş birliği” alt boyut ortalamalarının ameliyat odası sayı değişkeni alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($F_{4,219}=2.29$,

$p>0.05$). “Yeterlilik” alt boyut ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{4,219}=3.14$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 1-5 oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamalarının (24.74 ± 4.33), 16-20 oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamasından (22.10 ± 4.71) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.05$) orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin “empati” alt boyut ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{4,219}=5.05$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 1-5 oda (22.77 ± 2.98) ve 21 ve üzeri oda (22.23 ± 3.41) alt gruplarındaki hemşirelerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamasından (19.87 ± 4.51) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.08$) orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin “profesyonel gelişim” alt boyut ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{4,219}=5.36$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 1-5 oda (23.38 ± 4.91) ve 21 ve üzeri oda (23.56 ± 4.23) alt gruplarındaki hemşirelerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamasından (20.42 ± 5.35) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Son olarak ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik toplam puan ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{4,219}=5.27$, $p<0.05$). Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 1-5 oda (167.49 ± 22.54) ve 21 ve üzeri oda (166.26 ± 20.59) alt gruplarındaki hemşirelerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki hemşirelerin ortalamasından (149.60 ± 26.95) yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin istekli çalışma ve farklı cerrahi ekip üyeleri ile çalışma sorularına verdikleri cevaplara ait frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.16’da verilmiştir. Buna göre “Ameliyathanede isteyerek mi çalışıyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde grubun %98.2’sinin evet ($n=220$), %1.8’inin hayır ($n=4$) cevabını verdiği görülmektedir. Bir diğer soru olan “Farklı cerrahi ekip üyeleri ile çalışmak ister misiniz?”

sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde grubun %91.1'inin evet (n=204), %8.9'unun hayır (n=20) cevabını verdiği belirlenmiştir. Buna göre grubun genel itibarıyla ameliyathanede çalışmada istekli ve farklı cerrahi ekip üyeleri ile çalışmaya açık oldukları görülmektedir.

Tablo 4.16. Ameliyathane Hemşirelerinin İstekli Çalışma ve Farklı Cerrahi Ekip Üyeleri ile Çalışma Sorularına Verdikleri Cevaplara Ait Frekans ve Yüzde Değerleri (n=224)

Soru	Alt Grup	n	%
Ameliyathanede isteyerek mi çalışıyorsunuz?	Evet	220	98.2
	Hayır	4	1.8
Farklı cerrahi ekip üyeleri ile çalışmak ister misiniz?	Evet	204	91.1
	Hayır	20	8.9

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyutlarından elde edilen puanların eğitim programına katılma değişkenine göre bağımsız gruplar t testi sonuçları Tablo 4.17’de verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir, ($t_{215}=3.71$, $p<0.05$). Eğitime katılan hemşirelerin alt boyut ortalamalarının (40.19 ± 4.59), katılmayan hemşirelerin alt boyut ortalamalarından (37.48 ± 5.65) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, dolayısıyla “temel bilgi ve beceri” düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.06$) orta etki büyüklüğünde olduğu söylenebilir. Araştırmada yer alan diğer alt boyutlar olan “liderlik” ($t_{215}=1.58$, $p>0.05$), “iş birliği” ($t_{215}=1.62$, $p>0.05$), “yeterlilik” ($t_{215}=1.87$, $p>0.05$) ve “empati” ($t_{215}=1.68$, $p>0.05$) alt boyut puan ortalamaları arasında eğitim programına katılma durumuna göre anlamlı fark olmadığı görülmektedir. “Profesyonel gelişim” alt boyutuna ilişkin sonuçlar incelendiğinde eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin “profesyonel gelişim” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir, ($t_{215}=2.06$, $p<0.05$). Eğitime katılan hemşirelerin alt boyut ortalamalarının (22.95 ± 4.79), katılmayan hemşirelerin alt boyut ortalamalarından (22.95 ± 4.79) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, dolayısıyla “profesyonel gelişim” düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.02$)

küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Son olarak algılanan perioperatif yeterlilik ölçek toplam puanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir, ($t_{215}=2.51$, $p<0.05$). Eğitime katılan hemşirelerin alt boyut ortalamalarının (163.41 ± 23.93), katılmayan hemşirelerin alt boyut ortalamalarından (154.05 ± 27.83) istatistiksel olarak daha fazla olduğu, dolayısıyla ölçek toplam puan düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.03$) küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir.

Tablo 4.17. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Programına Katılma Durumlarına Göre t Testi Sonuçları (n=217*)

Alt Boyut	Eğitim Programlarına Katılım	n	$\bar{X}\pm S.S$	SD	T	P	η^2
Temel Bilgi ve Beceri	Evet	152	40.19 $\pm$ 4.59	215	3.71	0.000	0.06
	Hayır	65	37.48 $\pm$ 5.65				
Liderlik	Evet	152	28.57 $\pm$ 8.20	215	1.58	0.115	-
	Hayır	65	26.65 $\pm$ 8.26				
İş Birliği	Evet	152	26.13 $\pm$ 3.76	215	1.62	0.107	-
	Hayır	65	25.17 $\pm$ 4.48				
Yeterlilik	Evet	152	23.93 $\pm$ 4.29	215	1.87	0.062	-
	Hayır	65	22.65 $\pm$ 5.30				
Empati	Evet	152	21.64 $\pm$ 3.64	215	1.68	0.094	-
	Hayır	65	20.66 $\pm$ 4.59				
Profesyonel Gelişim	Evet	152	22.95 $\pm$ 4.79	215	2.06	0.041	0.02
	Hayır	65	22.95 $\pm$ 4.79				
Ölçek Toplam	Evet	152	163.41 $\pm$ 23.93	215	2.51	0.013	0.03
	Hayır	65	154.05 $\pm$ 27.83				

*Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Tablo 4.18. Ameliyathane Hemşirelerinin Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklı Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre t Testi Sonuçları (n=217*)

Eğitim Programı	Alt Boyut	Düzy	n	$\bar{X} \pm S.S$	SD	t	P	η^2
Kurum oryantasyon programı	Temel Bilgi ve Beceri	Evet	92	40.23±4.63	215	2.14	0.034	0.02
		Hayır	125	38.75±5.30				
	Liderlik	Evet	92	28.73±8.51	215	1.12	0.262	-
		Hayır	125	27.46±8.04				
	İş Birliği	Evet	92	26.33±3.61	215	1.54	0.124	-
		Hayır	125	25.48±4.24				
	Yeterlilik	Evet	92	24.15±4.26	215	1.66	0.098	-
		Hayır	125	23.10±4.87				
	Empati	Evet	92	21.96±3.30	215	1.95	0.053	-
		Hayır	125	20.90±4.34				
Ameliyathane hemşireliği sertifika programı	Profesyonel Gelişim	Evet	92	23.49±4.63	215	2.55	0.011	0.03
		Hayır	125	21.77±5.09				
	Ölçek Toplam	Evet	92	164.88±23.89	215	2.10	0.033	0.02
		Hayır	125	157.46±26.21				
	Temel Bilgi ve Beceri	Evet	79	40.51±3.79	215	2.51	0.013	0.03
		Hayır	138	38.73±5.59				
	Liderlik	Evet	79	29.06±7.64	215	1.45	0.149	-
		Hayır	138	27.38±8.54				
	İş Birliği	Evet	79	25.80±3.89	215	0.12	0.909	-
		Hayır	138	25.86±4.08				
Diğer [#]	Yeterlilik	Evet	79	23.68±4.31	215	0.34	0.738	-
		Hayır	138	23.46±4.83				
	Empati	Evet	79	21.25±3.91	215	0.27	0.786	-
		Hayır	138	21.41±4.01				
	Profesyonel Gelişim	Evet	79	22.51±5.03	215	0.02	0.985	-
		Hayır	138	22.49±4.95				
	Ölçek Toplam	Evet	79	162.81±23.29	215	0.97	0.335	-
		Hayır	138	159.34±26.62				
	Temel Bilgi ve Beceri	Evet	21	40.71±5.92	215	1.27	0.205	-
		Hayır	196	39.23±4.97				
	Liderlik	Evet	21	30.95±9.13	215	1.74	0.084	-
		Hayır	196	27.68±8.11				
	İş Birliği	Evet	21	26.48±4.79	215	0.77	0.444	-
		Hayır	196	25.77±3.92				
	Yeterlilik	Evet	21	25.14±5.08	215	1.67	0.097	-
		Hayır	196	23.37±4.57				
	Empati	Evet	21	22.19±3.14	215	1.02	0.308	-
		Hayır	196	21.26±4.04				
	Profesyonel Gelişim	Evet	21	24.10±5.87	215	1.56	0.121	-
		Hayır	196	22.33±4.84				
	Ölçek Toplam	Evet	21	169.57±30.34	215	1.71	0.089	-
		Hayır	196	159.64±24.78				

* Yanıt vermeyenler değerlendirme dışında tutulmuştur.

Kongre, sempozyum, kurs

Ameliyathane hemşirelerinin revize algılanan perioperatif yeterlilik alt boyutlarından elde edilen puanların çeşitli eğitim programlarına katılma durum değişkenine göre bağımsız gruplar t testi sonuçları Tablo 4.18’de verilmiştir. İlgili sonuçlar incelendiğinde kurum oryantasyon eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir, ($t_{215}=2.14$, $p<0.05$). Eğitime katılan hemşirelerin alt boyut ortalamalarının (40.23 ± 4.63), katılmayan hemşirelerin alt boyut ortalamalarından (38.75 ± 5.30) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, dolayısıyla “temel bilgi ve beceri” düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.02$) küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Araştırmada yer alan diğer alt boyutlar olan “liderlik” ($t_{215}=1.12$, $p<0.05$), “iş birliği” ($t_{215}=1.54$, $p<0.05$), “yeterlilik” ($t_{215}=1.66$, $p<0.05$) ve “empati” ($t_{215}=1.95$, $p<0.05$) alt boyut puan ortalamaları arasında kurum oryantasyon eğitim programına katılma durumuna göre anlamlı fark olmadığı görülmektedir. “Profesyonel gelişim” alt boyutuna ilişkin sonuçlar incelendiğinde oryantasyon eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin profesyonel gelişim alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir, ($t_{215}=2.55$, $p<0.05$). Eğitime katılan hemşirelerin alt boyut ortalamalarının (23.49 ± 4.63), katılmayan hemşirelerin alt boyut ortalamalarından (21.77 ± 5.09) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, dolayısıyla “profesyonel gelişim” düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.03$) küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Son olarak algılanan perioperatif yeterlilik ölçek toplam puanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde oryantasyon eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin profesyonel gelişim alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir, ($t_{215}=2.10$, $p<0.05$). Oryantasyon eğitime katılan hemşirelerin alt boyut ortalamalarının (164.88 ± 23.89), katılmayan hemşirelerin alt boyut ortalamalarından (157.46 ± 26.21) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, dolayısıyla “profesyonel gelişim” düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.02$) küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir.

Bir diğer eğitim olan sertifika programı üzerinden yapılan analizler incelendiğinde eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($t_{215}=2.51$, $p<0.05$). Sertifika eğitimine katılan hemşirelerin alt boyut ortalamalarının (40.51 ± 3.79), katılmayan hemşirelerin alt boyut ortalamalarından (38.73 ± 5.59) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, dolayısıyla “temel bilgi ve beceri” düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.03$) küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Araştırmada yer alan diğer alt boyutlardan olan “liderlik” ($t_{215}=1.45$, $p<0.05$), “iş birliği” ($t_{215}=0.12$, $p>0.05$), “yeterlilik” ($t_{215}=0.34$, $p>0.05$), “empati” ($t_{215}=0.27$, $p>0.05$), “profesyonel gelişim” ($t_{215}=0.02$, $p>0.05$) ve ölçek toplam puan ($t_{215}=0.97$, $p>0.05$) ortalamaları arasında sertifika programına katılma durumuna göre anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Oryantasyon ve sertifika eğitimleri dışında diğer eğitimlere katılan ve katılmayan hemşirelerin “temel bilgi ve beceri” ($t_{215}=1.27$, $p>0.05$), “liderlik” ($t_{215}=1.74$, $p>0.05$), “iş birliği” ($t_{215}=0.77$, $p>0.05$), “yeterlilik” ($t_{215}=1.67$, $p>0.05$), “empati” ($t_{215}=1.02$, $p>0.05$), “profesyonel gelişim” ($t_{215}=1.56$, $p>0.05$) ve ölçek toplam ($t_{215}=1.71$, $p>0.05$) puan ortalamaları açısından anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlenmiştir.

4.3. Nitel Bulgular

4.3.1. Yetkinlik Alanları

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik alanları teknik, güvenlik ve teknik olmayan alanlar olmak üzere üç bağlam, dokuz tema ve otuz dört (34) kategoride değerlendirilmiştir. Teknik alan bağlamı, “Cerrahi Hemşireliğine Özgü Bilgi ve Beceriler ve Ameliyathaneye Özgü Bilgi ve Beceriler” iki tema ve sekiz alt temadan oluşmaktadır. Güvenlik bağlamında ele alınan, “Güvenli Bakım” teması, hasta ve çalışan güvenliği temaları şeklinde ele alınmıştır. Teknik olmayan alan bağlamı ise “Profesyonellik”, “Durum Farkındalığı”, “İletişim Becerisi”, “Lider Yöneticilik”, “Ekip Çalışması ve İş Birliği”, “Kişisel Nitelikler” olmak üzere altı tema ve bu temalara bağlı toplam yirmi beş (25) alt temadan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 4.19. Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinlik Alanlarına İlişkin Tema ve Alt Temalar (n=54)

BAĞLAM	Tema	Alt Tema	Cerrah ve Cerrahi Asistanı (n=21)	Anestezi Uzmanı ve Asistanı (n=3)	Ameliyathane Hemşireleri (n=21)	Teknikerler (n=9)
TEKNİK ALAN	Cerrahi Hemşireliğine Özgü Bilgi ve Beceriler	Anatomi ve Fizyoloji	21	3	21	7
		Cerrahi Hastalıklar	11	2	4	1
		Asepsi, Antisepsi, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon	21	3	21	9
	Ameliyathaneye Özgü Bilgi ve Beceriler	Cerrahi Asepsi	21	3	21	9
		Ameliyathane Ortamı	8		14	3
		Ameliyatlar	21	3	21	8
		Ekipmanlar	21	3	21	9
		Cerrahi Asistanlığı	20	3	20	9
	Güvenli Bakım	Hasta Güvenliği	15	2	21	5
		Çalışan Güvenliği	3		6	1
TEKNİK OLMAYAN ALAN	Profesyonellik	Meslek Etiği	21	3	21	7
		İş Disiplini	18	2	20	7
		Bireysel Sınırlara Saygı	20	3	21	9
		Yetki ve Sorumluluk Bilinci	19	2	21	8
		İşini Sevme	21	3	21	9
		Gelişime Açıklık	11	2	4	1
		Motivasyon ve Özgüven	17	2	19	6
	Durum Farkındalığı	Algı Açıklığı, Dikkat ve Gözlem Yeteneği	19	2	21	7
		Ameliyathane Sürecine Hâkimiyet	18	2	20	8
		Öngörülü Olma	21	3	21	7
	İletişim	Sözel İletişim Becerisi	21	3	21	9
		Sözel Olmayan İletişim Becerisi	13	1	17	4
	Lider Yöneticilik	Yönderlik	21	3	21	9
		Yönetim ve Organizasyon	21	3	21	9
		Acil Durum ve Kriz Yönetimi	15	2	18	7
		Stres Yönetimi	17	2	21	8
		Çözüm Odaklılık	18	1	18	4
	Ekip Çalışması ve İş birliği	Cerrahi Süreci Bütünleştirme	19	2	20	7
		Ekip Üyeleri Arasında Dengeyi Sağlama	15	1	18	7
		Çatışma Yönetimi	10	1	15	4
	Kişisel Nitelikler	Empati Becerisi	21	3	21	9
		Dayanıklılık	10	2	10	5
		Zeki (QI, EI) Olma	19	2	20	7
		Optimist Olma	17	2	18	4

4.3.1.1. Teknik Alan

1. Tema: Cerrahiye Hemşireliğine Özgü Bilgi ve Beceriler

Ameliyathane hemşireliğinin teknik alanı Cerrahi Hemşireliğine Özgü Bilgi ve Beceriler ve Ameliyathaneye Özgü Bilgi ve Beceriler olmak üzere iki temadan oluşmaktadır. Cerrahi Hemşireliğine Özgü Bilgi ve Becerilerin; anatomi ve fizyoloji, cerrahi hastalıklar, asepsi, antisepsi, dezenfeksiyon, sterilizasyon alt temalarından oluştuğu görülmüştür.

1.a. Anatomi ve Fizyoloji

Ameliyathane hemşirelerinin anatomi ve fizyoloji bilgisinin detaylı olması gerektiği, cerrah, anestezi uzmanları ve ameliyathane hemşirelerinin tamamı ile teknisyenlerin çoğunluğu (9/7) tarafından belirtilmektedir. Anatomi bilgisinin, malzeme hazırlığı yanında cerrahi alana nasıl müdahale edileceğini bilmesi ve ekibi yönlendirebilmesi açısından önemli olarak görülmektedir. Bir hemşire “*anatomiye bilmezseniz, malzeme hazırlarken nelerin gerekli olabileceğini de nereye ne yapılacağını da bilemezseniz...basit bir apandisit ameliyatında bile çekuma zarar verilebilir bunun farkında olmazsınız ve gerektiğinde ekibi de yönlendiremezsiniz*” (3AH35ETFH13) şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin asistan hemşire olarak çalıştığı devlet hastanesi ve özel hastanelerde anatomi ve fizyoloji bilgisinin çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hemşire “*...asiste çalışıyorsanız...anatomi fizyoloji bilgisi daha da önemli oluyor...*” (21AH40EDH14) ve cerrahlarda “*...anatomi bilgisi önemli, ameliyatta nereden, nasıl tutacağını bilmeli, nereyi, ne kadar, nasıl kuvvetle çekecek, hangi tarafa doğru tutacak bilmeli*” (7C50EÖH25) ve “*... asiste çalışırken o ekartörün ne işe yaradığını, hangi organı çektiğinin bilincinde olması lazım*” (13C39EÖH15) şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir.

1.b. Cerrahi Hastalıklar

Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi hastalıklara ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olması da önemlidir. Katılımcılardan bir cerrah “*cerrahi branşın hastalıklarına ve ameliyatlarına hâkim olması, yaklaşımları bilmesi gerekiyor*” (2C50ETFH25) şeklinde ifade etmiştir. Cerrahi sürece hâkim olmaları ile ortaya çıkabilecek bazı sıkıntıları engelleyebileceği belirtilmektedir. Teknisyen katılımcı “*...ameliyat öncesi ve sonrasında ne olması gerektiği bilinmediğinde hastaya yönelik ilaçların alınmasında ya da çeşitli*

uygulamaların beklenmesi konusunda sorun olabiliyor” (4ANT30KDH10) ve cerrah “...ameliyattan sonra ortaya çıkan cerrahi alan enfeksiyonu denen olayı bilmeli, bu çok önemli” (14C53EDH28) şeklinde görüşlerini dile getirmişlerdir.

1.c. Asepsi, Antisepsi, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon

Hemşirelerin, sterilizasyon, dezenfeksiyon, cerrahi asepsi ve antisepsi işlemleri hakkında bilgiye sahip olması gerekmektedir. Cerrahi ekip üyelerinden bir cerrah *“sterillliği...otoklavı bilmesi önemli. Malzeme steril çıkmış mı çıkmamış mı bilmeli...hastayı boyama, silme, temizliği...hijyeni bilmeli, setler yıkanıyor mu, yıkanmıyor mu? o seti kapatması, yıkaması, sterilizasyon yöntemi... her şeyi bilmesi lazım” (14C53EDH28) ve bir hemşire de “...asepsi, sterilizasyon ve dezenfektanlar... kuralları...kontrolleri...her şey” (1AH31KDH3) olarak düşüncelerini ifade etmişlerdir.*

2.Tema Ameliyathaneye Özgü Bilgi ve Beceriler

Ameliyathaneye Özgü Bilgi ve Beceriler; cerrahi asepsi, ameliyathane ortamı, ameliyatlar, ekipmanlar ve cerrahi asistanlığı alt temalarından oluşmaktadır.

2.a. Cerrahi Asepsi

Katılımcıların tamamı, cerrahi asepsinin sağlanması, sürdürülmesi ve korunmasının ameliyathane hemşirelerinin yetki ve sorumluluğunda olduğunu ifade etmişlerdir. Cerrah katılımcı *“...cerrahi asepsi sürecinde hemşireler tam yetkilidir” (1C50ETFH23) ve teknisyen katılımcı “Ameliyathane hemşiresinin steriliteye hâkim olması önemli” (6RT42KDH3) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Cerrahi ekip üyeleri asepsi süreç yönetiminin, ameliyathane hemşiresinin en önemli görevleri arasında yer aldığını belirtmektedir. Katılımcılardan bir cerrah “ameliyathane ortamının hijyeni, aletlerin, araç gereçlerin sterilizasyonu, hastanın örtülmesi, cilt antisepsisinin sağlanması, ameliyatta sterilizasyon sürecine dikkat etmesi ve titiz olması lazım, sorumluluk sahibi bir ameliyathane hemşiresi öncelikle ameliyatta cerrahi asepsiye sahip çıkar” (9C50EÖH23) şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir. Cerrahi asepsinin sağlanması ve sürdürülmesinde ekip üyelerinin denetimi, kontrolü ve gerektiğinde uyarılmasında, ameliyathane hemşiresinin aktif rol aldığı ve alması gerektiği özellikle vurgulanmaktadır. Bir hemşire *“sterilizasyonun sorumlusu hemşiredir, kontrol etmeli...gerektiğinde doktorları uyarabilmeli, asistanı, kendi masasını, personeli, ameliyat odasında bulunan herkesi**

*kontrol etmeli, steril çevreyi sürdürmeli...doktorlar ameliyat sahasına istemeden sırtını dönebiliyor ve dokunabiliyorlar, kontaminasyonu önlemek için sürekli gözlem yapmak ve koordinasyonu sağlamak gerekiyor” (7AH42KTFH22) ve cerrah “...yılanmasından eldiven giymesine ve hazırlanmasına kadar hepsi ameliyathane hemşiresinin gözetiminde oluyor...onun için doktor uygun cerrahi el yıkaması yapmıyorsa buna müdahale edebilir ve lütfen yıkanıp gelin diyebilir” (3C50EÖH25) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Hemşirenin sürekli kontrolü, gözlemi ve ekibi uyarması yapılan cerrahi işlemin başarısını doğrudan etkilemektedir. Cerrah “*cerrah hemşireye sterilizasyon konusunda güvenir ...o her şeyi takip eder...ameliyat alanına bakarken gözünün biri de masanın öbür ucunda olur... cerrah olarak kafan rahattır, aklın kalmaz, ameliyatını mükemmel yaparsın, sterilizasyon bozulursa, bir mikrop kapar, yapılan bütün ameliyat boşa gider... gerektiğinde hemşire uyarmalıdır*” (18CA29ETFH4) ve hemşire “*hocanın elindeki eldivenleri bile takip ediyorsun yeri geliyor, farkında olmadan yırtılabiliyor...özellikle ortopedi vakalarında kemik dokuda çalışılırken eldiven yırtılabiliyor... kemik dokularda enfeksiyon riski daha yüksek ve sıkıntılı*” (3AH35ETFH13) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir.*

2.b. Ameliyathane Ortamı

Ameliyathane ortamının hastanın sağlığı ve yaşamı için çok önemli ve keskin sınırları olan bir alan olduğunun farkında olunması gerektiği bildirilmektedir. Katılımcılardan cerrah “*...biz ameliyathanede çok enteresan bir duygu durumu içerisindeyiz...yaşamla ölüm arasındaki ince çizgide gidip gelen bir hasta ...can pazarında çalışan insanlarınız ...ameliyathane böyle bir ortam...*” (11C53EEAH23) şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Ameliyathane hemşiresinin, ameliyat odasının hâkimi olduğu bildirilmektedir. Hemşirenin, ortamın düzeni, gerekli koşullar, malzemelerin konumlandırılması ve kurulumu gibi ameliyathane ortamına yönelik her konuda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Cerrahi ekip üyeleri aşağıda belirtildiği gibi görüşlerini ifade etmişlerdir.

“....ameliyathane hemşiresi ameliyathaneye hâkim olmalı, ortamda bulunması gereken malzemelerin hepsini çok iyi bilmeli...ameliyathaneye ve ameliyata özgü teknik cihazların konumlandırılması, kurulumu, korunması, temizliği, saklanması, belli zamanlı aralıklarda bakımlarının yaptırılması konusunda bilgili olmalı ve ilgili personelleri uyarması gerekir... ameliyat bittikten sonra da malzemelerin tekrar kullanım için

hazırlanması, uygun saklama koşullarında saklanmasından hemşire sorumlu” (3C50EÖH25),

“ortamın düzenini, aletleri çok iyi bilmesi, ameliyat sürecine uygun olarak hazırlaması, etraftaki çalışan elektronik cihazların, adlarından, bağlantılarına kadar hepsine hâkim olması lazım” (1AT30KEAH6),

“Hepa filtreden, ortamın sıcaklığına, steril edilme yöntemleri, kontrolünden, hastanın örtülme yöntemlerine kadar her şeyi bilmesi gerekir.” (18CA29ETFH4)

2.c. Ameliyatlar

Ameliyathane hemşiresinin yapılan ameliyatın türünü, aşamalarını, kullanılan malzemeleri, cerrahların ameliyat tarzlarını ve komplikasyonlarını bilmesi gerekmektedir. Cerrah bu konuda *“malzemenin tam ve eksiksiz hazırlanması için ameliyathane hemşiresi yapılacak olan ameliyat ve süreci hakkında bilgi sahibi olmalı” (14C53EDH28)* şeklinde görüşünü ifade etmiştir. Cerrahlar, hemşirenin ameliyatın aşamalarını bilmesinin rahat çalışma açısından önemli olduğunu belirtmektedirler. Hemşire katılımcımız *“...cerrahlar, tecrübeli bir hemşireyle ameliyata girdikleri zaman işlerin çok daha iyi gideceğini, bir komplikasyon olduğu zaman çabucak çözüleceğini biliyor” (8AH49KTFH30)* şeklinde düşüncesini belirtmiştir. Hemşirenin cerrahı, cerrahi yöntemlerini, tarzını, kullandığı malzemelerini iyi tanımasının süreç açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Ekip üyelerinden teknisyen katılımcı *“doktorun ne istediğini bilmek ve ameliyatın işleyişini bilmek ameliyatı hızlandırıyor” (1AT30KEAH6)* olarak düşüncesini açıklamıştır. Hemşirenin sahip olduğu bilginin hem cerrahların konsantrasyonunu hem de cerrahi süreci doğrudan etkilediği belirtilmektedir. Cerrah *“...hemşirenin ameliyat sürecini bilmesi ameliyat süresini çok ciddi şekilde etkiliyor, artı zaman kazanıyorsunuz, ameliyat ortamı her zaman işlerin belli algoritmayla tıkır tıkır yürüdüğü bir ortam değil... ameliyatta beklemediğiniz komplikasyonlar çıkıyor. Bu sırada hemşirenin süreç hakkındaki bilgisizliğini, tecrübesizliğini tolere edecek durumda olmuyorsunuz hasta birden kanamaya başladığında hızlı davranmanız, anında müdahale etmeniz gerekiyor...Hemşirenin o anda neyi kullanacağınıza biliyor olması ve bir damar forsepsi uzatması, komplikasyon oranlarını düşürebiliyor ve ameliyat süresini de belirgin şekilde azaltıyor...bu hem süreci, hem de çalışan personelin ve cerrahın motivasyonu müthiş*

şekilde etkiliyor... bu hasta açısından da yararlı aldığı anestezi miktarını da azaltıyorsunuz...”(2C50ETFH25) ve cerrahi asistan “...biz plağı koyduk vida koyacağız önce delici istiyoruz sonra boy ölçümü ...bunların sıralamasını biliyor olması gerekiyor. Ben istemeden onun bana gelmesi vakayı hızlandırır. Ben onu istediğimde neredeydi diye aradığında konsatrasyonumuz bozuluyor... bir anda durunca yavaşlıyorsunuz tekrar adapte olmanız gerekiyor, ameliyat süresi uzuyor” (19CA28ETFH4) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir.

2.ç. Ekipmanlar

Ameliyathane de kullanılan birçok tıbbi cihaz, cerrahi aletler, malzemeler bulunmaktadır. Cerrahi aletlerin isimleri, cerrahi setlerdeki sayısı, setlerin hazırlığı, ameliyatta kullanılacak cerrahi setlerin hazırlığı hemşirenin görevidir. Ameliyat hazırlığını eksiksiz yapabilmesi için hemşirenin malzemeleri bilmesi, cerrahlara göre farklılıklara da hâkim olması gerekmektedir. Anestezi uzmanı “...tüm malzemeyi tanıyacak isimlerini bilecek bazı cerrahlara göre ek ya da farklı malzemeleri de bilecek, hazır edecek...”(2DRA52EÖH24) ve hemşire “kullandığın cerrahi aletler, endoskopik aletler, laparoskopik aletlerin nasıl kullanıldığını, nasıl takıldığını, nasıl nerede ne işe yaradığını bilmemiz gerekiyor” (13AH41EDH23) olarak düşüncelerini ifade etmişlerdir. Ameliyathane hemşiresinin malzemeleri bilmesi, kurulumları, kullanımı, bakımı, korunması ve tedarigi ile ilgili bilgiye sahip olması gerekmektedir. Hemşire “Aletlerim hazır mı? ...Vaka esnasında sağlam ve çalışır vaziyette mi?...tedarigini ve sürekliliğini sağlamam gerekli...”(6AH42KTFH23) ve cerrah “Cerrahi teknolojileri...teknik aletleri, aletlerin kullanışını bilmesi gerekli. Çıkabilecek problemleri çözebilecek kadar teknik bilgiye sahip olmalı” (10C40EDH15) şeklinde belirtmişlerdir. Ameliyatta kullanılacak suture, dren, ilaç vb gibi ekstra sarf malzemelerinin hazırlığı, temini ve kayıt işlemlerinin sorumluluğa hemşirenin görevleri arasındadır. Hemşirenin iyi ekipman bilgisi cerrahi süreçte alternatif geliştirebilmesi ve çözüm bulması açısından önemli bir beceridir. Ekip üyelerinden cerrahi asistan “İlaçlar, ekipmanlar değişiyor, yeni bir alet geliyor, farklı marka, farklı model bazen burada kombine ediyoruz hemşireler destek çıkıyorlar. Ekipman konusunda bilgi birikimine sahip olması, hangi malzemelerin, aletlerin, hangi aşamada kullanılacağı, mihenk noktasıdır. Çabuk davranması gerektiği noktaları,

bilmezse zaman kaybediliyor, bilirse organizasyonunu yapıyor, gerekli aleti hazır ediyor ve gerektiği zaman veriyor. Cerrahın konsantrasyonu bozulmadan, ameliyatı daha kısa sürede tamamlıyor. Kazan kazan yani, ortam sakin, çalışanlar rahat, hasta kazanıyor” (18CA29ETFH4) olarak düşüncelerini ifade etmiştir.

2.d. Cerrahi Asistanlığı

Cerrahi ekip üyelerinin, ameliyathane hemşirelerinin cerrahi asistanlık becerilerine de sahip olmalarını bekledikleri ve bunun önemli, temel bir beceri olarak vurgulandığı görülmektedir. Cerrahi asistanlık becerisinde bireyin psikomotor beceri ve yeteneklerinin de önemli olduğu belirtilmektedir. Cerrahlar “*Cerrahi bir el göz koordinasyonu işidir hem zihin ve motor kudretlerle ve hem de yetenekle ilgili*” (1C50ETFH23) ve “*...cerrahın dört eli yok, iki eliyle bazen yetişemiyor, destek istiyor, hemşire asiste olarak karşımıza geçiyor ...cerrahi asistanlığı da bir sanatkarlıktır. Küçük kılcal damarları şunu tut, ben bağlayacağım diyorsun...hassas iş hemşireye tutturuyorsun bağlatıyorsun. Asistanlık yapan hemşire nazik, kontrollü, kabiliyetli olacak*” (5C52EÖH27) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Teknikerler de ameliyathane hemşiresinin el becerisinin ve asistanlık becerisinin önemli olduğuna dikkat çekmektedir. Teknikerler “*...El becerisi, pratikliği önemli*” (2AT25KÖH0.5) ve “*bir hemşirenin diğer hemşireye göre daha iyi olduğu, sadece teorik bilgisinden değil, tecrübesinden ve el yatkınlığından belli oluyor*” (4ANT30KDH10) şeklinde belirtmişlerdir. Özellikle devlet hastanesinde ve özel hastanelerde çalışan cerrahlar, hemşirenin asistan olarak çalışmasının çok önemli ve vazgeçilmez olduğunu vurgulamaktadır. Bu konuda cerrahlar “*...cerrahi yeteneklerinin de olması gerekli, ...farklı dikiş teknikleri ve doku tamir tekniklerini de bilmeli, bunları lüzum halinde yapacak yetkinlikte olmalı. Yani cerraha o an ameliyat esnasında yardımcı olabilecek, bir sıkıntı olursa ameliyatı tamamlayacak yetkinlikte olmalı. Benim iki elim var ben hemşireyi üçüncü bir el, ekstra bi kontrol ve yardım mekanizması olarak görürüm*” (10C40EDH15) ve “*Hemşirenin bilgisinin tam olmasını, tecrübesinin/ deneyiminin olmasını isteriz, bunlar çok önemli...ameliyatta hangi konularda yardımcı olacağını, ne yapması gerektiğini bilmesi ve ameliyatta bize yardımcı olmalarını bekleriz. Özellikle özel sektörde çalışırken asistanımız olmadığı için ameliyatı hemşirelerin yardımıyla yapıyoruz...dolayısıyla hemşirelerden beklentimiz biraz daha fazla...*” (7C50EÖH25) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Cerrahlardan sadece bir kişi

hemşirenin asistanlık yapmasını doğru bulmadığını ifade etmiştir. Cerrah *“Hemşirenin asistanlığına karşıyım...hemşireden asistanlık beklemiyorum...onun görevi değil, bu görevi yüklenmemeli”* (9C50EÖH23) şeklinde ifade etmiştir. Tıp Fakültesi ve eğitim araştırma hastanelerinde, cerrahi asistanlar bulunmasına rağmen hemşirenin asistanlık yapması ve konuya ilişkin becerisi önemli görülmektedir. Cerrahi asistan *“...hemşirenin asiste edebilecek kadar bilgi ve beceri sahibi olması cerrahi prosedürün gidişatını çok anlamlı şekilde etkiliyor. Bazen olağandışı şeyler oluyor ekstra bir ele ihtiyaç duyuyorsun. Böyle durumlarda hemşirenin olayı ve boyutunu algılayıp cerrahi alana müdahale edebilecek durumda olması önemli”* (17CA28ETFH3) şeklinde düşüncelerini belirtmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin de cerrahi asistan olarak çalışmayı ve kendilerini bu konuda yetiştirmeyi önemsedikleri görülmektedir. Hemşire katılımcı *“asiste çalışıyorsanız (devlet hastanesi, özel)...ameliyat esnasında cerrahi bilgi ve becerisiyle de yardımcı olabilecek kapasiteye sahip olmalısınız. Bu çok önemli bence istenen, aranan hemşire oluyorsunuz”* (9AH45KEAH26) görüşlerini ifade etmiştir. Hemşirelik Yönetmeliğinde asistan hemşire tanımının olmamasına dikkat çekilmekte, görev tanımının netleştirilmesi gerektiği ve bu eğitim gereksiniminin lisans eğitimi sürecinde giderilmesi önerilmektedir. Sadece bir hemşire, bu şartlarda asistanlık yapılmasının doğru olmadığını belirtmiştir. Hemşire görüşlerini *“Yönetmelikte sirküle, skrap ve cerrahi hemşireleri var, cerrahi asistan hemşirelerin görevlerinin bir kısmından bahsediyor ama bu yönetmelikte yok ama asistan hemşirelik yapıyorsunuz. Sağlık Bakanlığında bu görev resmi olarak tanımlanmıyor. Bunların netleştirmesi ve hemşirelerin bu konuda iyi eğitilmesi lazım...hemşirelik lisans eğitiminde de hemşireye bu eğitim tam verilmeli...Asiste hemşirelik yapıyorum zaman zaman ama yapmamalıyız bence... kalp damarımızın asistanı yok gene asiste hemşirelik yapıyoruz...asistan olmadığı yerlerde uzmanlar her zaman hemşirelerle çalışıyor”* (5AH41KEAH14) şeklinde ifade etmiştir.

4.3.1.2. Güvenlik

3. Tema: Güvenli Bakım

Güvenlik teması, güvenli bakım ana teması ile karşımıza çıkmaktadır. Ameliyathane ortamı hasta ve çalışanlar açısından birçok risk faktörü ve tehlike içermektedir. Güvenli bakımın sağlanması açısından ortamın hasta ve çalışanlar açısından güvenli olması gerekmektedir. Ameliyathane hemşiresinin hasta ve çalışan güvenliğine yönelik risk yönetimi açısından bilgi, beceri, tutum ve davranışlara sahip olması beklenmektedir. Güvenli bakım temasının hasta ve çalışan güvenliği alt temaları ile ele alındığı görülmüştür.

3.a. Hasta Güvenliği

Cerrahide hasta güvenliğinin sağlanmasında ameliyathane hemşiresinin rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Ameliyatın güvenli olmasında yetkin hemşirenin etkili olduğu cerrahlar tarafından vurgulanmaktadır. Katılımcılardan bir cerrah *“Yetkin bir ameliyathane hemşiresi, hastanın ameliyathaneye girmesinden, hazırlanmasına, cerrahinin güvenli bir şekilde yapılması için gerekli tüm işlemleri yapar ...hemşirenin yetkin olması ameliyatın daha güvenli yapılmasını sağlayabilir”* (15C43EDH20) şeklinde belirtmiştir. Ameliyathane hemşireleri hasta güvenliği kapsamında, malzeme temini, ekip iletişimi, koordinasyonu, sayımlar ve patolojinin önemine vurgu yapmaktadırlar. Bir hemşire *“Ameliyathane hemşiresi hastanın güvenliğini sağlamalı, hasta ameliyathaneye geldiğinde orada kendini güvende hissetmeli, o sıcaklığı ve güveni vermeli. Hastaya, destek olmalı ...cerrahi güvenlik formunu anestezi ile birlikte doldurmalı, malzeme teminini sağlamalı, personeli yönlendirmeli ...gerekirse hekimi sterilizasyon açısından uyarmalı...Patoloji için giden parçanın güvenliği/etiketlenmesini sağlamalı”* (5AH41KEAH14) şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir. Sayımlarla ilgili problemlerin yaşanabildiği, hekimin sabırsız, negatif söylem ve olumsuz tavırlarının ekibi olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bir tekniker *“hemşire, ben başladığım steril gaz sayısına erişemedim, vakayı kapatmamamız gerekiyor... dediği zaman doktorların %90’ı neden saymadın ?...Benim işimi mi yavaşlatmaya çalışıyorsun?, Çalışmak istemiyorsun sen... gibi tahrik edici, güzel ve etik olmayan cümleler kurarak karşı tarafa mobbing uyguluyorlar bütün enerjimiz düşüyor”* (3ANT28KDH6) şeklinde duruma ilişkin

gözlemini ifade etmiştir. Hasta güvenliği açısından, hasta mahremiyeti ve hasta savunuculuğuna özen gösterilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hemşire *“Hasta, mahremiyetine saygılı olunmalı. İletişim kurarak, onun güvende olduğunu hissettirtiyorsun... hasta uyuyor, kendinde değil ya da bilincinde değil ama sen onun hayatını, haklarını gizliliğini koruyorsun”* (12AH44KDH22) şeklinde düşüncelerini belirtmiştir.

3.b. Çalışan Güvenliği

Ameliyathane ortamının, birçok risk ve tehlike barındırdığı bu nedenle çalışan güvenliğinin önemli olduğu belirtilmektedir. İki hemşire *“Kendi iş güvenliği için görsel, işitsel, dokunsal, eline ayağına dikkat etmesi lazım. Ekibin çok dikkat etmesi lazım...hasta ya da yanımdaki arkadaşımın zarar görmesini ... bistüri kesmesi veya iğne batmasını istemeyiz”* (14AH41KDH13) ve *“Skopilerle, radyasyonla çalışıyoruz, uzun süren vakalarda, kurşun gömleği bir süre sonra taşıyamıyorsun çalışamıyorsun ...ben bir röntgen teknisyeni kadar radyasyona maruz kaldığımızı düşünüyorum...gazlar, dezenfektanlar gibi kimyasal tehlikelere maruz kalıyoruz. İş kazaları, iğne batması”* (18AH41KDH21) olarak görüşlerini ifade etmişlerdir. Ortamın güvenli olması hem çalışanlar hem de hasta açısından çok önemlidir. Bir hemşire *“...herkesin güvenliğinden, konforundan, ameliyatın işleyişinden ameliyathane hemşiresi sorumludur, ev sahibi gibi”* (5AH41KEAH14) ve cerrah *“ameliyatın güvenle gerçekleşmesini sağlayacak şartların oluşmasında hemşirenin katkısı önemli... mesela klimada bir sıkıntı varsa hastanın da, ekibinde konforu bozulur...alet, edevat bozursa, eksikse, steril teknikte aksama varsa o zaman uyarması lazım”* (9C50EÖH23) şeklinde konu ile ilgili düşüncelerini ifade etmişlerdir.

4.3.1.3. Teknik Olmayan Alan

Ameliyathane hemşiresinin güvenli cerrahi bakım verilmesinde, teknik bilgi ve becerilerinin bilişsel, sosyal bilgi ve becerilerinden oluşan teknik olmayan alanda da yetkinliği ile bir bütün halinde olması önemlidir. Çalışmamız kapsamında teknik olmayan alan profesyonellik, durum farkındalığı, iletişim becerisi, lider yönetici, ekip çalışması ve iş birliği ve kişisel nitelikler olmak üzere altı alanda temalandırılmıştır.

4.Tema: Profesyonellik

Cerrahi ekip üyelerinin profesyonel bir meslek olarak ameliyathane hemşirelerinin meslek etiği, iş disiplini, bireysel sınırlara saygılı olma, yetki ve sorumluluk bilinci, işini sevmeye, gelişme açıklık, motivasyon ve özgüvene sahip olmasının önemli olduğu görülmektedir.

4.a. Meslek Etiği

Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi ekip üyelerine ve birbirlerine karşı saygılı olmaları önemli bir etik beceridir. Cerrah katılımcımız düşüncelerini şu şekilde belirtmiştir. *“...cerrahide, hiyerarşi vardır. İşlerin ilerlemesi için karşılıklı saygı çok önemlidir. Cerrahi sırasında bazen işler yolunda gitmiyor, gerilebiliyorsunuz. Hemşire onu öyle bir absorbe ediyor ki cerrahı da rahatlatıyor, ortamın gerginliğini de azaltıyor, nerede, nasıl davranacağını çok iyi biliyor.”* (16C40KTFH17) Cerrahi disiplin beraberinde hiyerarşiyi de getirmektedir. Hemşirelerin cerrahi hiyerarşiye uymaları beklenmektedir. Bir tekniker *“emir, komutaya saygılı olmalı ve anında uyum sağlayabilmeli ...”* (6RT42KDH3) ve hemşire *“ameliyathane hiyerarşidir ... bunu bilmeli,...işine hâkim olmalı... insanın en başta kendisine ve işine saygısı varsa hepsi geliyor bence... kendine saygı duyan insan kurallara da uyar, işine de dört elle sarılır, yanındakine de saygı duyar...en önemli kriterler bilgili, becerili ve saygılı olmak...”* (10AH50KDH30) şeklinde bu konudaki düşüncelerini ifade etmiştir.

4.b. İş Disiplini

Cerrahi ekip üyeleri ameliyathane hemşiresinin iş disiplinine sahip olması gerektiğini belirtmektedirler. Bir cerrah *“ekibin içinde mesleğinin sorumluluğunu üstlenmeli, disiplinli olmalı... ameliyatı iyi izleyerek, dikkatini vererek, işini iyi yapmalı”* (12C41EÖH20) şeklinde ifade etmiştir. Özverili ve disiplinli çalışması, bireysel sorunlarını işine yansıtması, yaptığı işin gereklerine hâkim olması, konsantrasyonunu koruması ve dikkatini sürdürmesi sürece hakimiyeti açısından gerekli görülmektedir. Bu konuda cerrah katılımcımız düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir. *“Ameliyat disiplinli çalışmamızı konsantrasyonu gerektiriyor. Hemşire konsantre olamaz, gerekli anda gerekli müdahaleyi yapamazsa bu bize sıkıntı verebilir...ne yapacağını neden sorumlu olduğunu bilmesi önemli ...üzerindeki görevi yapıp çok daha fazlasını yapmaya çalışması da bazen sıkıntı oluşturabiliyor. Ne yapacağını, ne yapamayacağını ve nerede durması gerektiğini bilmesi lazım...”* (7C50EÖH25).

4.c. Bireysel Sınırlara Saygı

Ameliyathane hemşiresinin, cerrahi ekibe karşı empati kurarken, bireysel sınırlarının farkında olması ve koruması, kendini ifade etme becerisini geliştirmesi önemlidir. Ameliyathane ortamının zorluğu ve stresinin, cerrahın hemşireye davranışlarında özensiz ve dikkatsiz olma rahatlığı vermemesi gerektiği cerrahlar tarafından özellikle vurgulanmaktadır. Cerrah katılımcımız görüşünü “*hemşire cerraha, anestezi uzmanına karşı her zaman hoşgörülü olmak durumunda...değil ...onlar bana istediğini söylesin bende bunun hepsini sineye çekeyim olmaz ...kişisel haklarına karşı özlük haklarına karşı bir saygısızlık olursa bunu asla tolere etmemeli...bu toleranstan çıkıyor, karşısındakilerin bunu hak görmesine neden oluyor, asla izin vermemeli ve tavrını koymalıdır. Bunu asla kabul etmeyeceğini ameliyat esnasında değil de ameliyat sonrasında, bildirmelidir. Yeter ki bu sınırı ayırabilsin, kişisel mahremiyetini, kişisel haklarını korusun, asla saygısızlığa izin vermesin. Kendi mesleğini iyi icra eden bir hemşire bence çoğu zaman cerrahı çok daha önemli hale gelebiliyor. Kendisine ve mesleğine saygısı olsun ve bunu çevresindekilerden beklesin*” (2C50ETFH25) şeklinde ifade etmiştir. Cerrahlar, özellikle olumsuz davranışlar karşısında hemşirelerin tepkilerini uygun bir şekilde ifade etmelerinin önemi üzerinde durmaktadırlar. Bir başka cerrah da şu şekilde belirtmiştir. “*Hemşirenin ameliyat sonrasında cerraha uygun bir dille tepkisini bildirmesi lazım bu da eğitimin bir parçası aslında hemşirenin de cerrahında, kendini geliştirmesini önemli ölçüde etkileyecek bu ilke, eğitim sürecinde hemşireye aktarılmalı...profesyonel ilişki içerisindeyiz, hepimiz hasta için oradayız. Herkesin, elinden geleni en iyi şekilde yapması ve sürecin yönetilmesi konusunda çaba göstermesi istenebilir veya öğretilir.*” (4C65ETFH37) Ameliyathane hemşiresi “*hakaret boyutuna gelir rencide ederse, tepkini koyarsın... gerekirse davayı açarsın*” (9AH45KEAH26) ve tekniker katılımcılarımızda “*Hemşire hakkını savunabilmeli, doğrunun ne olduğunu da söyleyebilmeli. Doğru tespit ile iş birliği içerisinde yapmak lazım*” (6RT42KDH3) şeklinde benzer düşüncelerini ifade etmişlerdir.

4.ç. Yetki ve Sorumluluk Bilinci

Ameliyathane hemşiresinin yetki ve sorumluluklarını bilmesi ve bu konuda eğitimlerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Katılımcılardan bir tekniker görüşlerini “*yönetmeliği çok iyi bilmeli, nerde ne sorumluluğunun olduğunu çok iyi bilmeli, o işin nasıl yapılacağını çok iyi bilmeli, ekip iletişimini çok iyi bilmeli, teknisyen, anesteziist, cerrah ne yapar bilmeli yani yaptığı işlerde profesyonel olmalı diye düşünüyorum*” (3ANT28KDH6) şeklinde ifade etmiştir. Ameliyathane hemşiresinin sorumlulukları beraberinde yetkiyi de getirmelidir. Ancak ülkemizde ameliyathane hemşirelerinin birçok sorumluluğu bulunmakla birlikte, yetkilendirme ile ilgili ciddi problemler yaşandığı görülmektedir. Hemşire katılımcımız “*Yetki sahibi değilsin yetkin yok ama hastanın ameliyathaneye girmesinden, çıkışına kadar her şeyden sen sorumlusun*” (13AH41EDH23) şeklinde belirtmiştir. Hemşireler yetki ve sorumluluk arasındaki bu farklılığın anlaşılır olmadığını dile getirmektedirler. Yetkilendirmenin olmaması hemşirelerin ciddi sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır. Bir hemşire “*Ameliyathane hemşiresinin sorumluluğu çok fazla iken yetkisinin olmaması anlaşılır değil ... sorumlusun ama yaptırım gücün yok. Aksaklık olduğunda ilgili kişilere müdahale ettiğinde karşı taraf senin böyle bir yetkin yok şeklinde karşına çıkıyor ve durum, kişisel çatışmaya dönüşebiliyor. Yetkimizin olmaması da bizim motivasyonumuzu kırıyor, düşürüyor. Yaptığımız işin sınırları da belli değil, bir sınırı yok*” (18AH41KDH21) şeklinde düşüncelerini vurgulamıştır. Özellikle yurt dışı deneyimi olan cerrahlar, farklılıkları ifade ederek, hemşirenin görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin netliğe dikkat çekmişlerdir. Bir cerrah düşüncelerini “*...yurtdışında ameliyathanenin sorumlusu aynı zamanda oranın yetkilisi...yetki verildiği zaman o yetkinin de bir karşılığı, yasal sorumluluğu var. Ameliyathanede hemşireden habersiz bir şey yapılamayacağını herkes biliyor. Türkiye’de ameliyathane hemşirelerinin yetkilerinin daha az olduğunu biliyorum. Yetkilerinin artırılması lazım ancak eğitimi olmayan bir hemşireye de o yetki verilmemeli*” (3C50EÖH25) şeklinde belirtmiştir.

4.d. İşini Sevmeye

Ameliyathane hemşiresinin işini sevmesi, ameliyathanenin zorlu şartlarında çalışabilmesi ve mesleki doyuma ulaşabilmesi açısından önemlidir. Katılımcıların görüşleri aşağıda belirtilmektedir.

“... işi sevmek en önemlisi.” (7RT44EDH10)

“...yaptığın işi sevdiğinde, zevkle yapıyorsun ameliyatta saatin nasıl geçtiğini anlamıyorsun ... düşünsenize ameliyathane izole, kapalı bir ortam, pencere yok hiçbir şey yok...sürekli aynı kişilerle muhatapsın...” (5C52EÖH27)

“...çalışma koşulları çok ağır, cidden çok yorucu ama sevdiğim bir branş, işimi severek yapıyorum, bu da motivasyonumu etkiliyor. Motive olan kişi işini daha çok sahipleniyor” (14AH41KDH13)

“...isteyerek çalışıyor olması ...mesleğini sevdikten isteyerek çalıştıktan sonra zaten her şey daha kolay rutinde gidebilir” (3DRAA27KTFH3)

4.e. Gelişime Açıklık

Sağlık alanında ve teknolojiadaki gelişmelerin ameliyathanelere ciddi ve hızlı yansımaları bulunmaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi teknikler, ekipman ve teknolojik cihazlardaki değişiklikleri takip etmesi gerekmektedir. Ekip üyelerinden bir hemşire *“Ameliyathaneye sürekli yeni araç gereçler geliyor, aletler değişiyor, yeni girişimler yapılıyor. Bu nedenle değişiklikleri takip eden, kendimizi geliştirebilen biri de olmamız lazım. Gelişim bitmeyecek bir süreç, gelişime açık olmalı ve bakımımızı geliştirmeliyiz” (16AH27KDH4)* şeklinde düşüncelerini belirtmiştir. Ameliyathanede hemşirenin değişimlere ayak uydurabilmesi için kendini hızlı yetiştirmesi, öğrenmeye ve yeniliklere açık olması önemlidir. Bu konuda bir tekniker düşüncelerini *“...algılama düzeyinin yüksek olması, öğrenmeye, öğretmeye, yeniliklere açık olması gerekiyor... tıp çok hızlı değişimin yaşandığı alan...” (5ANT27KTFH5)* olarak belirtmiştir.

4.f. Motivasyonu ve Özgüven

Ameliyathane hemşireleri, ameliyathanenin onlar için bir yaşam tarzı ve zorlu koşullarına rağmen ayrılmak istemediklerini bir alan olduğunu, işlerini severek yaptıklarını ve doyum sağladıklarını ifade etmişlerdir. Bir hemşire katılımcı duygularını *“Özveri gerektiriyor, tutku yaratıyor, ameliyathane gerçekten mesleki doyuma ulaştığın bir yer...işini doğru ve düzgün yapıyorsan işe yaradığını hissettiğin bir yer” (10AH50KDH30)* şeklinde vurgulamıştır. Hastaların ameliyat sonrası dönemlerine ilişkin pozitif geri dönüşlerin motivasyonlarını arttırdığını hemşire katılımcımız *“Biz hastaların ameliyat sonrası dönemlerini, iyileştiklerini görmüyoruz ancak hastalarla ilgili aldığımız iyi haberler bizi*

mutlu ediyor, motive ediyor, ...motive olan bir kişi de işini daha çok sahiplenir” (15AH24EDH2) şeklinde ifade etmiştir. Cerrahi ekip üyeleri de hemşirenin içsel motivasyonunun önemli olduğunu vurgulamışlardır. Ekip üyelerinden cerrahi asistan katılımcımız “*...hemşirenin içsel motivasyonunun yüksek olması, istekli ve konsantre bir şekilde çalışması önemli...her zaman motive ve konsantre olmak kolay olmayabiliyor, zor ama söz konusu insan hayatı böyle çalışmak zorundasınız...*” (18CA29ETFH4) şeklinde görüşünü dile getirmiştir. Ameliyathane hemşiresinin özgüveni süreci yönetebilmesi açısından, iletişimleri ve gelişimi açısından önemlidir. Bir tekniker düşüncelerini “*Kendine inanması, güvenmesi lazım...ben yapabilirim ben öğrenebilirim diyebilen, kendine güvenen bir insan olmalı*” (8RT43EDH5) şeklinde ifade etmiştir.

5. Tema: Durum Farkındalığı

Ameliyathane hemşiresinin bulunduğu ortam, süreç, malzeme ve ekipman kaynakları da dahil olmak üzere bilgiyi toplaması ve bu bilgiyi anlamlandırması sürecin yönetimi açısından gerekliliktir. Ameliyathane hemşiresinden beklenen tüm cerrahi sürece hâkim olarak işleyişin sorunsuz ve güvenli bir şekilde devam etmesidir. Ayrıca beklenmeyen, acil durum veya kriz durumunda süreci yönetebilmesi gerekmektedir.

5.a. Algı Açıklığı, Dikkat ve Gözlem Yeteneği

Ameliyathane hemşiresinin algılarının açık olması, sürekli ve dikkatli gözlem yoluyla, ameliyat sürecinin takip ve kontrolünü yapması gerekmektedir. Hemşire katılımcımız görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir “*hem ameliyatı hem cerrahı hem anestezi teknisyenini hem medikal vb. tüm personeli, bir bütün olarak gözlemleyip, cerrahi ortamı ve sterilizasyonunu korumak için gerekeni yapabilmemiz, yönlendirebilmemiz bence farkındalığımızdır...*”. (12AH44KDH22) Cerrahi sürecin tüm aşamalarında işleyişi ve kişileri takip etmesi gerekmektedir. Ekip üyelerinden cerrah “*malzemelerin steril olup olmadığı, hastanın doğru yerleşip yerleşmediği... ameliyata uygun bir şekilde pozisyon alıp almadığı, doktorun iyi yıkanıp yıkanmadığı, malzemelerin takibi ve sayımı gibi her konuda gözü açık olmalıdır*” (12C41EÖH20) ve tekniker “*Hata kaldırmayan bir iş bizimki, sürekli dikkatli olman, ameliyata odaklanman, masayla ilgilenmen, her şeyi, herkesi kontrol edebiliyor olman, vakayı takip etmen, doktoru dinlemen, asiste arkadaşını dinlemen... dışarıdan açılması gereken malzemeler olduğu zaman bitmeden hemen*

istemen gerekiyor, vaka sırasında dalgınlık aksamaya neden oluyor” (2AT25KÖH0.5) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir.

5.b. Ameliyathane Sürecine Hâkimiyet

Ameliyathanedeki sürecin tüm aşamalarında hemşirenin rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Odanın organizasyonu, tıbbi cihazların ve ekipmanın hazırlığı, yerleşimi, konumlandırılması, kullanımı, bakımı ve kontrolünün yapılması, kullanım sonrası aşamalardan, hastanın ameliyathaneye alınması, cerrahi sürecin tamamlanmasına kadar tüm süreçte ameliyathane hemşireleri aktif rol almaktadır. Hemşire katılımcılar “...ameliyathanenin tüm işleyiş düzeni, genel kuralları, sterilizasyon,, malzeme takibinin sorumluluğu ameliyathane hemşiresinde...olmadığı zaman bütün işleyiş durur” (15AH24EDH2), “...malzemelerin sterilizasyonu, cerrahi güvenlik önlemleri, aletlerin bakımı ...anestezi ...yardımcı sağlık personelleri ile hastayı taşıma, hastanın pozisyonu...çalışma ortamının yöneticisi ... koordine eden...organize eden her şeye hakim pek çok şeyden sorumlu, eksikliklerden kendini sorumlu hisseden ve gideren kişi” (18AH41KDH21) ve tekniker “Doktor üstünü giyinip hazırlanıp da hasta başına gelene kadar her şeyi organize eden onlar... Personeler ne yapması gerektiğini söylüyor, hastanın nereye alınması gerektiğini söylüyor. Alet edavat hazırlanırken nelerin eksik olduğunu söylüyor. Zaten yetkin olanın o olduğunu anlıyorsun” (7RT44EDH10) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir. Cerrahi ekibin çalışmasının düzenlenmesi, olumsuzlukların önlenmesine yönelik olarak da rol aldıkları hemşire tarafından şu şekilde bildirilmiştir. “...gürültü vb. hocamızın dikkatini dağıtıyor, sinirlendiriyorsa tedbir alınmalı... sinirlenirse dikkati dağılırsa...elinin altındaki insanın canı, sağlığı risk altına girer. Ameliyathane ekip ruhunun en ele avuca gelir göze görünür hali, her iş hasta merkezlidir. Sterilizasyondaki aksaklık ameliyatlara aksatıyor, dikiş deposundaki bir aksaklık odadaki işleri aksatıyor. Temizlik personelinin yaptığı işe de dikkat etmek zorundasın... tüm organizasyonunu sen sağlıyorsun. Orada bir can yatıyor ve o can sana emanet...her şey iyi gitsin, sorun çıkmasın her şey halledilsin hastayı ameliyathane dışına sorunsuz çıkaralım diye üzerimize düşen her şeyi yapmaya, tüm süreci yönetmeye çalışıyoruz”. (6AH42KTFH23)

5.c. Ön Görülü Olma

Ameliyathane hemşiresinin, öngörüye sahip olmasının, ameliyatları, aşamalarını bilmesinin, kullanılan ve olası komplikasyon durumunda gerekli malzemelerin hazırlanması bakımından önemli görülmektedir. Cerrahın tarzını bilmesi, ameliyatın takibi, bir sonraki aşamayı bilmesi, acil durum veya komplikasyon durumunda hızlı müdahale edebilmesi için öngörü becerisi çok önemlidir. Bir cerrah *“Ameliyatın bir sonraki hamlesinin ne olacağını bilmesi ve buna göre hareket etmesi lazım... o anda gerekli olan malzemeyi ön görüp cerraha verebilmesi ameliyatın daha hızlı olmasını sağlar. Cerrahi ekip, işini daha hızlı yapabilir ve ameliyatın daha konforlu, daha güvenli yapılmasını sağlayabilir”* (15C43EDH20) ve anestezi doktoru *“hangi ameliyatın hangi araç gereçleri gerektireceği ve oluşabilecek komplikasyonları ön görebiliyor olması gerekiyor...”* (3DRAA27KTFH3) şeklinde belirtmişlerdir. Hemşirenin bu süreçte her zaman bir sonraki adımı düşünmesi gerekmektedir. Ekip üyelerinden bir tekniker *“İhtiyaca binaen hemen hareket edebilmesi, yani önsezisini daha iyi kullanması, hemen müdahale edebilecek olması, kendi iradesiyle hareket edebilmesi gerekiyor...”* (6RT42KDH3) ve hemşire *“Ameliyatın seyrini bilmeli bence bir sonraki adımı biliyor olmalı, duruma göre her şeyi koordine edebilmeli... acil bir durum var, arter kanıyor, personelinin yanında tutup gerekli malzemeleri temin eder, kalp damardan ekip çağrılmasını sağlar ve kalp damar'ın setini önceden getirtir. Bir sonraki adımı bilirse daha hızlı bir şekilde aletlerimizi veriyoruz. Hızlı karar verme yetisinin olması lazım...ameliyatın seyri hızlanıyor ve her şey daha yolunda gidiyor, gecikmeler, beklemler, doktorun koordinasyonunu, oryantasyonunu da olumsuz etkiliyor. Cerrahın dikkati dağılıyor, sinirlenebiliyor, bence ameliyat sürecini etkiliyor diye düşünüyorum. Hemşire ameliyatta bir sonraki adımı önceden düşünmeli”* (7AH42KTFH22) şeklinde düşüncelerini vurgulamışlardır.

6. Tema: İletişim Becerisi

Güvenli cerrahi bakım ekip üyelerinin etkili iletişim becerine bağlıdır. Ameliyathane hemşiresinin bu ekip içerisinde hasta, hasta yakını, meslektaşları, cerrahlar ve diğer çalışanlarla sözel ve sözel olmayan etkili iletişim becerisi önemlidir.

6.a. Sözel İletişim Becerisi

Ameliyathane hemşiresinin etkili iletişim beceri sergilemesi gerekmektedir. Bir hemşire *“Ameliyathane hemşiresi köprü vazifesi görüyor. Hocalar, anestezi personeli ve hasta arasında iletişim köprüsü kuruyorsun.”* (4AH59KTFH40) şeklinde düşüncesini ifade etmiştir. Hasta ve cerrahi ekip üyeleri ile sürekli iletişim/etkileşim halinde olmaları gerekmektedir. Bir hemşire görüşlerini *“hemşire, ameliyat öncesi hasta ile sohbet etmeli, ameliyat sürecinde cerrahla sohbet edebilmeli, iletişimi ile kurduğu cümlelerle kendine saygı uyandırmalı bence...”* (5AH41KEAH14) şeklinde dile getirmiştir. Hasta ile kurulan iletişimin, hasta güvenliği ile hastanın psikolojik olarak kendini iyi ve güvende hissetmesi açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Ekip üyelerinden tekniker *“hastanın kendini güvende hissetmesi için hastayla iyi bir iletişim kurabilmeli...”* (6RT42KDH3) ve cerrah görüşlerini *“...ameliyathaneye giren hasta ile servisteki hasta aynı duygusal tepkileri vermez. Ameliyathaneye gelen hasta gergin oluyor, hassas ya da alıngan oluyor. Bu durumlarda ameliyathane hemşiresinin sakinleştirici tavırlarla yaklaşması, hastayla ilgilenmesi gerekiyor”* (2C50ETFH25) şeklinde belirtmişlerdir. Cerrahi ekip üyeleri hemşirelerin büyük bölümünün, hasta ile iletişiminin sınırlı olduğunu vurgulamaktadır. Tekniker *“...hastanın sakinleşmesi açısından hemşirenin konuşması gerektiğini düşünüyorum. Hasta çok gergin, ameliyathane kapalı kapılar ardında, soğuk bir ortam, çok farklı bilmediği bir ortam ilk defa görüyor, iyice geriliyor, daha çok korkuyor. Konuştuğun, işlemleri söylediğin, bilgilendirdiğin zaman, hastayı rahatlatıyorsun”* (5ANT27KTFH5) şeklinde düşüncesini ifade etmiştir. İletişim becerisinin işlem güvenliği, ekip ruhu ve motivasyonu açısından da önemsendiği görülmektedir. Cerrah *“İletişimin iyi olması, çalışma motivasyonunuzu arttırıyor, ekip ruhu oluşuyor ve birbirinize sahip çıkıyorsunuz. Kooperasyonu/etkileşimi sağlamak için birlik ve iletişim çok önemli. Şeffaf açık bir iletişim eğitim için de pozitifdir”* (20CA28KTFH3) ve hemşire *“Çok uzun ameliyatlarda ameliyatlari birbirimize devrediyoruz eğer iyi iletişim içerisinde olmazsak bu kadar koordine çalışamayız. Hekimlerimiz genellikle iyi bir iletişimde olmadığı insanlarla çalışırken çok zorlanıyorlar”* (7AH42KTFH22) şeklinde görüşlerini vurgulamışlardır. İletişimle ilgili yaşanan sıkıntıların ameliyathanedeki süreci ciddi anlamda bozduğu ifade edilmektedir. Hemşire katılımcımızın bu konuda görüşü

“Ameliyathanede ekip iletişimi bozulduğu zaman sistem bozuluyor...” (12AH44KDH22) şeklindedir.

6.b. Sözel Olmayan İletişim Becerisi

Ameliyathane ortamında cerrahi ekip üyeleri arasında sözel olmayan iletişimin becerisinin de önemli olduğu vurgulanmaktadır. Cerrahlar, hemşireden cerrahların beden dillerini anlayarak hareket etmelerini beklemektedirler. Bu konuda bir cerrah görüşlerini *“...ameliyathane hemşiresi, cerrahın söylemesine ihtiyaç bırakmayacak şekilde, elini uzattığında uygun aleti vermelidir ki ameliyat bir ahenk bir ritim içerisinde aksın...”* (11C53EEAH23) şeklinde belirtmiştir. Teknikerlerin gözlemlerinin de paralel yönde olduğu görülmektedir. Teknikerler de görüşlerini *“Ekiple sürekli bağlantılı çalışan gerektiğini unutmayacaksın... göremediğin alanda ne olup bittiğini, ekibin hareketlerinden, gözlerine bakarak, anlamalısın”* (1AT30KEAH6) ve *“vücut dili ile birbirini anlamak, tanımak çok önemli. Gözlerle iletişim kuruyor ve birçok şeyi anlayabiliyorsun, bir şeylerin kötü gittiğini veya çok iyi olduğunu hissedebiliyorsun”* (5ANT27KTFH5) şeklinde ifade etmişlerdir. Ameliyathane hemşireleri de benzer şekilde sözel olmayan iletişime önem vermektedir. Hemşire katılımcılarımız *“...o ameliyata bizim kadar girmemiş hekimler olabiliyor...söylemek yerine, gerekli malzemeyi verir (penset vb.), açması gerektiği yerden tutarım, o anlar. Sözel olmayan iletişim, hekimin güvenini de artırır”* (7AH42KTFH22) ve *“...Ekiple sözel olmayan iletişimle, sessiz sedasız işini halledebiliyorsun. Girilen vakanın çeşidine, zorluğuna veya süresine göre mutlaka ilgili pek çok kişi ile iletişim kurmak zorundasın ameliyat sırasında alan açılınca vakanın gidişatı değişebiliyor. Bu süreçte yeni gereksinimleri gidermek zorundasın ne yapıp edip sessiz bir şekilde halletmek durumundayız”* (19AH24KDH3) şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir. Hasta ile kurulan sözel ve sözel olmayan iletişimin hasta üzerindeki olumlu etkilerinin ve yansımalarının ameliyathane hemşireleri tarafından önemli görüldüğü ve hassas davranıldığı görülmektedir. Bu konuda hemşireler *“Ameliyathane hasta için çok yabancı bir ortam, korkarak geliyor. Hastaya samimi bir yaklaşım gösterildiğinde, kendini güvende hissediyor. Hastaya o güveni, konuşarak, göz göze gelerek, temas kurarak sen veriyorsun. Bizler, hepimiz sizin için buradayız, rahat olun dediğimiz zaman hastanın gözlerindeki o mutluluk ve duası çok özel, çok güzel...”* (12AH44KDH22) ve *“Ameliyathaneye gelen hastaya, destek vermek gerekiyor. Yabancı*

bir ortama girdiğinde irkiliyor, strese giriyor, titriyor ama sen konuşunca, gözlerine bakınca, elini tutunca, hasta rahatlıyor” (4AH59KTFH40) şeklinde görüşlerini ifade etmiştir.

7.Tema: Lider Yönetici

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin liderlik algılarının yüksek olduğu görülmektedir. Cerrahi ekip üyeleri hemşirenin liderlik becerisini vurgulamaktadır. Bu tema yönderlik, yönetim ve organizasyon, acil durum ve kriz yönetimi, stres yönetimi ve çözüm odaklılık alt temalarında sınıflandırılmıştır.

7.a. Yönderlik

Ameliyathane hemşiresinin bilgi ve tecrübelerini ekiple paylaşması ve süreci yönlendirmesi ekip üyeleri tarafından önemlilik arz etmektedir. Katılımcılarımızdan bir cerrah *“usta bir hemşire ise ve ameliyatın sürecini de izleyebiliyorsa yönlendirici olabilir, cerrah stres içerisinde ne istediğini neye ihtiyacı olduğunu tam olarak bilmesede hemşire gerekli olan aleti uzatarak cerrahı yönlendirebilir” (4C65ETFH37) şeklinde görüşünü bildirmiştir.* Hemşireden hoca gibi davranması ve cerraha ameliyatı yaptıracak, yönlendirecek bilgi ve beceriye sahip olması beklenmektedir. Özellikle cerrahlar, uzmanlığa yeni başladıklarında kıdemli ve yetkin hemşirelerin gelişimsel süreçlerini çok etkilediğini ve bu süreci ustalıkla ve saygı ile sürdürdüklerini belirtmektedirler. Cerrahın kendine güvenini kazanmasında önemli olduğu da vurgulanmaktadır. Bu konuda bir cerrah *“...doktorun o ameliyatı iyi yapabilmesi için ameliyathane hemşiresi ekibin içinde aktif olmalı, hoca gibi olmalı, ameliyatı doktor yapıyor bıçak onun elinde ama hemşire doktoru yönlendirebilir ve bu durum doktorun dikkatli olmasını sağlar. Ameliyat bir ekip işi, yetişmiş bir hemşirenin farklı ameliyatlardaki tecrübesinden cerrah yararlanabiliyor. Hocam...hoca böyle diyor, ...burada şu aleti kullanıyor dediğinde yöntem yararlıysa bizde kullanabiliyoruz, cerrah tekniğini bile değiştirebiliyor. Cerrah uzman olarak ilk görev aldığı yerde korkarak ameliyata girer, o korkuyu atmakta ekip çok önemli yanlış yaparsak elimizdeki insan hayatı, yanlış silmemiz mümkün değil ama tecrübeli hemşirenin çok faydası olur. İyi bir iletişim halinde, kibarca ...hocam şöyle yapalım, hocam şöyle daha mantıklı tarzında beni yönlendirmesi bana çok katkı sağladı” (12C41EÖH20) şeklinde tecrübesini paylaşmıştır.* Ameliyathane hemşireleri ve

teknikerler de cerrahlarla benzer şekilde düşünmektedir. Hemşire *“Hemşire, doktorun yaptığı yanlışları gördüğünde uyarması gerektiğini bilecek, bundan çekinmeyecek. Doktor o esnada unutulabilir, hemşire güzel bir üslupla acaba şöyle mi yapsak tarzında bir yaklaşımla onu uyarabilmeli, önerilerini sunabilmeli, bu özgüveni kendisinde olmalı. Asiste çalıştığımızda da gerektiği zaman masaya şunları da alalım diye yönlendireceğiz”* (12AH44KDH22) ve tekniker *“Hemşirenin, yeni mezun bir doktordan çok daha iyi pratiğinin olması lazım. Konuya hâkim olur, nereden ne işlem yapılacağını bilirse, gerektiğinde insanız dalabiliyoruz, doktorun da daldığı durumlarda hemşirenin müdahale edebilmesi, en azından uyarması lazım”* (8RT43EDH5) şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir. Kıdemli ameliyathane hemşirelerinin, cerrahi asistanlarına ve ameliyathaneye yeni başlayan meslektaşlarına da yönderlik ettikleri, yetiştirmelerinde önemli rolleri bulunduğu bildirilmektedir. Hemşire katılımcımız *“...ameliyathane hemşiresinin eğitici rolü kapsamında arkadaşlarımızı da personelleri de biz eğitiyoruz, yönlendiriyoruz... asistan eğitimlerinde de yani tecrübelerimizle yardımcı oluyoruz...”* (8AH49KTFH30) ve tekniker katılımcımız görüşlerini *“tecrübeli/yetkin ameliyathane hemşiresinin, asistanları da etkilediğini düşünüyorum...onlara farklı şeyler gösterebilir, kendi fikirlerini sunabilir. Her cerrahın çok farklı yöntemleri oluyor hemşireler çok farklı hocalarla, cerrahlarla çalıştıklarından hepsini görüyor, izliyor, öğreniyor ve öğretiyorlar. Tecrübeli kişilerle çalışmak bizi (Anestezi teknikerlerini) de etkiliyor”* (5ANT27KTFH5) şeklinde belirtmişlerdir. Kıdemli hemşire ile çalışmanın, asistan cerrahları çok rahatlattığını ve güven verdiğini vurgulamaktadırlar. Bu konuda bir cerrahi asistan görüşünü *“...çok tecrübeli, farklı hocalarla çok farklı operasyonlara girmiş hemşireler asistan doktorların eğitiminde de etkili oluyorlar. Çalışan, yapan, destek veren, hızlı, seri, destekleyici, tecrübeli işini bilen yetkin hemşire ile çalışmak, büyük rahatlık, çok keyif alıyorsunuz, konuşuyorsunuz, destek alıyorsunuz. Bu çok rahatlatıcı, farklı ve çok güzel”* (20CA28KTFH3) şeklinde belirtmiştir.

7.b. Yönetim ve Organizasyon

Ameliyathane hemşiresinin ameliyathanenin ve ameliyat odasının işleyişini düzenleyen kişi olarak yönetici özelliği dikkat çekmektedir. Bir hemşire *“ameliyat ortamını yöneten kişi hemşiredir, her şey onlardan geçiyor ameliyatın seyrini etkileyen gizli yöneticiler olarak görüyorum”* (12AH44KDH22) şeklinde düşüncesini ifade etmiştir. Ameliyathane

de cerrahi ekibin uyum içerisinde çalışabilmesi açısından da yönetime vurgu yapıldığı görülmektedir. Bu konuda bir cerrah “...insanı gerektiğinde yönetmek önemli bir beceridir... cerrahi ekibin yönetimi cerrahın sorumluluğunda gibi görünür ama nasıl evde son sözü söyleyen, çaktırmadan evi yöneten kadınsa, anneyse, ameliyathane hemşiresinin buna benzer bir rolü var. Sakinleştirir, yönlendirir, bütünleştirir ve bunları çaktırmadan yapar. İyi bir hemşire bunu çok güzel yapar çeker çevirir yönetir...” (4C65ETFH37) ve bir hemşire “...profesör, uzman, asistan, temizlik personeli ...hepsini yönetebiliyor olması lazım” (5AH41KEAH14) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Koordinasyon ve organizasyonun ekip üyelerinin ihtiyaçlarının zamanında karşılanması için de önemli olduğu bildirilmektedir. Hemşireler bu konudaki düşüncelerini “...hemşire ekibin açlık durumu, yemek molası gibi ihtiyaçlarını düşünerek gerekli organizasyonu yapması lazım” (17AH23KÖH5), (14AH41KDH13) şeklinde belirtmişlerdir. Ameliyathanede malzeme, salon ve hasta hazırlığının, hemşirenin koordinasyon ve organizasyon yeteneğine bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Bu konuda hemşire “her şeyi sen organize etmelisin, sadece malzemeleri, masanı değil cerrahların hazırlığından, anestezi ekibine, hijyen kurallarından, sterilizasyon önlemlerine kadar her şeye dikkat ediyorsun, uyarıyorsun” (1AH31KDH3) şeklinde düşüncelerini vurgulamıştır. Ameliyathane hemşirelerinin her biri odasının organizasyonundan ve koordinasyonundan sorumludur. Organizasyonla birlikte sürecin tüm aşamalarındaki kontrolleri de hemşirenin gözetim ve denetiminde gerçekleşmektedir. Bu konuda cerrahlar “...bizler(cerrahlar) geçiciyiz hemşireler ise ameliyathanenin sürekli elemanıdır, merkez de onlar vardır. Ameliyat öncesi hazırlıkta, ameliyat esnasında ve ameliyat sonrasında hep onlar vardır...anestezi, alet temizliği, sterilizasyon, enfeksiyonun önlenmesi bunların hepsinin yöneticisi hemşirelerdir, bu durum, organizasyon ve genel disiplin açısından önemlidir” (9C50EÖH23) ve “cerrah yapacağı işe odaklanır, hastaya konsantre olur onun dışında her şey ameliyathane hemşiresin organizasyonu ve koordinasyonunda..., ışık, koter, alet takibi, masasının yanından geçen adama kadar bilmesi hakim olması lazım koordine etmesi lazım, ameliyathane hemşiresinin görevi çok fazla bence” (12C41EÖH20) şeklinde ifade etmişlerdir. Yetkin ameliyathane hemşiresinin sürecin yönetim ve organizasyonunda çok yönlü düşünmesi, hızlı planlama yapabilmesi ve müdahale edebilmesi gerekmektedir. Tekniker katılımcılarımız “çok yönlü bütünsel ve hızlı düşünebilmeli...hemen ne

yapabileceğinin planını kurabilmeli ve müdahale edebilmelidir” (4ANT30KDH10) ve “ameliyathane hemşiresinin hızlı düşünebilmesi ve plan yapabilmesi işleyişin hızlı olması için çok önemli...böylece ameliyat daha kısa sürede biter ve hasta daha az anestezi alır” (1AT30KEAH6) şeklinde görüşlerini ifade ederken hemşire katılımcımızda paralel yönde “...gerekli tüm durum ve ameliyatlarda hızlı karar verebilmeli ve harekete geçebilmelidir” (10AH50KDH30) düşüncelerini ifade etmiştir.

7.c. Acil Durum ve Kriz Yönetimi

Ameliyathane hemşiresinin vaka bilgisi acil durum ve herhangi bir kriz durumu meydana geldiğinde hızlı ve doğru müdahalesi açısından önem arz etmektedir. Hemşire katılımcımız düşüncesini “*Ameliyatta bir şeyler ters gidip kriz ortamı oluştuğunda, gerekli aleti ekipmanı hızla ve sessizce getirtip krizin çözümüne çok büyük bir katkı olur. Böyle bir durumda doktor panikliyor, biz de paniklersek kriz çözülmez sorunlar büyüyebilir. Bilgim ve tecrübem ne kadar iyi olursa krizde o kadar yardımcı olabilirim*” (10AH50KDH30) şeklinde ifade etmiştir. Bir cerrah da düşüncesini “*Ameliyathane hemşiresi bir sorun çıktığı zaman hemen durumla ilgili ek bir organizasyonu yaparak, araç gereçleri hazır hale getirir, getirtir ve sorunu çözer*” (13C39EÖH15) şeklinde ifade etmiştir. Cerrahi ekip üyeleri, acil durum ve kriz yönetimde hemşirenin, sürecin belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bu konuda cerrahi asistan görüşlerini “*Ameliyatta bazen olağandışı şeyler oluyor bu durumda olayın boyutunu algılayıp, hemen ne yapacağına karar vererek durumu yönetmesi, yeniden cerrahi alana müdahale edilebilecek ortamın oluşturulması açısından önemlidir*” (17CA28ETFH3) şeklinde belirtmiştir.

7.ç. Stres Yönetimi

Ameliyathane ortamı ve süreçlerdeki değişkenler tüm ekip üyelerinin özellikle de cerrahların ciddi stres yaşamasına neden olmaktadır. Ameliyathane hemşiresinden sakin kalması, stresi yönetebilmesi ve bununla birlikte ekibin stres yönetimine katkı sağlaması beklenmektedir. Hemşireler görüşlerini “*sakinliğin her şeyi etkiliyor*” (2AH27KÖH5) ve “*ameliyathanede her an her şey değişebilir, stres anında bunu nasıl kontrol edeceğini ve profesyonel davranabileceğini bilmesi gerekir*” (16AH27KDH4) şeklinde belirtmişlerdir. Ameliyathane hemşiresinin yaklaşımının, cerrahın süreci etkin ve sakin bir şekilde yürütebilmesi açısından önemli olduğu cerrahlar tarafından ifade edilmektedir. Cerrah

katılımcımız düşüncesini “*hemşirenin devreye girmesi stres yoğunluğunu azaltması, stresi yönetmesi çok faydalı, hemşire ekibin stresini azaltan en önemli faktör*” (1C50ETFH23) şeklinde belirtmiştir. Ameliyatın başarısında, hemşirenin cerraha yaklaşımının çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Cerrahlar “*ameliyathanede stresli olduğumda hemşire hanımlar bizi çok rahatlatıyor, bu vaka/hasta için bazen hayat kurtarıcı olabiliyor. Hiç unutmuyorum, bir gün ameliyatta anestezi: “hocam hastayı kaybediyoruz...tansiyon sıfırlanıyor” dedi. Beynimden aşağı kaynar sular aktı kanım çekildi stresten ...hemşire hanım: “hocam, sen işine odaklan ve devam et tansiyona takılma” dedi... öyle yaptım ve ameliyat başarı ile bitti hasta şifa buldu*” (6C47EÖH22) ve “*ameliyatta doktor strese girerse, birtakım hatalar olabilir, hemşire ortamı idare ederek, stresi engelleyip, ortamı rahatlatarak, doktora uygun ortam sağlayarak, cerrahinin başarılı olmasını da büyük katkısı vardır*” (8C43EDH20) şeklinde görüşlerini vurgulamışlardır. Cerrahi asistan olarak ameliyathane hemşirelerinin stres yönetimi becerisini takdir ettiğini belirtmekte ve görüşünü “*çok stresli ortamlarda da hemşirelerin işlerini aksatmadan, normal bir şekilde yapmaya devam etmelerini... ofansif olmayıp, durumu/ortamı yumuşatmalarını, stresi kompanze edebilmelerini, sabırlı davranmalarını çok profesyonel buluyorum, emeklerine saygı duyuyor ve çok takdir ediyorum*” (20CA28KTFH3) şeklinde ifade etmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin yeni başlayan meslektaşlarının yaşadığı stresli süreçlerde yaklaşımları onların gelişimleri açısından da çok etkilidir. Hemşire bu konuda görüşünü “*acemi hemşireye soğukkanlı, sakin, yardımcı, telkin edici davranması gerektiğini öğretmeye çalışıyoruz... zaman tanınmalı, zamanla gelişeceğini öğreneceğini bilmeli... ameliyat sırasında beklenmedik bir kanama, ani tansiyon düşüklüğü gelişmesi ortamda stresin artmasına neden oluyor, bu durumlarda hocaların söylediklerini üzerine alınmaması gerektiğini stres yönetiminin önemli olduğunu öğretmeliyiz*” (6AH42KTFH23) şeklinde ifade etmiştir.

7.d. Çözüm Odaklılık

Ameliyathanede birçok sorunla karşılaşılmaktadır. Hemşirenin yaşanabilecek sorunları yönetebilmesi için çözüm odaklı olması beklenmektedir. Cerrah düşüncelerini şu şekilde “*bizim tıkanıtığımız durumlarda, özellikle tecrübeli hemşirelerimiz böyle böyle yapsak diyerek çözüm üretiyorlar ve bize yardımcı olabiliyorlar*” (19CA28ETFH4) ifade etmiştir. Bu konuda hemşireler “*vakanın gidişatında ne oluşabileceğini, neler*

gelişebileceğini, düşünerek çözümü planlamalı hem malzeme olarak hem de psikolojik olarak hazırlanmalı...beklenmedik durumlar damar, sinir kesisi olabilir. Bilgili, tecrübeli, yetkin bir hemşire paniklemeden, soğukkanlılıkla çözüm üretebilir hem hekimi rahatlatır hem de kendi ve ekip arkadaşları rahat çalışır...” (14AH41KDH13) ve “oluşabilecek komplikasyonları tahmin edebilmesi gerekiyor. Bir olay, acil bir durum geliştiğinde hemen ortamı idare edebilmesi için çözüme odaklanması, hemen alet, edevat, sütür hazırlığını yapması ve ekibin motivasyonunu da düzenlemesi gerekiyor o anda” (20AH41KEAH19) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir.

8. Tema: Ekip Çalışması ve İş Birliği

Cerrahi ekibin önemli ve temel bir üyesi olarak ameliyathane hemşiresinin, ekip çalışması ve iş birliği becerisi çalışmamızda temalandırılmıştır. Ameliyathane hemşirelerinin iş birliği becerisini yüksek algıladıkları çalışmamızın nicel kısmında da belirtilmektedir.

8.a. Cerrahi Süreci Bütünleştirme

Cerrahi süreçte her bir ekip üyesi benzersizdir ve birbirlerini tamamlamaktadır. Anestezi doktoru “Ameliyathanede ekip domino taşları gibidir, birini kaldırırsan, öbürleri de kesinlikle yıkılır, hepimiz bütünün parçasıyız” (3DRAA27KTFH3) şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Bir cerrah bu konuda “ameliyathane ekibi bir zincirdir ve her halkanın sağlam olması lazım... insan hayatı söz konusu” (21C53EÖ25) şeklinde düşüncesini ifade etmiştir. Ameliyathane hemşiresinin ve diğer cerrahi ekip üyelerinin dikkatli olmaları ve cerrahi süreçte aktif davranmaları, ameliyatın başarısında önemli bir etkindir. Cerrahlar bu konuda “cerrahi tam bir dikkat işi, ekibin her bir üyesi pür dikkat orada olmak zorundadır” (10C40EDH15) ve “hastaya karşı sorumlu olan kişi cerrahdır, ekip başı odur ancak ekip iyi olmazsa cerrah dağılır... ekipteki bir hatanın ya da yanlışın bedelini cerrah öder, ekibin güvenilir olacak, iyi olacak ki rahat edesin” (5C52EÖH27) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Bir hemşire görüşünü “Ekibinin iyi olması, güven veriyor” (1AH31KDH3) şeklinde bildirmiştir. Hemşire, cerrahi ekibi bütünleştiren ve süreci yöneten kişi olarak değerlendirilmektedir. Anestezi uzmanı bu konuda düşüncesini “ameliyathane hemşiresi, ekibi bütünleştiren bir insan haline geliyor” (1DRA41KDH18) şeklinde ifade etmiştir. Cerrahi ekibin bilgi paylaşımı ameliyatın başarısı ve ekibin eğitimi açısından önemlilik arz etmektedir. Bu konuda cerrah görüşünü “...cerrahi güvenlik ilkelerinin takibi, ...nelere ihtiyacımız var ne tür riskler taşıyor ne tür senaryolar söz konusu oluyor? Bunlara hazırlıklı mıyız? ameliyat bittikten sonra da her şeyi doğru yaptık

mi? ekibin bunları konuşması, paylaşılması lazım” (4C65ETFH37) şeklinde belirtmiştir. Cerrahi ekibin aşinalıkları, iyi iletişim becerileri cerrahinin başarısı ve ekibin güvenli ve rahat çalışması açısından önemli görülmektedir. Bir cerrahın görüşü şu şekildedir “rahat iletişim kurma imkânı bulduğun bir ekiple çalışmak kolay olur, ekip birbirini tamamlayan, uyumlu insanlardan oluştuğunda ameliyat daha başarılı olabilir”. (7C50EÖH25)

8.b. Ekip Üyeleri Arasında Dengeyi Sağlama

Cerrahi ekip üyelerinin birbirlerine saygılı, özenli ve destekleyici davranması ekip üyelerinin güven içerisinde, motive ve huzurlu çalışmasını sağlamaktadır. Hemşireler bu konuda düşünceleri “...ekiple, anestezi, cerrah, personelle iletişiminiz iyiye sizde ekip de daha motive oluyor ve vaka daha pozitif geçiyor. Ekibin çok önemli, ...ekip birbirine saygılı ise değer veriyorsa aktif ve güzel çalışılıyor” (20AH41KEAH19) ve “donanımlı bir ekip arkadaşım varsa, vakadaki olası ya da gerçek bir sorunu uzaktan görür o açığı kapatır ve seni hata virajından döndürür...Hepimiz insanız, fiziksel rahatsızlığımız oluyor, psikolojimiz iyi olmuyor, ağrımız oluyor, aile sürecinde sorunlar olabiliyor. Ekip arkadaşınız bunları tolere edebilmeli” (5AH41KEAH14) şeklinde açıklamışlardır. Bir cerrah görüşlerini “...ekip çalışmasında başarılı iyi bir hemşire...ekibi bütünleştiriyor, ortamda denge kuruyor huzurlu bir ortam yaratıyor, bizde ameliyatı daha güvenli, konforlu bir ortamda yapıyor daha iyi vakit geçirdiğimizi hissediyoruz” (4C65ETFH37) şeklinde belirtmiştir.

8.c. Çatışma Yönetimi

Cerrahi ekip üyeleri arasında birleştirici ve bütünleştirici olarak değerlendirilmesinde en önemli etken hemşirenin çatışma yönetimidir. Cerrahlar bu duruma ilişkin “Ameliyathane bir ekip işidir, iyi bir hemşire ekibin bütünlüğünü sağlar, çatışmayı engeller. Klinik, ameliyathane ve poliklinik arasındaki iletişimi, dostluğu artırabilir. Sürtüşmeleri, çatışmaları engelleyebilir, ortamı idare eder” (8C43EDH20) ve “Bir kaos ortamında ya da çalışanlar arasında bir sıkıntı varsa ameliyathane hemşiresinin bunu da çözebilmesi lazım...ekibe yansımadan bir şekilde bu sorunu çözmesi, çatışmayı engellemesi önemli, halledebilmenin en iyi yolu yetkin bir hemşireden geçer” (15C43EDH20) şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir.

9. Tema: Kişisel Nitelikler

Literatürde örtük yetkinlik olarak değerlendirilen kişisel niteliklerin çalışmamız da empati becerisi, dayanıklılık, zeki olma ve optimist olma şeklinde alt temalarında gruplandırılmıştır.

9.a. Empati Becerisi

Ameliyathane hemşiresinin önemli duygusal zekâ bileşenlerinden biri olan empati becerisine sahip olması cerrahi ekip üyeleri tarafından önemsenmektedir. Hastanın cerrahi sürece dair yaşadığı korkunun ve psikolojisinin hemşire tarafından iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Cerrah *“hemşire, ameliyata giren hastanın duygusal olarak hassas, alingan olduğunu bilecek, gözyaşlarının aktığını görecektir, empati kuracak, sakinleştirici tavırlarla yaklaşacak”* (2C50ETFH25) şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin, hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmalarının ve empati geliştirmelerinin güvenli bakım açısından da çok önemli olduğu belirtilmektedirler. Bir hemşire görüşünü *“hem hasta hem de onu dışarıda bekleyen, hasta yakınları için empati kurmalısın. O masada aileden biri olduğunu düşünmelisin, empati yapmalısın. Vicdanlı olmalısın, hastaya zarar vermemelisin, hasta yararına buradayız”* (19AH24KDH3) şeklinde belirtmiştir. Ameliyathane hemşiresinden tüm cerrahi ekip üyelerine karşıda empati kurması ve hoşgörülü olması beklenmektedir. Hemşire katılımcımız düşüncelerini *“...hocanın ve ekibin, tepkilerini zamanla tanyyorsun, hoca gibi düşünüp, hoca gibi görmeye çalışıyorsun...yanında asistanları var. Hemşirelerin empati yeteneği genelde çok yüksektir”* (6AH42KTFH23) şeklinde ifade etmiştir.

9.b. Dayanıklılık

Ameliyathane koşullarının ve çalışma şartlarının birçok zorluğu bulunmaktadır. Bu koşullarda çalışan hemşirenin fizyolojik ve psikolojik güçlü olması gerekmektedir. Bir cerrah bu konuda görüşlerini *“sağlıklı olması gerekiyor, dayanıklı olması gerekiyor, güçlü olması gerekiyor...saatlerce ekartasyon yapması gerekebilir, güç kuvvet önemli bence”* (1DRA41KDH18) şeklinde bildirmiştir. Tekniker *“hemşire çok yoğun ve zor şartlarda çalışabiliyor... hem fiziksel hem de psikolojik olarak kendini hazırlaman ve motive etmen gerekiyor”* (2AT25KÖH0.5) ve hemşire *“Fiziksel ve ruhsal olarak dayanıklı olmalı, vakalar çok uzun olabiliyor, bazen de iki vaka arasındaki süre çok kısa oluyor yemeğe fırsat kalmıyor, çalışmaya devam ediyorsun dayanıklı olmazsa olmaz”* (17AH23KÖH5) şeklinde düşüncelerini açıklamışlardır. Hemşirenin kendi sağlığına dikkat etmesi gerekmektedir. Bu konuda bir cerrah *“sağlıklı beslenecek, gıdasını güzel alacak, ameliyat*

ortasında ben çıkayım sağlık sorunlarım var olmayacak” (6C47EÖH22) şeklinde vurgu yapmıştır. Bireyin sağlıklı olması hem fiziksel iyiliği hem de hasta güvenliğinin sürdürülmesi açısından önemli olarak görülmektedir. Hemşire düşüncelerini “Fiziksel iyilik, zindelik önemli, bu yüzden benim geceden uykumu almam, kahvaltımı yapmış olmam çok önemli. Ruhsal sağlık için de çok önemli. Soğukkanlı, gergin/stresli olursan dikkatin dağılır yanlış bir şey yapabilirsin, söylemeyi unutabilirsin, hastanın içinde iğne kalabilir, alet kalabilir, tampon kalabilir” (6AH42KTFH23) şeklinde ifade ederken tekniker de “fiziksel sağlıkta önemli, beş duyusu iyi çalışsın, kulağı iyi duysun, gözü iyi görsün, iletişim yolları açık olsun” (6RT42KDH3) şeklinde vurgulamıştır.

9.c. Zeki Olma

Hemşirenin zeki olması hızlı öğrenmesi, pratik düşünmesi, empati ve uyum açısından değerlendirilmektedir. Cerrah *“zeki olmalı, hızlı öğrenmeli, çok iyi gözlem yapmalı ve öğrendiğini diğer ameliyatlarda da kullanmalı, yıllardır o ameliyatı yapıyormuş gibi aletlere hâkim olmalı, yeni tekniklere hâkim olmalı, bunlar bizim için çok önemli”* (8C43EDH20) şeklinde düşüncesini belirtmiştir. Ekibe karşı özellikle cerrahlara karşı yaklaşımlarında da onları anlamaya çalıştıkları ve her durumda hasta güvenliğini düşündüklerini ifade etmektedirler. Hemşireler *“Bence EQ'sunun da çok yüksek olması lazım”* (5AH41KEAH14) ve *“emosyonel zekâsı yüksek olmalı, hastayla, doktorla empati kurabilmeli, psikolojilerini anlayabilmeli, ameliyat esnasında oluşan gerginlik büyütülmemeli, ameliyattan sonraya bırakılmalı, cerrahın elinin altında bir insan var hata olduğunda telafisi mümkün olmayabilir, hastayı düşünmemiz gerekiyor”* (9AH45KEAH26) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir.

9.ç. Optimist Olma

Cerrahi ekip gününün büyük bölümünü ameliyathanede zorlu şartlarda geçirmektedir. Hemşirenin çalışma ortamında pozitif olmasının, tüm cerrahi ekibi, hasta ve yakınlarını etkilediği düşünülmektedir. Bu koşullarda ekip üyeleri hemşireden güler yüzlü ve samimi davranmasını beklemektedir. Hemşire bu konuda *“pozitiflik ameliyatı da etkiliyor, karşıdaki kişiyi de etkiliyor”* (7AH42KTFH22) şeklinde görüşünü belirtirken cerrah katılımcımızda *“günümüzün büyük bir bölümü ameliyathanede geçiyor, hemşirelerle iletişim içinde oluyoruz. İletişimi iyi, sempatik, güler yüzlü, hoş sohbet bir hemşire pozitif enerji veriyor, enerjimizi artırıyor. Hasta ve yakınlarına yaklaşımı da pozitif olmalı...güler yüz onları rahatlatabiliyor”* (8C43EDH20) şeklinde paralel yönde görüşünü belirtmiştir.

4.3.2. Yetkinliği Etkileyen Faktörler

Ameliyathane hemşirelerinin yetkinliğini etkileyen faktörler organizasyonel ve bireysel faktörler olmak üzere iki bağlam üzerinde şekillendirilmiştir. Organizasyonel faktörler bağlamında ele alınan ‘eğitim’ teması yedi alt temadan, ‘kurumsal’ tema ise beş alt temadan oluşmaktadır. Bireysel faktörler bağlamında ‘ekip üyeleri’ teması üç ve öğrenici birey teması ise on bir alt temadan oluşmaktadır.

Tablo 4.20. Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliğini Etkileyen Faktörlere İlişkin Tema ve Alt Temalar (n=54)

BAĞLAM	Tema	Alt Tema	Cerrah ve Cerrahi Asistan (n=21)	Anestezi Uzmanı ve Asistanı (n=3)	Ameliyathane Hemşireleri (n=21)	Teknikerler (n=9)
ORGANİZASYONEL FAKTÖRLER	Eğitim	Usta Çırak İlişkisi	21	3	21	9
		Oryantasyon	15	3	13	3
		Rotasyon ve Branşlaşma	21	3	21	9
		Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı			21	
		Hizmet İçi Eğitim	11	3	21	9
		Kongre ve Kurs Katılımları	10	1	11	1
		Yönderlik (Mentörlük)	8	2	14	5
	Kurumsal	Hastane Özellikleri	16	3	18	2
		Kurum Kültürü	15	3	18	2
		Vaka ve Ekip Çeşitliliği	14	3	21	7
		Yönetimsel Süreçler	11	1	10	5
		İş Yüğü ve Hemşire Sayısının Yetersizliği	13	2	18	5
BİREYSEL FAKTÖRLER	Ekip Üyeleri	İş Disiplinleri	17	2	17	8
		Yaklaşım Tarzları	14	2	21	23
		Eğitici Özellikleri	17	2	19	4
	Öğrenici	Yaş	7	2	8	2
		Cinsiyet	10		8	3
		Örgün/Okul Eğitim	10	2	8	3
		Klinik Deneyim	11	1	12	2
		Ameliyathane Deneyimi	21	3	21	9
		Öğrenme İsteği ve Motivasyonu	18	3	21	8
		Gözlem Yeteneği	14	3	21	6
		İşine Olan Sevgisi ve Bağlılığı	15	3	18	2
		Özgüven	16	3	20	7
		İletişim Becerisi	20	3	21	9
		Aile ve Sosyal Yaşam	13		21	2

4.3.2.1. Organizasyonel Faktörler

1. Tema: Eğitim

Organizasyonel faktörler bağlamında ele alınan “Eğitim” teması usta çırak ilişkisi, oryantasyon, rotasyon ve branşlaşma, ameliyathane hemşireliği sertifika programı, hizmet içi eğitim, kongre, kurs katılımları ve yönderlik (mentörlük) alt temalarından oluşmaktadır.

1.a. Usta -Çırak İlişkisi

Tüm katılımcılar ameliyathane hemşireliğinin hemşirelik eğitimi sürecinde değil, sahada usta çırak ilişkisi ile kıdemli hemşireler ve cerrahlardan öğrenildiğini ifade etmektedir. Hemşire katılımcımız “...biz buraya sıfırdan geldik sorumlumuz yetiştirdi bizi” (11AH23KÖH5) şeklinde görüşünü ifade etmiştir. Cerrahlar “...Türkiye’de ameliyathane hemşireliği ile ilgili spesifik bir hemşirelik eğitimi yok bildiğim kadarıyla normal standart hemşireler ameliyathaneye başlayıp usta çırak ilişkisiyle öğreniyorlar, sahada, hemşire ustasından, ve ameliyathane ekibindeki cerrahıtan öğreniyorlar” (5C52EÖH27) ve “... yeni gelen hemşireye tek başına hemşire usta yeterli değil, cerrah usta da hemşirenin yetkinlik kazanmasında yardımcı olur, vakayı niye böyle yapıyoruz, niye orayı tutuyoruz, hangi aleti niye orada kullanıyoruz, vakanın aşamaları neler? onun için hekimin de yeni gelen hemşireye bu konuda destek vermesi önemli.” (16C40KTFH17) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir. Teknikerlerde temel hemşirelik eğitimi almalarının önemli olduğunu ve bunun üzerine çalıştığı cerrah ve hemşirelerden öğrendiklerini ifade etmektedirler. Bir tekniker bu konuda “...temel hemşirelik eğitiminden gelmesi gerekiyor. Ondan sonra da ameliyathanede belli bir süre oradaki deneyimli hemşirenin yanında çalışması, arkadaşlarından asiste ettiği cerrahlardan eğitim alması lazım, çünkü okulda ameliyathaneyi öğretmiyorlar” (9RT42KDH3) şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Cerrahi asistanlar, ameliyathane hemşiresinin ve kendilerinin yetiştirme sürecinde birbirleri ile etkileşim halinde olduklarını, ekip üyelerinin de önemli olduğunu belirtmektedirler. Cerrah katılımcımız “...ameliyathane eğitim sürecinde ustada, ameliyata gireceği ekip de önemli, yeni başlayan bir hemşire bazen personelden bile bir şeyler öğrenilebilir... o da kıdemli hemşireden görmüştür. Hemşire belli birikime erişince oda bizim çömez doktora

bir aleti gösterir, öğretir, çömez doktor uzmanlaştıkça yeni gelen çömez hemşireye öğretir, süreç böyle devam eder” (18CA29ETFH4) şeklinde görüşünü ifade etmiştir.

Temel hemşirelik eğitiminde ameliyathaneye özgü eğitimin yeterli olmadığı vurgulanmaktadır. Hemşireler bu konudaki görüşleri “Okulda cerrahi eğitim alıyorum ama ameliyathane ortamı, ameliyatlara ve kullanılan araç gereçlerle ilgili bir şey almıyorsun ...” (11AH23KÖH5), “...eğitim kesinlikle önemli, ben ameliyathaneyi hastanede öğrendim. Okulda aldığım eğitim daha çok cerrahide preop ve postop takibine yönelik. Ameliyat sırasındaki cerrahi işlemlerle ilgili bilgi almadım, aletlerin steril edilmesini, bistürü sapı makas, portegü, dikiş ipleri nerede ne kullanılacağını burada öğrendim. Üniversite mezunu bile olsan okulda ameliyathane hemşireliği eğitimi yok” (19AH24KDH3) ve “...yüksekokullardan veya okullardan mezun olan arkadaşlarımızın teorik kitabı bilgilerinin olduğunu ama pratik bilgilerinin olmadığını düşünüyorum. Uygulama eğitimi yok, sadece sahada öğrenmeye çalışıyorlar” (13AH41EDH23) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir. Bir cerrah “... eğitimcilerinize dönüp söyleyin, hemşirelik eğitimleri son derece sıkıntılı, yetersiz, sterilizasyon, araç gereçler, hastayı boyama, örtme konusunda bilgileri sıfır. Ameliyathane hemşireliği bölümü açılmalı ve onlar sadece ameliyathanede çalışmalı, kıdemli hemşire sahada her şeyi öğretemez ki çömezlere” (13C39EÖH15) şeklinde görüşünü belirtmiştir.

Cerrahi ekip üyelerinin tamamı, usta çırac ilişkisi ile yetişmenin yeterli olmadığını sürecin zorlukları ve olumsuzluklarının da bulunduğunu belirtmişlerdir. Hemşire “...usta çırac yöntemi ile öğrenmede yanlış bilgiler de aktarılıyor olabilir, bilgi bana aktarılıyor ve ben o bilginin yanlışlığını doğruluğunu bilmiyorum, neden diye sorduğumda da ben böyle gördüm deniyor ya da doktor böyle istiyor. Eğitim alsaydım, doğrusunu görseydim orada yanlışın önüne nokta koyarak doğruyu ilerletmiş olabilirdim. Eğitimi aldığım bir bilgide neden sonuç ilişkisi araştırılmıştır, bilgi mutlaka test edilmiştir. Çalışma anında ben buradan öğrenmiştim acaba neden yanlış diye ekibe sorabilirsin ama usta çırac yöntemiyle öğrendiğin bilgiyi sorgulayamıyorsun. Doktorun tercihi deniyor ve sen susup, o yanlışlığı sürdürmek zorunda kalabiliyorsun, öyle öğrenmiş, o şekilde biliyor ve o şekilde bilmek daha kolayına geliyor ve senin de tecrübesizliğin, işi ondan öğrenmen, susmana sebep olabiliyor yani yanlışlığı düzeltemiyorsun” (19AH24KDH3) ve tekniker

“Ameliyathane ekosistemine sıfırdan, hiçbir teorik eğitim de almadan girdiği, sahada yetiştiği zaman, yanındaki kişi onunla ne kadar ilgilenirse ne kadar aktarmak isterse kendini o kadar geliştirebiliyor. Sıkıntı yaşıyor...teorik kısmını bilseydi, pratik kısmında da profesyonel bir eğitim alabilseydi ve staj uygulamasını yapabilseydi çok daha farklı olacaktı ve kendilerini çok daha iyi geliştirebileceklerdi. Sahada sorumlulukları var, strese giriyorlar, rahat değiller, adım adım, aşama aşama öğrenemiyorlar. Sıkıştırarak, kendine yüklenerek ...gitmek zorunda kalıyorlar” (3ANT28KDH6) şeklinde görüşünü ifade etmiştir.

Temel bir ameliyathane eğitimi alındıktan sonra usta çırak yönteminin, daha iyi olabileceği vurgulanmaktadır. Bir hemşire “...usta çırak ilişkisiyle başladık ama ben buna karşıyım. Cerrahi yıkanma, steril bohça açma, sirküle hemşirelik, hasta güvenliği, sterilizasyon yöntemleri, en çok kullanacağım, en çok dikkat edeceğim temel bilgilerimi baştan almalıyım. Sahada öğrenmek ve vakaya girerek öğrenmek çok yıpratıcı bir süreç...bilgi güçtür, usta çırak ilişkisi temel eğitim alındıktan sonra olmalı” (5AH41KEAH14) şeklinde ifade etmiştir.

Ameliyathane hemşireliğine yönelik branşlaşmanın özellikle de yüksek lisans düzeyinde uzmanlaşmanın olması gerektiği belirtilmektedirler. Hemşireler bu konuda görüşlerini “...yüksek lisans ya da asistanlık gibi branşlaşma olsa böyle bir eğitimden geçsek çok daha iyi olur” (16AH27KDH4) ve “... hemşirelik fakülteleri normal, her serviste yapabilecek kapasitede hemşire yetiştiriyor. Yeterli sayıda ameliyat hemşiresi olacaksa, okuldayken belli olup branş eğitimi görmeli ve o bölümden mezun olmaları gerekir. Mezun olduktan sonra yine bu çalışma hayatı içerisinde kendilerini yetiştirdiği branşta kalmaları gerekiyor” (9AH45KEAH26) şeklinde ifade etmişlerdir. Cerrahlarda “...eğitim, hemşirenin alanına sahip çıkması, hâkim olması için çok önemli... karşılaştığım çok kaliteli hemşireler var Türkiye’de” (3C50EÖH25), “ameliyatlarda asiste etmek için ciddi bir eğitim almaları eğitilmeleri gerekiyor” (7C50EÖH25) ve “keşke hemşirelere ekstra ameliyathane eğitimini alınabilecek bir sistematik gelişse ve bununla da yeteneklerini artırabilseler” (10C40EDH15) şeklinde görüşlerini hemşirelere paralel yönde ifade etmişlerdir. Cerrahlar, branşlaşmada yurt dışı örneklerinin dikkate alınması gerektiğini bildirmektedir. Cerrahlar “Temelden eğitim olmalı, yurtdışında temel

hemşirelik eğitimi üzerine özel eğitim alıyorlar... ülkemizde de, cerrahi ve ameliyat hemşireliği eğitimi olmalı... beyin cerrahi, genel cerrahi, kadın doğum, plastik... her branşın kendine spesifik özellikleri var ama temel prensipleri bildikten sonra detayları kolay öğrenirler... zaten eğitilmiş bir hemşire çabuk algılıyor” (5C52EÖH27) ve “...ameliyathane hemşireliği hemşirelikte yan dal olabilir... hemşirelik üstüne böyle bir yıl kadar eğitim, yüksek lisanstan sonra yan dal olabilir iyi olur bu ameliyathane açısından... Amerika’da NP’ler var NP deniyor... ayrı yan dallara ait alana özgü çok farklı eğitim alıyorlar ve spesifikleştiriyorlar bu bizde de faydalı olabilir ... bizde standart hemşirelik eğitimi ile ameliyathane hemşireliği yapmaya çalışıyor. Alana özgü eğitim almayınca usta çırak eğitimi yeterli olmuyor. Spesifik eğitimi verip çerçeveyi çiziceksin ve yetkiyi de vereceksin. Bu, çok güzel olur çok mantıklı olur bence... işleri kolaylaştırır” (16C40KTFH17) şeklinde tecrübelerini ifade etmişlerdir.

1.b. Oryantasyon

Ameliyathane hemşiresi usta çırak ilişkisi ile yetişmiş olsa da bazı hastanelerde oryantasyon eğitimlerinin olduğu ancak düzenli ve sistematik bir oryantasyon eğitiminin olmadığı belirtilmektedir. Hemşireler “...yeni başlayan hemşirelerimiz temel bir haftalık oryantasyon eğitimi alır. Sirküle hemşirenin yaptığı görevleri, yıkanma, steril durma bohça açma, patolojik materyal güvenliğini öğrenir” (5AH41KEAH14) ve “İlk önce işte yüzeysel oryantasyon programı ondan sonra vakaya girip izleyerek, başka da bir eğitim yok” (H13AH41EDH23) şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşirelerin yetişme sürecinde sistematik bir oryantasyon programı olmamasına rağmen bu sürecin aşamalar halinde gerçekleştiği açıklanmaktadır. Hemşireler “ Yani ilk önce temelden başlıyor her şey...”(2AH27KÖH5) ve “... Ameliyatlara girmiyordum önce aletleri öğrendim yavaş yavaş sonra masaya geçmeye başladım... kıdemli hemşiremiz öğretti genellikle....daha sonra doktorun karşısına asiste geçtim, asiste çalışınca çoğu şeyi doktorun yaptıklarıyla öğrendim bilğim daha fazla arttı...” (17AH23KÖH5) şeklinde görüşlerini belirtirken cerrahlarda “ameliyathaneye yeni başlayan bir hemşireyi direk karşımıza asisteye almıyoruz hatta masaya almıyoruz önce giriyor, diğerleri ile birlikte seyrediyor görüyor işin mutfağını öğreniyor. Set’in yıkanması, sterilizasyonu, masada dizilmesi nasıl yapılıyor?...cerrahi el yıkama, steril giyinmeyi öğreniyor sonra ameliyata giriyor, önce steril giyip bizle beraber, sonra aletler, pens, penset, koter nedir? altı ay da ancak

masaya geçiriyorsunuz... her başlayan da ameliyat hemşiresi olamıyor bir süre sonra bundan olmaz da diyebiliyorsun” (5C52EÖH27) ve “....ameliyathaneye yeni başlamış bir hemşire direk tek başına ameliyata verilmez. Eğitimin aşamaları var. Ustasıyla,..usta hemşireyle öğrenir. Cerrahta, safra kesesini, over klempiyile tutulacağını, laparoskopik cerrahi de kullanacağımız aletlerin kullanımını öğretir.” (11C53EEAH23) düşüncelerini ifade etmişlerdir.

1.c. Rotasyon ve Branşlaşma

Ameliyathane hemşiresinin yeni başladığı süreçte tüm cerrahi branşlarda yetişmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bir hemşire görüşünü “*Ameliyathane hemşiresi bütün alanların ameliyatlarına girip bir kere iki kere üç kere olsun görmeli ve bilmeli*” (3AH35ETFH13) şeklinde ifade etmiştir. Hastanelerin çalışma süreçleri ve koşulları açısından da dikkate alındığında rotasyonun önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hemşire katılımcımız bu konuda görüşünü “*İlk başta bir rotasyon olması gerekiyor. Ortopedi, ...genel cerrahi, akut batın, travma, aort anevrizması, trafik kazaları, ...travma iyi gibi görünüyor, bir anda şey değişiyor, plan değişiveriyor, yeni durum hazırlığı... rotasyonda hemen hemen her yeri bilmesi çok önemli bence, sonra branşlaşılacak...*” (4AH59KTFH40) şeklinde belirtmiştir. Rotasyonun hemşirenin birçok kazanım elde etmesi ve ekibi yönlendirmesi açısından da önemli olduğu belirtilmektedir. Cerrah katılımcımız “*...farklı branşlarda çalışınca, farklı tecrübe ediniyorlar ve bakış açıları daha iyi oluyor birçok şeyi görebiliyor farklı bakıyorlar. Bu bize de yardımcı oluyor. Hocam diyorlar beyin cerrahı şöyle yapıyordu ya da şu doktor böyle yapıyordu... bizde yararlanıyoruz. Cerrahi hemşireliği farklı bence, birçok şeyi bilmesini, görmesini, tecrübe etmesini ve farklı bakış açısı geliştirmesini gerektiriyor*” (5C52EÖH27) ve anestezi doktoru görüşlerini “*rotasyon şart bence her bir cerrahi işlem ve malzemeleri birbirinden farklı bunları bilmek ve kullanmak açısından rotasyon şart*” (1DRA41KDH18) şeklinde ifade etmişlerdir. Yeni başlayan hemşirelerin rotasyon eğitimlerini uygun sürelerde geçirmesinin, öğrenmede pekiştirme ve kolaylık açısından dikkat edilmesi gereken konular olduğu vurgulanmaktadır. Cerrah “*cerrahi hemşirelerin özellikle yetkinliğin de bir sorun daha var. Farklı farklı yerlerde çalıştırıyorlar ...üç gün kadın doğumda iki gün genel cerrahide ondan üç ve dört gün kalp cerrahisinde ortopedi de karmakarışık bir sistem ...bir şeye tam konsantre olacak en az 6 ay çalışacak ondan*

sonra öteki tarafa atlayacak” (9C50EÖH23) ve tekniker “...ameliyathanede branşlaşmak için çalıştığı yerde belli bir süre çalışması lazım ...” (9RT42KDH3) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Cerrahlardan bazıları, rotasyonun eğitimin başında olmasının temel ameliyathane hemşireliğine yönelik bilgi ve becerileri kazandıktan sonrada branşlaşmanın olması gerektiğini belirtmektedir. Cerrahlar “...hemşirelik eğitimi bir takım süreci aslında önce temel bilgi edirsiniz sonra bütün farklı cerrahi branşları görürsünüz. Ondan sonra ilgi alanına giren farklı bir branşta ihtisaslaşırsınız... pratikte de bunu düşünmek lazım. Her hemşire her zaman Kalp Cerrahisi'nin ameliyatına girmiyor ki. Nöbete kaldığı zaman gelip Ortopediyle de çalışmak zorunda kalabiliyor dolayısıyla bu farklı branşlara iyi, kötü hâkim olması lazım deneyime katkı sağlıyor...” (4C65ETFH37) ve “Ben yönetici olsam Ameliyathane hemşirelerinin her konuda bazal şeyleri bilmesini arzu ederim göz ameliyatına da üroloji, genel cerrahi, beyin cerrahiye ameliyatlarını da idare edecek kadar bilmesi, ...her tarafta rotasyonla belli sürelerle belli sorumluluklarla çalıştırılması iyi olabilir diye düşünüyorum. Şartlar da önemli, büyük hastaneyse her branşın çok ameliyatı varsa o zaman kuvvetli bir ekiple aynı yerde branşlaşarak çalışmayı tercih ederim” (21C53ÖHE25) şeklinde ifade etmişlerdir. Branşlaşmanın ameliyathane hemşireleri açısından artılarının olduğu ifade edilmektedir. Hemşire katılımcımız “Branşlaşılmalı, her branşın hemşiresi olmalı ki bilgisi tecrübesi artsın ona göre müdahale edebilsin. Ancak nöbetlerde sezeryana da, travmaya da, ortopediye, beyin cerrahiye de giriyoruz ...rotasyonel olmanın da bu tür faydaları varama bence kesinlikle branşlaşılmalı daha kaliteli olur diye düşünüyorum” (14AH41KDH13) şeklinde görüşünü belirtmiştir. Cerrah “...Branşlaşma en iyi şey, aynı birimde çalışmış hemşirenin bence o birimde değeri de artıyor... benim iki elim var alanda çalışan branşlaşmış bir hemşirenin üçüncü bi el olarak bana vereceği destek, beni uyarması, yönlendirmesi, koruyup kollaması, ameliyatı hızlandırır. Böyle bir ameliyathane hemşiresinin, bana destek olacağını ve ek güç olacağını düşünüyorum, ekstra bir kontrol mekanizması, yardım mekanizması olarak görürüm” (10C40EDH15) şeklinde görüşünü belirtmiştir. Branşlaşmanın ameliyathane odasının sorumluluğu ve organizasyon açısından da önemli olduğu belirtilmektedir. Hemşire “ameliyathane hemşirelerinin branşlaşmaları gerekir...branşlaşıldığında herkes odasını sahiplenir, hastayı sahiplenir, malzmeden,

giriş çıkışına kadar her şey ile birebir daha çok ilgilenir...” (12AH44KDH22) şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir.

1.ç. Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı

Ameliyathane sertifika programlarının önemli olduğu, bazı hastanelerde bu eğitim programının uygulandığı belirtilmektedir. Hemşireler bu konuda “*Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı’na katılan hemşireler, yıllardır ameliyathanede çalışıyorlardı ama bilmedikleri çok fazla şey olduğunu gördüler. Çalışan güvenliği, hasta güvenliği, yönetmelikteki ameliyathane hemşireliğinin görev tanımı ve sorumlulukları*” (5AH41KEAH14) ve “*...ameliyathane sertifikası için eğitim...Bu eğitimleri işte belirli bir yıl ameliyathanede çalışıyor olmak lazım ondan sonra alınıyor...5 yıl bence uzun, iki yıl geçerli olması lazım.*” (16AH27KDH4) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir. Programın içeriği açısından iyi temellendirildiği ve yeni başlayan hemşirelerin oryantasyonun da bu eğitimden geçmesinin önemli olduğunu belirtmektedirler. Bir hemşire bu konuyu “*İlk başlayan hemşirelerin standart olarak böyle bir eğitimden sertifika programından geçmesi gerekiyor bence ... birkaç yıldır ameliyathanede çalışan insanlar, o sertifikayı almaya gidiyor ama yeni başlayan bir ameliyathane hemşiresi alsa ameliyathaneyi bilerek gelir...*” (7AH42KTFH22) şeklinde vurgulamıştır. Hemşirelerin yetişme süreciyle paralel eğitim programları ile ilgili ekip üyeleri farklı önerilerini ifade etmektedirler. Anestezi doktoru “*sadece teorik eğitim değil, pratik eğitimde önemli, ikinci gözlemci olacak, ...en az birkaç yılda yetiştiriyor ameliyathane hemşiresi*” (1DRA41KDH18) ve cerrah “*Hemşireler ameliyathanede sıfırdan başlıyorlar bizle beraber ameliyata giriyor... olmaz ilk önce teorik eğitimini alması lazım, sonra pratik eğitim görecektir, izleyecek, boyamayı, örtmeyi öğrenecek sonra dikiş atmayı öğrenecek, hep böyle kademe kademe ilerleyecek*” (14C53EDH28) şeklinde bu konuda görüşlerini ifade etmişlerdir.

1.d. Hizmet İçi Eğitimler

Ameliyathanede gelişim süreci devam ettiği için hizmet içi eğitimlerin gerekli olduğu ifade edilmektedir. Hemşireler bu konuda görüşlerini “*Zaman zaman hizmet içi eğitimlerimiz oluyor, rotasyonlar zaten bir eğitimidir...*” (8AH49KTFH30) ve “*yeni bir cihaz geldiğinde hizmet içi eğitim şart oluyor, ameliyatta cihaz uyarı veriyor, arıza*

veriyor, bilmen gerekiyor” (5AH41KEAH14) şeklinde ifade etmişlerdir. Hizmet içi eğitimlerde cerrahi branş eğitimlerinin de düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Hemşire katılımcımız “...Hizmet içi eğitimlerle güncellenmek gerekir, daha kaliteli olur” (14AH41KDH13) şeklinde düşüncesini belirtmiştir. Hizmet içi eğitimler de sürekliliğin ve hemşirelerin gelişimsel süreçlerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Hemşire katılımcımız görüşünü “... tekrarlanabilen bir eğitim almalı...2000- 2020 yılları arasındaki cerrahi bilgiler, aletler, teknolojiler, bile çok farklı. ...alınan eğitimler yılda bir tekrarlanmalı ve her 5 yılda bir değişime ayak uydurmalıyım kendimi yenilemeliyim” (19AH24KDH3) şeklinde ifade etmiştir. Hizmet içi eğitimlerde hastane farklılıklarının da dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir. Bir hemşire “...ilçelerde devlet hastanesinde olan arkadaşlar, üç beş yılda bir büyük...hastanelere gelip gözlemleyip farklı ameliyatlara seyredip tekrar eski yerlerine dönebilirler yani farklı branşları görmüş olurlar hizmet içi eğitim gibi bir şey olur. Bu da vizyonlarını çok geliştirir.” (12AH44KDH22) şeklinde ifade etmiştir. Ameliyathane ortamının getirdiği stres ve çalışma koşullarının zorluğuna yönelik hemşirelere psikososyal eğitimler yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bir hemşire görüşünü “...kapalı ortamda ve sürekli stres altında çalışıyoruz, psikososyal eğitimler yapılabilir ee birebir terapiler ayarlanabilir” (9AH45KEAH26) şeklinde aktarmıştır.

1.e. Kongre ve Kurs Katılımları

Ameliyathane hemşirelerinin kongrelere, kurs ve konferanslara katılmasının gelişimlerini olumlu etkilediği belirtilmektedir. Anestezi doktoru “yani aralıklı kurslar gibi aktiviteler, faydalı olur” (1DRA41KDH18) ve hemşireler “...kongrelere gitmek benim donanımımı çok artırdı...cerrahi ameliyathane hemşireliği kongresine gittiğimde, kitaplar aldım, okudum, poster hazırlamayı deneyimledim” (5AH41KEAH14) “...kongrelere katılıp sunumlar dinlediğimde, yaptığımız şeye ilişkin farkındalığım arttı” (7AH42KTFH22) “kongreler yararlı oluyor, farklı şehir ve hastanelerdeki arkadaşlarımızla tanışıyoruz, onlarla tartışıyoruz, fikir alışverişi yapıyoruz” (8AH49KTFH30) şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir.

1.f. Yönderlik (Mentörlük)

Yetişme süreçlerinde yönder (mentör) hemşirelik uygulanmasının önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Hemşireler bu konuda görüşlerini “...ilk başladığım dönemde, birisi beni alsın, eğitsin, göstereyim isterdim. Eğitim hemşiresi ya da kıdemli hemşire ile ameliyata girip ondan öğrenmiş olsaydım, sonra vakaya girseydim direk olayın ortasında olmasaydım... bu daha kolay olurdu benim için kendimi bu kadar stres altında da hissetmezdim, bilen bir insandan/meslektaşımın öğrenirdim.” (1AH31KDH3) ve “tabi öğretme yetisi olanda var olmayan da var. Bir işi çok iyi bilmek o işi çok iyi öğreteceğiniz anlamına gelmiyor. İyi de bir eğitmen olmanız, yönlendirmeniz lazım... Onlardan çok şey öğrendim yine ameliyathane hemşireliğini ameliyathane hemşiresinden öğrendim diyebilirim ben” (21AH40EDH14) şeklinde belirtmişlerdir.

2. Tema: Kurumsal

Organizasyon bağlamında kurumsal tema, hastane özellikleri, kurum kültürü, vaka ve ekip çeşitliliği, yönetsel süreçler, iş yükü ve hemşire sayısının yetersizliği alt temalarından oluşmaktadır.

2.a. Hastane Özellikleri

Çalışılan hastanelerin türü ve kültürü hemşirenin yetişmesinde önemli bir etken olarak değerlendirildiği görülmüştür. Cerrah “...kurumsal olarak farklılıklar var eğitim hastanesi olduğu için çalışanların yeri sıklıkla değişiyor olabilir. Hemşire her yerde görev alabilir. Bu durum ilk zamanlar sıkıntılı gibi gözükse de bütün branşlarda etkin hemşirelerin gelişmesi için önemli. Fakat işleyişe yönelik olarak üniversite, devlet, şehir hastanelerinde belirli alanlarda daha çok vaka olduğu için bir hemşirenin, belirli bir ekiple çalışması, iyi bir hizmet verme açısından daha uygun oluyor...” (15C43EDH20) ve tekniker “...ilk çalıştığım hastanede ameliyathane hemşireleri çok etkiliydi. Onlara sorulmadan ameliyathaneye yabancı hiç kimse giremezdi, kurallara uyulan bir yerdi, klinik şefi, cerrahi hemşirelerin arkasındaydı, destekliyorlardı, biz de çalışanlar olarak bunu çok iyi biliyorduk. Hemşireler bu konuda otoriteydi. O yüzden ameliyathane kuralları çok iyi uygulanıyordu. Burada daha çok hekimlerin sözü geçiyor...bi hekim bunu böyle yapacağım diyor, o öyle yapıyor...bu böyle olacak diyor, öyle oluyor hemşire etkili olmuyor” (4ANT30KDH10) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Hastanenin çalışma

kapasitesinin hemşirenin yetkinleşmesinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu konuda cerrah *“Bazı şeyler, kazanımlar nerde çalıştığınla alakalı... ilçe hastanesinde sin günde bir iki vakanın alındığı yerde ne öğrenebilirsin ki... ama eğitim araştırma hastanesindeysen çok vaka, ekip ruhu orada kazanım artıyor”* (13C39EÖH15) ve hemşire *“...kurumlar yetkinleşmede önemli, küçük hastanelerde küçük vakalar görürsün. Büyük hastanelerde çalıştığın zaman çok farklı ve büyük vakaları görürsün. Bu insanların gelişimini çok olumlu yönde etkiler. Büyük merkezlerde sirküle, skrap ve asiste çalıştığımız için daha nitelikli eleman olursun, dört dörtlük öğreniliyor ve yapılabiliyorlar her şeyi, küçük merkezler her zaman sıkıntı...”* (13AH41EDH23) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri, vaka çeşitliliği açısından hemşirenin yetişmesini olumlu bir şekilde etkilemektedir. Hemşire görüşlerini *“bizim burada yapmadığımız hiçbir ameliyat yok, çocuk vakaları da dahil her şeyi yapıyoruz. Kalp nakillerini yapıyoruz. Dışarıdan ekip de geldi ... çok beğendiler yeterliliğimizi...her tür ameliyat yapabilme imkânı var... bütün ameliyatlara burada görüyoruz, öğreniyoruz”* (8AH49KTFH30) şeklinde ifade etmiştir. Asistan eğitiminin verildiği hastanelerde hemşireler, bu eğitim sürecinden olumlu etkilendiklerini belirtmektedirler. Bu konuda hemşire *“Eğitim Araştırma ve üniversite hastanelerinde hocalar, asistanlarına öğretirken yanında bulunan hemşire arkadaşlar da duyuyor, öğreniyorlar. Onlar anatomiye o yüzden daha hâkim oluyorlar”* (16AH27KDH4) ve cerrah *“üniversite ortamında olunca, omuz omuza verip, birlikte bir şeyler yapılabiliyorlar”* (21C53ÖHE25) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Ekip üyeleri arasında sürekli bir bilgi akışının olduğu vurgulanmaktadır. Cerrah bu konuda *“Ben hemşireden çok şey öğrendim...hangi alet nerde kullanılır, sterilizasyon markırları, amblemler, hangi aletin adı nedir? Hasta örtülürken neye dikkat etmek lazım, ince noktaları nelerdir? Burası üniversite, her zaman böyledir. Sürekli eğitim amaçlı yeni hemşireler, asistanlar geldiği için onlara öğretme çabası içine otomatikman giriliyor. Ben de tecrübeli hemşireden öğrendiğimi yeni gelen hemşirelere öğretiyorum”* (18CA29ETFH4) şeklinde görüşünü bildirmiştir.

Devlet sisteminde kadrolu çalışma ve iş güvencesi, hemşirelerin kurum değişikliğine gitmemesine ve uzun yıllar kurumunda çalışmasını sağlamaktadır. Devlet sisteminde yeni başlayan hemşireyi yetiştirmek ekip üyeleri açısından daha kolay olduğu ve ameliyatlarda sıkıntı yaşanmadığı belirtilmektedir. Özel hastanelerde iş güvencesinin olmaması ve farklı

nedenlerle ekip sirkülasyonunun sık olduğu, bu özelliklerin de yetkinliği etkilediği belirtilmektedir. Bu konuda anestezi doktoru “devlet sisteminde uzun yıllardır orada çalışan hemşire oldukça tecrübeliydi. Kendi aralarına yeni gelenide arada kaybedip aralarda ikinci üçüncü olarak yetiştirdiği için ameliyatlarda bir sıkıntı yaşanmıyordu ...gözü kapalı ameliyata giren cerrah, nereden nasıl yardım geleceğini biliyordu ama özellerde belli bir süre çalışıp başka bir kuruma ya da devlete geçtikleri için ekip sürekli değişiyor ve her seferinde yeni birini yetiştirmek durumunda kalınıyor” (2DRA52EÖH24) şeklinde düşüncesini belirtmiştir.

2.b. Kurum Kültürü

Yeni başlayan ameliyathane hemşirelerine meslektaşlarının yaklaşımında hastane kültürünün olumsuz etkilerine vurgu yapılmaktadır. Bu konuda hemşirelerin görüşleri “Devlet hastanesindeki ablalık sisteminde, sana bir şey öğretmezler, hep ezmek isterler, asistan hemşire olarak direk ekartöre atarlardı, tek işin ekartörü tutmak ve bakmak, rahat izleyebilirsin ama bir şey bilmiyorsunki. ...şimdi yaklaşımlar değişti şimdi biz daha öğretici yaklaşıyoruz. Ameliyathanemizde biz her gelene çok daha yumuşak yaklaşıyoruz...” (7AH42KTFH22) ve “...devlet hastanesinde, ameliyathane hemşireleri sürekli asistanlık yaptıkları, asistan gibi de çalıştıkları için her şeye hâkim olmuşlar. Sirküle hemşire anlayışı yok...çünkü eleman yok, yeterli değil” (1AH31KDH3) şeklinde ifade etmişlerdir.

2.c. Vaka ve Ekip Çeşitliliği

Ameliyathane hemşiresinin yetişmesinde hastanenin özelliklerine paralel olarak vaka çeşitliliğinin olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu konuda bir tekniker “...farklı her ameliyat, farklı aletler ve farklı uzmanlık gerektirir. Hemşire ne kadar çok ameliyata girer ne kadar çok vaka görürse yetkinliği o kadar çabuk gelişir...” (7RT44EDH10) şeklinde görüşünü belirtmiştir. Farklı branş ya da aynı branşta farklı ekiplerle çalışmanın önemli kazanımlar sağladığı vurgulanmaktadır. Cerrah “farklı branşlarla, farklı ekiplerle ameliyata girmesi illa ki bir şeyler katar. Biri bir cerrahi malzemeyi kullanıyordur, öbürü kullanmıyordur ondan öğrenir onun nerede kullanıldığını veya onun ne olduğunu ...hayat böyledir zaten ne kadar çok tecrübe edinirseniz o kadar öğrenirsiniz” (19CA28ETFH4) ve hemşire “...her cerrah ayrı bir dünya, her olayında ayrı bir yaşanmışlığı var, farklı

farklı ekollerde yetişmiş hekimlerle çalışmanın çok büyük faydasını gördüm. Ben 25 cerrahla çalıştım dolayısı ile 25 değişik yöntem biliyorum ama cerrah sadece kendini biliyor ben hepsini ve her tekniği görmüşüm, biliyorum ... şöyle yapsak diye öneride bulunabiliyorum. Hekim onu öyle yaptığı zaman gerçekten daha kolay olduğunu görüyor. Akdeniz ekolü başka, Cerrahpaşa ekolü başka, Hacettepe ekolü başka oluyor dolayısıyla harmanlayıp ortaya bir şey çıkıyor ve çok güzel bir şey oluyor. Hastanın o ameliyattan en iyi şekilde faydalanması için ameliyatta pratik ve faydalı olacak önerilerimizi yöneltiriz.” (9AH45KEAH26) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Farklı ekiplerle çalışmanın olumlu kazanımları ile birlikte, hemşire açısından kolay bir süreç olmadığı, bütün hekimlerin beklentilerini karşılamanın zor olduğu ve bunun da hemşirenin yetersiz olarak algılanmasına neden olduğu vurgulanmaktadır. Bu konuda hemşireler “o kadar çok hekimle çalışmak bizim için dezavantaj aslında, her doktor kendi tarzını, kullanacağı tüm malzemeyi, senin bilmeni istiyor ve bekliyor. Benim tercihim niçin bilmiyorsunuz? ...onun kullanacağı bistürüyi, vicrili, onun sevdiği, tercih ettiği aleti, malzemeyi bilmek ve hazır etmek zorundasın ama biz 55-100 hekimle çalışıyoruz. Bilmeyince yetkin olmadığın düşünülüyor” (14AH41KDH13) ve “...farklı vakalar ya da ekiplerle ameliyata girmenin olumlu olduğu kadar olumsuz tarafları da var, daha çok stres oluyorsun. Vaka da işleyişi biliyorsun ama o cerrahın o vakaya karşı tavrı, yaklaşımı farklı... cerrah vakasının, ve kendi tavrının tarzının bilinmesi gerektiğini düşünüyor...ama ben o branşa sadece o günlük veriliyorum...tabi ki bilmediğim çok fazla ameliyat var, ve vaka var bunlar stresi artırıyor ve asiste olarak çalışmanı zorlaştırıyor” (19AH24KDH3) şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir.

2.ç. Yönetimsel Süreçler

Hastane yöneticilerinin ve ameliyathane sorumlu hemşirelerinin yaklaşımları da hemşireleri etkilemektedir. Bu konuda hemşire “...sorumlularınızın size değer vermesi sizin birey olarak çalışan olarak var olduğunuzun hissettirilmesi, insanı daha motive eder, etkinliğinizi, yetkinliğimizi artırır yani...” (20AH41KEAH19) ve tekniker “yetkin ameliyathane hemşiresi olabilmek için kıdemlinin, sorumlunun ve doktorun tutumu önemli, üzerinde bir baskı kuruyorlarsa strese sevk ediyorlarsa yetkin ameliyathane hemşiresi olma süresi uzuyor. Rahat çalışman için diyalogun iyi olması lazım. Sana

güveniliyor ve bu hissettiriliyorsa, herhangi bir şey yanlış yaptığın zaman tepki absorbe edebilecek şekilde veriliyorsa, yetkinleşme süren kısılır, daha çabuk uyum sağlarsın, daha iyi çalışırsın ve daha çabuk öğrenirsin...” (7RT44EDH10) görüşlerini belirtmişlerdir. Ameliyathanede bir sorun yaşandığı veya dile getirildiğinde, yöneticilerin, hemşireleri ameliyathaneden başka bir yere görevlendirme şeklinde yetkilerini kullanabildikleri ifade edilmektedir. Bir hemşire görüşünü “...bizim ameliyathanede karşılaştığımız sorunlardan biri, bir şeye itiraz ettiğin zaman idarenin, seni servise veririm şeklinde söylemleri/tehditlerinin olmasıdır” (7AH42KTFH22) şeklinde ifade etmiştir. Hemşirelikte çalışma sisteminde branşlaşma olmadığı için ameliyathane hemşiresinin tayini başka bir hastaneye çıktığında ameliyathanede görevlendirilmeyip başka alanlarda değerlendirilmesi de kayıp olarak görülmektedir. Bu konuda bir tekniker “Ameliyathane hemşireliği bir branş olmadığı için hastane yöneticileri, ameliyathane hemşireliği yapmış tecrübeli hemşireyi, tutup acile ya da başka bir servise veriyor. Başka bir yere gitmek zorunda kalarak alt üst oluyorlar, psikolojileri bozuluyor. Ameliyathanenin ayrı bir ekosistemi var. Yetişmiş ameliyathane hemşiresi, ameliyathanede çalışmalı yani bu yöneticiye, yönetime bağlı olmamalı, ...yöneticiyle ters düştü diye ve ya kötü niyetli bir yöneticiye denk geldi diye yıllarını kaybetmemeli” (3ANT28KDH6) şeklinde görüşünü belirtmiştir.

Kurumun iş yoğunluğunun/ sirkülasyonun fazla olduğu durumlarda, hemşirelerin, hekimlerle yaşadıkları sıkıntılarda sorunun çözümü yerine sessiz kalmayı tercih ettikleri belirtilmektedir. Bir hemşire görüşünü “...Kurumda hızlı sirkülasyon olduğunda vakanın bir an önce bitmesi için tartışmaya meyil vermemek için sürekli aynı kişilerle vakaya gireceğin için hekim ya da branş seçme gibi lüksümüz olmadığı için susmayı tercih ediyoruz” (13AH41EDH23) şeklinde ifade etmiştir. Hemşirenin ekonomik koşullarının, huzurlu ve güvenli çalışma ortamının da motivasyonlarını etkilediği görülmektedir. Cerrah “hemşirenin huzurlu, güvenli çalışma ortamı da ekonomisi de önemli... moral motivasyonu düşük bir hemşireden başarı da bekleyemeyiz” (7C50EÖH25) ve hemşire “... rahat ortamda çalışırken insan hani daha mutlu, daha böyle istekli, daha başarılı çalışıyor ama stres altındayken, mecbursun hani ameliyat sonuçta orada yatan bir hasta var, sorumluluklarını bırakmaman gerekiyor ama insan etkileniyor tabii ki, huzurlu bir ortam olduğunda işler tıkırında gidiyor” (2AH27KÖH5) şeklinde görüşlerini ifade

etmişlerdir. Ameliyathanede yetişmiş çok iyi hemşireler olmasına rağmen bir müddet sonra ekonomik zorluklar, çalışma şartlarının zorluğu gibi farklı nedenlerle ameliyathaneden ayrılmak istiyor. Maddi ve manevi yönden hemşirelerin takdir edilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır Yetişme süreci açısından ve güvenli cerrahi bakım açısından ameliyathane hemşiresinin ayrılması büyük bir kayıp olarak görülmektedir. Bu konuda cerrahlar “...*Hem ekonomik koşulları, hem çalışma süreleri, stresli ortamda çalışmaları ve yönetim becerilerini sürekli kullanmak zorunda kalmaları, hemşireleri belli bir süre sonra bıktırabiliyor. Özellikle mesleki tatminleri düşükse, cerrahlar tarafından itilip kakılıyorsa bir süre sonra hemşireler işlerini sevmelerine rağmen ortamdaki uzaklaşmayı tercih edebiliyorlar ve bu çok büyük bir kayıp bence. Yani cerrahi hemşireliği çok değerli bir iş. Bunun finansal olarak da farklılaşması gerektiğini düşünüyorum...hem ekonomik tatminin olması lazım, psikolojik tatmininin olması lazım... İşini çok seviyorsun ama o koşullar seni sevmez hale getirebiliyor*” (1C50ETFH23) ve “...*Ameliyathane hemşirelerinin diğer hemşirelere göre biraz daha fazla ücret alması gerekiyor. Çünkü onlar diğer hemşirelere göre daha çok sorumluluk alıyor. Bu durum maaş olarak, döner olarak, ameliyathane hemşirelerine yansıtılmalı diye düşünüyorum. Teşvik edilmeleri için bu gerekli bence*” (14C53EDH28) şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir.

2.d. İş Yüğü ve Hemşire Sayısı Yetersizliği

Çalışma ortamında hemşire sayısının yetersizliği, iş yükünün fazlalığı tüm ameliyathane hemşirelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşire bu konuda görüşünü “*Çalışma şartlarının yoğunluğu, insanları olumsuz etkiliyor. Bezgin, bıkmış, yorgun, mutsuz olmaları da kişiler arası iletişimi etkiliyor, motivasyonu olumsuz yönde etkiliyor... asgari düzey sorumluluklar ya da yapması gerekenler yapılıyor*” (18AH41KDH21) şeklinde belirtmiştir. Hastanede iş yoğunluğunun, özellikle yeni başlayan hemşirelerin gelişimsel süreçlerinde zorluklara neden olduğu görülmektedir. Bu durum ile ilgili hemşireler “*hemşire sayısı yetersizliği, vakaların sıklığı, giriş çıkış aralarının az olması, sürekli bir içeride iş var, plan var ve yetişmeye çalışıyorlar, uzun uzun anlatabilecekleri vakit kalmıyor... ve senin bir anda vakaya girmen gerekiyor*” (1AH31KDH3) ve “...*hemşire açığımız var bu nedenle ...işin ucundan tutman gerekiyor diye başlayıp çok hızlı bir süreçten geçiyoruz*” (16AH27KDH4) şeklinde ifade etmektedirler. İş yoğunluğunun hasta

ile ilgili görevleri de aksattığı belirtilmektedir. Hemşire “*hızlı sirkülasyon, yoğun iş yükü, vakalar arasında kısa zaman olması nedeni ile olumsuz olarak etkileniyorsun...hastalarla yeterince ilgilenemiyorsun. Sadece iş odaklı oluyorsun, iş dönsün...*” (13AH41EDH23) şeklinde ifade etmiştir.

4.3.2.2. Bireysel Faktörler

3. Tema: Ekip Üyeleri

Ameliyathane hemşirelerinin yetkinleşmesinde cerrahi ekip üyelerinin etkili olduğu görülmektedir. Birlikte çalıştıkları ekip üyelerinin, iş disiplinleri, yaklaşım tarzları ve eğitici özellikleri bu temada alt tema olarak gruplandırılmıştır.

3.a. İş Disiplinleri

Usta çırak ilişkisi ile yetişen ameliyathane hemşirelerinin ustalarının sahip olduğu iş disiplinlerinin, kendilerinin çalışma disiplinlerinin gelişmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Bu durumu cerrahlar “*...yeni eğitilen bir hemşirenin, rehber hemşiresi ya da eğitici hemşiresi onun şekillenmesini de sağlayacak kişidir...*” (4C65ETFH37) ve “*Çalışma arkadaşları çok etkiler. Herkesin salla pati olduğu yerde mükemmel bir iş çıkmaz, kişi öğrendiklerini uygulayabilir. Okulda öğrendikleri var, gerçek hayatta öğrendikleri ve öğreten kişiler var, ustası iyi ise iletişim, davranış, tavır, iş sahiplenme bakımından iyi ustayla karşılaşır, görgüsü de ona göre olur. Yol gösteren kıdemliler çok önemlidir*” (13C39EÖH15) şeklinde belirtmişlerdir. Kıdemli hemşirenin öğretme isteği, çalışma tarzı, kurallara uyup uymadığı hemşirenin şekillenmesinde önemli bir faktördür. Yeni başlayan hemşire onu yetiştiren kişinin doğrusunu da yanlışını da devam ettirebiliyor. Hemşire “*Kıdemli hemşirenin çalışma tarzı, kurallara uyması, agresifliği, sakinliği, öğretiş tarzı, öğretme isteği çok önemli. ...sen bilmeyen birisi olarak kıdemli hemşirenin çalışma stilini alıyorsun o kurallara ne kadar çok dikkat ediyor, titizleniyorsa sende bunları devam ettiriyorsun. Doğru ya da yanlış... devam ettirebilirsin ve süreç bu şekilde devam edebilir*” (1AH31KDH3) ve tekniker “*çömezlik döneminde büyüğünden/kıdemlinden ne görürsen onu yapıyorsun... bu nedenle işi öğreten kişi önemli...yetiştiren hemşire iyi biriyse sende onu alıyorsun*” (5ANT27KTFH5) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Kıdemli hemşirenin eğitim durumunun da etkilediği

belirtilmektedir. Hemşire “*kıdemlinin eğitimi, ön lisans, lisans, bazıları yüksek lisans olabiliyor. Çok eğitim ve tecrübe kişinin liderliğine veya karşındaki kişiye aktarabileceği bilgilere yansıyor diye düşünüyorum. Öğrendiğini ve tecrübesini aktarmak zorunda*” (19AH24KDH3) şeklinde ifade etmiştir.

3.b. Yaklaşım Tarzları

Ameliyathane hemşirelerin yetişme sürecinde cerrahi ekip üyelerinin etkili olduğu ve ekibin yaklaşım tarzlarının önemli olduğu belirtilmektedir. Hemşire katılımcımız “*...ekip önemli, ekipteki iletişim, uyum önemli...ekibin demoralize olması, istekliliği, iletişimi, motivasyonu uyumu etkiliyor. Cerrahi ekibin, yeni başlayanlara fırsat vermesi lazım. Fırsat verildiğinde kişinin isteği artar, bilgisi artar, yapabiliyor olması, özgüvenini artırır*” (19AH24KDH3) şeklinde görüşünü vurgulamıştır. Kıdemli hemşirenin yaklaşım tarzı, olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hemşire “*...kıdemli sizi ameliyathaneden de kendinden de yaptığın işten de soğutabilir, çıkıp gidebilirsin oradan ...soğukkanlı, daha yardımcı, daha telkin edici olmalı, ... pratikler yapa yapa ediniliyor... oo sen bizi boşuna oyalama, git deyince olmuyor...*” (6AH42KTFH23) şeklinde ifade etmiştir. Kıdemli hemşirenin yaklaşım tarzı cerrahi ekip üyelerinin yaklaşımını da etkilemektedir. Hemşireler bu konuda görüşlerini “*yanındaki kıdemli arkadaşının tecrübesi ve sana olan pozitif tutumu, motivasyonunu arttırıyor, etkileniyorsun...çok iyi, çok beceriklisin dediği zaman gerçekten motive oluyorsun. Rahat çalışınca da unutmuyorsun hiçbir şeyi. Akılda kalıyor her şey ...karakter olarak da iyi insanlarla çalıştığınız zaman daha hızlı geliyor*” (14AH41KDH13) ve “*yeni başlayan kişilere gösterilen tavır, davranışlar, öğretme isteği ekip içinde meslektaşını ezdirmeme, koruma kollama tutumu önemli yetkinlik için*” (15AH24EDH2) şeklinde açıklamışlardır. Cerrahi asistanlar da süreç içerisinde etkileşim halinde olduklarını ve birbirlerini etkilediklerini belirtmektedirler. Cerrahlarda “*...yeni başlayan bir hemşireye kıdemlileri eğitim veriyorsa biz de yardımcı oluyoruz. Eğitim gibi değil de birlikte çalışma gibi... ameliyatı anlatabiliyorum, öğretebiliyorum...bu yaklaşım önemli sen niye bunları bilmiyorsun denmemeli. Olumlu tutumla daha iyi yetişir hemşire ve daha iyi noktalara gelir. Olumsuz tutumda ve negatif bir ortamda öğrenmek sağlıklı olmaz kişi gelişemez*” (19CA28ETFH4) ve “*çömez ameliyathane hemşiresi ile ameliyata girdiğimizde aksamalar oluyor...biz asistanlar olarak kompanse ediyoruz bizde bir şeyler katmaya çalışıyoruz... biz de*

öğreniyoruz diyoruz ama...hocalar sabırlı davranmaya biliyorlar...bu durum onların özgüvenini etkileyerek daha çok panik yapmalarına neden oluyor” (20CA28KTFH3) şeklinde ifade etmişlerdir.

Ameliyathane hemşiresinin diğer bir ustası olarak değerlendirilen cerrahların yaklaşım tarzları onları olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Anestezi doktoru *“cerrahların hemşireye karşı tutumu olumlu da olabilir, olumsuz da destekleyebilir de korkutabilirler de cerrahın karakteri etkiliyor, ameliyatta stres faktörü, ortamın gerginliği etkiliyor, biz (anestesizt) etkiliyoruz, vakanın ciddiyeti etkiliyor, hepsi etkiliyor aslında yani basit bir yerde çalışmıyoruz ki” (3DRAA27KTFH3) ve cerrah “hemşire hanım deneyimim yok diyor ama mecbur onla gidiyorsun, ...45 dakika sürecektir ameliyat 1 saat 15 dakika sürdü ...o da haklı. Tecrübesiz yeni yeni ameliyata giriyor, bağırıp çağırırsak, korkar yani eli ayağı titrer” (6C47EÖH22) şeklinde ifade etmektedir. Hemşire “iyi ve sakin bir cerrahla, her şeyi çok daha güzel yönetebiliyorsunuz. Agresif bir cerrahsa normal giden seyri bile yönetmeniz çok zor oluyor. Ameliyatta beklenmedik bir kanama olduğunda da stresimiz çok artıyor, kaygımız artıyor, ses yükseliyor, ...Benim ruh durumum, asistanın, ya da cerrahın ruh durumu hepsi birbirini çok etkiliyor, ameliyattaki insanı düşünmeli diyerek hareket etmeye çalışıyoruz” (5AH41KEAH14) şeklinde ifade etmiştir.*

4.c. Eğitici Özellikleri

Ameliyathane hemşiresinin ve cerrahın eğitici rolleri bulunmaktadır. Hemşireye eğitim veren kişinin doğru eğitim tekniklerini ve yaklaşımlarını kullanması gerekmektedir. Bir cerrah bu konuda *“Ona eğitim veren kişinin de doğru teknikleri kullanması lazım” (1C50ETFH23) şeklinde görüşünü ifade etmiştir. Yetkin ameliyathane hemşiresinin eğitici ve öğretici rolleri yeni başlayan hemşirelerin gelişim süreci açısından temeldir. Hemşireler “kıdemli ne anlatırsa o öğreniliyor... detay vermediği ya da bana esas inceliği, esas öğrenmem gereken şeyi öğretmediğinde kafa karışıyor. Donanımlı bir hemşireyse bilgisini paylaşıyor” (5AH41KEAH14) ve “çalıştığı birim iyiye bu işi yapan kişiler doğru örnek oluşturuyorlarsa, sıralamayı güzel gösteriyorlarsa, fırsat veriyorlarsa oluyor” (12AH44KDH22) düşüncelerini ifade etmişlerdir. Kıdemli hemşirelerin eğitici rollerini gerçekleştirirken kolaylaştırıcı ve destek olmalarının önemli olduğu*

vurgulanmaktadır. Bir hemşire “...en önemlisi, öğreten kişilerin, ...anlatırkenki sakinliği ve teşvik edici tutumu ...işin zorluğundan bahsedilirken nasıl kolaylaştırılabileceğimden bahsetmeleri...” (2AH27KÖH5) şeklinde ifade etmiştir. Tekniker “...bilgili insanların yeni başlayanları teşvik etmeleri, şefkatli, kendi evladı gibi öğretmeleri, müdahale etmeye çalışacak insanları engellemeleri önemli. Konuya hâkim meslektaşın göstermeli, öğretmeli ...arkanda meslektaşını bir güvence olarak hissedersin tamam ben yapamayabilirim, arkadaşımдан öğrenebilirim dersin... ve yaparsın ...herkes okuldan mezun olur olmaz yapmıyor her şeyi” (8RT43EDH5) şeklinde ifade etmiştir. Hemşire bu konuda “...iyi bir ameliyathane hemşiresi olman için kıdemlin seni çok iyi yetiştirmeli, korkutmamalı, savunmalı, birinin seni koruması, çok önemli gurur verici bir şey” (3AH35ETFH13) şeklinde vurgulamıştır. Yetişme sürecinin zorluklarından geçen kıdemli hemşire yeni başlayan hemşirelere yönelik eğitim süreçlerini kendi kazanımlarına ve deneyimlerine göre şekillendirebilmektedir. Bir hemşire “yeni mezun olmuş ve uzun süre serviste çalışan hemşirelerde ameliyathaneye alışmak daha zor oluyor. Burada her şey çok farklı, çok afallıyor çok zorlanıyorlar...sert davransak öğrenemez ve çoğu kişi gider zaten ...ben bunların hepsini nasıl öğreneceğim endişesi ile pes edebiliyorlar, yapamayacağım galiba diyorlar ...yapabilirsin diyerek, adım adım, sırayla, ilk üç gün benimle cerrahi yıkanmayı, sterilizasyonu öğrenmesini istiyorum. Bir gün iplikleri anlatıyorum, bir gün malzemeleri anlatıyorum, defter getirtiyorum, not tutuyorlar...masa kurmayı öğretiyorum sonra dışarıya çıktıkça sutürlarımızı anlatıyorum. İnceden kalına nasıl gider? ne kadar sürede absorbe olur ...3. haftada hangi ameliyatı, hangi malzemeyi hazırlarız, hepsini birden değil de yavaş yavaş sırayla veriyorum. Çok daha kolay öğreniyorlar o zaman... ablalarının sert tutumlarından giden çok kişi gördüm, çok üzülürüm. Bunlar yanlıştı o yanlışları benim yapmama gerek yok ben iyilikle karşılık verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Belki onlar cahildiler ama biz daha eğitimliyiz daha olgunuz, o yüzden pozitif davranırım...benim yanımda daha rahat öğreniyorlar diye benim yanına gönderirler yeni başlayanları” (7AH42KTFH22) şeklinde tecrübelerini paylaşmıştır.

Cerrahın bu süreçte doğru eğitim tekniklerini kullanması, vakayı anlatması hemşirelerin gelişimi açısından önemlidir. Cerrahlar bu konuda “çalıştığı hekimlerin ameliyat ile ilgili hemşireye bilgi vermesi, neyi ne zaman yapacağını öğretmesi de lazım. ...Cerrahın eğitici

özellikleri önemli tabii ki” (7C50EÖH25) ve “cerrahi hemşireliğine yeni başlamış arkadaşlar, nerede ne yaptığımızı anlattığımız zaman daha iyi kavıyorlar, ekibin bir parçası olduğunu hissediyorlar, aidiyet oluşuyor” (16C40KTFH17) görüşlerini ifade etmektedirler. Cerrahların takdir etmesi yeni başlayan hemşirelerin motivasyonunu ve öğrenmesini olumlu yönde etkilemektedir. Anestezi uzmanı “olumlu teşvik, pozitif, pekiştirici bir davranış, öğrenme süreçlerini hızlandırıyor” (2DRA52EÖH24) ve cerrahlarda “... bu ameliyat/vaka sayenizde güzel oldu elinize sağlık dedin mi onların da keyfi yerine geliyor. Cerrah akli başında bir adamsa, ortalığı birbirine katmıyorsa, hemşireye iyi davranıyorsa, hemşirenin de hoşuna gidiyor cerraha ve ekibe yardımcı olmak... Ameliyathane hemşiresi kritik personel iyi oldu mu, hiç kimseye eyvallahı kalmıyor, cerrahlar da onu biliyor. Kazan kazan metodu oluyor. Bunlar kitapta yazmıyor, bir eğitimi de yok vakaya girdikçe öğreniyorsun, yaşıyorsun, yaşadıkça da güçleniyorsun” (21C53EÖ25), “Hemşireyi, taktir etmek, işin içine sokmak, işin/ekibin bir parçası olduğunu hissettirmek lazım, özgüvenini kırmamak lazım...” (12C41EÖH20) şeklinde bu konuda düşüncelerini belirtmişlerdir.

4.Tema: Öğrenici

Yetkinleşme sürecinde ameliyathane hemşiresinin bireysel özelliklerinin önemli olduğu çalışmamızda görülmektedir. Bireysel özellikler; yaş, cinsiyet, örgün eğitim, klinik deneyim, ameliyathane deneyimi, öğrenme isteği ve motivasyonu, gözlem yeteneği, işini sevmesi, özgüveni, iletişim becerisi, aile ve sosyal yaşam alt temalarında gruplandırılmıştır.

4.a. Yaş

Genç yaşın avantaj olduğu, hızlı öğrendikleri, değişikliklere daha kolay adapte oldukları gözlenmektedir. Ancak öğrenmeye açık bireylerde yaşın olumsuz etkisinin de azaldığı ifade edilmektedir. Anestezi uzmanı “Genç olmaları avantaj, çünkü hızlı öğreniyorlar. İleri yaşlardaki hemşire, yeni bir branş, yeni bir ameliyat olduğunda bile öğrenemiyorlar ya da geç öğreniyorlar, zorlanıyorlar. 50 yaş civarındaysa çok zorlanıyorlar, öğrenemiyorlar. Sürekli öğrenen, zihnini öğrenmeye açık tutan bir insan ise yaş faktörünün etkisi azalır, ileri yaşta da öğrenebilir ama genç olması bizde avantajlı oluyor

biraz zorlanıyor ama çabuk öğreniyorlar...” (2DRA52EÖH24) ve hemşire “...yaşım 50 olsa ben bu işi (ameliyathane hemşireliğini) yapamam... beş, altı saatlik ameliyata giriyorsun sağlığın, fizyolojin etkilenir, sen istesen de vücudun buna elveremeyebilir. Yüksek yaş öğrenme açısından da dezavantajlı, bazı şeyler değişiyor, ilk defa görüyorsun, gençken daha kolay öğrenebiliyorsun ama ilerleyen yaşta öğrenemezsin, kendini değiştirmen zor” (11AH23KÖH5) şeklinde bu konudaki görüşlerini belirtmişlerdir. Hemşire “yaş aldıkça kişinin sağlık problemleri, algılama kapasitesinde düşme, kendinde ve ailesindeki stresler artıyor. Genç bir bireyin teknolojiye ayak uydurması ile o orta yaşlı bireyin teknolojiye ayak uydurması bir değil...” (19AH24KDH3) ve teknikerde “genelde kıdemliler çok yeniliğe açık olmuyorlar, daha geleneksel ve değişime bir direnç oluyor. Yeni hemşireler öğrenmeye daha açık oluyor, usta çırak öğrenme yanında, bilimsel bir altyapıları da oluyor” (4ANT30KDH10) görüşlerini bu şekilde paylaşmışlardır.

4.b. Cinsiyet

Ameliyathane hemşirelerinin büyük çoğunluğunu genç ve kadınlar oluşturmaktadır. Genç kadınların hamilelik süreci hem ameliyathane hem de hemşire açısından bazı zorluklar barındırmaktadır. Bir hemşire görüşünü “...bizdeki en büyük sıkıntılardan biri hamilelik. Hepimiz bayan olduğumuz için genç neslin hamilelik süreci ve sonrası dezavantaj teşkil ediyor. Hamilelikten sonra doğum izni, bebek nedeni ile uykusuzluk olumsuz etkiliyor, bir iki yıl eleman kaybı oluyor. Minimalize bir dezavantaj ama...” (5AH41KEAH14) şeklinde ifade etmiştir. Kadın hemşirelerdeki empati becerilerinin, ameliyathane için bir gereksinim olduğu belirtilmektedir. Cerrahlar bu konuda “kadınların sağduyu ve empati yetenekleri daha güçlü olduğu için ameliyathanede olmaları önemli. Ben yumuşak, sıcak tavırlarını olumlu buluyorum. Bir de ama tabi şu da var yani hiç vakaya girmemiş, kafası başka yerde, dağınık birisiyle ameliyata girdiğim zaman bu erkekte, kadında olsa, tahammül edilmez oluyor. ...Hemşirenin bir de ekibi kollama yani o anaç tarafı var. Ekibin huzurunu, dengesini sağlayarak, süreci yürütme önemli ve bu erkeklerde zor” (4C65ETFH37) ve “...ameliyathane hemşirelerinin, anne sıcaklığını, ameliyathaneye yansıtmaları lazım...ameliyat olacak insanı kendi yakınları, kendi yavruları gibi düşünerek ve o sıcaklıkla davranarak çözüm üretmeleri durumunda çok iyi bir ameliyathane hemşiresi olurlar...” (3C50EÖH25) şeklinde ifade etmişlerdir.

4.c. Örgün/Okul Eğitimi

Ameliyathane hemşiresinin eğitim durumunun yetkinlik kazanma sürecinde önemli olduğu belirtilmektedir. Cerrahlar bu konuda görüşlerini “*eğitim mutlaka etkiliyor. Az eğitilmiş, çok eğitilmiş bazı insanlar kendini geliştirir, kimisi de kendini geliştirmeyi, gelişmeye, yeniliklere kapalı bir zihniyettir, eğitilemez. Gelişmeye, öğrenmeye açık, tecrübe etmeye aç bir insan her zaman daha iyidir*” (11C53EEAH23) ve “*...aileden başlıyor eğitim, iyi aile eğitiminden sonra okuldaki eğitimi geliyor, hemşirelik eğitimi geliyor ama lise mezunu hemşire ile üniversite mezunu hemşire arasında çok fark var. Bilgi olarak fark var, karşısındakine nasıl davranacağını biliyor, ameliyathane ortamını, anatomiye steriliteyi bilerek gelmiş, setleri öğreniyorlar, fark var yani*” (14C53EDH28) şeklinde belirtmişlerdir. Hemşire “*...üniversite eğitimi alan birisi ile üniversite eğitimi almayan birisinin farkını görüyorsun. Üniversite eğitimi alınca, yeniliklere ve gelişime açık, bir şey yaptığın zaman onun mantığını arıyorsun, bunlar önemlidir. Öğrendiklerini yalnızca usta çırak ilişkisi, el koordinasyonu ile kazanan insanlar, meslektaşlarını da buna zorluyorlar*” (16AH27KDH4) ve tekniker “*iyi bir eğitim alabilmesi...eğitim yeri yani staj gördüğünden tutun, en başta gördüğün derslerden ...eğitimcilerden. Üniversiteden başlıyor aslında...*” (1AT30KEAH6) şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir. Bir cerrah sağlık meslek lisesi ve üniversite müfredatında ameliyathane hemşireliği yeterli bir şekilde verilmediği için eğitim düzeyinin önemli olmadığını belirtmektedir. Cerrah bu konudaki görüşünü “*Hemşire ister sağlık meslek lisesi ister üniversite mezunu olsun fark eder mi?, fark etmez. Kişiler ameliyathaneye gelinceye yani iş başa gelene kadar olayın ciddiyetinin farkında değiller. Bu da eğitimcilerin suçudur. Profesyonel yerdesin, öğreneceğin çok şey var, öğrenmiş olarak gelmek zorunda...Her şeyi burada öğrenmeye çalışıyorlar. Sorunda bu zaten*” (13C39EÖH15) şeklinde vurgulamıştır.

4.ç. Klinik Deneyim

Ameliyathane hemşireliğinin diğer klinik deneyimlerden farklı olduğu vurgulanmaktadır. Bir hemşire bu durumu “*Ameliyathane girdiğimde çok farklı bir ortamla karşılaştım. Kendimin “0 hemşire” olduğunu hissettim. Hemşirelik eğitiminde öğrendiğimizle hiç alakası yok...ameliyathane hemşireliği çok başka bir şey*” (5AH41KEAH14) şeklinde

ifade etmiştir. Ameliyathane diğer bölümlere göre farklı olsa da bazı deneyimlerin onların yetişme sürecini olumlu etkilediği belirtilmektedir. Hemşireler görüşlerini *“Ameliyathanede orta düzey yöneticilik yapıyorsunuz. Planlama ya da ileri görüşlü olmak, işi bilmek ve takip edilmesi gereken durumlarda bir adım önde olmak çok önemli...”* (21AH40EDH14) ve *“...benim acil servisten gelmem, oradaki el becerileri, hızlı düşünme, düzenli ve hızlı çalışma, çabuk karar verme ve kriz yönetim becerilerinin, ameliyathanede çok faydası oldu... ama servisteki tecrübemin buraya hiçbir faydası olmadı”* (3AH35ETFH13) şeklinden ifade etmişlerdir.

4.d. Ameliyathane Deneyimi

Ameliyathane hemşiresinin yetişme sürecindeki farkındalığının en az altı ayda geliştiği ve scrub olarak rutin ameliyatlara girmeye başladığı vurgulanmaktadır. Bu konuda cerrah *“...altı ay geçtikten sonra ameliyathane'nin farklı bir dünya olduğu öğrenilmiş oluyor...”* (16C40KTFH17) şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir. Paralel yönde hemşirelerde *“geldiklerinde burada çok afallıyorlar, her şey çok farklı bir anda çok zorlanıyorlar... normalde bir ameliyathane hemşiresinin yetişebilmesi için iki yıl lazım”* (7AH42KTFH22) ve *“...çalışa çalışa yaşayarak öğreniliyor...bir yıl boyunca ameliyathanede çalışman lazım ki tam anlamıyla öğrenebilirsin”* (11AH23KÖH5) görüşlerini belirtmişlerdir. Gelişim sürecinin uzun olduğu yaklaşık olarak iyi bir hemşirenin 5 yılda yetiştiği vurgulanmaktadır. Bir cerrah görüşünü *“...iyi bir ameliyathane hemşiresinin yetişmesi kitabi olarak ne kadar bilmiyorum ama bir 4-5 seneyi buluyordur bence”* (21C53ÖHE25) şeklinde belirtmiştir. Hemşireler *“Temel eğitimden, yani işler rutin giderken o işi yapabilme kabiliyeti kazanması için en az bir 3 sene geçmiş olması lazım”* (21AH40EDH14) ve *“...bana özel bir eğitim verilmedi...önce gözlemledim ... ameliyata girmek 6 ayı buluyor ama asistanlık daha uzun o vakaya göre kullanılan aletlere göre değişiyor ...iki yılı buluyor”* (16AH27KDH4) şeklinde düşüncelerini paylaşmıştır. Branşlar bazında da yetişme süreçlerinde farklılık olduğu belirtilmektedir. Cerrah *“Cerrahi ekip hemşiresini yetiştirmek çok zor bir iş, iyi bir hemşire kalp cerrahisinde üç seneden önce yetişmez. Girdiği vaka sayısına göre ne kadar çok ve çeşitli vakaya girerse o kadar çabuk öğrenir...”* (9C50EÖH23) şeklinde vurgulamıştır. Cerrahide 5 yıllık deneyimin hem cerrahlar hem de ameliyathane

hemşireleri açısından önemli olduğu açıklanmaktadır. Anestezi uzmanı görüşünü “...cerrahi de beşinci yıl önemlidir...maximum tecrübeye ulaşır ondan sonra. Hemşirelerde de aynı ben 4-5 yılı dolduranlarla, tecrübelilerle ameliyata girmek istiyorum...tecrübeli hemşirelerle ameliyat istenilen standartta gidiyor” (2DRA52EÖH24) şeklinde ifade etmiştir. Hemşire “Ameliyathane hemşiresinin özgüveni iki yılda ancak geliyor. 5 yıl sonra da tam oturuyor, birçok vakayı görmüş ve donanımlı oluyorsunuz. Ben iyi bir ameliyathane hemşiresiyim diyebilmesi için 5 yıl kesin şart. 5 ya da 10 yılın sonunda asiste hemşirelik zor olmuyor, hatta hoşuna gidiyor...Donanımlı hemşire olarak hekimde onu karşısında istiyor... herkes asistelik yapamıyor, daha kalifiye, daha yetkin görünüyor ve kendini de iyi hissediyor asistan hemşire...” (5AH41KEAH14) şeklinde gözlemlerini ifade etmiştir. Ameliyathane hemşiresinin deneyim kazanmasındaki en önemli faktörlerden birinin ameliyata girmesi olduğu ve gelişim sürecini etkilediği belirtilmektedir. Cerrahlar bu durumu “...ameliyata ne kadar çok girerse... o ameliyathane hemşiresi daha çok tecrübelenir” (2C50ETFH25) ve “...ameliyata girmesi, etkileşimde bulunması, kapasitesinin olması, ister karşısındaki doktor olsun ister hemşire fark etmez...” (11C53EEAH23) şeklinde belirtmişlerdir. Hemşire de “vakaya girip kendini geliştirmesi, çalışma süresini etkiler...bu bir yıl içinde de olabilir, on yılda da olabilir bu süre, zaman kişinin kendini geliştirmesine bağlı” (12AH44KDH22) şeklinde vurgulamıştır.

4.e. Öğrenme İsteği ve Motivasyonu

Ameliyathane hemşiresinin yetkinleşme sürecinde çok faktörlü bireysel özelliklerin önemli olduğunu ve yetişme sürecindeki hızı belirlediği görülmektedir. Ameliyathane hemşiresinin bireysel çabasının yetişme hızını doğrudan etkilediği vurgulanmaktadır. Bu konuda hemşire “Ameliyathanede başladığımda oturdum çalıştım, çabaladım...çaba çok önemli. İyi bir ameliyathane hemşiresi olmak için çok emek vermek lazım” (10AH50KDH30) ve cerrah “bazı hemşire arkadaşlar inanılmaz ilgili, okuyorlar, ameliyatlara bakıyorlar. Cerrahi ekibe malzemeleri uygun hazırlayalım istiyorlar. Kişisel merak çok önemli, vakit lazım, emek vermek gerekiyor. Emek, lisans sürecinde başlıyor sonrası kendi kişisel çabanla oluyor. Yayınları takip edebilirsin, kitapları okursun, her alanda fark yaratmak için kişisel çaba çok önemli... Okuyanla okumayan bir olmuyor”

(16C40KTFH17) şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir. Hemşirenin öğrenme isteği, çabası, araştırması ve ameliyata girmesinin, yetiştirme sürecini olumlu etkilediği belirtilmektedir. Bir cerrah “...kişisel özellikler de burada önemli, kimine verirsin, alır daha iyi bir hemşire haline gelmek için kendisi de araştırır, bulur, okur, atılımcıdır... kimine de hazır verirsin almaz” (21C53ÖHE25) şeklinde düşüncesini ifade etmiştir. Hemşirenin bireysel çabası ve gayreti uygulamaya daha çok ağırlık vermesini sağlamaktadır. Yetiştirme sürecinde ve sonraki süreçte çalışkan ve istekli olması cerrahi süreci ve ekibi olumlu yönde etkilemektedir. Cerrah “...hemşirenin içinde olması, istekli olması lazım. Motivasyonunun yüksek olması lazım. Kolay değil, kolay bir meslek değil...insan hayatıyla uğraşıyorsunuz. Olaya konsantre olmak her zaman kolay olmayabiliyor” (18CA29ETFH4) ve teknikerler “Çaba, istekli olmak da çok önemli kaçmamak lazım...” (1AT30KEAH6), “Daha girişken, daha çalışkan, daha aktif, daha dikkatli olman büyük önem taşıyor bence.....çalışkan olmak, başarılı olmanın en büyük anahtarıdır” (8RT43EDH5) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Hemşirenin sürekli olarak bilgi kaynaklarından araştırması, okuması, incelemesi, soru sorması gerekmektedir. Konu ile ilgili olarak cerrahlar “Okumayla beraber güçlenir, daha iyi bir hemşire olur. Kitaplarda yazıyor, internette var, her yerde var yani meraklı olan birisi açar, okur” (21C53ÖHE25) ve “makaleler okumak ya da gelişmeleri takip etmek çok önemli ama bu Türkiye’de bu kısıtlı. Yurtdışında kendi alanları ile ilgili daha fazla ilgileniyorlar...yenilikleri daha fazla takip ediyorlar, bilimi daha fazla takip ediyorlar. Dolayısıyla daha hızlı geliştirebiliyorlar kendilerini... ülkemizde çalışma koşulları ağır...vakit olmuyor” (15C43EDH20) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Hemşire “Kendi isteğimle, araştırmalarım, başkalarına sorarak, videolar izleyerek, bir şeyleri oturtmaya çalıştım biraz da işte vaka esnasındaki deneyimlerimle, tecrübelerimle ama...kendi çabalarım da çok fazla” (1AH31KDH3) ve tekniker de görüşlerini “Pratik önemli olduğu için her şeyi bilme şansın yok ama sorarak öğrenme şansın var” (8RT43EDH5) şeklinde ifade etmişlerdir. Yetiştirme sürecinde ameliyathane hemşiresinin kendi öğrenme farklılıklarının farkında olması, kendine yönelik not tutması önemli olarak görülmektedir. Öğrendiklerini pekiştirme açısından iyi bir teknik olarak görülmektedir. Cerrah “...bizim ameliyathane hemşiremizin defteri vardı, girdiği ameliyatlara ilgili notlar alıyor...nasıl başladı?, hangi süreçte ilerledi?, nereyi kesti?, nereye dikti? hangi aşamada neyi kullandı?. Bunları hep yazıyordu. Bu güzel bir şey, aşamaların hepsini

kendi gözlemiyle ameliyat esnasındaki yazmış. Biz ameliyat notlarımızı çok detaylı yazıyoruz ama hangi ekartörü, hangi bistürüyü kullandığımızı yazmayız. Hemşire hanım özellikle kendisine lazım olan kısmını yazıyor. Teorik olarak hazırlanması ameliyatın ne olduğunu bilmesi onu çok daha erken zamanda yetkin hale getirir” (2C50ETFH25) görüşünü dile getirmiştir. Hemşireler “Hep bir not defterim vardı. İşte kullandıkları aletlerin düzenini vaka esnasında bana nasıl kolay geliyorsa ona göre sıralamaya başladım” (1AH31KDH3) ve “... Uyumadan önce bile karaciğer nakli yaptırıyordum” (3AH35ETFH13) şeklinde belirtmişlerdir.

4.f. Gözlem Yeteneği

Uygulamanın artı olması ile birlikte vaka içinde ameliyatı takip etmesi, gözlemlemesi kadar vaka dışından da ameliyatı izlemesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hemşire “İşim bitince başka odalara girerdim izlemek için” (1AH31KDH3) şeklinde ifade etmiştir. Cerrahlar bu konu ile ilgili olarak “Birincisi iyi izleyerek, ameliyat nasıl yapıldığını, izleyerek, ikincisi de dikkatini vererek” (12C41EÖH20), “İyi gözlem yapabilmeli, gözlem yeteneği çok önemli” (4C65ETFH37) ve “algıları açık olursa çevrede ne dönüyor, ne bitiyor hepsini takip ederse bu da öğrenmesine büyük katkıda bulunur diye düşünüyorum” (16C40KTFH17) şeklinde düşüncelerini paylaşmışlardır. Bir tekniker de “ustasını iyi izlemesi lazım, ne yaptığını, nasıl yaptığını, nerede ne yapması gerektiğini gözleyecek” (8RT43EDH5) şeklinde ifade etmiştir.

4.g. İşine Olan Sevgisi ve Bağlılığı

Ameliyathane hemşirelerinin en önemli motivasyon kaynaklarının işlerini severek yapmaları olduğu belirtilmektedir. İşini severek ve isteyerek yapması yetkinlik kazanma süreçlerini olumlu etkilemektedir. Bu konuda anestezi uzmanları “...isteyerek çalışıyor olması önemli...mesleğini sevdikten sonra zaten her şey daha kolay rutinde gidebilir” (3DRAA27KTFH3) ve “kişinin, gönülden istemesi lazım, cerrahi kolay bir şey değil, gönülle yapılacak bir şey yani istemiyorsa olmaz bence...” (1DRA41KDH18) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Cerrah “...sevmek en önemli şey yaptığın işten zevk aldığında, saatin nasıl geçtiğini anlamıyorsun ...sevmeyen yapamaz yani düşünsenize kapalı bir ortam pencere yok hiçbir şey yok, izole, sürekli aynı kişilerle muhatapsın... sevmeyen yapılmaz sevmeyen bir insan ameliyathanede duramaz bunalır” (5C52EÖH27)

ve hemşire “*Sevmek lazım, bu iş sevmeden yapılmaz... ben istekli yapıyorum*” (20AH41KEAH19) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir.

4.h. Özgüven

Hemşirenin özgüveninin gelişim sürecini olumlu etkilediği belirtilmektedir. Katılımcılarımızdan cerrah “*özgüven, yeni başlayan ameliyathane hemşiresi kendine bunu yapacağına dair telkinde bulunmuyorsa mutlaka panik yapıyor, kişilikten kişiliğe de farklı, bazı hemşireler ben yeniyim öğreneceğim diyor, bu kararlılığa sahip ama bazı hemşireler de ben ne yapacağım anksiyetesine sahip, doğru tecrübe kazanırken güven kazanmasını sağlayan şey ben öğrenme sürecindeyim, diye kendini telkin edebilmesi...*” (20CA28KTFH3) ve tekniker “*Kendine güvenen insan öğrenmeyi daha çok kabullenir. Özgüven de çok önemli yaparım demek, kendini olumlu yönde motive etmek önemli*” şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Bir hemşire görüşünü “*...Motive olmak aslında gelişmenin bir parçası, motivasyonun kırıldığı zaman da gelişime kendini kapatabiliyorsun...motive ol, yapabildiğini düşün ya da doğruyu görüp onları yapınca daha çok motive olursun, özgüveninde artar*” (16AH27KDH4) şeklinde ifade etmiştir.

4.i. İletişim Becerisi

Hemşirenin iletişim becerisinin iyi olması hem yetkinleşme sürecini hem de cerrahi süreci olumlu etkilemektedir. Bu konuyu cerrahlar “*...biraz da hani sosyal olması gerekiyor. İletişim ve konuşma becerisi iyi olmalı*” (8C43EDH20), “*Ekibiyle sohbet edebilmesi, sosyal becerileri, ameliyat öncesi ya da sonrası oturup çay içmesi, kahve içmesi, yani sosyal becerilerde çok önemli hayatta ekip birbirini daha iyi tanıyor*” (1C50ETFH23) ve “*Ekipten daha iyi faydalanabilmesi için iletişim becerisinin güçlü olması lazım, iletişim becerisi yüksek olan bir insanın eksikliğini, rahatlıkla telafi edebileceğini düşünüyorum daha hızlı ilerler, daha fazla öğrenirler. Girişken bir kişinin, sosyal ortamlarda kendini daha rahat hisseden insanların öğrenmeleri daha hızlıdır*” (15C43EDH20) şeklinde vurgulamışlardır. Tekniker de “*iletişimi kuvvetli ise daha çabuk ilerliyor,... az buçuk beceri de varsa çok çabuk adapte oluyor*” (4ANT30KDH10) şeklinde görüşünü belirtmiştir.

4.i. Aile ve Sosyal Yaşam

Aile yaşamının iş hayatını doğrudan etkilediği belirtilmektedir. Olumsuzlukların sahaya yansımaları ve gelişim sürecine yansımalarının olumsuz olduğu vurgulanmaktadır. Cerrah “...nasıl bir aileden geldiğinden başlıyor. Sevgi ortamında büyümüş, sosyal çevresi olan bir insan her ortama adapte olabilir, öğrenebilir...” (16C40KTFH17) ve hemşire “ailenin yetiştirme tarzı, çocukluk, okul dönemi, genetik yatkınlık da önemli. Herkesin EQ'su aynı değil...sosyal çevre de etken” (5AH41KEAH14) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir. Teknikerler de “...yaşamının düzgün olması lazım. Uykusu düzenli olsun, işe yorgun gelmesin ki ameliyatta dikkat dağınıklığı olmasın...” (6RT42KDH3) ve “...kişinin kendi karakteriyle alakalı, sosyal çevresiyle alakalı, yetiştiği çevreyle alakalı... her zaman yorgun, argın, uykusuz, bitkin, hayata duyarsız, ekonomik durumu kötü birinin çok verimli olacağını düşünmüyorum. Düzenli, iyi bir aile hayatın olması lazım... hayati bir operasyona giriyorsun orada uyuklaman demek cerraha/hastaya zarar vermen demek bilgisizlikten sonra hatanın en büyük nedenlerinden biri bu bence” (8RT43EDH5) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algıları ile cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinliği ve etkileyen faktörlere yönelik görüşlerinin, derin bir anlayışla anlaşılması ve yorumlanması amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızın birinci bölümünde ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik alanları, ikinci bölümde ameliyathane hemşirelerinin yetkinliğini etkileyen faktörler tartışılacaktır.

5.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinlik Alanları

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algılarını bir ölçekle değerlendirirken hemşireler dahil cerrahi ekip üyelerinin yetkin ameliyathane hemşiresine yönelik görüşlerini derinlemesine ve çok yönlü belirlemek için nitel görüşmeler yapılmıştır. Batı Akdeniz Bölgesinde şehir merkezinde bulunan özel, devlet, eğitim araştırma ve tıp fakültesi hastanelerinde bulunan cerrahi ekip üyelerini dahil etmemiz ülkemizin küçük bir temsili şeklinde de değerlendirilebilir. Ülkemizde ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerine yönelik karma yöntemle yapılmış bir çalışma olması açısından ilk olma özelliğindedir. Ameliyathane hemşireleri ve cerrahi ekip üyeleri ile yaptığımız görüşmeler bize ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik alanlarının ölçek değerlendirmesine göre çok daha kapsamlı, farklı ve detaylı değerlendirilmesine yönelik zengin bir içerik sağlamıştır. Hemşirenin yetkinlik alanlarına yönelik görüşleri ile cerrahi ekip üyelerinin görüşlerinin paralel yönde olduğu da görülmektedir. Dış ortama kapalı olan ameliyathanelerde yetkin hemşirenin önemi dikkat çekmektedir. Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik alanlarında temel bilgi ve beceriler, liderlik, empati, iş birliği, yeterlilik ve profesyonel gelişim alanlarında hemşirelerin algıları ölçekle değerlendirilmiştir. Ameliyathane hemşireleri, cerrahlar, cerrahi asistanlar, anestezi uzmanı ve asistanları, anestezi teknikerleri, röntgen teknikerleri ve ameliyathane teknikerleri ile yaptığımız bireysel görüşmeler sonucunda yetkinlik alanları, teknik, güvenlik ve teknik olmayan alanlar olmak üzere üç bağlamda değerlendirilmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik algılarının (160.86 ± 25.37) yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da ameliyathane hemşirelerinin yeterlilik algılarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Falk-Brynhildsen ve ark., 2019; Gillespie ve ark., 2018; Jaensson ve ark., 2018; Sönmez ve Ayoğlu, 2019). Ameliyathane

güvenli cerrahi bakımın sağlanması ve sürdürülmesi hemşirenin yetkinliğine bağlıdır. Hemşirelerin bu konuda kendilerine yönelik farkındalıkları ve algılarının yüksek olması yaptıkları işin sorumluluğu ve bilincinde olduklarını göstermektedir. Ülkemiz açısından İstanbul ve Batı Akdeniz Bölgesi örnekleminde düşündüğümüzde cerrahi hizmetlerin güvenli ve kaliteli verilmesinde önemli bir etken olduğu görülmektedir. Sağlık turizmi ile birçok ülke tarafından ülkemizden sağlık hizmeti alınmakta ve bu hizmetlerin cerrahi hizmetler ağırlığında olması açısından yetkin hemşirenin varlığı vazgeçilmezdir. Sağlık personeli arasında yurt dışında çalışma isteklerinin arttığı bu dönemde sahada yetişmiş ameliyathane hemşirelerinin gidecekleri ülkeler için de yetişmiş insan kaynağı olması açısından çok önemli olduğu görülmektedir.

5.1.1.Teknik Alan

Ameliyathane hemşireliğinde uzmanlık bilgisi (Wang ve ark., 2016), teknik bilgi ve becerilerin en önemli boyut olarak belirtildiği görülmektedir (Radford ve Fotis, 2018). Bu çalışmada da teknik alan cerrahi hemşireliği ve ameliyathaneye özgü bilgi ve beceriler temalarından oluşmaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin temel bilgi ve beceriler boyutunda ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde ise genel olarak ortalamaların yüksek olduğu görülmektedir. Sönmez ve Ayoğlu'nun yaptığı çalışmada (Sönmez ve Ayoğlu, 2019) ve literatürde yapılan diğer çalışmalarda da ameliyathane hemşirelerinin temel bilgi ve beceri yeterlilik algıları yüksektir (Ajourpaz ve ark., 2017; Falk-Brynhildsen ve ark., 2019; Shin ve Kim, 2021). Ameliyathane hemşirelerinin teknik becerilerini geliştirmede temel oluşturan anatominin önemi bilinmektedir (Radford ve Fotis, 2018). Bu çalışmada teknik alan yetkinliği kapsamında ameliyathane hemşiresinin anatomi bilgisi cerrahi ekip üyeleri tarafından belirtilerek, cerrahlar ve ameliyathane hemşireleri tarafından detaylı anatomi bilgisinin önemine vurgu yapılmaktadır. Bir hemşire *“anatomi bilmezseniz, malzeme hazırlarken nelerin gerekli olabileceğini de nereye ne yapılacağını da bilemezseniz...basit bir apandisit ameliyatında bile çekuma zarar verilebilir bunun farkında olmazsınız ve gerektiğinde ekibi de yönlendiremezsiniz”* şeklinde görüşlerini belirtirken anatomi bilgisinin önemini malzeme hazırlığı ve cerrahi prosedürün güvenli ilerleyişi açısından vurgulamaktadır. Ülkemizde ameliyathane hemşiresi aktif olarak cerrahi asistan olarak çalışmaktadır. Cerrahlar bu rolleri açısından da önemi olduğunu vurgulamaktadır. Bu konuda bir cerrah da *“... asiste çalışırken o*

ekartörün ne işe yaradığını, hangi organı çektiğinin bilincinde olması lazım” şeklinde konuya dikkat çekmektedir. Çalışmamızda ayrıca profesyonel gelişim boyutunda yer alan “detaylı anatomi ve fizyoloji bilgisine sahibim” maddesinde hemşirelerin algılarının (3.79±0.91) yüksek olduğu görülmektedir. Çin de yapılan çalışmada ise “tıbbi anatomi bilgisi” indeksinin ağırlığının çok yüksek olmadığı görülmüştür (Wang ve ark., 2016). Ülkeler açısından hemşirenin rolleri ve sorumluluklarında farklılıkların olabileceği düşünülmektedir. Ameliyathanede hastanın doğru konumlandırılması ve steril ekibin cerrahi alana kolay erişiminin sağlanması açısından ameliyathane hemşiresinin anatomi, fizyoloji ve ameliyat bilgisi gereklilik olarak görülmektedir (Sørensen ve ark., 2016). Ameliyathane hemşiresinin cerrahi hastalıklar bilgisinin, cerrahi prosedüre hâkim olması açısından önemli olduğu cerrahlar tarafından vurgulanmaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin “çalıştığım cerrahi bölümle ilgili bilgilerim ameliyathanedeki rolümü gerçekleştirmede bana yardımcı olur” (4.56±0.71) ve “ameliyathanedeki hastalara bakım verirken uzmanlık bilgimi kullanırım” (4.09±0.93) maddelerini yüksek puanladıkları görülmektedir. Çalışmamızda ameliyathane hemşiresinin cerrahi metodolojiyi bilmesi, hazırlıkları, sürecin planlanması, ameliyatın aşamalarının sorunsuz bir şekilde ilerlemesi, acil durumlarda hızlı müdahale açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hemşirenin bu bilgisinin ameliyat süresini de etkilediğini cerrahi asistan “...biz plağı koyduk vida koyacağız önce delici istiyoruz sonra boy ölçümü ...bunların sıralamasını biliyor olması gerekiyor. Ben istemeden onun bana gelmesi vakayı hızlandırır. Ben onu istediğimde neredeydi diye aradığında konsatrasyonumuz bozuluyor... bir anda durunca yavaşlıyorsunuz tekrar adapte olmanız gerekiyor, ameliyat süresi uzuyor” şeklinde ifade etmektedir. Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da hemşirenin topografik anatomi ve cerrahi metodoloji bilgisinin, cerrahi bakıma ilişkin sorumluluklarını yerine getirmesini ve cerrahi ekiple iş birliği yapmasını kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Blomberg ve ark., 2018).

Çalışmamızda da cerrahi asepsinin sağlanması ve sürdürülmesinde hemşirenin asepsi, antisepsi, sterilizasyon, dezenfeksiyon, enfeksiyon bilgi ve becerilere sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Literatürde de yapılan çalışmalarda da ameliyathane hemşirelerinin cerrahi enfeksiyonu önleme, asepsi ve enfeksiyon bilgisinin önemine vurgu yapılmaktadır (Jung ve ark., 2020; Wang ve ark., 2022; Wang ve ark., 2016). Bu

konuda tüm cerrahi ekip üyeleri tarafından hemşire tam yetkili olarak değerlendirilmektedir. Ameliyathanenin hazırlığı, temizliği, cerrahi malzemelerin süreç yönetimi, teknolojik ekipmanın hazırlığı, hastanın konumlandırılması, cilt antisepsisinin sağlanması, steril alanın hazırlığı, korunması ve sürdürülmesi aşamalarından sorumlu tutulmaktadır. Literatürde de cerrahi asepsi, ilkelere uygunluk, sterilite ve enfeksiyon kontrolü, ameliyathane hemşiresinin ana sorumluluk alanları olarak tanımlanmaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2021; Blomberg ve ark., 2019; Nyberg ve ark., 2021; Tank ve ark., 2019). Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin algısını ölçmek için kullandığımız ölçeğin asepsi ile ilgili maddeleri açık bir şekilde olmamakla birlikte bazı maddeleri bu kapsamda değerlendirebilir. Yeterlilik boyutunda ele alınan “ameliyathane hemşireliği terminolojisi ve terimleri konusunda uzmanım” (3.75 ± 0.92) ve “bu uzmanlık alanında (ameliyathanede) uygulama yapabilmek için yeterli bilgiye sahibim” (4.05 ± 0.84) maddelerini yüksek seviyede puanladıkları, görülmektedir. Ülkemizde Tank ve arkadaşlarının cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede kanıta dayalı güncel yaklaşımların sorgulandığı çalışmada ameliyathane hemşirelerinin bilgi puan düzeyleri orta seviyenin üzerindedir (Tank ve ark., 2019). Çalışmamızın nitel boyutunda hemşirenin teknik alan yetkinliğinde asepsi, cerrahi asepsi, antisepsi, sterilizasyon, dezenfeksiyon bilgi ve becerilerine sahip olması hemşire yetkinliğinin önemli bir alanı olduğuna dikkat çekmektedir. Hemşirenin bu konuda bilgi, beceri ve davranış boyutunda değerlendirilmesi önemlidir. Cerrahi ekip üyeleri enfeksiyon önleme becerilerini ve tekniklerini kullanmakla yükümlüdür. Optimal bir cerrahi ortamın sağlanmasında hemşirenin dikkatli olması, ayrıntılara sıkı sıkıya bağlı kalması, steril alanları denetlemesi ve gözetimi esastır (Qvistgaard ve ark., 2019). Çalışmamızda ekip üyelerinin tamamı, hemşirenin hem cerrahi ekibin hem de ek görevler kapsamında ameliyathanede bulunan bireylerin denetim ve kontrolünden de sorumlu olduğunu belirtmektedir. Cerrahi asistanlar bu disiplinde çalışan hemşirelerle birlikte ameliyatta bulunduklarında güven duygusu hissettiklerini ve konsantrasyonlarının bozulmadan süreci rahatlıkla tamamladıklarını belirtmişlerdir. Literatürde cerrahi asepsinin sağlanmasında yönergelere uyumun ekip içinde değişiklik gösterdiği görülmektedir. Cerrahi asepsi ilkelerine bağlı kalmaya ilişkin cerrahi ekip üyelerinin davranışlarının iyileştirilmesine ihtiyaç duyulduğu hemşireler tarafından belirtilmektedir. Cerrahi ve ekip üyelerini bilgilendirmesi ve uyarması hemşireden

beklenmektedir (Blomberg, Bisholt ve ark., 2015; Nyberg ve ark., 2021). Çalışmamızda da hemşirenin bu konuda ekip üyelerini bilgilendirmesi ve uyarması gerektiği ifade edilmiştir. Ameliyathane hemşireleri bu konuda sorumluluk hissettiklerini ve diğer ekip üyelerinin gerekli dikkat ve özeni gösteremediği zamanların olduğunu vurgulamışlardır. Literatürde de ameliyathane hemşirelerinin bu konuda sorumluluk duygularının yüksek olduğu görülmektedir (Nyberg ve ark., 2021). Yapılan bir başka çalışmada da ameliyathanedeki trafik akışının, asistan ve öğrencilerin kontrol ve denetiminde etkin rol aldıkları görülmektedir (Blomberg, Bisholt ve ark., 2015). Ameliyathane hemşiresi cerrahi sürecin tüm aşamalarında gerekli sterilizasyon, dezenfeksiyon, asepsi, antisepsi uygulamalarının tamamından sorumlu olması cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi açısından önemlidir. Bu konu eğitim programlarında temel ve ameliyathane özgü süreçlerin kapsamlı ve detaylı bir şekilde ele alınmasının önemine daha da dikkat çekmektedir.

Ameliyathane ortamının kendine özgü süreçleri, karmaşıklığı, teknolojik cihazların ve malzemelerin yoğunluğu açısından hastanenin diğer birimlerinden oldukça farklıdır. Bu ortamın dinamikleri ve alınan sorumluluklar açısından hemşirenin çalıştığı ortamın özelliklerine hâkim olması beklenmektedir. Ameliyathane oda düzenin sağlanması, malzemelerin ve hastanın konumlandırılması açısından önemlidir. Çalışmamızda temel bilgi ve beceriler boyutunda hemşirelerin en yüksek “ameliyathanedeki ekipmanların yerlerini bilmek ameliyathanedeki görevimi gerçekleştirmede bana yardımcı olur” (4.63 ± 0.64) maddesini puanladıkları görülmektedir. “Ameliyathanedeki ekipman ve malzemelerin yerini biliyorum” maddesini de (4.50 ± 0.71) yüksek puanlamışlardır. Çalışmamızda hemşirelerin ortama dair bilgi ve becerilerinin yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışma da ameliyathane hemşirelerinin çalıştığı ortamın gerekliliklerinin ve zorluklarının farkında oldukları belirtilmektedir (Lögde ve ark., 2018).

Ameliyathane hemşiresi, cerrahi metodoloji bilgileri ve uygulamadaki profesyonel deneyimlerine dayanarak hastanın tanısına ve mevcut cerrahi tekniğe göre doğru ekipmanın hazırlanmasını, doğru ameliyat masasının seçilmesini ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre konumlandırılmasını sağlamaktadır. Çalışmamızda “hemşirelerin cerrahi girişimi bilirim ve yapılacakları önceden tahmin edebilirim” (4.42 ± 0.72) ve

“çalıştığım cerrahi bölümle ilgili bilgilerim ameliyathanedeki rolümü gerçekleştirmede bana yardımcı olur” (4.56 ± 0.71) maddelerini yüksek puanladıkları görülmektedir. Literatürde de intraoperatif süreçte olumsuz sonuçlara ve risklere maruz kalmamak için ekip üyelerinin hemşirenin görüşüne önem verildiği belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2018; Blomberg, Bisholt ve ark., 2015). Anestezi uzmanı hastanın durumu, konumlandırılması, yapılacak işlem ve ek durumlar için ameliyathane hemşiresi ile istişare halinde olduğunu belirtmiştir. Hastanın konumlandırılması açısından masanın uygunluğu ve gerekli malzemelerin mevcudiyeti önemlidir. Ülkemizde bu konuda ameliyathane personeli aktif rol almaktadır. Ameliyathane hemşireleri salonun malzeme yönünden kontrolü ve pozisyonun verilmesinde personeli denetleyici ve yönlendirici pozisyonadadır. Literatürde de hemşirenin hastanın dosyasını inceleyerek doğru şekilde konumlandırması, basınç yaraları ve enfeksiyon riskini azaltmak gibi proaktif çalışmasının önemi vurgulanmaktadır (Eriksson ve ark., 2020). Yapılan çalışmada kıdemlerine rağmen hemşirelerin hasta konumlandırma ve gerekli malzeme ile ilgili yeterlilik algıları düşük bulunmuştur. Malzemelerin tedariki ve ameliyathanede mevcut bulunması ile ilgili sorunlar hemşirenin yönetim ve organizasyonla ilgili yetersizliklerinin bir göstergesi olarak görülmektedir (Sørensen ve ark., 2016). Hemşirenin ameliyathane ortamı, süreçler, ekipmanlar ile ilgili bilgi ve becerisinin bir bütünlük içerisinde değerlendirilmesi bu ortamın farklılıkları ve özellikleri açısından önemlidir. Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri, ameliyathane hemşirelerinin, cerrahi aletlerde hekim tercihlerinin de bilinmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırma da temel bilgi ve beceriler boyutunda en düşük ortalamaya sahip maddenin “farklı uzmanlık alanlarındaki aletlerin çoğunu biliyorum” (4.12 ± 0.85) olduğu belirlenmiştir. Literatüre paralel olarak araştırmamıza katılan ameliyathane hemşireleri, cerrahi malzeme bilgisine önem vermektedir. Bu bilginin ameliyata hazırlık sürecini ve cerrahi işlem sırasında ameliyatın aşamalarına göre hemşirenin doğru ve hızlı çalışarak intraoperatif süreyi etkilediğini belirtmektedir. Ameliyathane hemşiresi “*Vaka esnasında sağlam ve çalışır vaziyette mi?, tedarikini ve sürekliliğini sağlanmam gerekli...*” şeklinde ifade etmektedir. Cerrah katılımcılarımızdan biri hemşire yetkinliğinin hastanın aldığı anestezi süresini de etkileyebileceğini “*...hemşirenin...bilmesi....ameliyat süresini de belirgin şekilde azaltıyor...bu hem süreci, hem de çalışan personelin ve cerrahın motivasyonu müthiş*

şekilde etkiliyor... bu hasta açısından da yararlı aldığı anestezi miktarını da azaltıyorsunuz...” şeklinde vurgulamaktadır. Yapılan çalışmada ameliyathane hemşiresinin cerrahi ekipman yönetim puanı yüksek düzeyde değerlendirilmiştir (Jung ve ark., 2020). Yapılan nitel çalışmada ekip üyelerinin, ameliyathane hemşirelerinin cerrahi prosedür, ilişkili enstrümantasyon ve cerrahın bireysel tercihleri hakkında gerekli bilgiye sahip olmasını bekledikleri görülmüştür (Gillespie ve ark., 2010). Çalışmamızda ekip üyeleri, hemşirenin cerrahi aletlerin hazırlığı, kullanımı, bakımı, temizliği, düzeni ve yeniden hazır hale getirilmesi gibi cerrahi malzeme yönetim sürecinden sorumlu olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan çalışmada da cerrahi koordinasyon, cerrahi alet ve ekipmanların yönetimi ve kullanımı, hasta konumlandırma ve personel yerleştirme, ameliyathane hemşirelerinin önemli bir yetkinlik alanı olarak değerlendirilmektedir (Yu ve ark., 2022). Çalışmamıza katılan cerrahlar, kullanılan malzemelerin pahalı olduğunu ve bu konuda hemşirenin hassasiyetinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Ortopedi ameliyatları gibi implant yerleştirilen ameliyatlarda doğru implantın sağlanması, implant paketi açılmadan ve steril alana teslim edilmeden hemşirenin mutlaka kontrol etmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Nyberg ve ark., 2021). Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi işlemler sırasında organizasyonel kaynakları uygun şekilde tahsis etme ve kontrol etme becerilerine hâkim olmalarının gerekli malzeme hazırlığını yaparak ameliyatın zamanında başlamasını ve cerrahi alet ve malzemelerin maliyet etkin kullanılmasını sağladığına dikkat çekilmektedir (Park ve Chang, 2019). Ameliyathane verimliliğini arttıran cerrahi aletlerin ve ekipmanın yaşam döngüsü yönetimini içeren sistemsel yazılımlarda ameliyathane hemşiresinin bilgi ve becerisi ile süreçte yer alması önemlilik arz etmektedir (Dai ve ark., 2021). Hastanelerde cerrahi malzeme kaynak yönetimi sürecinde ameliyathane hemşiresinin aktif rol alması cerrahi sürecin güvenli bir şekilde ilerlemesi ve maliyet etkinlik gibi birçok açıdan olumlu katkıları olacaktır.

Ameliyathaneler birçok teknolojik cihaz, alet ve malzemenin bulunduğu ortamlardır. Çalışmamızda ekip üyelerinin tamamı ameliyatta kullanılacak teknolojik cihazların kurulumu, hazırlığı ve bakımını hemşirenin yapması gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızın nicel kısmında ameliyathane hemşirelerinin algılarına baktığımızda “ameliyathanede kullanılan teknolojik ekipmanı tanıyorum” maddesini (4.36 ± 0.73) yüksek puanladıkları görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ameliyathane hemşirelerinden

gerekli ekipman ve malzemelerin yeterli miktarda bulunmasını, hazırlanmasını, kullanıma hazırlığı için test edilmesi ve kontrol etmesi beklenmektedir (Blomberg ve ark., 2018; Gutierrez ve ark., 2018). Ameliyathanede ekipman ve cihaz yönetiminin hemşirelik bakımının önemli bir yönü olduğu ifade edilmektedir (Blomberg, Bisholt ve ark., 2015). Hemşirenin teknik yeteneği, ekipmanı kullanmaya olan güvenini, operasyona yardım etmesini ve sürecin olumlu bir şekilde işlerliğini sağlamaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin teknik beceri eksikliğinde, rutin işlemlere yardımcı olamama ve alet, ekipman ve makinelerin çalışmasında sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmektedir (Elgaard ve ark., 2014). Çalışmamız da ameliyathane hemşirelerinin makine veya ekipman arızaları söz konusu olduğunda sorunları giderir ve uygun girişimlerde bulunurum maddesini (3.55 ± 1.10) puanladıkları ve bulunduğu boyut açısından en düşük puanı aldığı görülmektedir. Hemşirenin bu konudaki bilgi ve becerisi ile hazırlık sürecini kolaylıkla organize ettikleri ve ameliyat sırasında gelişebilecek herhangi bir durumda çözüm odaklı oldukları hemşireler tarafından belirtilmektedir. Gelişmiş cerrahi ortamda ameliyathane hemşirelerinin teknoloji hakkında uzman bilgisine sahip olmaları, güvenli hasta bakımı sağlama ve meslektaşlarını yetiştirme açısından kritik önem arz ettiği belirtilmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin tıbbi teknolojiye yetkinliğinin geliştirilmesine öncelik verilmesinin vurgulandığı görülmektedir. (Smith ve Palesy, 2018). Ameliyathanelerde teknolojinin kullanımı hızla artıyor. Teknolojiyi anlamak ve kullanmak teknik bir beceri seti ile fizyolojik bilgi, biyomedikal mühendislik ilkeleri, yazılım ve ergonomi kavramlarının kombinasyonunu gerektirir. Literatürde cerrahi hemşirelerinin teknoloji, robot teknolojisi yazılımlarının tasarlanmasından, uygulaması, güncellenmesi, kullanılabilirlik, değerlendirmesine ve satın alma kararlarına kadar tüm aşamalarda giderek daha fazla dahil olma fırsatlarının olduğu belirtilmektedir. Ameliyathane hemşireliğinde teknolojik süreçlere ilişkin bilgi gerekliliğinin arttığı belirtilmektedir (Luck ve Gillespie, 2017; Saletnik, 2018).

Çalışmamızda ameliyathane hemşiresinin cerrahi asistanlık becerisi, cerrahlar, cerrah asistanları, ameliyathane hemşireleri, anestezi uzmanları ve teknisyenler olmak üzere tüm cerrahi ekip tarafından vurgulanmaktadır. Cerrahi hemşire asistanları, cerrahi müdahaleler yapan hekim olmayan klinisyenler olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi asistanlığı, gelişmiş ve genişletilmiş bir cerrahi hemşireliği uygulama rolüdür. Ülkeler arasında farkı

uygulamaları ve isimlendirmeleri bulunmakla birlikte, cerrahi bakımın tüm aşamalarında (preoperatif, intraoperatif, postoperatif) önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (Pika ve ark., 2021). Cerrahi asistan hemşireler, cerrahi süreçte rol ve sorumluklarını yerine getirecek bilgi ve becerilere sahip deneyimli ameliyathane hemşireleridir (Hall ve ark., 2014). Ülkemizde de sahadaki ameliyathane hemşirelerinin cerrahi asistanlık rol ve sorumluluklarının diğer ülkelere benzer olduğu görülmektedir (Bartone, 2018; Degon, 2010; Hains ve ark., 2016, 2017a, 2017b; Hall ve ark., 2014). Özellikle devlet ve özel hastanelerde asistan cerrahlar bulunmadığı için ameliyathane hemşireleri asistanlık yapmaktadır. Cerrahlar, bu konuda hemşirelerden beklentilerinin yüksek olduğunu ve hemşire olmazsa bu süreci yönetmekte çok zorlanacaklarını belirtmektedir. Bu konuda cerrahlar “...cerrahi yeteneklerinin de olması gerekli, ...farklı dikiş teknikleri ve doku tamir tekniklerini de bilmeli, bunları lüzum halinde yapacak yetkinlikte olmalı. Yani cerraha o an ameliyat esnasında yardımcı olabilecek, bir sıkıntı olursa ameliyatı tamamlayacak yetkinlikte olmalı. Benim iki elim var ben hemşireyi üçüncü bir el, ekstra bi kontrol ve yardım mekanizması olarak görürüm” ve “Özellikle özel sektörde çalışırken asistanımız olmadığı için ameliyatı hemşirelerin yardımıyla yapıyoruz...dolayısıyla hemşirelerden beklentimiz biraz daha fazla...” ifadeleri ile görüşlerini belirtmişlerdir. Tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanelerinde asistan bulunmasına rağmen cerrahlar ve cerrahi asistanlarda hemşirenin zaman zaman asistanlık yaptığını ve yapması gerektiğini belirtmektedirler. Cerrahi asistan “...hemşirenin asiste edebilecek kadar bilgi ve beceri sahibi olması cerrahi prosedürün gidişatını çok anlamlı şekilde etkiliyor. Bazen olağandışı şeyler oluyor ekstra bir ele ihtiyaç duyuyorsun. Böyle durumlarda hemşire olayı ve boyutunu algılayıp cerrahi alana müdahale edebilecek durumda olması önemli” şeklinde konuya vurgu yapmaktadır. Cerrahi prosedürlerin artan karmaşıklığı, cerrahi eğitimi etkileyen değişiklikler, yüksek standartlarda hasta bakımı sağlamak için cerrahi hemşire asistanlığına olan ihtiyacı daha da arttırmaktadır. Ameliyathane hemşiresinin cerrahi asistanlık becerisi ulusal ve uluslararası önemlilik arz etmekte ve ivme kazanmaktadır. Cerrahi hemşire asistanların en fazla tutulduğu uzmanlık alanları sırasıyla ortopedi, genel cerrahi (Hains ve ark., 2016, 2017b) ve jinekolojidir. Cerrahi hemşire asistanlar, Avustralya'daki hastalara sunulan yüksek cerrahi bakım standartları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Bartone, 2018). Cerrahi hemşire asistan rolü uluslararası olarak

farklı yapılandırmalara sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda, Avustralya, bazı Avrupa ülkeleri gibi benzer bir sağlık hizmeti standardı sağlayan ülkeler benzer uygulama standartlarına sahiptir (Hains ve ark., 2017a). Cerrahi asistan hemşirelerin *"ameliyathane hazırlık süresinin"* ve *"gerçek operasyon süresinin"* azalmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Gelişmiş uygulama görevleri ile ameliyathane verimliliğine, maliyet tasarrufuna ve genç hemşirelere mentörlük yaparak sağlık sistemi içinde değerli bir kaynak olarak görüldüğü belirtilmektedir (Hains ve ark., 2016). Çalışmamıza katılan ameliyathane hemşiresi *"asiste çalışıyorsanız (devlet hastanesi, özel)...ameliyat esnasında cerrahi bilgi ve becerisiyle de yardımcı olabilecek kapasiteye sahip olmalısınız. Bu çok önemli bence istenen, aranan hemşire oluyorsunuz"* şeklinde asistanlık rolünün önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamıza katılan cerrah ve hemşireler, literatüre paralel olarak, yetkin ameliyathane hemşiresinin ameliyat sürecini etkilediğini vurgulamaktadırlar. Yapılan sistematik derlemede cerrahide üstün teknik performansın intraoperatif komplikasyonlar, morbidite ve mortalite gibi hasta sonuçlarını olumlu etkilediği bildirilmektedir (Fecso ve ark., 2017). Laparoskopik inguinal herni onarımı ve primer tek taraflı total kalça artroplastisi uygulanan hastaların tıbbi cerrahi asistanı veya tıbbi olmayan cerrahi asistan seçimini kendilerinin yaptığı ve ameliyathanede verilen bakımın karşılaştırıldığı pragmatik, retrospektif, gözlemsel bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada hastalara danışman cerrah, tıbbi cerrahi asistanı veya tıbbi olmayan cerrahi asistanı tarafından verilen intraoperatif bakım, grupların yaş, cinsiyet ve ASA (American Society of Anesthesiologists-Amerika Anestezistler Derneği) puanları açısından benzer bulunmuştur. Medikal cerrahi asistan grubunda daha fazla acil işlem ve cerrahi hemşire asistan grubunda daha fazla kalça ameliyatı yapıldığı belirtilmektedir. Hastaların intraoperatif süre, ameliyathane süresi, yoğun bakıma kabul, hastanede kalış süresi, eve taburcu olma ve 28 gün içinde hastaneye yeniden yatış klinik sonuç değerlendirmesinde cerrahi asistan türleri için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Klinik sonuç değerlendirmelerinin her iki grupta benzer olduğu belirtilmektedir (Hains ve ark., 2021). Çalışmamızda, sadece bir cerrah hemşirelerin asistan rolüne karşı olduğunu ifade etmiştir. Ameliyathane hemşirelerinden biri ise cerrahi asistanlık rolünün ameliyathane hemşireliğinin görev tanımında netleştirilmesini çok önemli olduğunu belirtmiştir. Bazı ülkelerde de benzer

sorunların olduğu görülmektedir. Cerrahi hemşire asistanlık rollerinin tanınması, düzenlenmesi ve sertifikalandırılmasına yönelik destek ve çalışmalar hemşirelerin yüksek düzeyde yetkinliğe sahip olmaları açısından önemli görülmektedir (Hains ve ark., 2017b). Hemşirenin, cerrahi asistan rollerini yerine getirebilmesi, lisansüstü düzeyde akademik eğitim gerektirmektedir (Hains ve ark., 2016, 2017b). Ülkemizde ameliyathane hemşireliği eğitim programlarının sınırlı olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmeti ortamındaki değişiklikleri karşılamak için “hekim olmayan klinisyenlere” duyulan ihtiyaç, sağlık profesyonellerinin rollerine ilişkin sınırların tanımlanamamasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık bakımındaki değişiklikler ve sahip olunan kaynaklar ışığında hemşireler, güvenli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti sunumu için önemli bir sağlık profesyoneli olarak kabul edilmektedir. Bu tür görev transferlerinin sağlık hizmetlerini güçlendireceği hakkında görüşler bulunmaktadır (Hains ve ark., 2018). Yapılan çalışmada hemşireler, cerrahi asistan eksikliği ve bir uzmanlık alanı olarak cerrahi hemşire asistanlık rolü için kendilerini geliştirme ve daha iyi hizmet sunma kapsamının farkında olduklarını belirtmektedir. Birlikte çalıştıkları cerrahlarında lisansüstü eğitim yoluyla klinik uygulamalarının kapsamını genişletmeleri için aktif olarak teşvik ettikleri ve cerrahi hemşireliği asistanlık eğitimine sahip hemşirelerle çalışmayı tercih ettikleri görülmektedir. Cerrahi asistanlık becerisinin, ameliyathane hemşireliğinin gelecekteki rollerinin önemli belirleyicisi olacağı ön görülmektedir. Bu rol kapsamında sahip oldukları beceri ve niteliklerin, bütünsel bakımın sürekliliği açısından hasta ve cerrahi ekip üyelerine fayda sağladığı savunulmaktadır (Lynn ve Brownie, 2015). Cerrahi asistanlık rolünün ülkemizde dahil olmak üzere tüm dünyada önemli bir ihtiyacı karşıladığı görülmektedir. Cerrahların bu rolün gelişimi için eğitim programlarına hemşireleri yönlendirmesi dikkat çekicidir. Ameliyathane hemşireliği eğitim programlarının içeriğinde bu role yönelik eğitimlerin düzenlenmesi gerekmektedir. Ulusal ve uluslararası akademik ve dernek çalışmalarında bu rolün resmi olarak tanımlanması önemli bir gerekliliktir.

5.1.2.Güvenlik

Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerini daha verimli, uygun maliyetli ve güvenli hale getirmeyi amaçlasa da hasta ve çalışan güvenliği açısından tehditler oluşturabilmektedir. İnsan faktörleri, ergonomi ilkeleri, teknolojiye entegrasyonun

hemşirelerin çalışma ortamları ve hasta ve personel güvenliği üzerindeki kararlara katkıda bulunmaları açısından önemlidir (Saletnik, 2018). Çalışmamızda ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında ameliyathane hemşirelerinin yetkinlikleri temel olarak değerlendirilmektedir. Bir hemşirenin bu konuda ameliyathane hemşirelerini ev sahibi olarak nitelendirdiği görülmektedir. Ameliyathane hemşireleri hasta güvenliği ile ilgili sorumluluklarının farkında ve rollerini gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Cerrahi ekip üyeleri de hemşirenin cerrahi sürecin bütünlüğünü sağlayarak çok yönlü bir şekilde bu sorumluluklarını yerine getirdiklerini vurgulamaktadır. Bu konuda bir cerrah *“Yetkin bir ameliyathane hemşiresi, hastanın ameliyathaneye girmesinden, hazırlanmasına, cerrahinin güvenli bir şekilde yapılması için gerekli tüm işlemleri yapar ...hemşirenin yetkin olması ameliyatın daha güvenli yapılmasını sağlayabilir”* şeklinde görüşünü ifade etmektedir. Yapılan çalışmada da deneyimli ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik tehditleri belirlemede kilit bir konumda olduğu belirtilmektedir (Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018). Ameliyathane hemşirelerinin hasta bakımına ilişkin sorumlukları; hastanın risklere maruz kalmamasını sağlamak, hastanın vücudunu korumak, cerrahi ekipteki çalışmaları sistematik olarak planlayıp organizasyonu sağlamak olarak belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2018). Cerrahi süreçler hakkında ameliyathane hemşiresinin derinlemesine bilgisi cerrahide standartların ilerlemesi ve hasta güvenliği için çok önemli bir ön koşul olarak görülmektedir (Bernhard Glaser ve ark., 2022). Çin de yapılan çalışmada ameliyathane hemşireleri uzmanlık bilgisi kapsamında güvenlik indeksi düşük değerlendirilmiştir (Wang ve ark., 2016). Güney Kore'deki küçük ve orta ölçekli hastanelerdeki ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği farkındalığının düşük olduğu belirtilmektedir (Cho ve ark., 2022). Ameliyathane hemşirelerinin algılarını ölçmek için kullandığımız ölçekte hasta güvenliği bir boyut olmamakla birlikte empati boyutunda yer alan maddeleri bu kapsamda da düşünebiliriz. “Sözlü ve sözlü olmayan yöntemler kullanarak hastalara güven veririm” (4.25 ± 0.87), “hastayı daha rahat hissettirmek için uygun yöntemler kullanırım” (4.27 ± 0.88), “ameliyathanede hastalara güven verir ve gerekli açıklamaları yaparım” (4.30 ± 0.90) maddelerini yüksek puanladıkları görülmektedir. Hasta ile iletişim kurmalarının hastanın kendini güvende hissetmesi açısından ekip üyeleri tarafından önemli olduğu belirtilmektedir. Anestezi teknisyenleri ve cerrahlar, ameliyathanede hemşirenin hasta ile iletişimin sınırlı olduğunu

vurgulamıştır. Ameliyathane hemşireleri de bu sınırlılığın farkındadır. Hasta güvenliği açısından hemşireler hasta ile iletişim, hasta mahremiyeti ve hasta savunuculuğuna özen gösterilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Hemşire katılımcımız bu konuda *“Hasta, mahremiyetine saygılı olunmalı. İletişim kurarak, onun güvende olduğunu hissettiriyorsun... hasta uyuyor, kendinde değil ya da bilincinde değil ama sen onun hayatını, haklarını, gizliliğini koruyorsun”* şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Ameliyathanede yapılan çalışmada öğrenciler, uygulamada gözlemledikleri onursuz bakımı, profesyonel olmayan eylemler ve aşağılayıcı davranışlar olarak deneyimlediklerini ifade etmektedirler. Çalışmada, cerrahi ekip üyelerinin profesyonel olmayan eylemleri; hastayı, endişesini ve ağrısını görmezden gelme ve hastayı bir nesne gibi ele almaları olarak belirtilmiştir (Willassen ve ark., 2014). Öğrenci hemşirelerle yapılan çalışmada, ameliyathane hemşiresinin hastanın itibarını korumak, hastayı tanımak ve kültürünü öğrenmek için ameliyattan önce zaman ayırdığı, tıbbi kayıtlardan bilgi topladığı, hastanın yaşamı, bedeni, sorunları ve ihtiyaçlarıyla ilgili hikayesini dinlediği belirtilmektedir. Öğrenci hemşireler, hasta ve hemşire arasındaki iletişimin güvene dayalı olduğunu gözlemlemişlerdir (Blomberg, Willassen ve ark., 2015). Yapılan çalışmada ameliyathane hemşireleri, ameliyathane ortamında hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin yoğun endişe yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca hastanenin diğer servislerinde olduğu gibi ameliyathanede de hemşire ve hekimlerin, hasta için yararlı olduğu ölçüde hastaların kararlarına, tedavi yöntemleri, cerrahi ve anestezi yöntemlerini seçme haklarına saygı gösterilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Aghamohammadi ve ark., 2021). Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği açısından farkındalıkları yüksek olmasına rağmen iletişimlerinin sınırlı olması dikkat çekicidir. Hasta ile iletişimlerinin artırılmasına yönelik hemşirelerin iş planlaması becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik eylemlerin geliştirilmesinde hemşire öne çıkmakla birlikte, multiprofesyonel ekip ve kurum yöneticilerinin katılımı gereklidir. Hemşireler, ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde cerrah ve anesteziistlerin bu sürece daha fazla katılım sağlamaları gerektiğine vurgu yapmaktadır (Gutierrez ve ark., 2018). Çalışmamızda hemşireler, güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımını, hasta güvenliği uygulamaları kapsamında vurgulamışlardır. Ancak ekip üyelerinin bu konuda yeterli uyum göstermediğini de ifade etmişlerdir. Özellikle anestezi

grubunun ekip içerisinde yer almakta isteksiz oldukları belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmada da benzer şekilde cerrah ve anesteziist grubunun hasta güvenliğine yönelik tutumları daha düşük bulunmuştur. (Yalçın Akgül ve Aksoy, 2021). Yapılan çalışmada güvenli cerrahi kontrol listesinin ekip olarak değil ameliyathane hemşireleri tarafından bireysel kontrollerle tamamlandığı görülmüştür (Gillespie ve ark., 2016). Cerrahi ekip üyelerinin hasta güvenliği ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmesine yönelik yaklaşım ve uygulamalarda ekip üyelerinin birlikte bulunmasına yönelik düzenlemeler daha etkili olabilir.

Ameliyathane hemşireleri ayrıca anestezi indüksiyonlarından, cilt insizyonlarından ve ameliyathaneden ayrılmadan önce “mola” uygularlar. Hastayı ve ameliyat yerini doğrulama, cerrahi ekipman, malzeme ve gazlı bez hazırlama, ameliyat sırasında elektrikli koter makinesini kontrol etme, oksijen ve oksitleyici ajanlarla ilişkili riskleri değerlendirme görevlerini de sürdürürler (Coletto, 2018; Hey ve Turner, 2016). Çalışmamızda akademisyen cerrah katılımcılarımızdan biri, cerrahi mola uygulamasının çok önemli olduğunu, cerrahi eğitimin önemli bir parçası olarak gördüğünü ancak istenilen düzeyde yapılmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda ekip üyeleri hasta güvenliği kapsamında, malzeme temini, ekip iletişimi, koordinasyonu, hastanın ameliyathaneye gelişinden ayrılmasına kadar tüm süreçte sorumluluklarının olduğu, malzeme sayımları ve patolojinin önemine vurgu yapmışlardır. Literatürde de cilt kapatılmadan önce hemşirenin tüm malzemeyi kontrol ederek sayımı tamamlaması, hasta bakımının ve mesleki sorumluluğun bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Bastami ve ark., 2022; Blomberg, Bisholt ve ark., 2015; Gillespie ve ark., 2016). Yapılan çalışmada, cerrahi ekip üyelerinin cilt kapanma aşamasında hızlı ve aceleci davranmalarının, hemşirenin bu sorumluluğunu yerine getirirken zaman baskısı yaşamalarına neden olduğu ifade edilmektedir (Markström ve ark., 2020). Hemşireler, ameliyathanede yeterli zamanlarının olmamasını, kaliteli bakım sağlanmasına yönelik en büyük tehditlerden biri olarak algılamaktadır. Organizasyonel faktörler ve zaman kısıtlılığı, ameliyathane hemşirelerinde memnuniyetsizlik yaratmaktadır (Eriksson ve ark., 2020). Çalışmalarda, hasta güvenliğini sağlamak için hasta ile iletişim kurmanın, cerrahi ekip ile iş birliği halinde olmanın, meslektaş desteğinin hayati önem taşıdığı vurgulanmaktadır. İletişimle ilgili yaşanan sıkıntıların hasta güvenliğini tehdit edebileceği ve hata artışına

yol açabileceği belirtilmektedir (Behzad ve Elahe, 2022; Eriksson ve ark., 2020). Çalışmamızda bir anestezi teknisyeni, sayımlarla ilgili cerrahların hemşirelere olumsuz yaklaşım sergilediğini belirtmiştir. Hemşireler, malzeme ve gazlı bez sayımlarıyla ilgili kayıt yaptıklarını vurgulamışlar ve sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Literatürde de benzer sıkıntıların ve çatışmaların yaşandığı, farklı mesleki becerilere güven ve saygı duyulmayan ekiplerde enfeksiyon riskinin arttığı belirtilmektedir (Munday ve ark., 2015; Qvistgaard ve ark., 2019). Cerrahi ekip içerisinde ameliyathane hemşirelerinin meşruiyetinin artırılması ve sabit ekiplerin oluşturulması bakım güvenliğini olumlu etkileyebilir (Qvistgaard ve ark., 2019). Bir hemşire *“Ekibinin iyi olması, güven veriyor”* şeklinde ifade ederken cerrahın bu konudaki yaklaşımın çok önemli olduğunu ve ekibin birbirine güven duyması ve bağlılığı açısından çok etkili olduğunu belirtmiştir.

Yapılan çalışmada ameliyathane hemşireleri, hasta bakım sürecinde yapılan hatanın, hasta ve aileleri için onarılamaz ruhsal ve bedensel zararlara yol açabileceğini belirtmişlerdir (Bastami ve ark., 2022). Eklem replasman cerrahisine ilişkin çalışmada ameliyathane hemşireleri, hataları raporlamanın hasta güvenliğinde gerçek bir iyileştirme sağlamadığını vurgulamışlardır (Nyberg ve ark., 2021). Ameliyathanede hataların önlenmesi, bildirilmesi ve bu konuda farkındalık kazandırılması hasta güvenliği için önem taşımaktadır. Yapılan çalışmada ameliyathane ortamında herhangi bir hata yapıldığında cerrahlar dâhil her bir ekip üyesi hataları bir utanma kaynağı olarak görmekte ve olayları raporlamadıklarını ifade etmektedirler (Aydemir ve Yıldırım, 2016). Çalışmamızda spanç sayımları ile ilgili bir sorunla karşılaşıldığında hekimin olumsuz tepkisine rağmen mutlaka ifade edildiği ve kayıt altına alınması hata raporlamasında hemşirenin hassasiyetini göstermektedir. Çalışmamızda cerrahi hatalarla ilgili daha detaylı veriler bulunmamaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği kültürünün cerrahi hatalar ve bildirimlerle ilgili çalışmaların önemi artmaktadır. Literatürde olumsuz olayları kayıt altına almamanın nedeni olarak güven sorunu yaşamaları ve yönetim tarafından suçlu aranması ve cezalandırılması yaklaşımındaki korku nedeniyle olduğu belirtilmektedir (Aydemir ve Yıldırım, 2016; Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018). Ülkemizde yapılan çalışmada yoğun bakım ve ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algısının orta düzeyde olup, ameliyathane hemşireleri en yüksek puanı çalışan davranışı alt boyutunda ve en düşük puanı ise olumsuz olay raporlama sistemi alt

boyutunda aldıkları belirtilmektedir (Rizalar ve Topcu, 2017). Yapılan çalışmada hemşireler, ramak kala olayları, ortopediste bildiriminin güven gerektirdiğini ifade etmişlerdir. Hemşireler, hasta güvenliği ve rahatlığında büyük sorumluluk hissettiklerini vurgulamışlardır (Nyberg ve ark., 2021). Çalışmamızla paralel olduğu görülmektedir. Kuruluşlar, verimlilik-güvenlik dengesini sağlayarak, cerrahi ekipler üzerinde aşırı zaman baskısı yaratmaktan kaçınmalıdır. Verimlilik hedeflerine ulaşmaya çalışırken güvenlik kontrollerini atlama veya güvenli olmayan geçici çözümler sunma risklerini azaltmalarının önemli olduğu belirtilmektedir (Carthey, 2019). Sağlık kurumlarında yeterli bir yapı, hasta güvenliği uygulamalarının geliştirilmesi için kritik öneme sahiptir (Gutierrez ve ark., 2018). Hasta güvenliğine yönelik olarak havacılıkta kullanılan kara kutunun, bir hastane ameliyathanesinde kullanımı ile ilgili hastaların, cerrahi ekibin ve üst düzey liderlerin görüşleri değerlendirilmiştir. Klinisyenlerden bazıları özellikle vakaları geciktireceğini, ameliyathanedeki baskıyı artıracığını, insanların birbirleriyle farklı etkileşimde bulunabileceği veya daha az rahat olabileceği ve personele yönelik cezai işlemlere veya medikolegal sorunlara yol açabileceğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların çoğu ise Ameliyathane Kara Kutusunun bakım ve hasta güvenliği süreçlerini iyileştirmek için bir sağlık uzmanı olarak rollerine uyduğunu bildirmiştir. Bu inancın en güçlü olduğu meslek grubunun hemşireler olduğu görülmektedir (Etherington ve ark., 2019). Hastanelerde artan hasta sayısı ve iş odaklı çalışma koşullarının yansımalarının yapılan görüşmelerde ifade edildiği görülmektedir. Bu yaklaşımın hemşirenin yetkinleşme sürecine olan olumsuz etkilerinin dolayısı ile hasta güvenliğini de etkileyeceği dikkate alınmalıdır.

Cerrahi ekip üyelerinin bireysel hedef farklılıklarının incelendiği çalışmada, ameliyathane hemşireleri ve hemşire anesteziistler için en yüksek öncelik, çalışan memnuniyeti, cerrahlar için ise ekonomi ve verimlilik (%37) ile tıbbi bakım kalitesi (%34) olduğu bulunmuştur (Hoepfer ve ark., 2017). Ameliyathane ortamının, birçok risk ve tehlike barındırdığı, bu nedenle çalışan güvenliğinin önemli olduğu belirtilmektedir. Hemşireler kendi güvenliği ve ekip üyelerinin güvenliği konusunda sorumluluk hissetmektedirler. Ameliyathanede, anestezi gazı, radyasyon, kimyasallar, elektrikli ve elektronik ekipman kullanımına bağlı riskler, kesici delici alet yaralanmaları, enfeksiyon bulaşı, uzun süre ayakta ve uygunsuz pozisyonlarda kalma, uzun süre güç gerektiren ekartasyon yapma gibi

birçok risk faktörüne maruz kalmaktadırlar. Ameliyathanedeki risk faktörlerine yönelik yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar elde edilmektedir (Akkaya ve Karadağ, 2021; Hey ve Turner, 2016; Yu ve ark., 2022). Fiziksel güç gerektiren ortopedi ameliyatlarında hekimlerin, kadın hemşirelerin cinsiyetini dikkate almadan yüksek fiziksel güç bekledikleri belirtilmektedir. Bir hemşire katılımcımız, hekimleri kadın olduklarını unutmamaları konusunda uyardıklarını ifade etmiştir. Cerrahlar ameliyathanenin tüm güvenlik ve konforundan hemşirenin sorumlu olduğunu dile getirmektedir. Çalışmamızla paralel olarak bir çalışmada, ameliyathane hemşirelerinin uzun süre ayakta kalma, aynı pozisyonda uzun süre kalma ya da hareketin kısıtlanması, vücudun bazı bölümlerinin aşırı zorlanması/yük binmesi durumlarının süreklilik arz eden ergonomik risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Akkaya ve Karadağ, 2021). Çalışmamızda ameliyathanenin kapalı ortam olmasının etkilerine de vurgu yapılmıştır. Yapılan çalışmada da ameliyathanelerde pencereler ve gün ışığına erişim bulunmadığı, cerrahi tekniklerin ilerlemesiyle cerrahinin, giderek daha fazla oranda karanlıkta yapıldığı ve hemşirelerin ameliyathanede geçirdikleri sürede zaman ve mevsim algısının kaybolduğu, psikolojik ve fiziksel olarak olumsuz etkilendikleri, yorgunluk, konsantre olma yeteneğinde azalma ve ayrıca görme yetisinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu belirtilmektedir (Golvani ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda da ameliyathanelerin çok stresli, izole, ağır çalışma koşulları ve uzun çalışma saatleri olan bir ortam olduğu belirtilmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin, sosyal ilişkilerinin azaldığı, düzensiz beslendikleri, bedensel ve fiziksel risklere maruz kaldıkları belirtilmektedir (Akalin ve Modanlıoğlu, 2020; Akkaya ve Karadağ, 2021). Yüksek verimlilik gerektiren ameliyathane ortamında hemşirenin sağlıklı olabilmesi için çalışma ve ortam koşullarının yönetim tarafından güvenli hale getirilmesi gerekmektedir. Sağlık yöneticilerinin bu konudaki farkındalıkları ve yaklaşımları kurumlarda güvenlik kültürünün oluşması açısından temel faktördür.

5.1.3. Teknik Olmayan Alan

Çalışmamızın nitel bölümünde cerrahi ekip üyelerinin, ameliyathane hemşirelerinin teknik olmayan yetkinlik alanlarını; profesyonellik, durum farkındalığı, lider yönetici, iletişim becerisi, ekip çalışması ve iş birliği ile kişisel nitelikler temaları ile ortaya koyduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarının, literatür ile paralel olduğu görülmektedir (Aghamohammadi ve ark., 2021; Gillespie ve ark., 2017; Gillespie ve ark., 2012; Hanssen

ve ark., 2020; Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018; Kang ve ark., 2014; Leuschner ve ark., 2019; Mitchell ve ark., 2011, 2012, 2013; Radford ve Fotis, 2018; Raison ve ark., 2017; Redaelli, 2018; Shin ve Kim, 2021; Siu ve ark., 2016; Skråmm ve ark., 2021; Torabizadeh ve ark., 2018; Torres-Alzate ve ark, 2020; Yoshida ve ark., 2015).

Sürekli inovasyonun kendine özgü getirdiği teknolojilerin ameliyathaneye yansımaları, cerrahi sürecin artan karmaşıklığı ve yoğunluğu cerrahi ekibin teknik alanlardaki yetkinliği ile birlikte teknik olmayan alanlardaki yetkinliğini de etkilemektedir. Teknik bilgi ve becerilerin güvenli bir şekilde sunulmasını sağlayan bilişsel, sosyal ve davranışsal becerilerin önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Bu alanlardan herhangi birindeki eksiklikler önemli komplikasyonlara veya ölüme neden olabilir (Stucke ve Rosenkranz, 2021). Çalışmamızda ekip üyelerinin tamamı hemşirenin teknik olmayan yetkinlik alanlarını vurgulamaktadır. Hemşirenin bilişsel, sosyal ve davranışsal becerilerinin hem gelişim süreci açısından hem de güvenli cerrahi bakımın verilmesinde önemine dikkat çekmektedirler.

Çalışmamızda cerrahi ekip üyelerinin profesyonelliği, hemşirenin meslek etiği ilkelerine uyması, iş disiplini, bireysel sınırlara saygılı olması, işini sevmesi, gelişime açık olması ile özgüven ve motivasyona sahip olması olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Ameliyathanenin hiyerarşik bir düzeni olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda bu hiyerarşik yapıya hemşirenin uyması, disiplinli çalışması, cerrahi ekip üyelerine saygılı olması ve cerrahi disipline uyması beklenmektedir. Tarihsel olarak da ameliyathane, cerrahın tek lider olduğu hiyerarşik bir düzende yapılandırılmıştır. Ameliyatların hazırlanması ve zamanlaması ile ilgili kararlar genellikle bir anestezi uzmanıyla paylaşılırken, ameliyat başladığında cerrahın rolü birincildir. Operasyon sırasında ekibin diğer üyeleri ortama gelip gidebilirken cerrah sürekli oradadır ve liderdir (Wakeman ve Langham, 2018). Ülkemizde yapılan çalışmada ameliyathane ortamında genelde katı bir hiyerarşik yapının olduğu ve cerrahların dışındaki diğer ekip üyelerinin de hiyerarşiden yana olduğu görülmektedir (Aydemir ve Yıldırım, 2016). Çalışmamızın nicel alanında, ameliyathane hemşirelerinin ekibin diğer üyelerinin uzmanlık düzeylerine saygı gösteririm maddesini yüksek puanladıkları (4.61 ± 0.67) ve ilişkili olduğu iş birliği boyutunun ise en yüksek puanlanan madde olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin ekip üyelerine saygı konusunda çok

hassas davrandıkları düşünülebilir. Ekip üyelerine farklı gereksinimleri, yetenekleri ve istekleri olan bireyler olarak davranırım maddesini de yüksek puanladıkları görülmektedir (4.20 ± 0.86). Görüşmelerde de hemşireler hiyerarşinin ve saygının çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu konuda hemşire katılımcımız görüşünü “...ameliyathane hiyerarşidir ... bunu bilmeli, ...işine hâkim olmalı ...en önemli kriterler bilgili, becerili ve saygılı olmak...” şeklinde ifade etmiştir. Hiyerarşi, etkili ekip çalışması için hayati öneme sahiptir, ancak genellikle bu terimle ilişkilendirilen kötü niyetli davranışlarla karıştırılmamalıdır (Wakeman ve Langham, 2018). Ameliyathane hemşiresinin cerrahın olumsuz tavırlarında bireysel sınırlarını koyarak uygun bir zaman, zemin ve tarzda tepkisini göstermesi gerektiği özellikle bazı cerrahlar tarafından vurgulanmaktadır. Bu konuda akademisyen cerrah katılımcımız“...kişisel haklarına karşı özlük haklarına karşı bir saygısızlık olursa bunu asla tolere etmemeli...bu toleranstan çıkıyor, karşısındakilerin bunu hak görmesine neden oluyor, asla izin vermemeli ve tavrını koymalıdır. Bunu asla kabul etmeyeceğini ameliyat esnasında değil de ameliyat sonrasında, bildirmelidir. Yeter ki bu sınırı ayırabilsin, kişisel mahremiyetini, kişisel haklarını korusun, asla saygısızlığa izin vermesin. Kendi mesleğini iyi icra eden bir hemşire bence çoğu zaman cerrahı çok daha önemli hale gelebiliyor. Kendisine ve mesleğine saygısı olsun ve bunu çevresindekilerden beklesin” şeklinde konunun önemine dikkat çekmektedir. Ameliyathane hemşireleri ve teknisyenlerde tolere edilebilir sınır geçildiğinde yasal düzenlemeler de dahil olmak üzere tepkisini belirtmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin organizasyonel gereksinimler ve beklentiler tarafından cerrahi sürece dahil olmaları engellendiğinde, değer çatışmalarının yaşandığı görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin birbirlerinin yetkinliğini görmemesi ve birbirlerini dinlememeleri, cerrahi ekipte iş birliğini olumsuz etkilenmekte ve bu durum hastaya karşı profesyonel davranmamalarına neden olmaktadır (Blomberg, Bisholt ve ark., 2019). Ekip üyelerinin birbirlerine saygı duymaları hasta güvenliğini doğrudan etkilemektedir. Bu süreçte hemşirenin kendini ifade etme becerisi, bireysel sınırlara saygı konusu eğitimin bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Cerrahların ve ameliyathane hemşirelerinin yetişme süreçlerinde akademik ortamda da profesyonelliğin vurgulanması ve hemşirenin de cerrahın da birlikte bu eğitim sürecinde yer alması önemlidir. Akademik ortamlarda

bulunan cerrahların bu konuya vurgu yapmaları önemlidir. Bu kültürün yeni başlayan cerrahlar da ve hemşirelerde gelişmesinde eğitimcilerin sorumlulukları bulunmaktadır.

Cerrah ekip üyelerinin tamamı, hemşirenin disiplinli çalışmasının çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Literatürde ameliyathane hemşirelerinin etik değerlere bağlılığının bakım kalitesinin ve cerrahi ekip üyeleri arasındaki etkileşimin artmasında önemli etkileri olduğu vurgulanmaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2021). Yapılan çalışmada, hemşirenin sorumluluk bilincine sahip olması, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında etkili iletişim, ekip çalışması ve iş birliği geliştirme çabaları açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Hastanın inançlarına saygılı olması, hemşirenin iş ahlakı ve vicdanı olarak değerlendirilmektedir (Behzad ve Elahe, 2022). Ameliyathanelerde hastalarla samimi iletişim kurmamak, hasta beklentilerini göz ardı etmek, sterilite ilkelerine uyulmaması, yanlış cerrahi, bazı hastaların ameliyata alınmaması, hastalardan aydınlatılmış onam alınmaması, kullanılan malzemelerin kaydının yapılmaması ve yanlış ameliyat yapılması gibi etik sorunların yaşandığı görülmektedir (Aghamohammadi ve ark., 2021; Bilik, 2017). Hastalara fiziksel ve psikolojik bakım sağlarken, etik ilke ve standartları sürekli göz önünde bulundurmak ameliyathane hemşirelerinin ahlaki görevi olarak değerlendirilmektedir (Aghamohammadi ve ark., 2021). Hastaya birey olarak özen gösterilmesi, kısa bir temas süresinde mutlaka sözlü veya sözsüz iletişim kurulması, bireyi anlaması, onaylaması, duyarlı olunması, bakımında bulunması kişisel bir etik sorumluluk ve mesleki deneyim yoluyla geliştirilen bir özellik olarak belirtilmektedir. Tüm hemşirelik faaliyetleri, cerrahi ekip üyeleriyle uzlaşma ve karşılıklı saygı ile gerçekleştirilmelidir (Blomberg ve ark., 2018). Çalışmamızın nicel alanında, yetkinliğin empati alt boyutunda hemşirelerin hasta ile iletişim kurma (4.25 ± 0.87), hasta ve yakınlarını aktif dinleme (4.33 ± 0.87), hastanın rahat hissetmesi için uygun yöntemler kullanma (4.27 ± 0.88) maddelerini yüksek puanladıkları görülmektedir. Hemşirelerin bu yaklaşımları etik ilkelere uygunluk bakımından da ele alınabilir. Yapılan çalışmada hemşirelerin cerrahi prosedürler, hasta güvenliği, bakım kalitesi ve bilimsel becerilerinin, etik becerilerine ve cerrahi ekip üyeleriyle etkili iletişimine bağlı olduğuna inandıkları ifade edilmektedir (Aghamohammadi ve ark., 2021). İran da yapılan çalışmada, ameliyathane hemşireleri ve hekimlerinin mesleki değerleri “mesleklerinde önemli bir yere sahip olmak” olarak algıladıkları ve bu değerler hakkında yaklaşık olarak benzer görüşlere sahip oldukları

tespit edilmiştir. Ancak hekimler, profesyonel değerlerin bakım boyutuna hemşirelerden daha fazla önem vermektedirler (Yeganeh ve ark., 2022). Birçok zorluğun ve stresin olduğu ameliyathane ortamında ekip üyeleri ile ilgili farklı sıkıntı ve çatışmaların yaşanabildiği görülmektedir. Katılımcılarımız, hemşirenin yaşanan sıkıntılarda gösterdiği yaklaşımın, sürecin tamamını etkilediğini belirtmektedirler. Özellikle cerrahların stres kontrolü ile ilgili sıkıntı yaşadığı ve bunun tüm ekibe yansıdığı dile getirilmektedir. Hemşirenin bu süreçte sakin davranması, hem kendi hem de ekip üyelerinin bireysel sınırlarına saygılı olması beklenmektedir. Ameliyathane hemşireleri, hastalara olduğu gibi tüm çalışma arkadaşlarına da saygılı davranılması gerektiğini belirtmişlerdir. Ameliyathane hemşirelerinin ekipteki farklı kişilik özelliklerine göre iletişimlerini düzenleme (4.23 ± 0.90), ekibin diğer üyelerinin uzmanlık düzeylerine saygı gösterme (4.61 ± 0.67), ekip üyeleri ile iletişim kurarken duruma uygun dil kullanma (4.36 ± 0.80) ve ekip üyelerine farklı gereksinimleri, yetenekleri ve istekleri olan bireyler olarak davranma (4.20 ± 0.86) ile ilgili maddeleri yüksek puanladıkları görülmektedir. Çalışmada hemşirelerin meslektaşlarının mahremiyetine, konumlarına, kişiliklerine, mevcut farklılıklarına ve diğer meslektaşlarıyla bilgi paylaşımına saygı duymanın, empati ve iş birliği becerilerini geliştireceği, işyerinde bir sakinlik duygusu yaratacağını ve hastalara en uygun bakımın sağlanacağı vurgulanmaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2021). Yapılan çalışmada, cerrahların %71.9 hak ettikleri saygıyı gördüklerini ifade ederken, hemşirelerde bu oranın %35 olduğu görülmüştür (Aydemir ve Yıldırım, 2016). Yapılan bir başka çalışma, hemşirelerin ameliyathanelerdeki profesyonel ilişki durumunu orta düzeyde algıladıklarını göstermektedir. En yüksek puanı, profesyonel ilişkilerde sınırlara saygı boyutunda almıştır. Katılımcıların bakış açısına göre, mesleki ilişkilerin en yakından gözlemlenen boyutu meslektaşlarının görüşlerine saygı, nezaket kurallarına uyma, iş ortamında destekleyici bir atmosferin varlığı ve dahil olma, olarak bulunmuştur. Katılımcıların, profesyonel ilişkilerde dürüstlük ve güven ilkesini yüksek puanladıkları görülmektedir (Mostafapour ve ark., 2022). Yapılan çalışmada etik ve ahlaki tutum sadece teknik olmayan becerilerinin önemli bir parçası değil, aynı zamanda tüm hemşirelik faaliyetlerinin temeli olarak görülmektedir. Ameliyathane, aynı anda birden fazla görevin yapılmasını ve çeşitli uzmanlıkların geniş kapsamlı, karmaşık, teknik ve sosyal bağlamlarda etkileşimini içerdiği için cerrahi ekibin birbirine saygı ile bağlılığını

gerektirmektedir. Cerrahi ekip içinde saygı eksikliğinin güvensizliğe, zayıf konsantrasyona ve kötü bir çalışma ortamına yol açabileceği belirtilmektedir. Ameliyathane hemşireleri, cerrahi ekip içinde karşılıklı saygı ve iyi bir 'akış' duygusu yaratabilmenin hastayı olumlu etkilediğini belirtmektedirler. Saygı eksikliğinin ekibi olumsuz etkileyerek hasta güvenliği için zararlı olduğu vurgulanmaktadır (Hanssen ve ark., 2020).

Doğru iş tanımını yürütmeye bağlılık duygusu anlamına gelen sorumluluk bilinci hemşirenin sahip olması gereken önemli özelliklerinden biridir. Kaliteli bakım verme tüm hastaların hakkı ve tüm hemşirelerin sorumluluğundadır. Bu alandaki eksiklik hemşirelere karşı güvensizlik duyulmasına, endişe edilmesine ve hastaya zarar verilmesine neden olmaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2021). Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yetki ve sorumluluklarını bilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Cerrahlar, özellikle hemşirenin aldığı sorumluluğun farkında ve bilincinde olmasının çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu farkındalığın hemşirenin tüm süreçte dair yaşananları anlamlandırması açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi ekipte genel sorumluluk almaları, cerrahi teknik hakkındaki bilgi ve deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Hemşireler cerrahi uygulamada, cerrahi ekipte denetleyici bir işleve dayalı organize çalışma, hastanın pozisyonunu sağlama, cerrahi enfeksiyonları önleme ve hastanın cerrahi süresini en aza indirme konusunda resmi bir dış sorumluluk yaşadıklarını açıklamaktadır (Blomberg ve ark., 2018). Yapılan çalışmada yönetim sorumluluğu olan ameliyathane hemşirelerinin mesleki gelişim algılarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Mesleki gelişim söz konusu olduğunda, yönetsel sorumluluğu olan katılımcılar için yönetsel sorumluluk ile ameliyathane hemşiresi olma eğitimi arasında istatistiksel bir anlam ortaya çıkmıştır (Blomberg ve ark., 2022). Ülkemizde hemşirelerin sorumluluklarının çok fazla, yetkilerinin az olduğu, özellikle cerrahlar tarafından belirtilmektedir. Yetki ve sorumluluk arasındaki bu açıklık, hemşirenin görevini yerine getirirken birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Yetki ve sorumlulukları ile ilgili yasal düzenlemelerin gözden geçirilmesi ve sahada çalışan yönetici hemşirelerin de sürecin içerisinde yer alması önemlidir.

Çalışmamızda yoğun ve zorlu koşullarına rağmen ameliyathane hemşireleri mesleğini severek ve tutku ile yaptıklarını vurgulamışlardır. Cerrahi ekip üyeleri de hemşirenin işini severek yapmasının çok önemli olduğunu ve bunun gelişimlerine yansıdığını belirtmektedirler. İş doyumunu kişinin çalışma şartlarına verdiği cevap niteliğindedir. Yapılan çalışmada ameliyathane hemşireleri yaptıkları iş nedeniyle kendilerini değerli gördüklerini ifade etmişlerdir (Akalin ve Modanlıoğlu, 2020).

Ameliyathane hemşiresinin özgüveni ve motivasyonu kendi gelişimini olumlu etkilerken cerrahi ortama olumlu yansımaları da görülmektedir. Kendine olan güvenleri ekibin onlara yaklaşımını da belirlemektedir. Hemşirenin güven ve motivasyonunun sürecin olumlu geçmesine katkı sağladığı ifade edilmektedir. Hemşireler ameliyathanede çalışmanın kendilerine stresle baş etme/yönetme ve kişisel gelişimleri açısından fayda oluşturduğunu, yaptıkları işin kendilerinde manevi haz, değerli hissetme gibi psikolojik doyum sağladığını ifade etmişlerdir (Akalin ve Modanlıoğlu, 2020). Cerrahinin bir yaşam tarzı olduğunu ve süreç içerisinde hemşire yetkinlik kazandıkça kendine olan özgüvenin daha da arttığı ve sosyal yaşamına da yansıdığı cerrah katılımcılar tarafından da ifade edilmiştir. Ameliyathane hemşireleri yaptıkları işin ve sorumluluklarının onların yaşam tarzlarına ve gelişimsel süreçlerine olumlu yansıdığını belirtmektedirler.

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin profesyonel gelişim yeterlilik algılarının biraz yüksek olduğu görülmektedir. Profesyonel gelişim boyutunda hemşirelerin “kurumsal politikalarla ilgili güncel bilgileri takip eder ve uygulamalara yansıtım” (3.80 ± 1.01), “ilgili standartlar konusundaki bilgileri takip eder ve uygulamaya yansıtım” (3.79 ± 1.01), “klinik uygulama ile ilgili güncel dergileri ve literatürü takip ederim” (3.35 ± 1.12) ve “işlemler ve ekipmanlarla ilgili teknik değişiklikleri takip ederim” (3.79 ± 1.03) maddelerini benzer puanladıkları görülmektedir. Ameliyathanede hasta bakımının doğasının karmaşık olması ve benzersiz bir ortamda gerçekleşmesi için ameliyathane hemşireleri, hastaya ilkeli ve etik bakım sağlamak için bilimsel ve pratik bilgi ve becerilerini sürekli geliştirmelidir (Aghamohammadi ve ark., 2021). Cerrah katılımcılarımız ameliyathane hemşirelerinin literatürü takip etmede yetersiz kaldıklarını belirtmişlerdir. Ameliyathane hemşireleri ise kongre, kurs ve sempozyum katılımlarının onların gelişimi açısından önemli olduğunu ancak katılımlarının sınırlı olduğunu

belirtmişlerdir. Cerrah katılımcımız ameliyathane hemşireleri ile birlikte kongrelere gitmek istediğini ancak maddi zorluklardan dolayı yapamadığını belirtmiştir. Sağlık profesyonellerinin mevcut bakım prosedürleri ve yeni ekipman ve/veya teknolojiler hakkındaki güncellemelere odaklanması gerekliliktir (Gutierrez ve ark., 2018). Ameliyathane sağlık çalışanlarının bireysel yenilikçilik davranışlarının incelendiği çalışmada ameliyathane hemşirelerinin gelenekçi kategoride olduğu bildirilmektedir. Sağlık çalışanlarının yaşı, meslekte ve ameliyathanede çalışma yılları arttıkça bireysel yenilikçilik davranışlarının arttığı belirtilmektedir. Bilgi edinmede makale, kongre ve internet en çok yararlandıkları bilgi kaynakları arasında bulunurken zaman yetersizliği, yabancı dil engeli ve pasif kişilik yapısının yenilikçiliği engelleyen etmenler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Bilik ve ark., 2021). Yapılan çalışmada ameliyathane hemşirelerine profesyonel gelişim fırsatları sunan çalışma ortamlarında iş deneyimlerine devam etmek istedikleri görülmektedir. Hemşirelerin profesyonel gelişimi organizasyonel gelişime de katkı sağlamaktadır (Arakelian ve ark., 2019). Ameliyathane sorumlu hemşiresi, yeni cihazlar geldiğinde konuya ilişkin hemşirelere eğitim organizasyonu sağlandığını belirtmiştir. Hemşireler, skopi gibi radyasyon cihazları dahil tüm cihazlar için bilgi sahibi olmaya önem verdikleri ve her zaman güncel kalabilmek için düzenlenen eğitimlere de katıldıklarını belirtmektedirler (Aghamohammadi ve ark., 2021). Hemşireler profesyonel yetkinlik bağlamında güncel bilgiye, klinik yargı yeteneğine, yaratıcılığa, yenilikçiliğe, eleştirel düşünme ve klinik akıl yürütme becerilerine sahip olmalıdır (Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021). Cerrahi hemşirelerinden hasta güvenliği bilinci ile çevresel faktörlere duyarlı olması ve hasta güvenliği risk faktörleri konusunda güncel bilgiler edinerek önleyici faaliyetlerde bulunmaları da beklenmektedir (Jones ve ark., 2019). Hemşirenin gelişim sürecinde hastanelerinde eğitim programları, kongre, kurs gibi programlara yönelik kaynak sağlamaları insan kaynakları yönetiminin sorumlulukları kapsamındadır. Hemşire eğitime yönelik yapılacak yatırımlar kurumlarda güvenlik kültürünün yerleşmesi ile birlikte kurumsal gelişim açısından da önemli bir fırsattır.

Çalışmamızda, katılımcılarla yapılan görüşmelerde durum farkındalığı temasına vurgu yapıldığı görülmektedir. Ameliyathane hemşirelerinden, uzmanlıklarını kullanarak kriz durumlarını sezgisel olarak algılamaları, olayları tahmin ederek hazırlanmaları ve bu durumları koordine ederek yönetmeleri beklenmektedir (Park ve Chang, 2019).

çalışmalarda da ameliyathane hemşiresinin durum farkındalığı becerisine vurgu yapıldığı görölmektedir (Aydemir ve Yıldırım, 2016; Blomberg ve ark., 2019; Blomberg, Bisholt ve ark., 2015; Garbee ve ark., 2021; Gillespie ve ark., 2017; Hanssen ve ark., 2020; Ingvarsdottir ve Halldorsdottir, 2018; Kalantari ve ark., 2021; Kang ve ark., 2015; Leuschner ve ark., 2019; Mitchell ve ark., 2012, 2013; Pradarelli ve ark., 2021; Redaelli, 2018; Sirevåg ve ark., 2021). Durum farkındalığı, kişinin işini etkileyen çevre, zaman ve yer gibi koşulları değerlendirmesi (Wakeman ve Langham, 2018), başkalarının duruma nasıl tepki verdiğine dair algının ve durumdaki değişikliklerin farkına varmasıdır (Stucke ve Rosenkranz, 2021). Farkındalığa sahip olmak, sürekli değişen bir durumun sürekli izlenmesini gerektirir (Wakeman ve Langham, 2018). Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri, ameliyathane hemşiresinin cerrahi sürece tamamen hâkim olabilmesi için algılarının açık, dikkatli ve iyi gözlem becerisine sahip olmaları gerektiğini vurgulamışlardır. Cerrahlar ameliyat sırasında cerrahi alana yoğunlaştıklarından hemşireden sürece dair hemen her şeyi gözlemlemelerini beklemektedir. Cerrahi gibi uzmanlıklarda, görsel ve dokunsal ipuçlarını anlamlandırmayı öğrenmek (ne gördüğünüzü ve hissettiğinizi bilmek) özellikle önemlidir (Cope ve ark., 2015). Yapılan çalışmada scrub hemşirelerin izleme, dinleme becerileri ile sürekli olarak çevreden topladıkları bilgiyle durum değerlendirmesi yaptıkları ve bir sonraki adımı tahmin etmeye çalıştıkları belirtilmektedir. Scrub hemşirelerin etkili bir performans gösterebilmesi için sürece odaklanmalarının önemli olduğunu vurgulanmaktadır. Cerrahların da dikkati kolay dağılmayan, konsantrasyon, dikkat ve odaklanma sergileyen ameliyathane hemşirelerini tercih ettikleri vurgulanmaktadır (Gillespie ve ark., 2012). Cerrahi kliniklerde yapılan hasta güvenliği ile ekip eğitiminde “durum izleme” becerilerine artan bir şekilde ilgi gösterildiği ve bu becerinin klinik gözünü ve aklını kullanma açısından önemli göröldüğü belirtilmektedir (Ballangrud ve ark., 2020). Ameliyathane hemşireleri, öngörölemeyen olaylara karşı hazırlıklı olma sorumlulukları kapsamında bir sonraki adıma hazırlanma, cerrahi alanda düzeni sağlama, konsantre olma, tüm malzemeleri sürekli olarak kontrol etme ve ameliyatta yabancı cisim kalmamasını sağlamaktadır (Blomberg ve ark., 2018). Scrub hemşireler, cerrahi prosedürlerin normal aşamalarını prosedürün nasıl ilerleyeceğini bilerek ve izleyerek gerekli hazırlıkları yapmaktadır. Hemşirenin ön görü becerisinin cerrahın ilerisinde olma olarak tanımlandığı ve sürecin sorunsuz bir şekilde ilerlemesi

açısından bu becerinin cerrahlar tarafından önemli görüldüğü ve beklendiği görülmüştür (Gillespie ve ark., 2012). Çalışmamızda cerrahların tamamı hemşirenin bir sonraki adıma hazır olmasını beklemektedir. Bu konuda cerrah *“Ameliyatın bir sonraki hamlesinin ne olacağını bilmesi ve buna göre hareket etmesi lazım... Cerrahi ekip, işini daha hızlı yapabilir ve ameliyatın daha konforlu, daha güvenli yapılmasını sağlayabilir”* ve anestezi uzmanı katılımcımız *“ön görebiliyor olması gerekiyor...”* şeklinde vurgularken hemşire katılımcımız benzer yönde *“...bir sonraki adımı biliyor olmalı, duruma göre her şeyi koordine edebilmeli...Hemşire ameliyatta bir sonraki adımı önceden düşünmeli”* şeklinde ifade etmektedir. Ameliyathane hemşireleri de sürecin hakimiyeti açısından bu becerinin çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyathanedeki tüm sürecin işletilmesinde ameliyathane hemşiresi etkindir. Ameliyathane hemşirelerinin bu konu ile ilgili algılarına baktığımızda *“ameliyatın iyi gitmediğini anlarım ve buna uygun girişimde bulunabilirim”* (4.26 ± 0.87) ve *“duruma göre gereksinimleri tahmin edebilirim”* (4.13 ± 0.79) maddelerini yüksek puanladıkları görülmektedir. Yetkin ameliyathane hemşireleri ameliyathanede farklı bir alanda görevlendirildiğinde beceri ve deneyimlerinden faydalanarak süreci yönettiklerini belirtmektedirler (4.31 ± 0.81). Odanın organizasyonu, malzemelerin hazırlanması, değişikliklerin izlenmesi ve uygun planlamaların yapılması, ekipman, süreç yönetimi, hastanın ameliyathaneye kabulünden ameliyathaneden taburculuğuna kadar tüm süreçte birçok rol ve sorumluluğu yerine getirmektedir. Ekip üyeleri, hemşirenin ameliyathane ve ameliyat sürecine hakimiyetinin çok önemli olduğu vurgulamaktadır. Hemşire ameliyathanenin en önemli ve temel elemanı olarak görülmektedir.

Ameliyathane, cerrahi ekip üyeleri ve hasta ile sözlü ve sözsüz iletişimlerin yoğun yaşandığı bir çalışma alanıdır. Ameliyathane hemşiresinin sözlü ve sözlü olmayan iletişim becerisi sürecin her aşamasını şekillendirmektedir. Ameliyathanelerde farklı uzmanlık alanlarına sahip birçok insan kaynağı, hastalara en uygun bakımın sağlanması hedefiyle birlikte çalışmaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2021). Cerrahi ekip üyeleri arasında paylaşılan bir model yaratmanın merkezi, etkili iletişimdir (Wakeman ve Langham, 2018). Yapılan çalışmada iletişim becerisinin tüm ekip üyelerinin yeterli ustalıkla sahip olması gereken, teknik olmayan bir beceri olarak değerlendirildiği görülmektedir (Garosi ve ark., 2019). Ameliyathane hemşirelerinin mesleki ilişkilerde cerrahi ekiple iş birliği açısından sözlü ve sözlü olmayan iletişime önem verdikleri görülmektedir (Mostafapour ve ark.,

2022). Ameliyathanede cerrahi ekip üyeleri arasındaki etkin iletişimin sağlanmasında ameliyathane hemşirelerinin merkezi bir rolünün olduğu belirtilmektedir (Niu ve ark., 2017). Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt faktörlerinden elde edilen puanlara bakıldığında iş birliği yüksek sırada puanlanmıştır. İş birliği boyutunun altında iletişimle ilgili maddeler bulunmaktadır. “Duruma uygun iletişim yöntemlerini kullanırım (3.98±1.00), “ekipteki farklı kişilik özelliklerine göre iletişimimi düzenlerim” (4.23±0.90) ve “ekip üyeleri ile iletişim kurarken duruma uygun dil kullanırım” (4.36±0.80) maddelerini yüksek puanladıkları görülmektedir. Yapılan çalışmalarda iyi iletişim kurma becerisinin ameliyathane hemşirelerinde yetkinliğin temel bir bileşeni olarak görülmektedir (Gillespie ve ark., 2009; Gillespie ve ark., 2012). Çalışmamızda ameliyathane hemşiresi iletişim becerisinin önemini “*Ameliyathane hemşiresi köprü vazifesi görüyor. Hocalar, anestezi personeli ve hasta arasında iletişim köprüsü kuruyorsun*” şeklinde vurgulamaktadır. Sirküle hemşirenin, ekip üyelerine dikkat etmemelerinin, iletişimde kopukluklara ve gecikmelere neden olduğu belirtilmektedir. Ameliyathanede enfeksiyon riskinden dolayı sözlü iletişim minimumda tutulmalıdır. Ancak yapılan bir çalışmada alakasız konuşmalar, incelenen ameliyatlarda yaklaşık yarısında gözlemlenmiştir. Bu konuşmaların çoğunun, ameliyat üzerinde olumludan ziyade, olumsuz etkiye sahip olduğu ve ekip üyelerinin dikkatlerinin dağıldığı gösterilmiştir. Kaçınılabılır sözlü konuşmaların filtrelenmesi önemlidir (Garosi ve ark., 2019). Çalışmamızda ameliyathane hemşireleri, ameliyathane ve anestezi teknikerleri sözlü olmayan iletişim becerileri ile birbirlerini anladıklarını belirtmişlerdir. Bir tekniker bu konuyu “*vücut dili ile birbirini anlamak, tanımak çok önemli. Gözlerle iletişim kuruyor ve birçok şeyi anlayabiliyorsun...*” ifadeleri ile vurgulamaktadır. Ameliyathane hemşiresi, ameliyatlarda malzeme ile ilgili ihtiyaçlarını sirküle görevini yapan personelle sözsüz iletişim kurarak talep ettiğini belirtmektedir. Cerrahlar ameliyathane hemşiresinin onların ameliyat sırasındaki el hareketleri, mimikleri ve hareketlerini anlamalarını ve gerekli malzemeyi hazırlamalarını veya cerrahi aşamaya uygun asistanlık rolünü yapmalarını beklemektedir. Cerrah ve ameliyathane hemşiresi, sözlü ve sözsüz iletişimin bir bütün halinde senkronize bir şekilde ilerlemesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan bir çalışmada katılımcılar, iş yükü, ekipman sesleri ve ameliyathanelerin stresli doğasının iletişimde engellere neden olduğu belirtilmektedir (Mostafapour ve ark., 2022). Sözsüz

iletişimin, gürültü, cerrahın stresli ve gergin olduğu durumlarda çok etkili olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmamızda ekip iletişimin bozulmasının tüm sistemi olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Ameliyathanede ekip çalışmasının iyi olmasında hemşirenin iletişim becerilerinin çok etkili olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmada ekip üyelerinin belirli bir süre birlikte çalıştıklarında, birbirlerinin yeteneklerini net bir şekilde anladıklarını ve eylemlerini birkaç kelime veya hareketle sorunsuz bir şekilde koordine ettikleri belirtilmektedir. Ekip çalışması, kodlanmış sözlü ve sözlü olmayan alışverişlerin ve ekip üyeleri arasında dikkatlice koreografisi yapılmış teknik hareketlerin kusursuz yürütülmesi şeklinde özetlenmiştir (Gillespie ve ark., 2013). Yapılan çalışmada, hastanede hasta güvenliği kültürü oluşturmada etkili iletişimin hasta güvenliğini önemli ölçüde iyileştirebilirken, etkisiz iletişim, artan hataya ve hasta güvenliğinin azalmasına neden olabildiği ifade edilmektedir (Behzad ve Elahe, 2022). Ameliyathane hemşiresinin uzmanlaşma sürecinin ilerlemesinde iletişim becerileri ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesi önemlidir. Etkili ekip çalışması için iletişim becerileri ile ilgili eğitimlerin cerrahi ekip üyelerine bir arada verilmesi birbirlerini daha iyi anlamaları açısından gerekliliktir.

Cerrahi diyaloglar, ameliyathane hemşiresinin, cerrahi bakımı planlamak, uygulamak ve değerlendirmek ve hasta bakımında süreklilik yaratmak amacıyla hasta ile ameliyat öncesi, sırası ve sonrası diyaloglarıdır (Blomberg ve ark., 2018). Ameliyathaneler, ortamın belirsizliği ve karmaşıklığı açısından hastaların kendilerini yabancı hissettiği ve birçok olumsuz duyguyu deneyimledikleri ortamlardır. Hemşirenin hastayı rahatlatması, güven vermesi ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından hasta ile iletişim kurması katılımcılarımız tarafından önemsenmektedir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin “sözlü ve sözlü olmayan yöntemler kullanarak hastalara güven veririm” maddesini (4.25 ± 0.87) yüksek puanladıkları görülmektedir. Ancak anestezi teknisyenleri ve cerrahlar, hemşirenin ameliyathanede hasta ile iletişiminin sınırlı olduğu vurgulanmıştır. Ameliyathanede hastaların stresi, endişesi ve soruları ile ilişkili tedirginlikleri anestezi ve ameliyat sürecini etkiler. Hastanın endişelerini anlamak, hastaya karşı nazik olmak ve ihtiyaçlarına cevap vermek etik açıdan kararlı bir hemşirenin görevidir (Aghamohammadi ve ark., 2021). Çalışmamızda hemşirelerin “ameliyathanede hastalara güven verir ve gerekli açıklamaları yaparım” (4.30 ± 0.90) ve “gerekli bilgileri almak için hastayı ve önemli kişileri aktif olarak dinlerim” (4.33 ± 0.87) maddelerini benzer puanladıkları

görülmektedir. Hemşirelerin hastanın bilgilendirildiğinden emin olması ve cerrahi uygulamadaki bilgi ve deneyime dayanarak cerrahın bulunmadığı zamanlarda hastanın sorularını yanıtlaması önemlidir (Blomberg ve ark., 2018). Yapılan çalışmada ameliyathanede uygulamada yapan hemşirelik öğrencileri tarafından ameliyathane hemşirelerinin hastaya karşı özenli davranışları gözlemlenmiştir. Öğrenciler, hemşirelerin hastanın itibarını koruduğunu ve kendilerini hastaya tanıttıkları ve hastayı tanımaya çalıştıklarını, şefkatli davranarak, hastanın mahremiyetini koruyarak hastaya özen gösterdiklerini gözlemlemişlerdir (Blomberg ve ark., 2015). Ameliyathanede zaman darlığı, hızlı çalışma temposu ve hastanın sedatiflerden etkilenmesi veya anestezi alması nedeniyle hemşire-hasta ilişkisinin kurulmasında çeşitli zorluklar bulunmaktadır. Hastanın ameliyathane hemşiresi tarafından karşılanması, sıcak ve rahat bir ortam sağlanması, hemşiresine yakın olması ve kendisine dokunulması ameliyathanede hastada güvende olduğu duygusu yaratarak yalnızlık hissini önüne geçer (Arakelian ve ark., 2017). Çalışmamıza katılan ameliyathane hemşirelerinin yalnızca üçte biri (7/21) hasta ameliyathaneye geldiğinde yaşadığı korkuyu gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Onlarla iletişim kurduklarında hastanın rahatlaması ve onlara teşekkür etmesi hemşireler açısından çok değerli görülmektedir. Böyle bir iletişim halinde olduklarında yaptıkları işe dair memnuniyetlerinin arttığını ve kendilerini mutlu hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların ameliyathane hemşireleri ile etkileşimleri kısa olsa da hemşireyle sözlü iletişime ihtiyaçları bulunmaktadır. Hemşirenin hasta ve yakınlarından mümkün olduğunca yeterli bilgi sağlaması etik ve mesleki sorumluluğudur. Bilgi sağlama sürecinin hasta ve yakınlarında iyimserlik ve umut duygusu yarattığı ifade edilmektedir (Bakhtiari, Sharif ve ark., 2020). Ameliyat öncesi görüşmelerin hasta güvenliğine katkıda bulunan güvenli hemşirelik bakımı için bir ön koşul olduğunu ve ameliyathanede karşılaştıklarında hastanın güven ve sakinlik duygusu ifade ettiğini göstermiştir. Mevcut olmak, hastanın burada ve şimdi iletmek istediklerini yansıtmak için sorumluluk almak ve hastanın katılıp katılmama isteğine saygı duymak anlamına geliyordu (Blomberg ve ark., 2018). Yeni mezun hemşireler ve öğrenciler iletişimde güçlük yaşadıklarını vurgulayarak hasta ilişkisinde nasıl davranmaları gerektiğini bilmediklerini belirtmektedirler. Hastayla iletişim kurmakta zorlandıkları ekip üyeleri tarafından da gözlenmektedir (Serafin ve ark., 2020). Hemşireler, hastalardan gelen sözsüz sinyallerin farkında olduklarını, beden dilleri

ile onları gördüklerini, anladıklarını ve onlar için en iyisini yapmak istediklerini güven verici dokunuş, el sıkma veya gülümseme gibi iletişim yöntemleri ile ifade edebilmektedirler (Beydler, 2017; Blomberg, Bisholt ve ark., 2015). Diğer sağlık profesyonellerinin hastanın isteğine saygı göstermediği durumlarda hemşireler, hastanın onurlu bir şekilde tedavi edilme arzusunu karşılayamadığı için vicdan azabı hissettiklerini belirtmişlerdir (Blomberg, Bisholt, ve ark., 2019). Ameliyathane hemşirelerinin hasta ile etkileşimlerinin artırılmasına yönelik girişimlerin planlanması bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirenin hasta ile ameliyattan önce görüşmesi ve tanışmasına yönelik düzenlemelerin hasta yönetimleri tarafından şekillendirilmesi bu sorumluluğun sadece kişisel olarak yerine getirilmesi ile sınırlı kalmaması açısından önemlidir. Hastanın kabul süreci ve ameliyathane hemşiresinin çalışma sistemlerinin bu ilkeye göre düzenlenmesine yönelik girişim ve çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Çalışmaların sonuçları yöneticilere bu konuda yardımcı olabilir. Hemşirelerinde bu rollerini yerine getirmekte daha çok sorumluluk alması açısından sonuçlar değerlendirilebilir.

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin liderlik algılarının yüksek olduğu düşünülebilir. Ameliyathane hemşireleri ameliyathanede işleyişin sorunsuz olması için liderlik rolü üstlendiklerini vurgulamaktadırlar (3.78 ± 1.15). Cerrahi ekip üyeleri ile yaptığımız görüşmelerde liderlik temasının yönderlik, yönetim ve organizasyon, acil durum ve kriz yönetimi, stres yönetimi ve çözüm odaklılık alt temalarından oluşmaktadır. Cerrahi ekip üyeleri hemşirenin yönderlik becerisinin önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Hemşirenin, yeni başlayan ameliyathane hemşirelerine, cerraha ve diğer ekip üyelerine bu becerilerini göstermeleri önemlidir. İyi bir ameliyathane hemşiresinin tüm süreci dikkatli bir şekilde takip ederek cerrahi ve ekibi yönlendirmesiyle ameliyat sürecinin olumlu ve güvenli gerçekleşmesini sağlamaktadır. Özellikle cerrahlar hemşireler için “yönlendirilmemeli, yönlendirmelidir” şeklinde görüşlerini vurgulamaktadır. Cerrah ameliyat bölgesine odaklandığı için tüm odanın takibi ve sürecin uygun şekilde yönetiminden, ameliyathane hemşirelerinin yetkili olması önemlidir. Kritik zamanlarda ameliyathane hemşiresinin liderlik rolü hayatidir ve çalışmamıza katılan ekip üyeleri hemşireleri “ameliyathaneden sorumlu kişi” olarak anmaktadır. Cerrahların, ameliyathane hemşiresinin liderlik rolüne saygı duyması ve teşvik etmesi önemlidir (Wakeman ve Langham, 2018). Cerrahlar hemşirenin liderliğini önemsemekle birlikte

kadın temasına özellikle vurgu yapmaktadır. Hemşirenin, evdeki anne rolünde, her şeyini organize eden, süreci yöneten ama bunu cerrahın liderliğinden baskın olmayacak şekilde yapması beklenmektedir. Sahada bu durumu başarıyla yapan hemşirelerle çalıştıklarını belirtmektedirler. Çalışmamızda kadın ve erkekler arasında liderlik becerisi algılarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde de ülkemizdeki cerrahların beklentisine paralel yönde ameliyathane hemşirelerinin liderlik becerilerini göstermesi beklenmektedir. Çalışmada "küçük" liderlik olarak tanımlandığı ve ekibe liderlik etme yeteneğini cerrahla ilişkilendirdikleri görülmektedir (Redaelli, 2018). Cerrahlar uzmanlığa yeni başladıkları dönemde yetkin hemşire ile çalışmanın onları çok rahatlattığını belirtmektedir. Bu konuda cerrah katılımcımız “...doktorun o ameliyatı iyi yapabilmesi için ameliyathane hemşiresi ekibin içinde aktif olmalı, hoca gibi olmalı, ameliyatı doktor yapıyor bıçak onun elinde ama hemşire doktoru yönlendirebilir ve bu durum doktorun dikkatli olmasını sağlar...yetişmiş bir hemşirenin farklı ameliyatlardaki tecrübesinden cerrah yararlanabiliyor. Hocam...hoca böyle diyor, ...burada şu aleti kullanıyor dediğinde yöntem yararlıysa bizde kullanabiliyoruz, cerrah tekniğini bile değiştirebiliyor. Cerrah uzman olarak ilk görev aldığı yerde korkarak ameliyata girer, o korkuyu atmakta ekip çok önemli yanlış yaparsak elimizdeki insan hayatı, yanlış silmemiz mümkün değil ama tecrübeli hemşirenin çok faydası olur. İyi bir iletişim halinde, kibarca ...hocam şöyle yapalım, hocam şöyle daha mantıklı tarzında beni yönlendirmesi bana çok katkı sağladı” şeklinde yaşadığı tecrübeleri açıklamıştır. Tekniker katılımcımız gözlemlerini “tecrübeli/yetkin ameliyathane hemşiresinin, asistanları da etkilediğini düşünüyorum...onlara farklı şeyler gösterebilir, kendi fikirlerini sunabilir. Her cerrahın çok farklı yöntemleri oluyor hemşireler çok farklı hocalarla, cerrahlarla çalıştıklarından hepsini görüyor, izliyor, öğreniyor ve öğretiyorlar. Tecrübeli kişilerle çalışmak bizi (Anestezi teknikerlerini) de etkiliyor” şeklinde ifade etmektedir. Hemşireyi bir hoca olarak görmek istedikleri ve böyle bir hemşire ile çalışmanın cerrahlar ve cerrahi asistanlar tarafından çok keyif verici olduğu vurgulanmaktadır.

Yeni mezun hemşirelerin yeni bir çalışma ortamına uyum sağlamada yaşadıkları zorlukların incelendiği çalışmada, kıdemli hemşirelerin deneyimlerine ve desteklerine ihtiyaç duydukları görülmektedir. Kıdemli hemşirelerin deneyimi, yönderliği, desteği, gençleri ekibe tanıtırma konusundaki yaklaşımları tüm uyum sürecini büyük ölçüde

belirlemekte ve profesyonel adaptasyonun kilit yönleri arasında görülmektedir (Serafin ve ark., 2020). Yapılan çalışmada, yönetici ameliyathane hemşireleri, çalışanlarına saygı göstermenin ve kolaylaştırıcı olmanın önemini vurgulamışlardır. Profesyonel olarak kendini bir lider olarak geliştirmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir (Arakelian ve ark., 2020). Çalışmamızda ameliyathane hemşireleri meslektaşlarına, personele ve yeni başlayan cerrahlara yönderlik yaptıklarını ifade etmekle birlikte “daha az deneyimli hemşireleri eğitmek veya rehberlik etmek” konusunda etkin bir rol üstlendikleri (3.71 ± 1.18) ve “diğer sağlık çalışanlarına rehberlik yaptıkları” (3.34 ± 1.22) algılarının da yüksek olduğu görülmektedir. Anestezi uzmanları ve teknikerlerde bu beceriye sahip hemşire ile çalışmanın fark yarattığını ve operasyonu olumlu etkilediğini belirtmektedirler. Yeni başlayan hemşirenin cerrahı yönlendirmekte zorlandığını gözlemlemişlerdir. Çalışmamızda 26 yıl ve üstü ameliyathane deneyimine sahip hemşirelerin liderlik algılarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Cerrahi de uzmanlaşmak ekip üyeleri açısından usta çırak modeliyle daha çok şekillenmektedir. Bu süreçte iyi bir ameliyathane hemşiresinin kendi meslektaşının, cerrahın, teknikerlerin ve ameliyathane personelinin şekillenmesinde çok önemli katkıları bulunduğu herkes tarafından kabul edilmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin yönderlik becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve öğretim yöntemleri ile ilgili eğitim programlarının düzenlenmesi önemli bir gerekliliktir. Alanında uzman ameliyathane hemşirelerinin bu eğitimlerle güçlendirilmesi yeni ameliyathane hemşirelerinin yetiştirme süreçlerinin daha organize ve daha güvenli olması açısından önemli katkılar sağlayabilir. Bu eğitim programlarının, hemşireye yeni kazanımlar sağlarken cerrahi ekip üyelerinin gelişimine de olumlu etkileri görülebilir.

Hemşirelik mesleğinde karar verme ve onunla ilişkili sorumluluk, mesleki kariyerin başlangıcında ihtiyaç duyulan yetkinlik olarak belirtilmektedir. Özellikle yeni ve standart olmayan durumlarda genç hemşireler, stresle baş etme ve iletişim becerileri gibi diğer önemli yeterliklerindeki eksiklikler nedeniyle karar vermede güçlük çekmektedirler. Bu alanda daha deneyimli hemşireler tarafından desteklenmesi ihtiyacı vurgulanmaktadır (Serafin ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda da yönetsel sorumluluk alanında 5 yıldan daha az deneyime sahip ameliyathane hemşirelerinin danışma ve iş birliğinde yetkinlik geliştirme ihtiyacının arttığı ortaya çıkmaktadır (Blomberg ve ark., 2019). Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yaş ($p > 0.05$), eğitim durumu ($p > 0.05$), mesleki deneyim

süresi ($p>0.05$), kurum süresi ($p>0.05$), günlük çalışma saati ($p>0.05$), haftalık ameliyat sayısı ($p>0.05$) ve eğitim programlarına katılım durumu ($p>0.05$) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ameliyathanede liderlik becerisinin deneyim yılı ile artması hemşirenin yetiştirme sürecinde liderlik becerisini kazandırmaya yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda özel hastanelerde ve eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin liderlik puanları devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Özel hastanelerde çalışan cerrahların taleplerinin de bu yönde olduğu görülmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin liderlik algılarının ameliyathane oda sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ameliyathane oda sayısının 1-5 ve 11-15 grubunda 16-20 oda sayısına göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim araştırma hastanelerinin oda sayısı fazla olmasına rağmen bu hastanelerde oda hemşirelerinin sabit olması nedeniyle liderlik algılarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin liderlik becerilerinin gelişiminde kurum kültürünün etkisinin daha detaylı araştırılması literatüre önemli katkıları sağlayabilir.

Ameliyathane oda hemşireleri ekipman ve enstrümanların mevcudiyetine göre ameliyat listelerinde ve işleyişte sürekli revize etmeleri gerekebilir. Ameliyathane hemşirelerinin hepsinin sorumlu hemşire ile koordinasyon becerileri eşit derecede önemlidir. Bir hemşire bu konuyu *“ameliyat ortamını yöneten kişi hemşiredir, her şey onlardan geçiyor ameliyatın seyrini etkileyen gizli yöneticiler olarak görüyorum”* şeklinde ifadeleri ile vurgulamaktadır. Yapılan çalışmada ameliyathanedeki iş akışı organizasyonu ameliyat programında aksamalara meydan vermeyecek şekilde düzenlenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Ameliyat programını planlarken hemşire, bazı hastaların hazırlık sürecinin daha uzun olabileceğini mutlaka dikkate almalıdır. Ameliyathanede hastanın gereksiz acı çekmesini önlemek için günlük ameliyat programının planlanması, zamanında tamamlanması, ağır hasta ve yaşlı hastaların ameliyata hazırlanmak için daha fazla zamana ihtiyaçları gibi cerrahi uygulamada farklı alışkanlıklar ve bakım için zamanın planlanmasında hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Blomberg ve ark., 2019). Cerrahi ekip üyelerinin büyük çoğunluğu tarafından hemşirenin planlama becerisine sahip olması, ameliyathane yönetim ve organizasyonunu yapması, yaşanabilecek tüm sorunlara yönelik çözüm odaklı olması, acil durumları ve kriz

durumlarını yönetebilmesi beklenmektedir. Hemşirenin bu sürecin içinde aktif yer alması, gerekli kararları alırken yapılacakları organize etmesi, planlaması, malzemelerin hazır olmasını sağlaması beklenmektedir. Hemşirelerin gerektiğinde zor kararlar veririm maddesini yüksek puanladıkları görülmektedir (3.44 ± 1.19). Ameliyathane hemşiresi akut durumlar yaşandığında diğer ekip üyeleri arasında iş birliği artarken, cerrahın stresli olması nedeniyle ameliyathanede bir yalnızlık duygusu yaşadığını ancak bilgisiyle gerekli uygulamayı yaptığını ifade etmektedir. Böyle bir durumda hemşirenin benzersiz bilgisi, varlığı ekip için vazgeçilmez olmasına rağmen bazen gereken saygı duyulmadığını düşünmek onun yalnız hissetmesine neden olmaktadır (Blomberg, Bisholt ve ark., 2019). Literatüre paralel olarak çalışmamızda da cerrahi ekip üyeleri, ameliyathane hemşiresinin cerrahi süreçte hasta, insan, malzeme kaynakları, ameliyat listesi ve cerrahi kliniklerle ilgili çalışmaları sistematik olarak planlayarak organize etmesi, önceliklendirmesi, koordinasyonu sağlaması ve denetleyici olarak rol alması beklenmektedir. Hemşirelerin bu rolleri ile hastanın cerrahi süresini, anestezi süresini azalttığı da vurgulanmaktadır (Blomberg ve ark., 2018). Çalışmamızda da literatüre paralel olarak cerrahlar ve ameliyathane hemşireleri, hemşire yetkinliğinin cerrahi süreyi doğrudan etkilediğini belirtmekte ve çalıştıkları ameliyat salonunda bu rol ve sorumluluklarını yerine getirdiklerini belirtmektedirler. Çalışmamızda hemşireler görevlendirildiği ameliyathane salonunu gereksinimleri belirleme ve koordinasyonu sağlamada kendilerini yüksek değerlendirmişlerdir (4.28 ± 0.82). Diğer ekip üyelerinin rolleri, işlevleri, kapasiteleri ve öğrenme gereksinimlerine göre görevlendirmelerini yapmaya dair algılarının (3.28 ± 1.30) yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Gelecekteki bakım sunum modelleri için ihtiyaç duyulan ortamları tasarlamak ve uygulamak için ameliyathane hemşirelerinin uzmanlığı ve deneyimine ihtiyaç bulunmaktadır. Ameliyathane hemşiresi cerrahi ekibin koordinasyonunda lider olarak rol almaktadır (Battié, 2013). Ameliyathane ekibine kimin liderlik ettiği konusunda ameliyathane hemşireleri arasında farklı görüşler bulunmaktadır. Cerrah, anesteziist veya ikisi arasında dalgalanan bir liderliğin yanı sıra azınlıkta olsa lider olduklarına inanan ameliyat hemşirelerinde bulunmaktadır. Bazı cerrahlar, ameliyathane hemşiresinin belirli durumlarda ekip liderliği rolü oynadığını da kabul etmiştir. Cerrahın tamamen prosedüre odaklanması gereken zorlu operasyonlar sırasında, cerrahlar ameliyathane hemşiresinin ameliyathanedeki diğer insanların davranışlarını kontrol

edebilmesini yararlı bulmuşlardır (Gillespie ve ark., 2012). Çalışmamızda ve literatürde ameliyathane hemşiresinin liderlik rolü farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte ekip üyelerinin tamamı bu rolün farkında ve beklentileri de bu yöndedir. Ameliyathane hemşirelerinin liderlik becerilerini etkili bir şekilde yansıttıkları görülmektedir. Hemşirenin bu yönünün daha da güçlendirilmesi ameliyathane hemşireliğinin görünür kılınmasında etkili olabilir. Ameliyathane hemşirelerinin topluma verdikleri hizmetin boyutunun toplum tarafından anlaşılması ve görünürliğünün sağlanmasının hasta güvenliği kültürünün yerleşmesinde önemli katkıları olabilir. Ameliyathane hemşireliğinin görev tanımlarının netleştirilmesi ve rollerinin tamamının yasalarla desteklenmesi mesleğin profesyonel gelişimi açısından önemli bir gerekliliktir. Bu süreçte hemşirelerin liderlik becerileri belirleyici olacaktır.

Ameliyathanede cerrahi ekibin yüksek düzeyde stres yaşadığı bilinmektedir. Cerrahi ekip üyeleri cerrahların stres yönetimi konusunda kötü olduklarını ve gerginliklerini tüm ekibe yansıttıklarını ifade etmektedirler. Cerrahi ekip üyelerinin büyük çoğunluğu, hemşirenin sakin kalmasının çok önemli olduğunu ve doktoru da rahatlattığını belirtmişlerdir. Operasyonlarda geçen sürenin uzun olması ve hastanın hayatının söz konusu olması risk derecesini artırabilmektedir. Bu durum, ameliyathane ekibinde yüksek kaygı düzeyine neden olabilmektedir. Yapılan çalışmada, cerrahi ekip üyelerinin yaklaşık %57.5'inin yorgun olduklarında bile kritik safhalarda etkin çalıştığı belirtilmiştir. Bu oran ameliyathane hemşirelerinde daha yüksek görülmüştür. Bu durum yorgun, gergin ve stresli duygu durumlarıyla cerrahi ekibin etkin olmaya çalışmasının tıbbi hataların meydana gelmesine neden olabileceğini göstermektedir (Aydemir ve Yıldırım, 2016). Çalışmaya katılan hemşireler, stresle baş etme/stresi yönetme nedeni olarak, çalışma hayatının kendilerine getirdiği zorunluluk olarak göstermişlerdir (Akalın ve Modanlıoğlu, 2020). Çalışmamızda da tüm ekip üyeleri hemşireden stres yönetimi becerisini bir zorunluluk olarak beklemektedir. Hemşireler, sakin kaldıklarında daha iyi organizasyon yaptıklarını, cerrahı rahat yönlendirebildiklerini belirtmektedirler. Cerrah stresli olduğunda tepkilerini farklı şekilde yansıtmaktadır. Bu durumu kişiselleştirmeden ilerlemenin çok önemli olduğu cerrahlar tarafından belirtilmektedir. Hemşirenin bu konuda eğitim programları ve psikososyal programlar ile desteklenmesi önemlilik arz etmektedir.

Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri hemşirenin ekip çalışması ve iş birliği becerisine vurgu yapmaktadır. Hemşirelerin iş birliği alt faktör puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Hemşire, cerrahi ekibi bütünleştiren ve süreci yöneten kişi olarak değerlendirilmektedir. Ekip üyeleri ve kliniklerle bütünlüğün sağlanmasında ve birçok çatışmanın önlenmesi ve yönetiminde kilit olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da ameliyathane hemşirelerinin cerrahi ekibin koordinasyonunu sağlayarak hastanın ameliyathanede geçirdiği sürenin en aza indirilmesini sağlamaktadır (Blomberg ve ark., 2018; Blomberg, Bisholt ve ark., 2015). Literatürde cerrahi ekip üyelerinin birbirinin performansını denetlemelerinden çekinmemelerinin, işbirliği ruhuna sahip olmalarının başarılı ekip çalışmasının kilit unsuru olarak görülmektedir (Aghamohammadi ve ark., 2021; Bakhtiari, Sharif ve ark., 2020). Ameliyathane hemşirelerinden ekip çalışması ve iş birliği, etkin iletişim, klinik liderlik ve koordinasyon, klinik çatışmayı çözme, insan ve maddi kaynakları önceliklendirme ve organize etme yeteneği beklenmektedir (Konyalılar, 2020; Yu ve ark., 2022). Ekip çalışması ve iş birliği becerisinin hemşireye lisans eğitim süreçlerinden itibaren kazandırılması ve sürekli eğitim programları ile desteklenmesi önemlidir.

Bu stresli ortamda cerrahi ekip üyeleri, ameliyathane hemşiresinin çatışma yönetimi becerisinin önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Ameliyathane hemşirelerinin de çalışanlar arasında çatışma söz konusu olduğunda klinik durumu yönetirim maddesini (3.48 ± 1.18) yüksek puanladıkları görülmektedir. Ameliyathanede hayatı tehdit eden durumlar ve acil karar vermeyi gerektiren olayların gerçekleşmesi, çok sayıda sağlık profesyonelinin görevlerinin çakışması kişilerarası çatışmaların sıklıkla yaşanmasına neden olmaktadır. Bu süreçte ameliyathane hemşireleri etik zorluklara maruz kaldığı literatürde de görülmektedir (Aghamohammadi ve ark., 2021; Bakhtiari, Rakhshan, ve ark., 2020; Bilik, 2017). Çalışmamızda da ameliyathanede çatışmaların yaşanabildiği belirtilmektedir. Cerrahların profesyonellikten uzak davranışlarında hemşireler, ameliyat sırasında hastanın iyiliği için sakin davranırlar. Ancak ameliyattan sonra neyin kabul edilebilir olduğuna dikkat çekerek tepkilerini uygun bir şekilde göstermektedir. Bazı cerrahlar, yeni çalışanların ameliyattan önce planlamaları için daha fazla zamana ihtiyaçları olduğu gerçeğini umursamaz ve işteki gecikmeler için onları suçlar. Hemşire bununla yüzleşir ve bazen biraz zaman alması gerektiğine ancak yine de cerrahi ekipteki

diğer kişilere saygı gösterdiğine ve hastanın ameliyat süresinin etkilenmemesini sağladığına dikkat çekmektedir (Blomberg, Bisholt ve ark., 2019). Ameliyathane hemşiresinin yaklaşım tarzı sorunların etkin bir şekilde çözülmesini sağlamaktadır. Problem çözme, hemşirelik uygulamasının odak noktasıdır ve hasta bakımının kalitesini yükseltmek için büyük önem taşımaktadır (Ay ve ark., 2020). Yunanistan'da yapılan çalışmada hemşireler ve hekimlerin büyük çoğunluğunun meslektaşlarıyla (%79), doktorlarla (%69.5), hemşirelerle (%43.7), üstleriyle (%36.5), üst düzey yöneticilerle (%22.8), yöneticilerle (%21.6), astlarıyla (%20.4) ve başka bir meslek grubundan kişilerle (%17.4) çatışma yaşadığı belirtilmektedir. Çalışanların çatışma yönetiminde %64.7'sinin çatışmadan kaçınmayı, iş birliğini (%55.4), uzlaşmayı (%28.3), arabuluculuğu (%19), rekabeti (%16.3) tercih ettiğini göstermiştir (Andriopoulou ve ark., 2021). Ameliyathane hemşirelerinin diğer profesyonellere göre meslekler arası iş birliği kalitesini daha fazla önemsedikleri görülmektedir. Ameliyathane ortamında işe yeni başlayanlara yönelik güvene dayalı problemlerin yaşandığı saptanmıştır. Ayrıca meslekler arası güven sorunlarının varlığından da bahsedilebilmektedir (Aydemir ve Yıldırım, 2016). Ameliyathane hemşireleri, iş birliğinde mesleki bilgilerine saygı duyulduğunu hissettiklerini belirtmektedir. Ameliyat sırasında iki hemşirenin iş birliği yaptığı durumlarda, birbirlerini destekleme ve birbirlerinden öğrenme ve böylece çalışmalarını geliştirme fırsatları olmaktadır (Nyberg ve ark., 2021). Ameliyathanede çalışma, karmaşık, dinamik ve genellikle zaman ve kaynak kısıtlı olduğundan zorlu olarak kabul edilmektedir. Başarılı bir karmaşıklık yönetimi için önemli özellikler, beklenen ve beklenmeyen olayları yönetirken, uyarlamaları ve uyarlanabilir koordinasyonu içermelidir. Yapılan çalışmada ameliyathane hemşireleri, hemşire anesteziistleri ve cerrahlar tarafından karmaşıklığın nasıl yönetildiğini ve bu profesyonellerin ameliyathanede güvenli bakım oluşturmaya nasıl uyum sağladığı araştırılmıştır. Ameliyathanedeki karmaşıklığı yönetmek için hemşireden beklenen ve beklenmeyene yanıt verebilmek, tahmin etme ve izleme gibi becerileri sahip olması beklenmektedir (Göras ve ark., 2020). Ameliyat sırasında faaliyetlerin zamanlaması ve koordinasyonu iletişim gerektirir. Ameliyathanede çalışmak, yüksek derecede karşılıklı ilişki olasılığı ile birden fazla profesyonel tarafından gerçekleştirilen birçok görevden oluşur. Görevleri yerine getirmek, hedeflere ulaşmak ve hastalar için güvenli bakım geliştirmek ve sunmak

için profesyoneller, iletişim yoluyla bilgi paylaşır ve çalışmalarını koordine eder (Göras ve ark., 2019). Yapılan araştırma projesinde cerrahi ekip üyelerinin, yalnızca bireysel rollerinde yetkin olmakla kalmaması, aynı zamanda ekipte sinerji yaratarak tüm üyelerin uzmanlığını sergileyen bir yapıda birlikte çalışması önerilmektedir (Kertesz ve ark., 2018).

Ekip üyeleri arasındaki bilgi aktarımı, disiplinler arası iş birliğini teşvik eder ve ameliyathaneyi akademik bir ortama dönüştürür. Birbirinden öğrenme ve birbirine öğretme kombinasyonu, başarılı ekip çalışmasının önemli bir unsuru olarak görülmektedir (Bakhtiari, Sharif ve ark., 2020). Çalışmamızda da cerrahi ekip üyeleri arasında sürekli bir bilgi aktarımı olduğu vurgulanmaktadır. Katılımcılardan cerrahi asistanı, kendilerinin ve acemi hemşirelerin yetiştirme sürecinde ekip üyeleri arasındaki bilgi aktarımının önemli olduğunu belirtmiştir. Yeni mezun hemşireler ve öğrenciler, meslektaşları tarafından eleştirilmekten korkmaktadırlar. Multidisipliner ekibe katılma korkusu, ilişkilerdeki zorluklar, sadece yaş farkından kaynaklanmamakta kişilik faktörünün daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (Serafin ve ark., 2020). Cerrahi kursiyerler teknik olmayan becerilerinin değerlendirilmesinde anesteziist ve ameliyathane hemşirelerinin de değerlendirme sürecine katılmaları gerektiği belirtilmektedir (Al-Jundi ve ark., 2016). Önlisans, lisans ve lisanüstü farklı eğitim süreçlerinden geçen cerrahi ekip üyelerinin mesleklararası eğitim ve öğretim programlarının müfredatlara yerleştirilmesi cerrahi ekip kültürünün erken dönemde oluşmasında katkıları olabilir. Birbirlerini ve sorunluluklarını daha iyi anlamaları ve iletişimlerinin daha etkili olmasında önemli etkileri olabilir.

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin kişisel özelliklerine vurgu yapılmaktadır. Cerrahi ekip üyelerinin tamamı iyi insan olması, empati becerisine sahip olması, sağlıklı, dayanıklı olması, zeki olması gerektiğini belirtmişlerdir. Literatürde de çalışmamıza paralel şekilde kişisel niteliklerin önemli bir yetkinlik alanı olarak değerlendirildiği görülmektedir (Fukada, 2018; Ghanbari ve ark., 2017; Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021; Wang ve ark., 2016). Hemşire yetkinliğinde kişisel niteliklere vurgu yapılması dikkat çekicidir. Hemşirelik eğitiminde kişisel gelişimin ve değerler eğitiminin önemi görülmektedir.

Hemşirelik uygulamasında empati geliştirilmiş standartlara ve yeterlilik hazırlığına dayalı profesyonel hemşirelik bakımının temeli olarak görülmektedir (Serafin ve ark., 2020). Çalışmamızda hemşirelerin empati beceri algıları yüksek (21.40 ± 3.92) bulunmakla birlikte bu boyutta sadece hasta ile iletişimde empati algıları değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmada ameliyathane hemşireleri ameliyathanenin, günlük hayatlarını etkilediğini hasta yerine kendini koyma ve ortamı kendi hayatlarına uyarlama gibi etkilerinin olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Akalin ve Modanlıoğlu, 2020). Ülkemizde yapılan çalışmada hemşirelik öğrencileri ameliyathane uygulamalarında cerrahi ekip üyelerinin hastaya karşı empatik yaklaşım sergilemediğini gözlemlemişlerdir (Taylan ve Özkan, 2022). Çalışmamızda teknisyen grubu ve cerrahların bir kısmı ameliyathane hemşiresinin hasta ile iletişimlerinin sınırlı olduğuna vurgu yapmaktadır. Hastanın ameliyathanede yaşadığı korku ve tedirginliklerinde hemşirenin onu yalnız bırakmaması birincil önceliği olmalıdır. Ameliyathane hemşirelerine empati ile ilgili farklı yöntemlerle eğitim programlarının uygulanması etkili olabilir. Ameliyathane hemşireliği öğrencilerinde rol oynama tekniği kullanılarak bir eğitim programına katılan grupta empati puanlarını önemli ölçüde arttırdığı belirtilmektedir (Larti ve ark., 2018).

Çalışmamızda ekip üyeleri, hemşirenin empati becerisini başta hasta olmak üzere cerrah ve diğer ekip üyelerine göstermesi gerektiğini vurgulamışlardır. Ekip üyelerine yaklaşımın iş birliği boyutunda “ekip üyelerine farklı gereksinimleri, yetenekleri ve istekleri olan bireyler olarak davranırım” maddesini (4.20 ± 0.86) yüksek puanlamışlardır. Ameliyathane hemşiresinin empati becerisinin rol ve sorumluluklarını yerine getirmede önemli olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada ameliyathane hemşirelerinin empati puanları düşük bulunmuştur (Ay ve ark., 2020). Ameliyathanede uygulama yapan hemşirelik öğrencileri cerrahi ekip üyelerinin işlerini çok iyi yaptıklarını ve en iyi olmanın önemini hissettiklerini vurgulamaktadırlar. Ancak öğrenciler cerrahlar ve hemşirelerin onlara karşı kayıtsız ve ilgisiz davrandıklarını için kendilerini değersiz ve yabancı hissettiklerini belirtmişlerdir (Taylan ve Özkan, 2022). Benzer bir çalışmada da öğrenciler, ameliyathane ortamında kendilerini yalnız hissettiklerini, klinik öğrenmeyi etkileyen en önemli faktörlerin, klinik personelinin öğrenciler ile ilişkileri ve öğrencilere yaklaşımları olduğu bildirilmiştir (Yavuz van Giersbergen ve ark., 2016). Yapılan çalışmada tıp fakültesi öğrencileri ameliyathane ortamının göz korkutucu ve kaygı

uyandırıcı olduğunu belirtmişlerdir. Bu olumsuzluklar öğrencilerin cerrahiye ilgisizliğine katkıda bulunabilir. (O'Neill ve ark., 2018). Ameliyathane deneyimi, ameliyathane hemşireliğinin geleceği açısından öğrencilerin kariyer tercihlerini belirlemede olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir (Taylan ve Özkan, 2022; Yavuz van Giersbergen ve ark., 2016). Ameliyathane hemşirelerinin hemşirelik öğrencilerini de ekibin bir üyesi olarak görmesi ve empati göstererek onların sürecine destek olması mesleki profesyonellik için önemli bir gerekliliktir.

Ameliyathane hemşiresinin kendini ifade edebilme becerisi ekip üyeleri tarafından vurgulanmaktadır. Özellikle hekimlerin stres yönetimi ile sıkıntılarında bireysel sınırlarını korumaları beklenmektedir. Bir çalışmada ameliyathane hemşiresinin profesyonel görüşlerini açıkça ifade edebilmesi ve karakter özelliğinin önemli bir yönü olarak görülen ahlaki cesareti en önemli kişilik özelliği olarak görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğu maneviyatı, ahlaki mükemmelliğe yönelik davranışlarını olumlu yönde etkileyen önemli bir kişilik özelliği olarak görmektedir. Cesaret ve maneviyat, kişisel ve profesyonel mükemmelliği kolaylaştıran bir dizi kişilik özelliği olarak değerlendirilmektedir. Cerrahlar ve diğer ekip üyeleri arasındaki güç oyununun hastanın güvenliğini ve iyiliğini baltalamaması gerektiğine inanmaktadırlar. Cerrahlarla olan güç mücadelesinde ameliyathane hemşirelerinin boyun eğici davranarak hasta çıkarlarından ödün vermemeleri gerektiği ve ahlaki cesaretin güçlendirilmesi gereken birincil özellik olduğuna inanılmaktadır (Bakhtiari, Sharif, ve ark., 2020). Yapılan çalışmada hemşirenin duygu yönetimi, duygusal yönelim, öfke kontrolü ve öz farkındalığı kişisel yetkinlik kapsamında değerlendirilmektedir (Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021). Yapılan çalışmada ameliyathane hemşirelerinin daha otonomik kişilik özelliklerine sahip olduğu belirtilmektedir (Durmaz ve Sabuncu, 2019). Bir başka çalışmada hemşireler hasta güvenliği ve kalite ile ilgili konularda cerrahlara karşı ödün vermeyen bir yaklaşımda olmanın önemine vurgu yapmaktadırlar. Hemşireler, ameliyathanenin stresli ve zorlu ortamına daha kolay uyum sağlamanın belirli bir “karakter” gücü gerektirdiğini ve bu ortamın herkes için uygun olmadığını belirtmektedirler (Laflamme ve ark., 2019). Çalışmamızda ameliyathane hemşiresinin zeki olmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Ameliyathanede hızlı öğrenmesi, hızlı hareket etmesi ve karar vermesi açısından zeki olması gerektiği vurgulanmaktadırlar. Literatürde de hemşireden hızlı, dikkatli, disiplinli,

sakin olması (Ghanbari ve ark., 2017; Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021; Wang ve ark., 2016), eleştirel düşünme ve problem çözme (Fukada, 2018), dini ve manevi tutumlar, yaratıcılık, yenilikçilik, fiziksel görünüm özeni beklenmektedir (Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021). Çin de yapılan çalışmada ameliyathane hemşirelerinin ameliyathanede çalışmayı sevmesi, sorumluluk duygusu, bağlılık ruhu, bakım bilinci, ekip bilinci de kişisel nitelikler olarak değerlendirilmiştir (Wang ve ark., 2016).

Çalışmamızda ayrıca hemşirenin sağlıklı olması, psikolojik ve fizyolojik dayanıklılığına vurgu yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda da hemşirenin fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı olması önemli kişisel nitelikler kapsamındadır (Ghanbari ve ark., 2017; Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021). Yapılan çalışmada ameliyathane hemşirelerinin en çok kas-iskelet sistemi hastalıkları ve dermatit ile ilgili sıkıntılar yaşadığı görülmektedir. Ameliyathane çalışma ortamının cerrahi hemşirelerin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu ifade edilmektedir (Martí-Ejarque ve ark., 2021). Ameliyathane ortamının riskleri ve çalışma koşulları düşünüldüğünde hemşirenin sağlıklı olmasını beklerken sağlığını korumanında zor olduğu görülmektedir. Ameliyathane ortamında çalışan güvenliği kapsamında iyileştirmelerin yapılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi konularında yöneticilerin yaklaşımı önemlidir. Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri ameliyathane hemşiresinin pozitif, güleryüzlü olmasının tüm süreci etkilediğini belirtmektedirler. Hemşirelerde pozitif ve güleryüzlü yaklaşımlarının olumlu etkilerine vurgu yapmaktadır ve bu konuda bir hemşire *“pozitiflik ameliyatı da etkiliyor, karşıdaki kişiyi de etkiliyor”* şeklinde ifade etmektedir. Yapılan çalışmada ameliyathanede çalışan hemşirelerin olumlu mizahı daha az kullandıkları belirlenmiş ve bu durum ameliyathane ortamındaki stres faktörünün fazla olması ile ilişkilendirilmiştir (Ergözen ve Uğurlu, 2019).

5.2. Yetkinliği Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri ile yapılan görüşmelerin analizi sonucunda yetkinliği etkileyen faktörler organizasyonel ve bireysel faktörler olmak üzere iki bağlam üzerinde şekillendirilmiştir. Literatürde hemşirelikte klinik yetkinliği etkileyen örgütsel faktörler (hastanenin büyüklüğü, türü, kültürü, insan kaynakları departmanının yapısı ve çalışan sayısı) ve bireysel faktörlerin (yöneticiler ve bireyin kişisel özellikleri) etkili olduğu vurgulanmaktadır (Charette ve ark., 2019; Gunawan ve ark., 2019). Araştırmamızda

organizasyonel faktörler bağlamında ele alınan “eğitim” ve “kurumsal” tema, bireysel faktörler bağlamında da “ekip üyeleri” ve “öğrenici birey” alt temalarla tartışılmaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin yeterlilik algıları demografik ve tanıtıcı özellikleri ile nicel boyutunda değerlendirilmiştir.

5.2.1.Organizasyonel Faktörler

Organizasyonel faktörler bağlamında “Eğitim” teması usta çırak ilişkisi, oryantasyon, rotasyon ve branşlaşma, ameliyathane hemşireliği sertifika programı, hizmet içi eğitim, kongre ve kurs katılımları ve yönderlik (mentörlük) alt temalarında değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan cerrahi ekip üyelerinin tamamı ameliyathane hemşiresinin usta çırak ilişkisi ile sahada cerrahlar ve kıdemli ameliyathane hemşireleri tarafından yetiştirildiğini belirtmektedirler. Katılımcılardan bir cerrah bu durumu “...Türkiye’de ameliyathane hemşireliği ile ilgili spesifik bir hemşirelik eğitimi yok bildiğim kadarıyla normal standart hemşireler ameliyathaneye başlayıp usta çırak ilişkisiyle öğreniyorlar, sahada, hemşire ustasından ve ameliyathane ekibindeki cerrahıtan öğreniyorlar” şeklinde ifade etmektedir. Tüm katılımcılar temel hemşirelik eğitiminin önemli olduğunu ancak eğitim sürecinde ameliyathane hemşireliğine yönelik eğitim almadıklarını vurgulamışlardır. Yapılan çalışmada da ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik süreçlerine yönelik bir resmi eğitim ve değerlendirme yönteminin olmadığı belirtilmektedir. Lisans düzeyinde ameliyathane hemşireliği uzmanlığında bir eğitim ve öğretim boşluğunun olduğu ve bu alanda yeni eğitim programlarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Radford ve Fotis, 2018). Çalışmamızda da usta çırak ilişkisinin cerrahi de yetişme açısından önemli olduğu ancak bu eğitimin temel bir eğitim alındıktan sonra standardizasyonu oluşturularak farklı eğitim ve öğretim yöntemleri ile bir plan ve program dahilinde uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu konuda hemşire katılımcımız ““...usta çırak ilişkisiyle başladık...sahada öğrenmek, vakaya girerek öğrenmek çok yıpratıcı bir süreç...bilgi güçtür, usta çırak ilişkisi temel eğitim alındıktan sonra olmalı” şeklinde vurgulamaktadır. Literatürde yetkinliğin geliştirilmesinde ve değerlendirilmesinde iyi eğitim ortamları ve programlarının önemli bir katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (Notarnicola ve ark., 2018). Çalışmamızda oryantasyon eğitiminin önemli olduğu bazı hastanelerde bir plan ve program dahilinde uygulanmasa da sürecin kendi içerisinde adım adım ilerlediği belirtilmektedir. Cerrahlar ve hemşireler

yeni başlayan bir hemşirenin yetiştirme sürecinin basamak halinde ilerlediğini vurgulamaktadır. Bir cerrah konuyu “...*ameliyathaneye yeni başlamış bir hemşire direk tek başına ameliyata verilmez. Eğitimin aşamaları var*” ifadesi ile özetlemektedir. Ülkemiz de uygulanan ameliyathane hemşireliği sertifika programının iyi temellendirilmiş bir eğitim programı olduğu ve bu eğitimin yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon programında verilmesinin çok önemli olduğu hemşireler tarafından vurgulanmaktadır. Bir hemşire “*İlk başlayan hemşirelerin standart olarak böyle bir eğitimden sertifika programından geçmesi gerekiyor bence*” bu konudaki görüşünü belirtmektedir. Çalışmamızda cerrahların sertifika eğitim programı ile ilgili görüş bildirmediği dikkat çekmektedir. Araştırmanın nicel boyutunda elde edilen verilerde eğitime katılan hemşirelerin temel bilgi ve beceri alt faktör ortalamalarının (40.19 ± 4.59), katılmayan hemşirelerin alt faktör ortalamalarından (37.48 ± 5.65) yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Eğitim programına katılma durumunun orta etki büyüklüğünde olduğu görülmektedir. Ameliyathane hemşireliği sertifika programı ve oryantasyon eğitime katılan hemşirelerin katılmayan hemşirelere göre temel bilgi ve beceri düzeyi açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Bu farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının her iki program için küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Oryantasyon ve sertifika eğitimleri dışındaki kongre, kurs ve sempozyum olarak gruplandırılan diğer eğitimlere katılan ve katılmayan hemşirelerin temel bilgi ve beceri düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerine yönelik hizmet içi eğitim programlarının, kongre, kurs ve sempozyum katılımlarının önemli olduğu ekip üyeleri tarafından vurgulanmaktadır. Bir hemşire “... *tekrarlanabilen bir eğitim almalı... alınan eğitimler yılda bir tekrarlanmalı ve her 5 yılda bir değişime ayak uydurmalıyım kendimi yenilemeliyim*” şeklinde hizmet içi eğitime duyduğu ihtiyacı belirtmektedir. Bir anestezi doktoru da “*aralıklı kurslar gibi eğitim aktiviteleri çok faydalı olur*” şeklinde konuya dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmada da hemşirelerin bireysel düzeyde yetkinlik öz değerlendirmeleri eğitim ihtiyaçları ve eğitim yöntemleri konusunda katkıda bulunabileceği vurgulanmaktadır (Wangensteen ve ark., 2015). Hemşirelikte klinik yetkinlik gelişimine katkıda bulunan öncüller arasında yer alan verimli eğitim sistemi, hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin klinik yetkinliğini teşvik etmek için üniversite,

hizmet içi eğitimler, çevreye uyum programları, simülasyona dayalı eğitim, iletişim becerileri eğitimi, sertifika ve sürekli eğitim programları olarak belirtilmektedir (Charette ve ark., 2019; Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021). Ameliyathane hemşirelerinin eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin temel bilgi, beceri ve profesyonel gelişim alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Alınan eğitimin liderlik, iş birliği, yeterlilik ve empati puan ortalamalarında anlamlı fark yaratmadığı görülmüştür. Kurum oryantasyon eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin temel bilgi, beceri ve profesyonel gelişim alt faktör puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmada ameliyathane hemşireliği uzmanlık eğitimi alan hemşirelerin yetkinlik algıları uzmanlık eğitimi olmayanlara göre daha yüksek bildirmiştir (Gillespie ve ark., 2018). Giderek artan entegre teknolojik destek sistemlerine yönelik mevcut eğilim ve ameliyathanede modernize edilmiş süreçlerin yükselişi, daha yüksek düzeyde eğitime sahip ameliyathane hemşireleri için artan bir talebin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Bernhard Glaser ve ark., 2016). Bir başka çalışmada ameliyathane hemşireleri düzenli olarak eğitimlere katılmak istediklerini, ancak çalışma koşullarının buna izin vermediğini ifade etmektedirler (Akalın ve Modanlıoğlu, 2020). Yapılan çalışmada ameliyathane hemşireleri klinik yetkinlik gelişimleri için bilimsel yönelimli eğitim programlarının gerekli olduğunu düşündüklerini ifade etmektedirler. Tıbbi teknoloji ve ameliyathane hemşireliği konusunda örgün eğitimin ve sürekli eğitimlerin önemine vurgu yaptıkları görülmektedir (Blomberg ve ark., 2019). Çalışmamızda ekip üyeleri eğitim programlarına yönelik tavsiye niteliğinde görüşlerini ifade etmektedirler. Özellikle yurt dışı deneyimi olan cerrahlar tarafından eğitim programlarının özellikleri dile getirilmiştir. Cerrahlarda görüşlerini “...ameliyathane hemşireliği hemşirelikte yarı dal olabilir... hemşirelik üstüne böyle bir yıl kadar eğitim, yüksek lisanstan sonra yarı dal olabilir iyi olur bu ameliyathane açısından... Amerika’da NP’ler var NP deniyor... ayrı yarı dallara ait alana özgü çok farklı eğitim alıyorlar ve spesifikleştiriyorlar bu bizde de faydalı olabilir” ve “...yurtdışında temel hemşirelik eğitimi üzerine özel eğitim alıyorlar... ülkemizde de ameliyathane hemşireliği eğitimi olmalı... beyin cerrahi, genel cerrahi, kadın doğum, plastik... her branşın kendine spesifik özellikleri var ama temel prensipleri bildikten sonra detayları kolay öğrenirler...” şeklinde ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan bazı cerrahlar bu eğitim programlarında yer almak istediklerini de

belirtmektedirler. Hemşireler lisans düzeyinde veya yüksek lisans düzeyinde eğitimin önemine vurgu yapmaktadır. Bir hemşire katılımcımız “...yüksek lisans ya da asistanlık gibi branşlaşma olsa böyle bir eğitimden geçsek çok daha iyi olur” şeklinde düşüncelerini ifade etmektedir. Çalışmamıza paralel olarak Avustralya da yapılan bir çalışma da cerrahların ameliyathane hemşirelerini cerrahi asistanlık yüksek lisans eğitimine yönlendirdiği görülmektedir (Lynn ve Brownie, 2015). Ameliyathane hemşiresine olan ihtiyaç küresel bir sorun olmakla beraber cerrahların da bu süreçte eğitilmiş ameliyathane hemşiresine yönelik eğitim programlarına önem verdikleri ve yönlendirdikleri görülmektedir.

Dünya genelinde ameliyathane hemşirelerine olan ihtiyacın arttığı ve eğitime ilişkin sıkıntıların yaşandığı görülmektedir. Ameliyathane hemşireliğinde eğitimin çözümüne yönelik ülkelerde farklı eğitim programları uygulanmaktadır. Lisans düzeyinde ameliyathane hemşireliği seçmeli ders (Beitz, 2019a), okul hastane işbirlikleri kapsamında ameliyathane hemşireliği dersleri (Beitz, 2019a, 2019b; Reuter ve Spalla King, 2021), intörnlük uygulamaları, yaz stajı uygulamaları (Beitz, 2019a; Fujihara ve FitzGerald, 2020), klinik hemşirelik kurslarına entegre perioperatif içerik (Beitz, 2019a), yüksek lisans düzeyinde ameliyathane hemşireliği uzmanlık eğitimleri (Blomberg ve ark., 2022; Blomberg, Lindwall, ve ark., 2019), ameliyathane hemşireliği eğitici eğitimleri (Manz ve ark., 2021), lisanslı hemşireler için burslar (Beitz, 2019a) ve sertifikasyon eğitimi (Stobinski, 2015) gibi farklı eğitim programlarının uygulandığı görülmektedir (Beitz, 2019a; Manz ve ark., 2021; Reuter ve Spalla King, 2021). Literatürde ameliyathane hemşireliği eğitim programlarının teknik ve teknik olmayan bilgi ve becerileri geliştirmeye yönelik olduğu ve bu kapsamda (Beydler, 2017; Fujihara ve FitzGerald, 2020; Manz ve ark., 2021; Reuter ve Spalla King, 2021) yansıtma, küçük gruplar (Culyer ve ark., 2018), vakaya dayalı öğrenme (Byrne ve ark., 2016; Culyer ve ark., 2018), probleme dayalı öğrenme (Culyer ve ark., 2018), meslekler arası öğrenme (Fagerdahl ve ark., 2021), mentorluk (Culyer ve ark., 2018), simülasyon dayalı öğrenme (Akbari ve ark., 2022; Bracq, Michinov, ve Jannin, 2019; Bracq, Michinov, Arnaldi, ve ark., 2019; Glaser ve ark., 2016), e-öğrenme (Fagerdahl ve ark., 2021), yüksek kaliteli hayvan dokusu üzerinde sütür teknikleri öğretimi (Down ve ark., 2020) ve tam zamanında

öğretim (Schuller ve ark., 2015) gibi farklı eğitim ve öğretim yöntemlerinin uygulandığı görülmektedir.

Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri ameliyathane hemşirelerinin yetişme sürecinde cerrahi branşlarda rotasyonun önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bir hemşire *“İlk başta bir rotasyon olması gerekiyor... rotasyonda hemen hemen her yeri bilmesi çok önemli bence, sonra branşlaşılacak...”* ve bir anestezi uzmanı *“... her bir cerrahi işlem ve malzemeleri birbirinden farklı bunları bilmek ve kullanmak açısından rotasyon şart”* şeklinde bu konuda görüşlerini ifade etmektedirler. Yapılan çalışmada farklı cerrahi uzmanlık alanlarında bilginin kazanılmasının ve paylaşılmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2019). Yeni başlayan hemşirelerin tüm branşlarda çalışmasının önemli olduğu ancak bu süreçte rotasyonun uygulanmasında bazı kuralların önemli olduğu belirtilmektedir. Bir cerrah *“cerrahi hemşirelerin özellikle yetkinliğin de bir sorun daha var. Farklı farklı yerlerde çalıştırıyorlar ...üç gün kadın doğumda iki gün genel cerrahide ondan üç ve dört gün kalp cerrahisinde ortopedi de karmakarışık bir sistem ...bir şeye tam konsantre olacak en az 6 ay çalışacak ondan sonra öteki tarafa atlayacak”* ve bir teknikerde *“...ameliyathanede branşlaşmak için çalıştığı yerde belli bir süre çalışması lazım”* sözleriyle konuya dikkat çekmektedirler. Yapılan başka bir çalışmada ameliyathane hemşiresinin aynı cerrahla veya aynı cerrahi branştaki benzer ameliyatlarda belli bir süre çalışmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Radford ve Fotis, 2018). Hemşirenin yetişme sürecinde rotasyondan sonra branşlaşmasının bazı ekip üyeleri tarafından vurgulandığı görülmektedir. Bir hemşire *“Branşlaşılmalı, her branşın hemşiresi olmalı ki bilgisi tecrübesi artsın ona göre müdahale edebilsin”* ve bir cerrah da *“Branşlaşma, aynı birimde çalışmış hemşirenin o birimde değeri de artıyor...Böyle bir ameliyathane hemşiresinin, bana destek olacağını ve ek güç olacağını düşünüyorum, ekstra bir kontrol mekanizması, yardım mekanizması olarak görürüm”* sözleriyle dikkat çekmektedir. Yapılan bir çalışmada da katılımcıların, tek bir uzmanlık alanında çalışmanın hataları azaltabileceğini vurguladıkları belirtilmektedir (Behzad ve Elahe, 2022).

Çalışmamızda katılımcılar, ameliyathane hemşireleri yetişme sürecinde yönder (mentör) hemşirelik uygulamasının önemli olduğunu ve olması gerektiği belirtilmektedir. Bir

hemşire katılımcımız “...ilk başladığım dönemde, birisi beni alsın, eğitsin, göstereyim isterdim. Eğitim hemşiresi ya da kıdemli hemşire ile ameliyata girip ondan öğrenmiş olsaydım, sonra vakaya girseydim direk olayın ortasında olmasaydım” sözleriyle düşüncelerini ifade etmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin teknik becerilerini öğrenme süreçleri ile ilgili yapılan çalışmada kararlı, tutarlı ve sabit mentörlerin (yönder) önemli olduğu belirtilmektedir (Radford ve Fotis, 2018). Bir başka çalışmada da ameliyathane çalışma ortamında sürekli mentorlüğün önemli olduğu ve mentör hemşirelerin bu rollerini diğer rol ve sorumluluklarıyla eş zamanlı gerçekleştirdikleri belirtilmektedir. Bir öğrenme alanı olarak ameliyathanede yönder hemşirelerin bu süreçte katalizör işlevi görebildiğine dikkat çekilmektedir (Averlid ve Høglund, 2020).

Çalışmamızda organizasyonel faktörler bağlamında değerlendirilen kurumsal faktörler; hastane özellikleri, kurum kültürü, vaka ve ekip çeşitliliği, yönetsel süreçler, iş yükü ve hemşire sayısının yetersizliği alt temalarında gruplandırılmıştır. Çalışmamızın kalitatif bölümünde katılan cerrahi ekip üyeleri hastanenin özelliklerinden yatak kapasitesi, büyüklüğü, yapılan cerrahi işlemlerin çeşitliliğinin hemşire yaklaşımında etkili olduğu açıklanmaktadır. Bir hemşire katılımcımız “...kurumlar yetkinleşmede önemli, küçük hastanelerde küçük vakalar görürsün. Büyük hastanelerde çalıştığın zaman çok farklı ve büyük vakaları görürsün” sözleriyle özetleyici bir şekilde ifade etmektedir. Çalışmamızda algılanan perioperatif yeterlilik toplam puan ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde özel kurumda ve eğitim araştırmada çalışan bireylerin ortalamalarının, devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından fazla olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta büyüklüğün üzerinde olduğu söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik toplam puan ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı; 1-5 oda ve 21 ve üzeri oda alt gruplarındaki bireylerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki bireylerin ortalamasından fazla olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü orta etki büyüklüğünün üzerindedir. Bu kapsamda baktığımızda özel hastanelerin oda sayılarının diğer hastanelere göre daha az olduğu, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde ise devlet hastaneleri ve özel hastanelere göre daha fazla olduğuna dikkat edilmelidir. Çalışmamızda

ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterliliklerinin temel bilgi ve beceri alt faktör ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Özel kurumlarda çalışan hemşirelerin ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamızın nitel verilerinde özel hastanelerde çalışan cerrahların hemşirelerden beklentilerinin yüksek olduğunu ve teknik alan yetkinliklerinin önemine vurgu yapıldığı görülmektedir. Bir cerrah katılımcımız *“Hemşirenin bilgisinin tam olmasını, tecrübesinin/ deneyiminin olmasını isteriz...Özellikle özel sektörde çalışırken asistanımız olmadığı için ameliyatı hemşirelerin yardımıyla yapıyoruz...dolayısıyla hemşirelerden beklentimiz biraz daha fazla”* şeklinde ifade etmiştir. Çalışmamızda özel kurumda çalışan bireylerin temel bilgi ve beceri, liderlik, iş birliği, yeterlilik, empati ve profesyonel gelişim puan ortalamalarının, devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamalarından fazla olduğunu ve bu etkinin orta büyüklükte olduğu bulunmuştur. Ayrıca empati puan ortalamalarının üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt faktör puanlarının çalışılan ameliyat odası sayısı değişkenine göre analizinde temel bilgi ve beceri alt faktör ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 1-5 oda ve 11-15 oda alt gruplarındaki bireylerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki bireylerin ortalamasından fazla olduğu belirlenmiştir. 1-5 arasındaki odalar genellikle çalışmamızdaki özel hastanelerdeki sayıyı, 16-20 arasındaki odalarda üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin oda sayısı olması açısından bize hastane türü değişkenine ilişkin bilgi vermektedir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etkinin orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Yapılan bir çalışmada ise, üniversite hastanelerinin daha yüksek üretim gereksinimlerine sahip olması nedeniyle, küçük hastanelerde klinik yetkinliğin geliştirilmesi için üniversite hastanelerine göre daha elverişli olduğu belirtilmektedir (Blomberg, Lindwall ve ark., 2019). Çalışmamız kapsamında cerrahi ekip üyeleri ile birlikte geçirilen zaman ve görüşmelerde, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin akademik kurumlar olması ve cerrahi branş ve vaka çeşitliliğinin fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamızda liderlik alt faktör ortalamalarının 21 ve üzeri oda alt grubundaki bireylerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki bireylerin ortalamasından fazla olduğu belirlenmiştir. İlgili farka ilişkin

hesaplanana etki orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Çalışmamızda üniversite hastanesinde çalışan ameliyathane hemşiresi bir katılımcımızın *“bizim burada yapmadığımız hiçbir ameliyat yok...Dışarıdan ekip de geldi ... çok beğendiler yeterliliğimizi...her tür ameliyat yapabilme imkânı var... bütün ameliyatlari burada görüyoruz, öğreniyoruz”* şeklinde konuya vurgu yaptığı görülmektedir. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yeterlilik ortalamalarının, devlet kurumunda çalışan bireylerin ortalamasından fazla olduğu ve farka ilişkin etkinin orta büyüklüğün üzerinde olduğu söylenebilir. Eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin liderlik, iş birliği, yeterlilik, profesyonel gelişim alt faktör puan ortalamalarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerden yüksek olduğu ve bu farklılığın etkisinin orta büyüklükte olduğu dikkat çekmektedir. Aynı zamanda eğitim araştırmada çalışan bireylerin empati puan ortalamalarının da üniversitede çalışan bireylerin ortalamasından fazla olduğu söylenebilir. İlgili farka ilişkin hesaplanana etki büyüklüğü katsayısının büyük etki büyüklüğüne yakın olduğu söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin empati ve profesyonel gelişim alt faktör ortalamalarının ameliyat odası alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı, 1-5 oda ve 21 ve üzeri oda alt gruplarındaki bireylerin ortalamalarının, 16-20 oda alt grubundaki bireylerin ortalamasından fazla olduğu ve orta etki büyüklüğünün üzerinde olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmada üniversite hastanesinde çalışan yönetsel sorumluluğa sahip ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik gelişimine daha fazla ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2022). Akademik bir ortam olması ve bilimsel gelişmelerin ve teknolojinin yansımalarının bu hastanede çalışan hemşirelerin kendini geliştirme ihtiyaçlarının artmasına neden olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda kurum kültürünün hemşirenin yetkinleşme sürecinde önemli olduğu da vurgulanmaktadır. Devlet hastanesi sisteminde yaklaşımların olumsuz etkilerine vurgu yapılmıştır. Üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin akademik yapısı içinde de hemşirenin sürekli eğitim içinde olduğu belirtilmektedir. *“Öğrenme için iyi bir iklim yaratmak”* teması da öğrenmeyi etkileyen kültürel faktörlerden biridir. Çalışma ortamı kültürüne baktığımızda, kişinin gelecekteki işyerine ait olma arzusu ve/veya ihtiyacı olabilir. Hemşirelik öğrencilerinin gelecekte dahil olmak istedikleri ve meslektaş grubuna ait olmanın çok önemli olduğu ifade etmektedirler (Averlid ve Höglund, 2020).

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin %91.1'nin farklı cerrahi ekip üyeleri ile çalışmaya açık oldukları görülmektedir. Ameliyathane hemşiresi bir katılımcımız bu konudaki düşüncesini “...her cerrah ayrı bir dünya, her olayında ayrı bir yaşanmışlığı var, farklı farklı ekollerde yetişmiş hekimlerle çalışmanın çok büyük faydasını gördüm. Ben 25 cerrahla çalıştım dolayısı ile 25 değişik yöntem biliyorum ama cerrah sadece kendini biliyor, ben hepsini ve her tekniği görmüşüm, biliyorum ... şöyle yapsak diye öneride bulunabiliyorum. Hekim onu öyle yaptığı zaman gerçekten daha kolay olduğunu görüyor. Akdeniz ekolü başka, Cerrahpaşa ekolü başka, Hacettepe ekolü başka oluyor, dolayısıyla harmanlayıp ortaya bir şey çıkıyor ve çok güzel bir şey oluyor. Hastanın o ameliyattan en iyi şekilde faydalanması için ameliyatta pratik ve faydalı olacak önerilerimizi yöneltiriz” şeklinde vurgulamaktadır. Hemşireye paralel yönde tekniker katılımcımızda “...farklı her ameliyat, farklı aletler ve farklı uzmanlık gerektirir. Hemşire ne kadar çok ameliyata girer ne kadar çok vaka görürse yetkinliği o kadar çabuk gelişir...” şeklinde bu konunun önemini vurgulamaktadır. Yapılan çalışmada hemşirenin birden fazla uzmanlık alanında zaman geçirmesi çeşitli uzmanlık alanlarında deneyim kazanması açısından çok önemlidir (Degon, 2010). Gillispi ve arkadaşlarının çalışmasında acemi ameliyathane hemşirelerinin gelişimlerinin her bir alt uzmanlıkta kazanabildikleri klinik maruziyet miktarına bağlı olduğu belirtilmiştir (Gillespie ve ark., 2009). Geçmişten bu yana baktığımızda çalışmamızın paralel sonuçlarda olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, hastane yöneticileri ve ameliyathane sorumlu hemşire yaklaşımlarının hemşireleri etkilediği belirtilmektedir. Tekniker katılımcımız bu durumu “yetkin ameliyathane hemşiresi olabilmek için kıdemlinin, sorumlunun ve doktorun tutumu önemli, üzerinde bir baskı kuruyorlarsa strese sevk ediyorlarsa yetkin ameliyathane hemşiresi olma süresi uzuyor. Rahat çalışman için diyalogun iyi olması lazım. Sana güveniliyor ve bu hissettiriliyorsa, herhangi bir şey yanlış yaptığın zaman tepki absorbe edebilecek şekilde veriliyorsa, yetkinleşme süren kısalır, daha çabuk uyum sağlarsın, daha iyi çalışırsın ve daha çabuk öğrenirsin... çalıştığın yeri ve işini de seveceksin” sözleriyle ifade etmektedir. Ameliyathane hemşiresi bir katılımcımız ise yöneticilerin tehdit benzeri yaklaşımlar sergilediklerini “...bizim ameliyathanede karşılaştığımız sorunlardan biri, bir şeye itiraz ettiğin zaman idarenin, seni servise veririm şeklinde

söylemleri/tehditlerinin olmasıdır” ifade etmektedir. Yapılan çalışmada kolaylaştırıcı, personeli tanıyan ve önündeki engelleri ortadan kaldıran insancıl bir başhemşirenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Arakelian ve ark., 2019). Tekniker bir katılımcı ameliyathane hemşiresinin tayini başka bir hastaneye çıktığında ameliyathanede görevlendirilmeyip başka alanlarda değerlendirilmesini bir kayıp olarak görmekte ve bu konuda “Ameliyathane hemşireliği bir branş olmadığı için hastane yöneticileri, ameliyathane hemşireliği yapmış tecrübeli hemşireyi, tutup acile ya da başka bir servise veriyor. Başka bir yere gitmek zorunda kalarak alt üst oluyorlar, psikolojileri bozuluyor. Ameliyathanenin ayrı bir ekosistemi var. Yetişmiş ameliyathane hemşiresi, ameliyathanede çalışmalı yani bu yöneticiye, yönetime bağlı olmamalı, yöneticiyle ters düştü diye veya kötü niyetli bir yöneticiye denk geldi diye yıllarını kaybetmemeli” şeklinde görüşünü belirtmektedir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ameliyathane hemşireleri, en fazla sessiz kaldıkları durumlar olarak, değiştirilmesi zor ya da mümkün olmayan yönetsel nedenlerin olduğunu dile getirmektedirler (Akalin ve Modanlıoğlu, 2020). Hemşirelerinin işyerlerini terk etme nedenlerini açıklamak için yapılan nitel çalışmada hemşirelik hizmetleri müdürünün çalışanlarına ve meslektaşlarına kötü muamelesi ve dışlayıcı tavırlarının önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (Lögde ve ark., 2018). Yapılan bir başka çalışmada da hemşirelik yöneticilerinin hemşirelere verdiği desteğin, klinik yetkinlik başarılarını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021).

Hemşirenin ekonomik koşullarının, huzurlu ve güvenli çalışma ortamının da motivasyonlarını etkilediği görülmektedir. Ekonomik zorluklar, çalışma şartlarının zorluğu, maddi ve manevi yönden hemşirelerin takdir edilmemesi gibi olumsuzluklardan dolayı ameliyathane hemşiresinin ayrılması büyük bir kayıp olarak görülmektedir. Cerrah bir katılımcımız *“Hem ekonomik koşulları hem çalışma süreleri, stresli ortamda çalışmaları ve yönetim becerilerini sürekli kullanmak zorunda kalmaları, hemşireleri belli bir süre sonra bıktırabiliyor. Özellikle mesleki tatminleri düşükse, cerrahlar tarafından itilip kakılıyorsa bir süre sonra hemşireler işlerini sevmelerine rağmen ortamdan uzaklaşmayı tercih edebiliyorlar ve bu çok büyük bir kayıp bence. Yani cerrahi hemşireliği çok değerli bir iş. Bunun finansal olarak da farklılaşması gerektiğini düşünüyorum...hem ekonomik tatminin olması lazım, psikolojik tatmininin olması lazım... İşini çok seviyorsun*

ama o koşullar seni sevmez hale getirebiliyor” şeklinde düşüncelerini ifade etmektedirler. Literatürde, profesyonel ödüllere dayalı kurumsal makro yönetim stratejilerinin, hemşire yeterliliğinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Chang ve ark., 2014). Yapılan çalışmada ameliyathane hemşirelerinin iş yerinde 5 yıldan fazla kalma nedenleri olarak hastane yönetimi ve organizasyon desteği, yeterli maaşın sağlanması, kişisel gelişim için fırsatlar, iyi yapılmış işin takdir edilmesi, çalışanların endişelerini dinleme ve bunlara yanıt verme, yeni fikirleri destekleme, görünür liderlik ve hemşirelere izin vermek için yeterli destek hizmetlerinin sağlanması gibi faktörleri içerdiği görülmektedir (Lögde ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalışma koşullarında esneklik sağlanması ve desteklenmesi iş doyumlarına katkıda bulunmakta ve bu yaklaşımdaki başhemşire ile aynı kurumda çalışmayı önemsedikleri belirtilmektedir (Arakelian ve ark., 2019). Çalışmamızda ameliyathanede iş yoğunluğunun çok fazla olduğu bu nedenle kıdemli hemşirelerin yeni başlayan hemşireleri yetiştirmekte zorlandıkları ifade edilmiştir. Yeni başlayan hemşirelerinde kendilerini yetiştirmeden direk sürecin içinde buldukları görülmektedir. Bir hemşire bu durumu *“hemşire sayısı yetersizliği, vakaların sıklığı, giriş çıkış aralarının az olması, süreklilik arz eden işler, plan yapıyor ve yetişmeye çalışıyorlar, uzun uzun anlatabilecekleri vakit kalmıyor... ve senin bir anda vakaya girmen gerekiyor”* sözleri ile ifade etmektedir. Yapılan çalışmada yeni eğitilen ameliyathane hemşireleri, yönetmeleri beklenen yüksek düzeyde teknik görevlerin olduğu ve zaman baskısı hissettikleri için geçişin kolay olmadığını vurgulamışlardır. Ameliyathanede yönetim tarafından uygulanan artan hasta çıktısının artan sorumluluğu da beraberinde getirdiğini belirtmektedirler (Eriksson ve ark., 2020). Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt faktör puanlarının haftalık çalışma süresi değişkenlerine göre incelendiğinde haftalık 41 saat ve üstünde çalışan hemşirelerin temel bilgi ve beceri, liderlik, yeterlilik, empati ve profesyonel gelişim alt faktör sıra ortalamalarının 40 saat ve altında çalışan hemşirelerin alt faktör sıra ortalamalarından istatistiksel olarak fark olduğu, iş birliğinde ise fark olmadığı söylenebilir. Algılanan perioperatif yeterlilik toplam puanlarına ait sonuçlar incelendiğinde günlük 9 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin alt faktör sıra ortalamalarının 8 saat ve altı çalışan hemşirelerin alt faktör sıra ortalamalarından istatistiksel olarak fark olduğu söylenebilir. Söz konusu sonuçlar incelendiğinde günlük 9 ve üstü saat çalışma süresine sahip

hemşirelerin temel bilgi ve beceri, iş birliği, yeterlilik, empati ve profesyonel gelişim alt faktör sıra ortalamalarının 8 ve altı saat çalışan hemşirelerin alt faktör sıra ortalamalarından istatistiksel olarak fark olduğu, liderlik alt faktöründe ise fark olmadığı söylenebilir. Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt faktör puanlarının haftalık ameliyat sayısı değişkenine göre analizinde temel bilgi ve beceri, liderlik, iş birliği, empati, profesyonel gelişim alt faktör ortalamalarının farklılaşmadığı ancak yeterlilik alt faktörüne göre anlamlı olarak değiştiği söylenebilir. Alt gruplar arasındaki anlamlı farklılıklar incelendiğinde haftalık 11-20 ameliyata giren scrub hemşire ortalamalarının, haftalık 31 ve üstü ameliyata girenlerin ortalamalarından fazla olduğu belirlenmiştir. İş yoğunluğunun etkileri bakımından sonuçlarımız önemlidir. Yapılan bir başka çalışmada ise katılımcılar, kendilerine yüklenen yüksek talepler olduğunu, gün ışığı görememek, az mola ile çalışmak, hem gece hem gündüz vardiyasında çalışmak zorunda kalmanın uykusuzluk ve olumsuz sağlık etkilerine neden olduğu için kurumdan ayrıldıklarını belirtmektedirler (Lögde ve ark., 2018). Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir başka çalışmada klinik yetkinliğin gelişimini engelleyen faktörleri sınırlı zaman, cerrahi uygulamada mevcut rutinler ve alışkanlıklar, yetersiz kaynaklar, personel, finansal bütçe ve sürekli üretim gereksinimi ve ayrıca alınan kararlara katılımlarının olmaması, kalite, geliştirme ve eğitim çalışmalarına katılımları için sınırlı fırsatlar olarak nitelendirmektedirler (Blomberg ve ark., 2019). Ülkemizde yapılan çalışmada, ameliyathane ortam ve koşulları göz önünde bulundurulduğunda, gün içinde yapılabilecek en fazla vaka sayısının üstünde çalışılmasının beklendiği ve bu koşulun verimliliği azalttığı düşünülmektedir. Az elemanla çok iş yapılması istendiği ve iş yükünün fazla olmasının önemsenmediği düşünülmektedir.

5.2.2. Bireysel Faktörler

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yetkinleşmesinde etkili faktör olan bireysel özellikler cerrahi ekip üyeleri ve öğrenci bireye ilişkin özellikler kapsamında değerlendirilmiştir. Usta çırak ilişkisi ile sahada yetişen ameliyathane hemşiresinin yetkinleşmesinde hemşire ve cerrah başta olmak üzere diğer cerrahi ekip üyelerinin etkili olduğu görülmektedir. Birlikte çalıştıkları ekip üyelerinin iş disiplinleri, yaklaşım tarzları ve eğitici özellikleri hemşirenin yetkinleşme sürecinde etkilidir. Ameliyathane hemşirelerini yetiştiren kıdemli hemşirelerin ve cerrahların iş disiplinlerinin etkili olduğu

belirtilmektedir. Bir cerrah “*Çalışma arkadaşları çok etkiler. Herkesin salla pati olduğu yerde mükemmel bir iş çıkmaz, kişi öğrendiklerini uygulayabilir...ustası iyi ise iletişim, davranış, tavır, işi sahiplenme bakımından iyi ustayla karşılaşır, görgüsü de ona göre olur. Yol gösteren kıdemliler çok önemlidir*” ve bir tekniker “*çömezlik döneminde büyüğünden/kıdemliden ne görürsen onu yapıyorsun... bu nedenle işi öğreten kişi önemli...yetiştiren hemşire iyi biriye sende onu alıyorsun*” şeklinde bu konudaki düşüncelerini belirtmişlerdir. Yapılan nitel araştırmada ameliyathane hemşiresinin öğrenme sürecinde ekip desteğinin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Radford ve Fotis, 2018). Yapılan bir çalışmada ameliyathanede yeni başlayan hemşirelerin, hastalar gibi meslektaşları için de görünmez oldukları duygusunu yaşadıklarında kendilerini önemsiz hissettiklerini belirtmektedirler. Ekip üyeleri tarafından takdir almanın önemli olduğunu ve iyi bir ekip içerisinde yer aldıklarında kendilerini güvende hissettiklerini vurgulamaktadırlar. Meslektaşların birbirlerine destek olmaları gerekir. Acemi hemşirelerin rehberliğe, desteğe ihtiyacı vardır. İyi işleyen bir cerrahi ekibin ameliyathane hemşiresinin yetkinlik sürecinde başarılı bir geçişin anahtarı gibi görüldüğü vurgulanmaktadır (Eriksson ve ark., 2020). Cerrahi ekip üyelerinin yaklaşım tarzlarının etkili olduğu da vurgulanmaktadır. Bir hemşire bu konuyu “*...kıdemli sizi ameliyathaneden de kendinden de yaptığın işten de soğutabilir, çıkıp gidebilirsin oradan ...soğukkanlı, daha yardımcı, daha telkin edici olmalı*” şeklinde ifade etmiştir. Yapılan çalışmada, yeni başlayan bir hemşirenin kıdemli bir hemşire ile birlikte uygulama yapmasının öğrenmenin ayrılmaz ve önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir. Ameliyathanede acemi hemşireler yaptıkları uygulamaların doğruluğundan emin olmak için kıdemlileri tarafından desteklenme ihtiyacı duyduklarını belirtmektedir. Bir usta çırak öğreniminin modellendiği, kıdemli hemşirenin desteğinin, birlikte ve tekrarlı uygulamalar yapmanın önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır (Radford ve Fotis, 2018). Anestezi hemşireliği öğrencileri ile ilgili yapılan çalışmada öğrenciler, klinik yerleştirmede çok sayıda mentora sahip olmanın başlangıçta olumsuz olduğunu, ancak daha deneyimli hale geldikçe “herkesin en iyisini benimseyebilecekleri” için daha sonra olumlu olduğunu belirtmişlerdir. Kıdemli hemşirenin sürekliliği, görev performansı, bilgilerinin ve süpervizyon yaklaşımının öğrencinin öğrenmesi üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu hem öğrenciler hem de mentorlar tarafından vurgulandığı görülmektedir (Averlid ve

Höglund, 2020). Cerrahi ekip üyelerinin yaklaşım tarzları ve öğretici özelliklerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Tekniker bir katılımcımız *“bilgili insanların yeni başlayanları teşvik etmeleri, şefkatli, kendi evladı gibi öğretmeleri, müdahale etmeye çalışacak insanları engellemeleri önemli. Konuya hâkim bir meslektaşın göstermeli, öğretmeli ... meslektaşını arkada bir güvence olarak hissedersen tamam ben yapabilirim, arkadaşımдан öğrenebilirim dersin ve yaparsın ...herkes okuldan mezun olur olmaz yapmıyor her şeyi”* ifadeleri ile konuyu açıklamaktadır. Ameliyathane hemşireliğinde klinik süpervizyon, büyük ölçüde hemşirelikte uygulamalı eğitim ile karakterize edilir ve yine de usta-çırak modeline dayalı olduğu belirtilmektedir (Crafoord ve Fagerdahl, 2017). Yapılan bir çalışmada ameliyathanede yönder (mentör) hemşirelerin, yeni başlayan hemşirelerin öğrenme sürecinde adım adım öğrenme aşamalarının olduğunu vurgulamaktadır. Öğrencilerde kendilerini savunmasız olarak gördükleri bu ortamda yönder hemşirenin geribildirimlerinin özgüvenlerini etkilediği belirtilmektedir. Yönder hemşirenin sakinliği, stres yönetim becerisi, alçak gönüllü olması, öğrenciyi rahatlatması, güven vermesi, proaktif ve detaycı olmamasının önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (Averlid ve Höglund, 2020). Çalışmamızda da bir hemşire katılımcımız yeni başlayan ameliyathane hemşirelerini yetiştirme sürecini *“yeni mezun olan veya uzun süre serviste çalışan hemşirelerin ameliyathaneye alışmaları daha zor oluyor. Burada her şey çok farklı, çok afallıyor çok zorlanıyorlar...sert davransak öğrenemez ve çoğu kişi gider zaten ...ben bunların hepsini nasıl öğreneceğim endişesi ile pes edebiliyorlar, yapamayacağım galiba diyorlar ...yapabilirsin diyerek, adım adım, sırayla, ilk üç gün benimle cerrahi yıkanmayı, sterilizasyonu öğrenmesini istiyorum. Bir gün iplikleri anlatıyorum, bir gün malzemeleri anlatıyorum, defter getirtiyorum, not tutuyorlar...masa kurmayı öğretiyorum sonra dışarıya çıktıkça sutürlarımızı anlatıyorum. İnceden kalına nasıl gider? ne kadar sürede absorbe olur ...3. haftada hangi ameliyatı, hangi malzemeyi hazırlarız, hepsini birden değil de yavaş yavaş sırayla veriyorum. Çok daha kolay öğreniyorlar o zaman... ablalarının sert tutumlarından giden çok kişi gördüm, çok üzülürüm. Bunlar yanlıştı, o yanlışları benim yapmama gerek yok ben iyilikle karşılık verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Belki onlar cahildiler ama biz daha eğitimliyiz daha olgunuz, o yüzden pozitif davranırım...benim yanımda daha rahat öğreniyorlar diye benim yanına gönderirler yeni başlayanları”* şeklinde ifade etmektedir. Ekibin önemli bir yönü, sınırlı

deneyime sahip yeni ekip üyelerinin kabul edilme sürecidir (Wakeman ve Langham, 2018). Uzun yıllar ameliyathanede çalışan hemşirelerle ilgili yapılan çalışmada kişisel ve mesleki gelişimi sağlayarak meslektaşları için ortamı iyileştirmek istediklerini, genç meslektaşlarına öğrettiğinde ve onlara yardım ettiğinde memnuniyet duygusu yaşadıklarını belirtmektedirler (Arakelian ve ark., 2019).Yapılan bir çalışmada cerrahlar, anesteziistler ve hemşireler, meslekler arası etkileşimin ve birbirlerinin rolünün tanınmanın önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (Sillero Sillero ve Buil, 2021). Çalışmamızda cerrahi ekip üyelerinin tamamı cerrahların, hemşirenin yetişmesinde önemli olduğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmada da ameliyathane hemşirelerinin tamamı, cerrahın öğrenme deneyimleri üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerinin bulunduğunu vurgulamaktadırlar (Radford ve Fotis, 2018). Literatürde yapılan çalışmada ameliyathane hemşirelerinin çoğunun, ameliyathaneyi ilk kez hemşirelik stajları sırasında, deneyimli ameliyathane hemşireleri, cerrahlar ve cerrahi asistanlarının gözetimindeki cerrahi müdahaleleri izleyerek öğrenmeye çalıştıklarını belirtmektedirler (Bracq ve ark., 2021). Yapılan derlemede hemşirelik öğrencileri haricinde tıp fakültesi öğrencileri içinde ameliyathane, öğretmek ve öğrenmeyi gözlemlemek için teorik olarak büyüleyici bir ortam olarak görülmektedir. Öğrencilerin bu deneyimlerinde ameliyathane ortamına ilişkin yaşadığı korku, yıldırma, utanma ve kaygıya dayalı olumsuz duygusal deneyimlerin cerrahi kariyer hedeflerinden uzaklaşmalarına neden olduğu belirtilmektedir (Croghan ve ark., 2019). Ameliyathane, öğrenci bireyler için zorlu bir öğrenme ortamıdır. Yapılan bir başka çalışmada tıp fakültesi, hemşirelik, ameliyathane ve anestezi hemşireliği öğrencileri yaşadıkları kaygının temel nedeninin yabancı bir ortamda bulunma hissi ve uygunsuz olma duygusu olduğunu açıklamışlardır (Fagerdahl ve ark., 2021). Çalışmamızda da ameliyathane hemşireleri gibi cerrahların yaklaşım tarzlarının olumlu ve olumsuz yönde olduğu ve gelişim süreçlerini etkilediği vurgulanmaktadır. Ülkemiz de yapılan çalışmada da cerrahlar diğer ekip üyelerini küçümseyerek egosal tavırlar gösterebildiği, yolunda gitmeyen vakada asiste eden hemşireden hırsını çıkarmaya çalıştıkları belirtilmektedir (Arslanoğlu ve Köser, 2020). Yıkıcı cerrah davranışı ile ilgili yapılan çalışmada cerrahi ekibin odaklanmasının hastadan cerraha kaydığı belirtilmektedir. Ekip üyelerinin karar verme sürecinde bozulmalara, iletişimin etkinliğinin azalmasına, ekip üyelerinin kaygısının artmasına ve hatalara neden olduğu

ifade edilmektedir. Görüşülen tüm tıp öğrencileri, cerrahların yıkıcı davranışlarını gözlemlmelerinin, hepsinin önceden cerrahi alanlara ilgileri olmasına rağmen cerrahide kariyer yapmaktan uzaklaştıklarını açıklamaktadırlar. Yıkıcı cerrahlarla çalışmanın etkilerini azaltmak için kullanılan en yaygın strateji, meslektaşlarından bilgi almak olarak tanımlanmaktadır (Cochran ve Elder, 2015). Çalışmamızda anestezi doktoru *“cerrahların hemşireye karşı tutumu olumlu da olabilir, olumsuz da destekleyebilir de korkutabilirler de cerrahın karakteri etkiliyor”* şeklinde belirtmektedir. Bu konuda cerrah bir katılımcıda *“bu ameliyat/vaka sayenizde güzel oldu elinize sağlık dedin mi onların da keyfi yerine geliyor. Cerrah akli başında bir adamsa, ortalığı birbirine katmıyorsa, hemşireye iyi davranıyorsa, hemşirenin de hoşuna gidiyor cerraha ve ekibe yardımcı olmak”* şeklinde cerrahın olumlu yaklaşımının ve takdirinin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Çalışmamızda cerrahlar tarafından kadın vurgusunun yapıldığı, annenin evdeki rolüne benzer şekilde sakin, uyumlu ve her şeyi organize etmesini önemli bulduklarını ifade etmektedir. Çalışmamızın nicel bölümünde kadın ve erkek ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik faktör toplam puan ortalamaları arasında bir fark bulunamamıştır. Mostafapour ve ark. (2022) çalışmasında da ameliyathane hemşirelerinin profesyonel mesleki ilişkilerinde cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (Mostafapour ve ark., 2022). Çalışmamıza katılan ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt faktör puanlarının yaş değişkenine temel bilgi ve beceri, liderlik, iş birliği, empati, profesyonel gelişim ve ölçek toplam puan ortalamalarının yaş alt gruplarında farklılaşmadığı, dolayısıyla benzer düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Sadece yeterlilik alt faktör ortalamalarının yaş alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 50 yaş ve üzeri hemşirelerin ortalamasının 29 yaş ve altı hemşirelerin ortalamasından fazla olduğu ve etkinin orta büyüklüğe yakın olduğu söylenebilir. Çalışmamıza katılan cerrahi ekip üyeleri genç yaşların öğrenme eğrisinin daha hızlı olduğu için teknolojik değişiklikleri ve yeniliklere kolayca adapte olabildiklerini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin, hemşireliğin yaşam boyu öğrenme olduğu ve ayrıca bilginin sürekli güncellenmesi gerektiğinin bilincinde oldukları ancak gençlerin gelişime daha açık oldukları belirtilmektedir (Serafin ve ark., 2022). Yapılan başka bir çalışmada da ameliyathane dahil farklı klinik deneyimleri bulunan hemşirelik öğrencileri ve mezunlar

bilgiyi, uygulamalarına başlarken sahip oldukları en gelişmiş yetkinliklerden biri olarak belirtmişlerdir. Güvenilir kaynaklarda gerekli bilgileri arama becerisine sahip oldukları için bu alandaki eksikliklerden korkmadıklarını ifade etmiş ve Z Kuşağı hemşirelerin bilgi alanında profesyonel çalışmaya iyi hazırlandığı belirtilmiştir (Serafin ve ark., 2020).

Ameliyathane hemşirelerinin algılanan yeterlilik alt faktör toplam puan ortalamalarının eğitim alt gruplarında farklılaşmadığı belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan ekip üyeleri lisans eğitiminin önemli olduğunu belirtirken bir cerrah bu konuda *“Hemşire ister sağlık meslek lisesi ister üniversite mezunu olsun fark eder mi?, fark etmez. Kişiler ameliyathaneye gelinceye yani iş başa düşene kadar olayın ciddiyetinin farkında değiller. Bu da eğitimcilerin suçudur. Profesyonel yerdesin, öğreneceğin çok şey var, hemşire öğrenmiş olarak gelmek zorunda...her şeyi burada öğrenmeye çalışıyorlar. Sorunda bu zaten”* şeklinde eğitimi önemli bulmadığı ile ilgili düşüncelerini belirtmektedir. Hemşirelerde lisans düzeyinde ameliyathane hemşireliği ile ilgili eğitim almadıklarını ancak lisans eğitiminin onlara bilimsel bakış açısı kazandırdığını belirtmektedirler. Bir hemşire görüşlerini *“...üniversite eğitimi alan birisi ile üniversite eğitimi almayan birisinin farkını görüyorsun. Üniversite eğitimi alınca, yeniliklere ve gelişime açık, bir şey yaptığın zaman onun mantığını arıyorsun, bunlar önemlidir. Öğrendiklerini yalnızca usta çıracak ilişkisi, el koordinasyonu ile kazanan insanlar, meslektaşlarını da buna zorluyorlar”* şeklinde ifade etmektedir. Ameliyathane lisansüstü eğitimi olmayan hemşirelerin kendilerini klinik liderlik ve eleştirel düşünmede daha düşük puanladıkları ve hemşirelerin bu becerileri geliştirmelerinde desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2022). Hasta güvenliği kültürünü geliştirmede eğitimin rolünün incelendiği çalışmada, katılımcıların güvenlik becerilerinin geliştirilmesi, eğitim ve hasta güvenliği kültürünün teşvik edilmesinin temeli olduğu belirtilmektedir (Behzad ve Elahe, 2022). Yapılan bir başka çalışmada ise ameliyathane hemşiresinin eğitim düzeyi ile bilişsel empati düzeyi arasında negatif ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin yaş, mesleki ve kurumsal deneyim süresi ve eğitimi ile problem çözme becerileri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ay ve ark., 2020). Bir çalışmada ameliyathane hemşirelerinin klinik yeterlilik gelişimi için profesyoneller arası öğrenme ve akademik derecenin önemli olduğu belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2019). Yönetici pozisyonundaki ameliyathane hemşireleri ile ilgili yapılan çalışmada yüksek lisans eğitimi hemşireler, lisans derecesine

sahip olanlara kıyasla doğrudan klinik uygulamada kendilerini çok daha yüksek puanladıkları görülmektedir (Blomberg ve ark., 2022).

Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt faktör puanlarının deneyim değişkenine göre değişmediği belirlenmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin tüm kurum süresi alt düzeylerinin gerek algılanan yeterlilik alt faktör puanları açısından gerekse ölçek toplam puanları açısından, benzer puanlara sahip olduğu söylenebilir. Çalışmamızın kalitatif bölümünde ameliyathane hemşireleri, klinik deneyimlerinin etkili olmadığını ameliyathanenin çok farklı bir ortam olduğunu ifade etmişlerdir. Sadece bir hemşire acil servis deneyiminin kriz yönetimi bakımından artısı olduğunu belirtmektedir. Ameliyathane hemşireleri ile yapılan çalışmada önceki hemşirelik deneyim düzeyleri ile ameliyathane deneyimleri arasında bir ilişki bulunamamıştır (Eriksson ve ark., 2020).

Çalışmamızda cerrahi ekip üyeleri, hemşirelerin ameliyathane deneyim süresi artıkcı yetkinliklerinin arttığını belirtmektedirler. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane deneyimlerinin yeterlilik algılarını etkilediği 16-20 yıl ile 26 yıl ve üzeri çalışanların ortalamalarının, 1-5 yıl çalışanların ortalamalarından fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız da cerrahide beş yıl deneyiminin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bir anestezi uzmanı bu konuda “...cerrahi de beşinci yıl önemlidir...maximum tecrübeye ulaşır ondan sonra. Hemşirelerde de aynı ben 4-5 yılı dolduranlarla, tecrübelilerle ameliyata girmek istiyorum...tecrübeli hemşirelerle ameliyat istenilen standartta gidiyor”. Ekip üyeleri hemşirenin yetiştirme sürecinin uzun olduğunu, farkındalığın altı ayda geliştiğini ve farklı rol ve sorumluluklarını süreye paralel olarak yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan 5 yıllık deneyime sahip hemşireler arasında yapılan analizde yeterlilik toplam puanlarının ilk beş yıldaki ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı ve 3-5 yıl deneyim süresine sahip hemşirelerin ortalamalarının 0-1 yıl deneyim süresine sahip hemşirelerin ortalamalarından fazla olduğu görülmüştür. Temel bilgi ve beceri, liderlik, profesyonel gelişim puanlarının 3-5 yıl deneyime sahip hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Yeterlilik ve empati algılarında farklılaşma bulunamamıştır. Süre ile ilgili olarak bir hemşire katılımcımız “Ameliyathane hemşiresinin özgüveni iki yılda ancak geliyor. 5 yıl sonra da tam oturuyor, birçok vakayı görmüş ve donanımlı oluyorsunuz. Ben iyi bir ameliyathane hemşiresiyim

diyebilmesi için 5 yıl kesin şart. 5 ya da 10 yılın sonunda asiste hemşirelik zor olmuyor, hatta hoşuna gidiyor...Donanımlı hemşire olarak hekimde onu karşısında istiyor... herkes asistelik yapamıyor, daha kalifiye, daha yetkin görünüyor ve kendini de iyi hissediyor asistan hemşire...” şeklinde düşünceleri ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda ameliyathane hemşireliğinin benzersiz özel bilgi, beceri ve yetenek gerektiren yetkinlik oluşturmanın uzun bir süreç gerektirdiği vurgulanmaktadır. Yeni ameliyathane hemşireleri çeşitli hizmet hatlarında bağımsız olarak görev yapacak şekilde yetişmesi bir yıl (Beitz, 2019a; Byrne ve ark., 2016) ve özel ekip lideri veya sorumlu hemşire gibi liderlik rollerini üstlenmesi iki ila beş yıl sürebildiği belirtilmektedir (Byrne et al., 2016). Yapılan bir başka çalışmada kıdemli ameliyathane hemşireleri, rollerinin yıllar içinde genişlediğini belirtmektedirler (Beitz, 2019a). Blomberg ve ark. (2019)’nın yaptığı çalışmada 20 yıldan fazla deneyime sahip ameliyathane hemşireleri, işbirliği ve konsültasyon, doğrudan klinik uygulama ve mesleki gelişim konusunda daha az deneyime sahip katılımcılardan daha yüksek olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2019). Ülkeler arası farklılıkların incelendiği çalışmada, 0-5 yıl ameliyathane deneyimi olan katılımcılar arasında önemli farklılıklar bulunmamakla birlikte uzun yıllara dayanan deneyime sahip hemşirelerin yetkinlik algılarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Gillespie ve ark., 2018). Hem acemi hem de deneyimli hemşirelerin iş rolü geçişleri ile ilgili yapılan çalışmada rol değişikliğinin yeni bir kimlik için çabalamanın rahatsız edici bir deneyim olduğunu göstermektedir. Geçiş süreci, eski rollerin geride bırakılması, yenilerinin henüz tam olarak dahil edilmemesi ve bir belirsizlik dönemi yaşanması nedeniyle endişe ve rahatsızlık ile karakterize edilmektedir. Deneyimli hemşirelerin, bu aşırı duygusal kargaşayı daha iyi yönetebildikleri ifade edilmektedir (Arrowsmith ve ark., 2016). Ameliyathane hemşireliğinde profesyonel deneyime sahip olmanın yönetsel sorumluluk için önemli olduğu ifade edilmektedir (Blomberg ve ark., 2022).

Çalışmamızda ameliyathane deneyimin önemli olduğu ancak kişinin çabasının, isteğinin bu süreleri etkilediği vurgulanmaktadır. Bireyin bu sürede ne kadar çok ameliyata girerse daha çabuk öğrendiği vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmada, hemşirelerin klinik yetkinlik kazanmasının uygulama ve tekrarlama ile zamanla elde edilen bir deneyim süreci olduğu belirtilmektedir (Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021). Bilgi genellikle eğitim ve klinik

deneyim yoluyla elde edilir, beceri ve tutumların temeli olarak kabul edilir. Beceri, bilgiyi pratikte kullanma yeteneğidir, bilginin işyerinde sık kullanılmasıyla elde edilir ve geliştirilir ve kalite iyileştirme ile sonuçlanır (Chinn ve ark., 2021). Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin ameliyathanede çalışmada istekli (%98.2) oldukları görülmektedir. Yapılan çalışmada hemşire motivasyonunun, hemşirelik yetkinliğini geliştiren önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Valizadeh ve ark., 2019). Ameliyathane hemşirelerinin teknik becerileri öğrenmesi ile ilgili yapılan çalışmada, tekrar teknik becerileri öğrenmenin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hemşirelerin yetiştirme sürecinde not tutma, fotokopi ve resim çekme gibi kendine uygun yenilikçi, pratik öğrenme yöntemi kullandıkları görülmektedir. Öğrenirken başarılı olmak için ve öğrenmesi gereken çok şey olduğu için baskı algısı yaşadıkları ve kendilerine özgü farklı öğrenme yöntemlerini uyguladıkları belirtilmektedirler (Radford ve Fotis, 2018). Çalışmamızda ameliyathane hemşireleri, lisans eğitimleri sırasında temel anatomi bilgisi aldıklarını ve bu bilginin onlar için yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Yetkinleşme süreçlerinde daha detaylı anatomi öğrenmek için farklı yöntemlere başvurdıklarını belirtmişlerdir. Temel bilgi ve bireysel çabaları ile ameliyat sürecinde gördükleri insan anatomisi bilgilerini birleştirdiklerini söylemişlerdir. Bu süreç onların detaylı anatomi bilgisi kazanmasını sağlamıştır. Çalışmamızda ekip üyeleri hemşirenin kendini geliştirmek için not defterinin olduğunu, youtube gibi kanallardan cerrahi teknikleri öğrenmeye çalıştıklarını ve kendilerine özgü farklı yöntemler kullandıklarını belirtmişlerdir. Hemşire ameliyatta ve boş zamanlarında diğer salonlardaki ameliyatlara gözlemleme çabalarının da gelişim süreçlerini etkilediğini belirtmektedir. Bir çalışmada hemşireler arasında klinik yetkinliğe ulaşmanın ana öncüllerinden biri olarak kişilik özellikleri olduğu vurgulanmaktadır (Nabizadeh-Gharghozar ve ark., 2021). Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin iletişim becerilerinin önemli olduğu ve ekibiyle kurduğu hem iş hem de sosyal iletişimlerinin etkili olduğu belirtilmektedir. Tekniker “*iletişimi kuvvetli ise daha çabuk ilerliyor, ... az buçuk beceri de varsa çok çabuk adapte oluyor*” şeklinde düşüncelerini belirtmektedir. Bir çalışmada iletişim becerilerinin, işe başlayan hemşirelerde hem çok önemli hem de çok az gelişmiş olduğu belirtilmektedir. Bu durumun hemşirenin ekiple iletişim kurmasını zorlaştırdığı vurgulanmaktadır (Serafin ve ark., 2020). Bir cerrah katılımcımız “*Ekibiyle sohbet edebilmesi, sosyal becerileri,*

ameliyat öncesi ya da sonrası oturup çay içmesi, kahve içmesi, yani sosyal becerilerde çok önemli sosyal hayatta ekip birbirini daha iyi tanıyor” sosyal iletişime vurgu yapmaktadır. Ameliyathane hemşireleri ile yapılan çalışmada mesleki ilişkilerin en yakından gözlemlenen ikinci boyutunun, sözlü ve sözlü olmayan iletişim olduğu belirtilmektedir. Ameliyathanelerde samimi bir ortamın varlığı veya yemek sırasında kişisel konuların tartışılması gibi farklı sosyal ilişkilerin önemli olduğu belirtilmektedir (Mostafapour ve ark., 2022). Bir çalışmada cerrahi bakımda profesyoneller arası iş birliğini geliştirmeye yönelik stratejiler arasında tüm ekip üyeleri arasındaki sosyal etkileşimi geliştirmenin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca ekip üyelerinin motivasyon eksikliğinin olumsuz etkiye neden olduğu belirtilmektedir (Sillero Sillero ve Buil, 2021). Çalışmamızda ameliyathane hemşiresinin aile ve sosyal yaşamının iş hayatını etkilediği belirtilmektedir. Bu konuda tekniker katılımcımız “...kişinin kendi karakteriyle alakalı, sosyal çevresiyle alakalı, yetiştiği çevreyle alakalı... her zaman yorgun, argın, uykusuz, bitkin, hayata duyarsız, ekonomik durumu kötü birinin çok verimli olacağını düşünmüyorum. Düzenli, iyi bir aile hayatının olması lazım... hayati bir operasyona giriyorsun orada uyuklaman demek cerraha/hastaya zarar vermen demek, bilgisizlikten sonra en büyük hata nedenlerinden biri bu bence” şeklinde vurgu yapmaktadır. Bir çalışmada hemşirelerin yeterliliklerine ilişkin algıları, profesyonel öz imajlarının ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir. İyi bir hemşirelik bakımı sağlamak için hemşirenin yüksek düzeyde öz farkındalık geliştirmesi, sağlıklı yaşam tarzı ile benlik kavramı arasında olumlu bir ilişki olduğu da gösterilmektedir. (Hedenskog ve ark., 2017).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma ameliyathane hemşirelerinin yetkinlik algıları ile cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinliği ve etkileyen faktörlere yönelik görüşlerinin, derin bir anlayışla belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda özetlenmiştir.

6.1. Sonuçlar

Ameliyathane hemşirelerin algılanan yeterlilik genel toplam puan ortalamasının yüksek olduğu 160.86 ± 25.37 (40-200) bulunmuştur (Tablo 4.2). Çalışmamızın nitel bölümüne katılan cerrahi ekip üyeleri de yetkin ameliyathane hemşireleri ile çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. Nitel bölümde, hemşirenin yetkinlik alanları teknik, güvenlik ve teknik olmayan olmak üzere üç bağlam oluşturmuştur.

- Teknik alan bağlamı, cerrahi hemşireliğine ve ameliyathaneye özgü bilgi ve beceriler temalarından oluşmuştur. Anatomi ve fizyoloji, cerrahi hastalıklar ve cerrahi prosedür bilgisinin hemşirenin malzeme ve ekipman hazırlığı, hasta konumlandırması, cerrahi asistanlık ve ameliyat süreci yönetimi açısından temel olduğu vurgulanmıştır. Ameliyathane ortamının özelliklerine hâkim olması, ekipmanların hazırlığı, temizliği, bakımı, kurulumu, güvenli kullanımı ve cerrahi asepsinin hemşirenin sorumluluğunda olduğu cerrahi ekip üyeleri tarafından ifade edilmiştir. Cerrahi asistanlık rolünün hemen hemen tüm hemşireler tarafından gerçekleştirildiği ve bu rolün cerrahlar ve hemşireler tarafından çok önemsendiği görülmüş ve resmi olarak tanımlanmasının gerekliliği belirtilmiştir.
- Güvenli bakım bağlamı, hasta ve çalışan güvenliği alt temalarından oluşmuştur. Ameliyathane de güvenlik kültürünün oluşmasında hemşirenin önemine vurgu yapıldığı görülmüştür.
- Ameliyathane hemşirelerinin teknik olmayan yetkinlikleri; “Profesyonellik”, “Durum Farkındalığı”, “İletişim Becerisi”, “Lider Yöneticilik”, “Ekip Çalışması ve İş Birliği”, “Kişisel Nitelikler” olmak üzere altı temada değerlendirilmiştir. Profesyonellik teması; meslek etiği, iş disiplini, bireysel sınırlara saygı, yetki ve sorumluluk bilinci, işini sevmeye, gelişime açıklık, motivasyon ve öz güven olmak

üzere yedi alt temadan oluşmuştur. Ülkemizde, ameliyathane hemşirelerinin sorumlulukların çok fazla olduğu ancak aynı oranda yetkilerinin olmadığına vurgu yapılmıştır. Durum farkındalığı teması; algı açıklığı, dikkat ve gözlem yeteneği, ameliyathane sürecine hakimiyet ve ön görülü olma alt temalarından oluşmaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin teknik alan yetkinliği ile birlikte sürece hakimiyeti ve her durumda sürece dair öngörüsünün önemine vurgu yapılmıştır. Ameliyathane hemşiresinin sözel ve sözel olmayan iletişim becerisinin, ekip çalışması ve güvenli cerrahi için temel bir beceri olduğu ifade edilmiştir. Lider yöneticilik teması; yönderlik, yönetim ve organizasyon, acil durum ve kriz yönetimi, stres yönetimi ve çözüm odaklılık alt temalarında oluşmuştur. Ameliyathane hemşirelerinin liderlik rollerine, cerrahi ekip üyelerinin tamamı tarafından vurgu yapıldığı görülmüştür. Ameliyathanenin yönetim ve organizasyonunda, cerrahi ekip çalışmasının etkili ve uyumlu olmasında hemşirenin kilit rol oynadığı belirtilmiştir. Hemşirenin acil durum ve kriz yönetimi becerisinin, cerrahi süreci doğrudan etkilediği belirtilmiştir. Ameliyathane hemşiresinin stres yönetimi becerisinin, cerrah başta olmak üzere tüm ekip üyelerini etkilediği görülmüştür. Ekip çalışması ve iş birliği teması; cerrahi süreci bütünleştirme, ekip üyeleri arasında dengeyi sağlama ve çatışma yönetimi alt temalarıyla ele alınmıştır. Teknik olmayan alanda yer alan kişisel nitelikler teması; empati becerisi, dayanıklılık, zeki (EQ, IQ) olma ve optimist olma alt temalarından oluşmuştur.

- Çalışmamızın nicel bölümünde hemşirelerin yetkinliklerine ilişkin algılarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, kurum süresi, ameliyathane deneyimi, hastane türü, çalışma saatleri, girilen ameliyat sayısı ve eğitim programları değişkenleri açısından değerlendirilmiştir. Nitel bölümde ise ameliyathane hemşiresinin yetkinleşme sürecini etkileyen faktörler organizasyonel bağlamda eğitim ve kurumsal, bireysel faktörler bağlamında ise ekip üyeleri ve öğrenci özellikleri olmak üzere dört temada ele alınmıştır.
- Eğitim teması; usta çırak ilişkisi, oryantasyon, rotasyon ve branşlaşma, ameliyathane hemşireliği sertifika programı, hizmet içi eğitim, kongre ve kurs katılımları ve yönderlik (mentörlük) olmak üzere yedi alt temadan oluşmuştur.

Cerrahi ekip üyelerinin tamamı, ameliyathane hemşirelerinin usta çırak ilişkisi ile ameliyathanede yetiştiğini ve bu sürecin birçok zorluğu ve olumsuzluğu olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyathane hemşiresinin yetişme sürecine yönelik eğitim programlarının önemine vurgu yapmışlardır.

- Çalışmamızın nicel bölümünde ameliyathane hemşireliği eğitim programlarına katılanların perioperatif yeterlilik alt faktör ortalamalarının (163.41 ± 23.93), katılmayanlardan (154.05 ± 27.83) yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t_{215}=3.71$, $p<0.05$) bulunmuştur. Farka ilişkin etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.03$) ise küçük etki büyüklüğünün üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17). Ameliyathane kurum oryantasyon eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerin temel bilgi ve beceri ($t_{215}=2.14$, $p<0.05$) ile profesyonel gelişim ($t_{215}=2.55$, $p<0.05$) alt faktörlerinde anlamlı farklar olduğu görülmüştür (Tablo 4.18). Nitel bölümde yaptığımız görüşmelerde, kurumlarda standart bir oryantasyon eğitiminin olmadığı, ekip üyelerinin eğitimin vurgu yaptıkları görülmüştür.
- Ameliyathane hemşireliği sertifika programına katılan ve katılmayan hemşirelerin, temel bilgi ve beceri ($t_{215}=2.51$, $p<0.05$) alt faktör puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, liderlik ($t_{215}=1.45$, $p<0.05$), iş birliği ($t_{215}=0.12$, $p>0.05$), yeterlilik ($t_{215}=0.34$, $p>0.05$), empati ($t_{215}=0.27$, $p>0.05$), profesyonel gelişim ($t_{215}=0.02$, $p>0.05$) ve ölçek toplam puan ($t_{215}=0.97$, $p>0.05$) ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.18). Nitel bölümde ise yalnızca ameliyathane hemşireleri sertifika programına değinmiş ve bu eğitimin sürecin en başında verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.
- Kongre, kurs ve sempozyum gibi eğitimlere katılan ve katılmayan hemşirelerin yeterlilik algılarının ($t_{215}=1.71$, $p>0.05$) farklılaşmadığı bulunmuştur (Tablo 4.18). Cerrahi ekip üyeleri, hizmet içi eğitimlerin önemli olduğunu ve bu eğitimlerin hemşirelerin kıdem sürelerine ve ihtiyaçlarına yönelik hazırlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Kongre ve kurs katılımlarının sınırlı olduğu ancak gelişim süreçleri açısından olumlu olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmamızın nitel bölümünde yetkinliği etkileyen kurumsal faktörler; hastane özellikleri, kurum kültürü, vaka ve ekip çeşitliliği, yönetsel süreçler, iş yükü ve hemşire sayısının yetersizliği alt temalarından oluşmaktadır.

- Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik toplam puan ortalamalarının hastane türü alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F_{3,220}=7.13$, $p<0.05$), özel (169.12 ± 22.99) ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin ortalamalarının (167.16 ± 20.74), devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin ortalamalarından (152.28 ± 26.32) yüksek olduğu ve ilgili farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta büyüklüğün üzerinde olduğu görülmüştür (Tablo 4.7). Çalışmamızın nitel bölümünde özel hastanede çalışan cerrahlar, bilgi ve beceri açısından, ameliyathane hemşirelerinden beklentilerinin yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Devlet hastanelerinde çalışan ameliyathane hemşireleri ise eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin asistan eğitiminin içinde olmalarından dolayı daha bilgili olduklarını belirtmişlerdir. Cerrahi ekip üyeleri görüşmelerde vaka ve ekip çeşitliliğinin yetkinleşme sürecine olumlu katkılarına vurgu yapmakla birlikte hemşireler cerrahların beklentileri açısından zorlandıkları durumları açıklamışlardır. Hemşirenin yetkinleşme sürecinde rotasyonun önemli olduğu ve hastane yönetimleri tarafından tercih edildiği belirtilmiştir. Branşlaşmanın belirli bir rotasyon sürecinden sonra olması gerektiği ve ekip çalışması açısından da olumlu özelliklerine vurgu yapılmıştır.
- Günlük 9 saat ve üstünde (136.44 - $p<0.05$), haftalık 41 saat ve üstünde ($U=4234.0$, $p<0.05$) çalışan ameliyathane hemşirelerinin perioperatif yeterlilik algılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12-Tablo 4.13). Nitel bölümümüzde ise katılımcılar, iş yoğunluğu ve hemşire sayısı yetersizliğinin yetkinleşme sürecini olumsuz etkilediğine vurgu yapmışlardır.
- Etkileyen bireysel faktörlerden ekip üyeleri teması; iş disiplinleri, yaklaşım tarzları ve eğitici özellikleri alt temalarından oluşmaktadır. Usta çırak ilişkisi içerisinde yetişen hemşirenin, hemşire ve cerrah ustasının çalışma disiplininin, yaklaşım tarzının, öğretici özelliklerinin hemşire yetkinliğini etkilediği belirtilmiştir. Usta çırak ilişkisinde ameliyathaneden uzaklaşma, yanlışı devam

ettirme, sorgulamaya kapalı olma gibi olumsuz etkilerinin olduğu ifade edilmiş ve mentör (usta) hemşireliğinin önemine vurgu yapılmıştır.

- Ameliyathane hemşiresinin yetkinleşme sürecini etkileyen diğer bir faktör, öğrenici bireye ilişkin özelliklerdir. Bunlar yaş, cinsiyet, örgün eğitim, klinik deneyim, ameliyathane deneyimi, öğrenme isteği ve motivasyonu, gözlem yeteneği, işine olan sevgisi ve bağlılığı, özgüven, iletişim becerisi, aile ve sosyal yaşam alt temalarından oluşmuştur.
- Ameliyathane hemşirelerinin perioperatif yeterlilik algılarının, cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmadığı görülmüştür ($t_{222}=1.37$, $p>0.05$) (Tablo 4.4). Ancak nitel bulgularımızda ise cerrahlar, kadın hemşirelerin yönetim, organizasyon ve empati açısından daha başarılı olduklarını vurgulamıştır.
- Ameliyathane hemşirelerinin perioperatif yeterlilik algılarının yaş değişkenine göre analizinde sadece, yeterlilik alt faktör ortalamalarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı, ($F_{3,220}=2.76$, $p<0.05$), 50 yaş ve üzeri hemşirelerin ortalamasının (25.64 ± 4.14), 29 yaş ve altı hemşirelerin ortalamasından (22.36 ± 4.99) yüksek ve ilgili farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0,04$) orta büyüklüğe yakın olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Nitel bölümde, yaş ve ameliyathane deneyiminin paralel olmadığını, genç yaştaki hemşirelerin daha hızlı öğrendiklerini ve yeniliğe açık olduklarını vurgulamışlardır.
- Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik alt faktör toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılaşmadığı saptanmıştır ($F_{2,221}=0.30$, $p>0.05$), (Tablo 4.6). Yapılan görüşmelerde de cerrahi ekip üyeleri hemşirelik eğitiminde ameliyathane hemşireliği eğitiminin olmadığını ya da çok yetersiz olduğunu vurgulamışlardır.
- Ameliyathane hemşirelerinin perioperatif yeterlilik algıları ile mesleki deneyim ($\chi^2=3.80$, $p>0.05$) (Tablo 4.8) ve kurum süresi ($F_{3,214}=1.05$, $p>0.05$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.9). Çalışmamızın nitel bölümünde ameliyathane hemşireleri, klinik deneyimlerinin ameliyathanede yetkinleşme süreçlerini etkilemediğini ve ameliyathaneye başladıklarında acemi hemşire pozisyonunda olduklarını vurgulamışlardır.

- Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik toplam puanlarının, ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($\chi^2=13.52$, $p<0.05$), 26 yıl ve üzerinde ameliyathanede çalışan hemşirelerin ortalamalarının (170.88 ± 25.86), 1-5 yıl çalışan hemşirelerin ortalamalarından (153.75 ± 26.26) yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10). Cerrahi ekip üyelerinin tamamı, ameliyathane deneyim süresinin yetkinliği etkileyen en önemli faktör olduğunu ifade etmişlerdir.
- Ameliyathane hemşirelerinin algılanan perioperatif yeterlilik toplam puanlarının ilk beş yıldaki ameliyathane süresi alt gruplarında anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($\chi^2=12.76$, $p<0.05$), 3-5 yıl ameliyathanede çalışan hemşirelerin ortalamalarının (165.73 ± 21.64), 0-1 yıl ameliyathane çalışan hemşirelerin ortalamalarından (133.40 ± 21.34) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). İlk beş yıllık deneyimin ameliyathane hemşireliğinde önemli olduğunu ekip üyeleri vurgulamışlardır. Eğitim programları içeriğinin hazırlanmasında hemşirenin deneyim süresinin dikkate alınması gerektiğini de belirtmişlerdir.
- Ameliyathane hemşirelerinin genel itibarıyla ameliyathanede çalışmada istekli ve farklı cerrahi ekip üyeleri ile çalışmaya açık oldukları görülmüştür (Tablo 4.16).

6.2.Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Çalışmamızın nitel bölümünde ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerine ilişkin ölçekte yer almayan temaların ortaya çıkması nedeniyle evrensel değerler ve ülke gereksinimlerini kapsayan bir ölçek geliştirilmesi,
- Mezun olunan okul (lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü) ile yetkinlik arasında anlamlılık bulunmaması, nitel bölümde hemşirelik eğitiminde ameliyathane hemşireliğine yer verilmemesi ve usta çırak ilişkisi ile öğrenildiğine vurgu yapılması nedeniyle standart eğitim programlarının geliştirilerek yasal statüye kavuşturulması,
- Ameliyathane hemşirelerine yönelik standart oryantasyon programlarının oluşturulması ve meslektaşlarının yetkinlik kazanma sürecine mentörlük eden lider hemşirelerin yetiştirilmesi,

- Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathanenin dinamik, sürekli değişen ve gelişen ortamında güvenli bakım verebilmeleri için özellikle teknik olmayan alan yetkinliğinin geliştirilmesine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Ameliyathane hemşirelerinin liderlik rollerinin güçlendirilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi,
- Ameliyathane hemşirelerinin hastanelerin büyük çoğunluğunda cerrahi asistanlığı rol ve sorumluluklarını yerine getirdiğinden, konuya yönelik eğitim ve yasal dayanak oluşturacak düzenleme yapılması,
- Hemşirelerin genellikle sadece scrup olarak görev yapması ve çok sayıda ameliyata girmesi, ameliyathane ortamında hastalarla etkin iletişim kurulmasını ve bakım ihtiyaçlarının karşılanmasını engellediğinin belirtilmesi nedeni ile hem scrup hem sirküler görevlerini yerine getirebilecek ortamların sağlanması,
- Ameliyathane hemşirelerinin çok yoğun çalışmaları (yemek, lavabo ihtiyacının karşılanamaması) hasta ve çalışan güvenliğini de riske attığından çalışma koşullarının iyileştirilmesi,
- Ameliyathane ortamının dinamik sürecine, hemşirenin değişen, gelişen rol ve sorumluluklarının profesyonel değerler ve yetkinliklerine ilişkin farkındalıklarının artırılmasına yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin yetkinlik gelişimlerini destekleyecek kongre, kurs, seminer, çalıştay katılımlarının artırılması için birim ve kurum yönetimi tarafından desteklenmesi,
- Ameliyathane ortamlarında bilimsel yayın ve mesleki yenilikleri takip etmeyi sağlayacak olanakların sağlanması,
- Ameliyathane hemşirelerinin görünürlüğünü arttırmaya yönelik hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri ile etkin iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi,
- Hemşirelerin yetkinlik düzeyi ve ameliyathane ortamında verilen bakım davranışları ile bu bileşenleri etkileyen faktörlerin araştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Australian College of Perioperative Nurses (ACORN), Journal of Perioperative Nursing. Available from: <https://www.acorn.org.au/index.cfm?display=963543> Erişim Tarihi:18.11.2021

Aghamohammadi, F., Imani, B., & Moghadari Koosha, M. Operating room nurses' lived experiences of ethical codes: A phenomenological study in Iran. *International Journal of Nursing Sciences*, 2021; 8(3), 332–338.

Ajorpaz, N. M., Tafreshi, M. Z., Mohtashami, J., Zayeri, F., & Rahemi, Z. Psychometric testing of the Persian Version of the perceived perioperative competence scale-revised. *Journal of Nursing Measurement*, 2017; 25(3), E162–E172.

Akalın, B., & Modanlıoğlu, A. Ameliyathan Hemşiresi Olmak”: Nitel Bir Çalışma. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2020; 23(1), 100–108.

Akbari, F., Nasiri, M., Rashidi, N., Zonoori, S., Amirmohseni, L., Eslami, J., Torabizadeh, C., Havaeji, F. S., Bigdeli Shamloo, M. B., Paim, C. P. P., Naghibeiranvand, M., & Asadi, M. Comparison of the effects of virtual training by serious game and lecture on operating room novices' knowledge and performance about surgical instruments setup: a multi-center, two-arm study. *BMC Medical Education*, 2022; 22(1), 268.

Akkaya, A., & Karadağ, M. Ameliyathane Hemşirelerinin Çalışma Ortamından Kaynaklanan Mesleki Risklerinin ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi. *EGEHFD*, 2021; 37(1), 11–22.

Akyol, E. M., & Budak, G. Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi: Çok Uluslu Bir Firma Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, 2013; 15(2), 155–174.

Al-Jundi, W., Wild, J., Ritchie, J., Daniels, S., Robertson, E., & Beard, J. Assessing the nontechnical skills of surgical trainees: Views of the theater team. *Journal of Surgical Education*, 2011; 73(2), 222–229.

Amaç, B. Perfusionist: May Be The Profession Of The Future. *Medical Records*, 2020; 2(2), 34–38.

Andriopoulou, M., Charos, D., Kolypera, V., Vivilaki, V., & Tziallas, D. Psychosocial factors associated with conflicts among health professionals in the operating room in a Greek sample. *Journal of Nursing Management*, 2021; 29(8), 2707–2714.

Arakelian, E., Rudolfsson, G., Rask-Andersen, A., Runeson-Broberg, R., & Wålinder, R. I Stay—Swedish Specialist Nurses in the Perioperative Context and Their Reasons to Stay at Their Workplace. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2019; 34(3), 633–644.

Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective—an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 2017; 26(17–18), 2527–2544.

Arakelian, E., Wålinder, R., Rask-Andersen, A., & Rudolfsson, G. Nurse managers in perioperative settings and their reasons for remaining in their jobs: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 2020; 28(6), 1191–1198.

Arrowsmith, V., Lau-Walker, M., Norman, I., & Maben, J. Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: A mixed methods systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2016; 72(8), 1735–1750.

Arslanoğlu, A., & Köser, C. E. (2020). Ameliyathane Hemşirelerinin Sorunlarını İnceleyen Nitel Bir Çalışma. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2020; 2(1), 1–14.

Averlid, G., & Høglund, J. S. The operating room as a learning arena: Nurse anaesthetist and student nurse anaesthetist perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 2020; 29(9–10), 1673–1683.

Ay, F., Polat, S., & Kashımı, T. Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses. *Journal of Nursing Research*, 2020; 28(2).

Aydemir, I., & Yıldırım, T. Ameliyathane Cerrahi Ekibinin Teknik Olmayan Becerilere İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi - Determinatoin of Operating Room Surgical Team Attitudes Related To Non-Technical Skills. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016; 8, 66.

Baker, K. M., Clark, P. R., Henderson, D., Wolf, L. A., Carman, M. J., Manton, A., & Zavotsky, K. E. Identifying the differences between quality improvement, evidence-based practice, and original research. Journal of Emergency Nursing, 2014; 40(2), 195–197.

Bakhtiari, S., Rakhshan, M., Shahriari, M., & Sharif, F. Perspective and Experience of Operating Room Personnel on Ethical Behaviors. Electronic Journal of General Medicine, 2020; 17(3).Bakhtiari, S., Sharif, F., Shahriari, M., & Rakhshan, M. Perspective and Experience of Hospital Operating Room Nurses with the Concept of Excellence: A Qualitative Study. Risk Management and Healthcare Policy, 2020; 13, 125–134.

Bal, H. Nitel Araştırma Yöntem ve Teknikleri (Uygulamalı-Örnekle) 2016; (1. Basım). Sentez Yayıncılık.

Balçık Çolak, M., & Öztürk Can, H. Competence, Competency and Use of Technology in Midwives. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 2021; 6(2), 340–349.

Ball, K., Doyle, D., & Oocumma, N. I. Nursing shortages in the OR: Solutions for new models of education. AORN Journal, 2015; 101(1), 115–136.

Ballangrud, R., Aase, K., & Vifladd, A. Longitudinal team training programme in a Norwegian surgical ward: a qualitative study of nurses' and physicians' experiences with teamwork skills. BMJ Open, 2020; 10(7), e035432–e035432.

Baltacı, A. Nitel Veri Analizinde Miles-Huberman Modeli. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017; 3(1), 1–14.

Baltacı, A. Nitel Araştırmalarda Örnekleme Yöntemleri Ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2018; 7(1), 231–274.

Baltacı, A. Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2019; 5(2), 426–438.

Bartone, T. Response to MBS Review—Proposed changes to remuneration arrangements for surgical assistants. Medicare Benefits Schedule Review Taskforce Chair MBS Principles and Rules Committee, 2018; Editor. Canberra: Australian Medical Association, 5.

Bastami, M., Imani, B., & Koosha, M. Operating room nurses' experience about patient cares for laparotomy surgeries: A phenomenological study. Journal of Family Medicine and Primary Care, 2022; 11(4).

Battié, R. N. The IOM report on the future of nursing: What perioperative nurses need to know. AORN Journal, 2013; 98(3), 227–234.

Bayraktar, O. Çalışan yetkinliklerine kavramsal bir yaklaşım. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2018; 17(33), 301–314.

Bazeley, P. Integrating Analyses in Mixed Methods Research. 2018.

Behzad, I., & Elahe, M. Patient Safety Culture and Spiritual Health in the Operating Room: An Iranian Exploratory Qualitative Study. Journal of Religion and Health. 2022.

Beitz, J. M. Addressing the Perioperative Nursing Shortage Through Education: A Perioperative Imperative. AORN Journal, 2019a; 110(4), 403–414.

Beitz, J. M. The Perioperative Succession Crisis :A Cross-Sectional Study of Clinical Realities and Strategies for Academic Nursing. Nursing Economic\$, 2019b; 37(4), 179–198.

Benner, P, Tanner, C. A., & Chesla, C. A. From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. Advances in Nursing Science, 1992; 14(3), 13–28.

Benner, P, Tanner, C. A., & Chesla, C. A. Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics. 2009. Springer.

Benner, Patricia. From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 1982; 82(3), 402–407.

Benner, Patricia. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 1984; 84(12), 1480.

Benner, Patricia. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 2004; 24(3), 188–199.

Benner, Patricia. Skill Acquisition and Clinical Judgement in Nursing Practice: Towards Expertise and Practical Wisdom. In *In Practice Wisdom* 2019; (pp. 225–240).

Berman, J. A. Competence-Based Employment Interviewing. 1997; (1st ed). Quorum Books.

Beydler, K. W. The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN Journal*, 2017; 106(4), 317–323.

Biçer, G., & Düztepe, Ş. Yetkinlikler ve Yetkinliklerin İşletmeler Açısından Önemi. *Havacılık ve Uzak Teknolojileri Dergisi*, 2003; 1(2), 13–20.

Bilik, O. In which part of operating rooms is ethic? It is where the nurses are. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 2017; 4(2), 218–224.

Bilik, Ö., Duran, M., Damar, H. T., & Kaynar, G. Ö. Ameliyathane Çalışanlarında Bireysel Yenilikçilik Davranışlarının, Etkileyen ve Engelleyen Etmenlerin Belirlenmesi. 2021;

Bindon, S. L. Professional Development Strategies to Enhance Nurses' Knowledge and Maintain Safe Practice. *AORN Journal*, 2017; 106(2), 99–110.

Blomberg, A.-C., Bisholt, B., & Lindwall, L. Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 2018; 5(3), 414–421.

Blomberg, A.-C., Bisholt, B., & Lindwall, L. Value conflicts in perioperative practice. *Nursing Ethics*, 2019; 26(7–8), 2213–2224.

Blomberg, A.-C., Lindwall, L., & Bisholt, B. Operating theatre nurses' self-reported clinical competence in perioperative nursing: A mixed method study. *Nursing Open*, 2019; 6(4), 1510–1518.

Blomberg, A.-C., Lindwall, L., & Bisholt, B. Operating theatre nurses' with managerial responsibility: Self-reported clinical competence and need of competence development in perioperative nursing. *Nursing Open*, 2022; 9(1), 692–704.

Blomberg, A. C., Bisholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. Making the invisible visible—operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015; 29(2), 361–368.

Blomberg, A. C., Lindwall, L., Bisholt, B., Coombs, N. M., Missen, K., Allen, L., Dyas, A. R., Lovell, K. M., Balentine, C. J., Wang, T. N., Porterfield, J. R., Chen, H., Lindeman, B. M., Smith, Z., Leslie, G., Wynaden, D., Thompson, J. A., & Wati, R. Operating theatre nurses' self-reported clinical competence in perioperative nursing: A mixed method study. *Nursing Open*, 2019; 6(4), 1510–1518.

Blomberg, A. C., Willassen, E., von Post, I., & Lindwall, L. Student nurses' experiences of preserved dignity in perioperative practice – Part I. *Nursing Ethics*, 2015; 22(6), 676–687.

Boyatzis, R. E. *The Competent Manager*. 1982; New York: John Wiley and Sons.

Bracq, M.-S., Michinov, E., Le Duff, M., Arnaldi, B., Gouranton, V., & Jannin, P. Training situational awareness for scrub nurses: Error recognition in a virtual operating room. *Nurse Education in Practice*, 2021; 53, 103056.

Bracq, M. S., Michinov, E., Arnaldi, B., Caillaud, B., Gibaud, B., Gouranton, V., & Jannin, P. Learning procedural skills with a virtual reality simulator: An acceptability study. *Nurse Education Today*, 2019; 79(February), 153–160.

Bracq, M. S., Michinov, E., & Jannin, P. Virtual reality simulation in nontechnical skills training for healthcare professionals: a systematic review. *Simulation in Healthcare*, 2019; 14(3), 188–194.

Bridges, W. *Managing transitions: Making the most of change*. 2009. Da Capo Press.

Brykczynski, K. A., Tomey, A. M., & Alligood, M. R. Clinical Wisdom and Ethics in Nursing Practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work Caring*. 2014; (7th ed., pp. 120–146). Maryland Heights; MD; Mosby Elsevier.

Bryman, A., & Kramer, D. *Quantitative data analysis: a guide for social scientists*. 2001. Routledge.

Budak, G. Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi. 2016. In Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Byrne, M., Root, S., & Culbertson, L. Integrating Perioperative Content in Nursing Curricula: A Case Study Approach. *AORN Journal*, 2016; 103(6), 597–604.

CARNA. Entry-Level Competencies for the Practice of Registered Nurses. In College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA) 2019. (Issue March).

Carroll, A., & McCrackin, J. The competent use of competency-based strategies for selection and development. *Performance Improvement Quarterly*, 1998; 11(3), 45-63.

Carthey, J. Creating Safety II in the operating theatre: The Durable Dozen! *Journal of Perioperative Practice*, 2019; 29(7–8), 210–215.

Catchpole, K. R. Task, team and technology integration in the paediatric cardiac operating room. *Progress in Pediatric Cardiology*, 2011; 32(2), 85–88.

Çelik, H., Baykal, N. B., & Memur, H. N. K. Qualitative Data Analysis and Fundamental Principles. *Journal of Qualitative Research in Education*, 2020; 8(1), 379–406.

Çetinkaya, M. Yöneticilerin Yönetmelik Yetkinlik Algılamalarına İlişkin Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, 2009; 11(2), 219–239.

Chang, Z.-X., Yang, G.-H., & Yuan, W. Competency-based management effects on satisfaction of nurses and patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 2014; 1(1), 121–125.

Charette, M., Goudreau, J., & Bourbonnais, A. Factors influencing the practice of new graduate nurses: A focused ethnography of acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 2019; 28(19–20), 3618–3631.

Chinn, P. L., Kramer, M. K., & Sitzman, K. 2021. Knowledge Development in Nursing E-Book: Theory and Process. Elsevier Health Sciences.

Cho, O.-H., Lee, D., & Hwang, K.-H. Patient safety awareness, knowledge and attitude about fire risk assessment during time-out among perioperative nurses in Korea. *Nursing Open*, 2022; 9(2), 1353–1361.

Cochran A, Elder WB. Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *Am J Surg*. 2015;209(1):65–70.

Coletto K. Perceived Knowledge and Attitudes of Certified Registered Nurse Anesthetists and Student Registered Nurse Anesthetists on Fire Risk Assessment During Time-out in the Operating Room. *AANA J*. 2018;86(2).

Collins JW, Dell'Oglio P, Hung AJ, Brook NR. The Importance of Technical and Non-technical Skills in Robotic Surgery Training. *Eur Urol Focus*. 2018;4(5):674–6.

Cope AC, Bezemer J, Kneebone R, Lingard L. “You see?” Teaching and learning how to interpret visual cues during surgery. *Med Educ*. 2015;49(11):1103–16.

Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. *Nurse Educ Today*. 2005;25(5):355–62.

Crafoord MT, Fagerdahl AM. Clinical supervision in perioperative nursing education in Sweden – A questionnaire study. *Nurse Educ Pract*. 2017;24:29–33.

Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3. Edition. Sage Publishing; 2018.

Creswell JW, Clark VLP. Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütölmesi. Dede Y, Demir SB, Çeviri Editörü, editors. Anı Yayıncılık; 2014.

Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. 2. Los Angeles: SAGE Publications; 2011.

Creswell JW, Clark VLP. Karma Yöntem Araştırmaları Tasarımı ve Yürütölmesi. 3. Baskı. Dede Y, Dede SB, editors. Ankara: Anı Yayıncılık; 2018.

Croghan SM, Phillips C, Howson W. The operating theatre as a classroom: a literature review of medical student learning in the theatre environment. *Int J Med Educ*. 2019;10:75–87.

Cropley AJ. *Qualitative Research Methods: An Introduction for Students of Psychology and Education*. Zinatne; 2002.

Culyer LM, Jatulis LL, Cannistraci P, Brownell CA. Evidenced-Based Teaching Strategies that Facilitate Transfer of Knowledge Between Theory and Practice: What are Nursing Faculty Using? *Teach Learn Nurs*. 2018;13(3):174–9.

Çiftçi, M., & Öztürk, U. C. Yetkinlik Bazlı Personel Seçme Faaliyetleri Ve Türkiye’deki Büyük Ölçekli İşletmelerin İşgören Seçme Modeli Tercihlerindeki Eğilimler. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Faköltesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2013; 13(25), 145–172.

Çırpan, F. K., & Gürer, A. 2018. Anestezi Teknisyeninin Rolü ve Görevleri. In M. G. Çelik (Ed.), *Teknikerler ve Teknisyenler İçin Anesteziyoloji* (pp. 5–6). Güneş Tıp Kitabevleri.

Dai J, Ren X, Wu P, Wang X, Li J, Bian H, et al. Construction of exchange integrated information chain management model leading by information nurse for large instrument and equipment in operating room. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021 Feb 10;21(1):50.

Degon R. Distance Learning for the RN First Assistant. *AORN J.* 2010;91(1):146–53.

Dexter F, Epstein RH. Influence of Operating Room Staffing and Scheduling on Operating Room Productivity. In: Kaye AD, Urman RD, Fox CJ, Cornett EM, editors. *Operating Room Leadership And Perioperative Practice Management*. Second. United Kingdom: Cambridge University Press is part of the University of Cambridge; 2019. p. 159.

Down B, Morris S, Kulkarni S, Mohiuddin K. Effectiveness of a multi-session combined near-peer and faculty-led surgical skills course on self-perceived ability to perform basic surgical skills. *Ann Med Surg.* 2020 Jul 28;57:153–6.

Drejer A. Organisational learning and competence development. *Learn Organ.* 2000;7(4):206–20.

Dreyfus SE, Dreyfus HL. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. California Univ Berkeley Operations Research Center; 1980.

Duchscher JEB. Professional role transition into acute-care by newly graduated baccalaureate female registered nurses. ProQuest; 2008.

Durmaz M, Sabuncu N. Ameliyathane ve Cerrahi Klinik Hemşirelerinin Kişilik Özellikleri ve İş Doyumları. *Genel Sağlık Bilim Dergisi.* 2019;1(1):40–52.

Elgaard ES, Olsen IØ, Tewes M, Uhrenfeldt L. Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography. *BMC Nurs.* 2014;13(1):1–17.

EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing. Edition 20. Committee EE, editor. Bruxelles: European Operating Room Nurses Association (EORNA); 2019. 1–50 p.

Ergözen Ö, Uğurlu Z. Hemşirelerin Mizah Tarzlarının İş Doyumları Üzerine Etkisi. *Türkiye Klin Hemsire Bilim*. 2019;11(3).

Eriksson J, Lindgren B-M, Lindahl E. Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room. *Scand J Caring Sci*. 2020 Dec 1;34(4):1074–82.

Etherington N, Usama A, Patey AM, Trudel C, Przybylak-Brouillard A, Presseau J, et al. Exploring stakeholder perceptions around implementation of the Operating Room Black Box for patient safety research: a qualitative study using the theoretical domains framework. *BMJ open Qual*. 2019 Aug 1;8(3):e000686–e000686.

Fagerdahl A-M, Torbjörnsson E, Sondén A. An Interprofessional E-Learning Resource to Prepare Students for Clinical Practice in the Operating Room-A Mixed Method Study from the Students' Perspective. *Healthc (Basel, Switzerland)*. 2021 Aug 11;9(8):1028.

Falk-Brynhildsen K, Jaensson M, Gillespie BM, Nilsson U. Swedish Operating Room Nurses and Nurse Anesthetists' Perceptions of Competence and Self-Efficacy. *J PeriAnesthesia Nurs*. 2019;34(4):842–50.

Fesco AB, Szasz P, Kerezov G, Grantcharov TP. The Effect of Technical Performance on Patient Outcomes in Surgery: A Systematic Review. *Ann Surg*. 2017; 265 (3)

Flin R, O'connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. 1st Editio. CRC Press; 2017. 330 p.

Freeling M, Parker S. Exploring experienced nurses' attitudes, views and expectations of new graduate nurses: A critical review. *Nurse Educ Today*. 2015;35(2):e42–9.

Fujihara L, FitzGerald L. Expanding an Academic-Service Partnership to Develop a Summer Perioperative Nursing Practicum for Baccalaureate Students. *AORN J*. 2020 Jun 1;111(6):644–52.

Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Med.* 2018 Mar 28;61(1):1–7.

Gangani N, Mclean G, Braden R. A Competency-Based Human Resource Development Strategy. *Perform Improv Q.* 2008 Oct 22;19:127–39.

Garbee DD, Bonanno LS, Rogers CL, Kerdolff KE, Paige JT. Comprehensive Literature Search to Identify Assessment Tools for Operating Room Nontechnical Skills to Determine Common Critical Components. *Med Sci Educ.* 2021;31(1):81–9.

Garosi E, Kalantari R, Zanjirani Farahani A, Zuaktafi M, Hosseinzadeh Roknabadi E, Bakhshi E. Concerns About Verbal Communication in the Operating Room: A Field Study. *Hum Factors.* 2019 Jul 15;62(6):940–53.

Garside JR, Nhemachena JZZ. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Educ Today.* 2013;33(5):541–5.

Gazete R. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 2011.

Gazete R. Sağlık Meslek Mensuplarının İş Tanımları. Resmi Gazete. 2014. Erişim T:22.10.2020

Ghanbari A, Hasandoost F, Lyili EK, Khomeiran RT, Momeni M. Assessing Emergency Nurses' Clinical Competency: An Exploratory Factor Analysis Study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2017;22(4):280–6.

Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery-creating a culture of safety. *J Interprof Care.* 2013;27(5):387–93.

Gillespie BM, Chaboyer W, Lingard S, Ball S. Perioperative nurses' perceptions of competence: Implications for migration. *Acorn.* 2012;25(4):32–8.

Gillespie BM, Harbeck EB, Falk-brynhildsen K, Nilsson U, Jaensson M. Perceptions of perioperative nursing competence : a cross-country comparison. 2018;1–7.

Gillespie BM, Pearson E. Perceptions of self-competence in theatre nurses and operating

department practitioners. *Acorn*. 2013;26(1):29–34.

Gillespie BM, Polit DF, Hamlin L, Chaboyer W. Developing a model of competence in the operating theatre: Psychometric validation of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(1):90–101.

Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(6):732–41.

Gillespie BM, Marshall AP, Gardiner T, Lavin J, Withers TK. Impact of workflow on the use of the Surgical Safety Checklist: a qualitative study. *ANZ J Surg*. 2016;86(11):864–7.

Gillespie BM, Harbeck E, Kang E, Steel C, Fairweather N, Chaboyer W. Correlates of non-technical skills in surgery: a prospective study. *BMJ Open*. 2017 Jan 30;7(1):e014480–e014480.

Gillespie BM, Polit DF, Hamlin L, Chaboyer W, Mitchell L, Flin R, et al. Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *Int J Nurs Stud*. 2012;48(1):818–28.

Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Chang HYA, Werder H. Operating theatre nurses' perceptions of competence: A focus group study. *J Adv Nurs*. 2009;65(5):1019–28.

Gillespie BM, Hamlin L, Polit DF, Chaboyer W. The influence of personal characteristics on perioperative nurses' perceived competence: Implications for workforce planning. *Aust J Adv Nurs*. 2013;30(3):14–25.

Glaser B, Schellenberg T, Koch L, Hofer M, Modemann S, Dubach P, et al. Design and evaluation of an interactive training system for scrub nurses. *Int J Comput Assist Radiol Surg*. 2016;11(8):1527–36.

Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.): AldineTransaction; 1967.

Glaser B, Schellenberg T, Neumann J, Hofer M, Modemann S, Dubach P, et al. Measuring and evaluating standardization of scrub nurse instrument table setups: a multi-center study. *Int J Comput Assist Radiol Surg*. 2022/01/21. 2022 Mar;17(3):479–85.

Golvani J, Roos L, Henricson M. Operating room nurses' experiences of limited access to daylight in the workplace - a qualitative interview study. *BMC Nurs*. 2021 Nov 10;20(1):227.

Goodman; T, Spry C. *Essentials of Perioperative Nursing*. 6th ed. Jones & Bartlett Learning; 2017.

Göras C, Nilsson U, Ekstedt M, Unbeck M, Ehrenberg A. Managing complexity in the operating room: A group interview study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–12.

Göras C, Olin K, Unbeck M, Pukk-Härenstam K, Ehrenberg A, Tessma MK, et al. Tasks, multitasking and interruptions among the surgical team in an operating room: A prospective observational study. *BMJ Open*. 2019;9(5).

Gorgone PD, Arsenault L, Milliman-Richard YJ, Lajoie DL. Development of a New Graduate Perioperative Nursing Program at an Urban Pediatric Institution. *AORN J*. 2016;104(1):23-29.e2.

Graf AC, Jacob E, Twigg D, Nattabi B. Contemporary nursing graduates' transition to practice: A critical review of transition models. *J Clin Nurs*. 2020 Aug 1;29(15–16):3097–107.

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.

Gunawan J, Aungsuroch Y, Fisher ML. Competence-based human resource management in nursing: A literature review. *Nurs Forum*. 2019 Jan 1;54(1):91–101.

Gunbayi I. Knowledge-Constitutive Interests and Social Paradigms in Guiding Mixed Methods Research (MMR). *J Mix Methods Stud*. 2020;1(1):1–13.

Gutierrez L de S, Santos JLG Dos, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):2775–82.

Hains T, Strand H, Turner C. A selected international appraisal of the role of the non-medical surgical assistant. *ACORN J Perioper Nurs Aust.* 2017a;30(2):37–42.

Hains T, Strand H, Turner C. Knowledge and perceptions of the Non-Medical surgical assistant role in Australia—a perioperative staff survey. *J Nurse Pract.* 2017b;13(7):e333.

Hains T, Turner C, Strand H. Practice audit of the role of the Non-medical surgical assistant in Australia, an online survey. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(6):546–55.

Hains T, Rowell D, Strand H. Effectiveness of the Non-Medical Surgical Assistant measured by patient outcome assessment. *Int J Nurs Pract.* 2021 Feb 1;27(1):e12822.

Hains T, Turner C, Strand H. Task transfer: A survey of Australian surgeons on the role of the non-medical surgical assistant. *J Perioper Nurs.* 2018;31(1):11–8.

Hair JF, Black B, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis.* England: Essex; 2013.

Hall S, Quick J, Hall A, Jones A. Surgical assistance—who can help? *Bull R Coll Surg Engl.* 2014;96(7):244–6.

Hanssen I, Smith Jacobsen IL, Skråmm SH. Effects of Simulation-based Scrub Nurse Education for Novice Nurses in the Operating Room: A Longitudinal Study. *Nurs Ethics.* 2020;27(5):1364–72.

Hara K, Kuroki T, Fukuda M, Onita T, Kuroda H, Matsuura E, et al. Effects of Simulation-based Scrub Nurse Education for Novice Nurses in the Operating Room: A Longitudinal Study. *Clin Simul Nurs.* 2022;62:12–9.

Hedenskog C, Nilsson U, Jaensson M. Swedish-registered nurse Anesthetists' evaluation of their professional self. *J PeriAnesthesia Nurs.* 2017;32(2):106–11.

Hey LA, Turner TC. Using Standardized OR Checklists and Creating Extended Time-Out Checklists. *AORN J.* 2016;104(3):248–53.

Heyhoe J, Birks Y, Harrison R, O’Hara JK, Cracknell A, Lawton R. The role of emotion in patient safety: are we brave enough to scratch beneath the surface? *J R Soc Med.* 2016;109(2):52–8.

Hicks MR, Saletnik L. The Future of Perioperative Medicine. In: Kaye AD, Urman RD, Fox CJ, Cornett EM, editors. *Operating Room Leadership And Perioperative Practice Management*. Second. United Kingdom: Cambridge University Press is part of the University of Cambridge; 2019. p. 593–5.

Hoeper K, Kriependorf M, Felix C, Nyhuis P, Tecklenburg A. Role-specific targets and teamwork in the operating room. *Anaesthesist.* 2017;66(12):953–60.

Hoffman JJ, Sullivan NJ. *Medical-Surgical Nursing*. United States of America: Davis Company; 2017. 291–293 p.

Howitt D, Kramer D. *A guide to computing statistics with SPSS for Windows*. Prentice Hall; 1997.

Hull L, Arora S, Kassab E, Kneebone R, Sevdalis N. Observational Teamwork Assessment for Surgery: Content Validation and Tool Refinement. *J Am Coll Surg* 2011;212(2):234-243.e5.

IFPN. *Supporting Perioperative Nurses . Promoting Safe Surgery And Evidence- Based Practice*. International Federation of Perioperative Nurses. 2021.

Ingvarsdottir E, Halldorsdottir S. Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scand J Caring Sci.* 2018 Jun 1;32(2):951–60.

Jaensson M, Falk-Brynhildsen K, Gillespie BM, Wallentin FY, Nilsson U. Psychometric Validation of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised in the Swedish Context. *J Perianesthesia Nurs.* 2018;33(4):499–511.

Jung JH, Kim HJ, Kim J-S. Comparison of Nursing Performance Competencies and Practical Education Needs Based on Clinical Careers of Operating Room Nurses: A Cross-Sectional Study. *Healthc (Basel, Switzerland)*. 2020 May 18;8(2):136.

J R Landis, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159–74.

Kak N, Burkhalter B, Cooper M-A. Measuring the competence of healthcare providers. *Oper Res Issue Pap*. 2001;2(1):1–28.

Kalantari R, Zamanian Z, Hasanshahi M, Faghihi SA, Jamali J, Niakan H. The Effect of Educational Intervention on the Improvement of Nontechnical Skills in Circulating Nurses. *Biomed Res Int*. 2021 Oct 15;2021:5856730.

Kanan N. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı. In: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, editors. *Cerrahi Hemşireliği I. Genişletil. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri*; 2017. p. 301–31.

Kang E, Gillespie BM, Massey D. What are the non-technical skills used by scrub nurses?: An integrated review. *ACORN J Perioper Nurs Aust*. 2014;27(4):16–25.

Kang E, Massey D, Gillespie BM. Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurses: A prospective study. *J Adv Nurs*. 2015;71(12):2846–57.

Karadağ A, Çalışkan N, Baykara Z. Hemşirelik Teorileri ve modelleri. 1. Baskı. *Akademi Basın ve Yayıncılık*; 2017. 678–697 p.

Karahan A, Budak Ertürk E, Uğurlu Z, Ünlü H, Akovalı N, Tepe A, et al. Factors Affecting the Thermal Comfort of Perioperative Personnel in the OR. *AORN J*. 2020 Mar 1;111(3):333–44.

Karahan A, Kav S. Professional Competency in Nursing. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg J Hacettepe Univ Fac Nurs*. 2018;5(2):160–8.

Kawaguchi AL, Kao LS. Teamwork and Surgical Team–Based Training. *Surg Clin North Am*. 2021;101(1):15–27.

Kaymakçı Ş. Ameliyathane Hemşireliğinde Temel Kavramlar,. In: Giersbergen MY van, Kaymakçı Ş, editors. Ameliyathane Hemşireliği. İzmir: Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği; 2015. p. 3–7.

Kelvered M, Öhlén J, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. Scand J Caring Sci. 2012 Sep 1;26(3):449–57.

Kertesz L, Walker C, Maliwat-Bandigan B. Improving Communication and Teamwork in the Operating Room. Nurs Prim Care. 2018;2(2):1–10.

Klein G. Naturalistic decision making. Hum Factors. 2008;50(3):456–60.

Klein GA. A recognition-primed decision (RPD) model of rapid decision making. Decis Mak action Model methods. 1993;5(4):138–47.

Konyalılar İ. Ameliyat Hemşirelerinin Operasyonlarla İlgili Sorumlulukları. J Social Humanities Sciences Res Sos ve Beşeri Bilim Araştırma Derg. 2020;7(50):280–8.

Kozłowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. BMC Med Educ. 2017;17(1):1–13.

Kramer M. Reality shock; why nurses leave nursing. Mosby; 1974.

Kumar H, Morad R, Sonsati M. Surgical team: improving teamwork, a review. Postgrad Med J. 2019; Jun 1;95(1124):334 LP – 339.

Laflamme K, Leibing A, Lavoie-Tremblay M. Operating Room Culture and Interprofessional Relations: Impact on Nurse's Retention. Health Care Manag (Frederick). 2019;38(4).

Larti N, Ashouri E, Aarabi A. The effect of an empathy role-play program for operating room nursing students. J Educ Eval Health Prof. 2018/12/13. 2018;15:29.

Lea J, Cruickshank M. The support needs of new graduate nurses making the transition to rural nursing practice in Australia. J Clin Nurs. 2015;24(7–8):948–60.

Leuschner S, Leuschner M, Kropf S, Niederbichler AD. Non-technical skills training in the operating theatre: A meta-analysis of patient outcomes. *Surgeon*. 2019;17(4):233–43.

Lögde A, Rudolfsson G, Broberg RR, Rask-Andersen A, Wålinder R, Arakelian E. I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job. *Int J Qual Heal Care*. 2018 May 1;30(4):313–20.

Luck ES, Gillespie BM. Technological advancements in the OR: do we need to redefine intraoperative nursing roles? Vol. 106, *AORN journal*. 2017. p. 280–2.

Luedi MM, Schnider J, Stueber F. Implications of Emotional Intelligence and Collaboration for Operating Room Leadership and Management. In: Kaye AD, Urman RD, Fox CJ, Cornett EM, editors. *Operating Room Leadership And Perioperative Practice Management*. Second. United Kingdom: Cambridge University Press is part of the University of Cambridge; 2019. p. 118.

Lyneham J, Parkinson C, Denholm C. Expert nursing practice: a mathematical explanation of Benner's 5th stage of practice development. *J Adv Nurs*. 2009 Nov 1;65(11):2477–84.

Lynn A, Brownie S. The Perioperative Nurse Surgeon's Assistant: Issues and challenges associated with this emerging advanced practice nursing role in Australia. *Collegian*. 2015;22(1):109–15.

Maddineshat M, Hashemi M, Tabatabaeichehr M. Evaluation of the disruptive behaviors among treatment teams and its reflection on the therapy process of patients in the operating room: The impact of personal conflicts. *J Educ Health Promot*. 2017 Aug 9;6:69.

Makary MA, Holzmueller CG, Thompson DA, Rowen L, Heitmiller ES, Maley WR, et al. Operating room briefings: working on the same page. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(6):351–5.

Manz J, Williams K, Jessen J, Kirkpatrick A. Addressing the Perioperative Nursing Shortage Via a Perioperative Nursing Preceptorship for Baccalaureate Nursing Students. *AORN J*. 2021 Jan 1;113(1):52–63.

Markström I, Bjerså K, Bachrach-Lindström M, Falk-Brynhildsen K, Hollman Frisman G. Operating room nurses' experiences of skin preparation in connection with orthopaedic surgery: A focus group study. *Int J Nurs Pract*. 2020 Oct 1;26(5):e12858.

Martí-Ejarque MDM, Guiu Lázaro G, Juncal RC, Pérez Paredes S, Díez-García C. Occupational Diseases and Perceived Health in Operating Room Nurses: A Multicenter Cross-Sectional Observational Study. *Inquiry*. 2021;58:469580211060774–469580211060774.

Martin K, Wilson CB. Newly registered nurses' experience in the first year of practice: A phenomenological study. *Int J Hum Caring*. 2011;15(2):21.

McClelland DC. Testing for Competence Rather Than for "Intelligence." *Am Psychol*. 1973;28(1):1-14.

McClelland G. Factors that affect scrub practitioner non-technical skills: A literature review. *J Perioper Pract*. 2018 Apr 1;28(4):75–82.

McGarry JR, Pope C, Green SM. Perioperative nursing: maintaining momentum and staying safe. *J Res Nurs*. 2018;23(8):727–39.

Mirbagher Ajorpaz N, Zagheri Tafreshi M, Mohtashami J, Zayeri F, Rahemi Z. The effect of mentoring on clinical perioperative competence in operating room nursing students. *J Clin Nurs*. 2016;25(9–10):1319–25.

Mitchell L, Flin R. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *J Adv Nurs*. 2008 Jul 1;63(1):15–24.

Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(7):818–28.

Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Evaluation of the Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS) system. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(2):201–11.

Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Development of a behavioural marker system for scrub practitioners' non-technical skills (SPLINTS system). *J Eval Clin Pract.* 2013;19(2):317–23.

Mostafapour Z, Torabizadeh C, Moayedi SA, Nick N. Operating room nurses' perception of professional relationships. *Perioper Care Oper Room Manag.* 2022;26:100231.

Mower J. Transitioning From Perioperative Staff Nurse to Perioperative Educator. *AORN J.* 2017;106(2):111–20.

Munday J, Kynoch K, Hines S. Nurses' experiences of advocacy in the perioperative department: a systematic review. *JBIEvid Synt.* 2015;13(8).

Musumeci R, Kaye AD, Gafur OA, Fox CJ, Urman RD. The Path to a Successful Operating Room Environment. In: Alan David K, Urman RD, Fox CJ, Elyse M. Cornett, editors. *Operating Room Leadership And Perioperative Practice Management*. Second. United Kingdom: Cambridge University Press is part of the University of Cambridge.; 2019. p. 62–6.

Nabizadeh-Gharghozar Z, Alavi NM, Ajorpaz NM. Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis. *Nurse Educ Today.* 2021;97:104728.

NHS Career. Theatre nurs. 2021. Erişim Tarihi: 12.11.2021

Niu L, Li HY, Tang W, Gong S, Zhang LJ. Evolving safety practices in the setting of modern complex operating room: role of nurses. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2017;31(3):659–65.

Notarnicola I, Stievano A, De Jesus Barbarosa MR, Gambalunga F, Iacorossi L, Petrucci C, et al. Nurse Competence Scale: psychometric assessment in the Italian context. *Ann Ig.* 2018;30(6):458–69.

Nyberg A, Olofsson B, Otten V, Haney M, Fagerdahl A-M. Patient safety during joint replacement surgery: experiences of operating room nurses. *BMJ open Qual.* 2021 Nov;10(4):e001604.

O'Neill R, Shapiro M, Merchant A. The Role of the Operating Room in Medical Student Education: Differing Perspectives of Learners and Educators. *J Surg Educ.* 2018;75(1):14–28.

Özbayır T. Ameliyat Dönemi Bakım. In: Ayfer Karadakovan FEA, editor. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2014. p. 239–77.

Park BH, Chang SO. A Phenomenographic Approach to Understanding the Expertise of Perioperative Nurses. *AORN J.* 2019;109(5):612–20.

Patton MQ. *How to use qualitative methods in evaluation.* SAGE Publications; 1987

Patton MQ. *Qualitative Research.* New York: John Wiley & Sons, Ltd; 2005.

Peñataro-Pintado E, Díaz-Agea JL, Castillo I, Leal-Costa C, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, et al. Self-Learning Methodology in Simulated Environments (MAES©) as a Learning Tool in Perioperative Nursing. An Evidence-Based Practice Model for Acquiring Clinical Safety Competencies. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health* . 2021.

Pika R, O'Brien B, Murphy J, Markey K, O'Donnell C. The role of the registered nurse first assistant within the perioperative setting. *Br J Nurs.* 2021 Feb 10;30(3):148–53.

Plano Clark VL. Meaningful integration within mixed methods studies: Identifying why, what, when, and how. *Contemp Educ Psychol.* 2019;57:106–11.

Pradarelli JC, George E, Kavanagh J, Sonnay Y, Khoon TH, Havens JM. Training Novice Raters to Assess Nontechnical Skills of Operating Room Teams. *J Surg Educ.* 2021;78(2):386–90.

Prineas S, Mosier K, Mirko C, Guicciard S. Non-technical Skills in Healthcare. In: Dhingra-Kumar N, Brusaferrero S, Arnoldo L, editors. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management.* 2021. p. 93–8.

Qvistgaard M, Lovebo J, Almerud-Österberg S. Intraoperative prevention of Surgical Site Infections as experienced by operating room nurses. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019 Dec;14(1):1632109.

Radford EJ, Fotis T. The lived experiences of operating theatre scrub nurses learning technical scrub skills ‘I’m doing this right, aren’t I? Am I doing this right?’ *J Perioper Pract*. 2018;28(12):355–61.

Raison N, Wood T, Brunckhorst O, Abe T, Ross T, Challacombe B, et al. Development and validation of a tool for non-technical skills evaluation in robotic surgery—the ICARS system. *Surg Endosc*. 2017;31(12):5403–10.

Rauta S, Salanterä S, Nivalainen J, Junttila K. Validation of the core elements of perioperative nursing. *J Clin Nurs*. 2013;22(9–10):1391–9.

Reason J. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *BMJ Qual Saf*. 2004;13(suppl 2):ii28–33.

Redaelli I. Nontechnical skills of the operating theatre circulating nurse: An ethnographic study. *J Adv Nurs*. 2018;74(12):2851–9.

Reuter J, Spalla King T. Evaluation of a Redesigned Perioperative Specialty Elective to Address the Perioperative Nursing Shortage. *AORN J*. 2021 May 1;113(5):476–85.

Rizalar S, Topcu SY. The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. *Pakistan J Med Sci*. 2017;33(2):374–9.

Rizany I, Hariyati RTS, Handayani H. Factors that affect the development of nurses’ competencies: a systematic review. *Enferm Clin*. 2018;28(February):154–7.

Royal College of Nursing. Caring for people with liver disease: a competence framework for nursing Revised edition. London: Royal College of Nursing; 2019. 72 p.

Saletnik L. Technology in the perioperative environment. Vol. 108, *AORN journal*. Wiley Online Library; 2018. p. 488–90.

Sandelin A, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nord J Nurs Res*. 2015;35(3):179–85.

Sandelin A, Kalman S, Gustafsson BÅ. Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *J Clin Nurs*. 2019;28(13–14):2635–43.

Schuller MC, DaRosa DA, Crandall ML. Using just-in-time teaching and peer instruction in a residency program's core curriculum: enhancing satisfaction, engagement, and retention. *Acad Med*. 2015;90(3):384–91.

Serafin L, Danilewicz D, Chyla P, Czarkowska-Pączek B. What is the most needed competence for newly graduated generation z nurses? Focus groups study. *Nurse Educ Today*. 2020;94:104583.

Serafin L, Strzaska-Kliś Z, Kolbe G, Brzozowska P, Szwed I, Ostrowska A, et al. The relationship between perceived competence and self-esteem among novice nurses - a cross-sectional study. *Ann Med*. 2022 Dec;54(1):484–94.

Sevdalis N, Undre S, Henry J, Sydney E, Koutantji M, Darzi A, et al. Development, initial reliability and validity testing of an observational tool for assessing technical skills of operating room nurses. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(9):1187–93.

Shin S, Kang J. Development and Validation of a Person-Centered Perioperative Nursing Scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2019;13(3):221–7.

Shin YY, Kim SS. Operating Room Nurses Want Differentiated Education for Perioperative Competencies—Based on the Clinical Ladder. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health* . 2021.

Sillero Sillero A, Buil N. Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 14;18(20):10775.

Sillero Sillero A, Zabalegui A. Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing

care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Med.* 2018 Jan 1;6:2050312118818304.

Sirevåg I, Tjøflåt I, Hansen BS. A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *J Adv Nurs.* 2021 Dec 1;77(12):4935–49.

Siu J, Maran N, Paterson-Brown S. Observation of behavioural markers of non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. *Surgeon.* 2016;14(3):119–28.

Skråmm SH, Smith Jacobsen IL, Hanssen I. Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. *Nurs open.* 2021/02/25. 2021 Jul;8(4):1822–8.

Smith A, Radford M, Kisiel M. Oxford handbook of surgical nursing. *Handb Surg Nurs.* 2016;

Smith J, Palesy D. Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern. *J Perioper Nurs.* 2018;31(2):25–8.

Sönmez B, Ayoğlu T. Validity and reliability of the Perceived Perioperative Competence Scale–Revised. *Nurs Heal Sci.* 2019 Dec 1;21:428–35.

Sørensen E, Olsen I, Tewes M, Uhrenfeldt L. Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography. *BMC Nurs.* 2014;13:45.

Sørensen EE, Kusk KH, Grønkjær M. Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patients. *J Clin Nurs.* 2016 Mar 1;25(5–6):690–8.

Spencer ML, Spencer MS. Competence at work: Models for superior performance, New York: John Willy & Son. Inc; 1993.

Steelman VM, Graling PR, Perkhounkova Y. Priority patient safety issues identified by perioperative nurses. *AORN J.* 2013;97(4):402–18.

Stephens T, Hunningher A, Mills H, Freeth D. An interprofessional training course in crises and human factors for perioperative teams. *J Interprof Care.* 2016/06/17. 2016

Sep;30(5):685–8.

Stobinski JX. Perioperative Nursing Competency. AORN J. 2008 Sep 1;88(3):417–36.

Stobinski JX. Certification and patient safety. AORN J. 2015;101(3):374–8.

Stucke R, Rosenkranz KM. Teaching and Evaluating Nontechnical Skills for General Surgery. Surg Clin North Am. 2021;101(4):577–86.

T.C., Bakanlığı S. Hemşirelikte Temel Yetkinlikler Kılavuzu. Hemşirelik. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1177; 2021.

Tak B, Sayılar Y, Kaymaz K. Yetkinliklere Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi ve Ücretlendirme Sistemi Üzerine Bir İnceleme. İşletme Fakültesi Derg. 2007;8(2):233–66.

Takase M. The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: A tentative model for nursing competence development. J Clin Nurs. 2013;22(9–10):1400–10.

Takase M, Teraoka S, Miyakoshi Y, Kawada A. A concept analysis of nursing competence: a review of international literature. Nihon Kango Kenkyu Gakkai Zasshi. 2011;34:103–9.

Takase M, Teraoka S. Development of the holistic nursing competence scale. Nurs Heal Sci. 2011;13(4):396–403.

Tank DYİ, Çelik S, Karahan E, Taşdemir N. Ameliyathane kaynaklı cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin ameliyathane hemşirelerinin bilgi düzeyleri. Sağlık Bilim Ve Meslekleri Derg. 2019;6(2):299–309.

Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI, Satele D V, Sinsky CA, Dyrbye LN, et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. In: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier; 2018. p. 1571–80.

Taylan S, Özkan İ. “I Felt Alienated in the Operating Room”: A Phenomenological Qualitative Study. J PeriAnesthesia Nurs. 2022;37(1):63–8.

Tonus HZ. Yetkinlikler ve Yetenekler Bağlamında İşe Alma. Bursa: Ekin Basın Yayım Dağıtım.; 2014.

Torabizadeh C, Darari F, Yektatalab S. Operating room nurses' perception of professional values. *Nurs Ethics*. 2018 Jun 21;26(6):1765–76.

Torres-Alzate HM, Wilson LL, Harper DC, Ivankova N V., Heaton K, Shirey MR. Essential global health competencies for baccalaureate nursing students in the United States: A mixed methods Delphi study. *J Adv Nurs*. 2020;76(2):725–40.

Tørring B, Gittell JH, Laursen M, Rasmussen BS, Sørensen EE. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):528.

Uçak A, Cebeci, F. Ameliyathane Hemşireliğinde Yetkinlik: Bir Kapsam Derlemesi. *J Educ Res Nurs*. 2021; 18(3): 247–261.

Urpo M, Eskola S, Suominen T, Roos M. Teamwork: A perspective of perioperative nurses. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2021;12(3):430–40.

Ünal ÖF. Temel Yetkinliklerin Algılanmasına İlişkin Bir Araştırma (Şirketler Grubu Örneği). *Dumlupınar Üniversitesi Sos Bilim Derg*. 2013;(38).

Ünsar S. Yetkinliğe Dayalı Ücret Yönetiminin Genel Bir Değerlendirilmesi. *CÜ İktisadi ve İdari Bilim Dergisi*.. 2009;10(1):43–56.

Valizadeh L, Zamanzadeh V, Eskandari M, Alizadeh S. Professional competence in nursing: a hybrid concept analysis. *Med Surg Nurs J*. 2019;8(2):1–8.

Villafranca A, Hiebert B, Hamlin C, Young A, Parveen D, Arora RC, et al. Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Can J Anesth Can d'anesthésie*. 2019;66(7):781–94.

Vogt WP, Gardner DC, Haefele LM. When to use what research design. Guilford Press; 2012

von Vogelsang AC, Swenne CL, Gustafsson BÅ, Falk Brynhildsen K. Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nurs Open*. 2020;7(2):495–502.

Wakefield E. Is your graduate nurse suffering from transition shock? *J Perioper Nurs*. 2018;31(1):47–50.

Wakeman D, Langham MR. Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles. *Semin Pediatr Surg*. 2018;27(2):107–13.

Wålinder R, Runeson-Broberg R, Arakelian E, Nordqvist T, Runeson A, Rask-Andersen A. A supportive climate and low strain promote well-being and sustainable working life in the operation theatre. *Ups J Med Sci*. 2018/08/07. 2018 Sep;123(3):183–90.

Wang Y-M, Xiong L-J, Ma Y, Gao X-L, Fu W-F. Construction of competency evaluation measures for operating room nurses. *Chinese Nurs Res*. 2016;3(4):181–4.

Wang P, Chen H, Ji Q. Application of Operating Room Nursing Intervention to Incision Infection of Patients Undergoing Gastrointestinal Surgery Can Reduce Complications and Improve Gastrointestinal Function. *Front Surg*. 2022 Feb 15;9:842309.

Wangensteen S, Johansson IS, Nordström G. Nurse Competence Scale - Psychometric testing in a Norwegian context. *Nurse Educ Pract*. 2015;15(1):22–9.

Weldon SM, Korkiakangas T, Bezemer J, Kneebone R. Communication in the operating theatre. *Br J Surg*. 2013;100(13):1677–88.

Wetmore A, Capehart L, Safran-Mukai B, Williams B, Colley A, Gomez S, et al. Surgical Technologist (Alternate Title : Operating Room Specialist). In: Competency-Based Occupational Framework For Registered Apprenticeship. Urban Institute; 2019. Washington.

White RW. Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychol Rev*. 1959;66(5):297.

White S, Spruce L. Perioperative Nursing Leaders Implement Clinical Practice Guidelines Using the Iowa Model of Evidence-Based Practice. *AORN J.* 2015 Jul 1;102(1):50–9.

Willassen E, Blomberg A-C, von Post I, Lindwall L. Student nurses' experiences of undignified caring in perioperative practice – Part II. *Nurs Ethics.* 2014 Aug 7;22(6):688–99.

Williams MR. Decision Making. In: Kaye AD, Urman RD, Fox CJ, Cornett EM, editors. *Operating Room Leadership And Perioperative Practice Management.* Second Edi. United Kingdom: Cambridge University Press is part of the University of Cambridge; 2019. p. 104–7.

Xiao Y, Jones A, Zhang B, Bennett M, Mears SC, Mabrey JD, et al. Team consistency and occurrences of prolonged operative time, prolonged hospital stay, and hospital readmission: A retrospective analysis. *World J Surg.* 2015;39(4):890–6.

Yalçın Akgül G, Aksoy N. The Relationship Between Organizational Stress Levels and Patient Safety Attitudes in Operating Room Staff. *J PeriAnesthesia Nurs.* 2021;36(5):499–506.

Yavuz van Giersbergen M, Ozsaker E, Dirimese E, Alcan AO. The Operating Room Experiences of Nursing Students: A Focus Group Study. *J PeriAnesthesia Nurs.* 2016;31(2):146–53.

Yeganeh S, Torabizadeh C, Bahmani T, Molazem Z, Doust HY, Dehnavi SD. Examining the views of operating room nurses and physicians on the relationship between professional values and professional communication. *BMC Nurs.* 2022 Jan 14;21(1):17.

Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Seçkin Yayınları; 2016.

Yin, R. K. *Durum Çalışması Araştırması Uygulamaları* (Ç. İ. Günbayı (ed.); 3. Basımda). 2017 Nobel Akademik Yayıncılık.

Yoshida S, Sasaki A, Sato C, Yamazaki M, Takayasu J, Tanaka N, et al. A novel approach

to surgical instructions for scrub nurses by using see-through-type head-mounted display. *CIN - Comput Informatics Nurs.* 2015;33(8):335–8.

Yu Q, Wei R, Wei Y, Wu X, Liang T. Psychometric evaluation of the perceived perioperative competence scale-revised among the Chinese operating room nurses: a methodological research. *BMC Nurs.* 2022 Apr 7;21(1):79.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	Uyruğu	T.C.
Soyadı	Uçak	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Eğirdir Sağlık Meslek Lisesi	1998
Lisans	SDÜ Sağlık Yüksek Okulu	2005
Yüksek Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2009
Doktora	Akdeniz Üniversitesi	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Ameliyathane Hemşiresi	Isparta SSK Hastanesi	1998-2000
Acil ve Ameliyathane Hemşire	Gediz SSK Hastanesi	2000-2001
Acil ve Ameliyathane Hemşire	Isparta SSK Hastanesi	2001-2005
Ameliyathane Hemşiresi	Isparta Gülkent Devlet Hastanesi	2005-2008
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Isparta Gülkent Devlet Hastanesi	2008-2010
Başhemşire Yardımcısı	Isparta Gülkent Devlet Hastanesi	2010-2012
Ameliyathane Hemşiresi	Isparta Devlet Hastanesi	2012-2017
Öğretim Görevlisi	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	2017-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS-2014	63,75
İngilizce	YÖKDİL-2017	65

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller: Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Okul Birinciliği Ödülü, 2005

Yayınlar ve Bildiriler:

SCI, SSCI, AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Uçak A., Cebeci F., “Competency In Operating Room Nursing: A Scoping Review” Journal of Education and Research in Nursing. 2021; 18 (3): 247–261 DOI: 10.5152/jern.2021.98852 (EBSCO, CINAHL)

Pazarcıkcı F., **Uçak A.,** “Hemşirelik Eğitiminde Hemşirelik Kuram ve Modellerinin Kullanılmasının Önemi” Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2021; 4(2), 25-33

Şentürk S., **Uçak A.,** “Evaluation of Empathic Tendency Levels of The Intensive Care Unit Nurses In Terms of Various Variables” Turkish Journal of Health Science and Life. 2018;1 (1), 7-13

Şentürk S., **Uçak A.,** Yılmaz A., F., “Yaşam Sonu Bakıma Farklı Dinlerden Bakış” Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2011; 15 (2), 67-71

Uçak A., Şentürk S., Karabekir H., S., “Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Eğitimin İş Kazalarına Maruziyet Durumuna Etkisi” Bozok Tıp Dergisi. 2011; 3, 7-15.

Bildiriler

Uçak A., Çatal Tat A., Cebeci F., “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Maruz Kaldığı Şiddet: Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi” V. International Health Science and Life Congress IHSLC, Burdur, Türkiye, 10-12 Mart 2022.

Cebeci F., Tat Çatal A., **Uçak A.,** “Klinik Ortamlarda İntörn Hemşire Öğrencilerin Eğiticilerden Beklentileri: Kalitatif Çalışma” 4. Uluslararası 12. Ulusal Türk Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 13 - 16 Ocak 2022, ss.834

Uçak A., Tat Çatal A., Cebeci F., “Hemşirelik Eğitiminde Sanal Gerçeklik, Arttırılmış Gerçeklik ve Karma Gerçeklik: Literatür Taraması” 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 8 - 10 Nisan 2021, ss.1148-1157

Tat Çatal A., **Uçak A.**, Cebeci F., “Yoğun Bakımlarda Alarm Yönetimi ve Hasta Güvenliği Üzerine Etkileri” 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 8 - 10 Nisan 2021, ss.1158-1166

Tat Çatal A., **Uçak A.**, Cebeci F. “Hemşirelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algı ve Tutumları” 2. International Young Researchers Student Congress, Burdur, Türkiye, 17 - 19 Aralık 2020, ss.139-143

Uçak A., Tat Çatal A., Cebeci F., “Covid-19 Pandemi Sürecinde Kalp Nakli Alıcıları: Literatür Taraması” 2. International Young Researchers Student Congress, Burdur, Türkiye, 17 - 19 Aralık 2020, ss.133-137

Pazarcıkcı F. **Uçak A.**, “Pediatrik Yanık Hastalarında Ağrı, Kaygı ve Korkunun Yönetilmesinde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Sözlü Sunum, Özet Bildiri II. International Young Researchers Student Congress Burdur, Türkiye 28-30 Kasım 2019

Tat Çatal A., **Uçak A.**, Cebeci F., “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algı Düzeyleri: Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi” International Young Researchers Student Congress, Burdur, Türkiye 28-30 Kasım 2019, cilt. , ss.735-745

Uçak A., Tat Çatal A., Cebeci F., Perioperatif Hipoterminin Önlenmesinde Kullanılan Ön Isıtma Yöntemleri 2nd International Health Science And Life Congress 24-27 Nisan 2019 Poster Bildiri

Uçak A., Cebeci F., “Can Operating Room Nursing Competencies Be Measured?” 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Çeşme, İzmir, Türkiye, 3-6 Ekim 2019 Poster Bildiri

Uçak A., Pazarcıkcı F., “Çocuk Cerrahi Kliniklerinde Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmeye Yönelik Stratejiler: Literatür Taraması” Poster Özet Bildiri I.International Health Science and Life Congress, Burdur, Türkiye 02-05 Mayıs 2018

Uçak A., Cebeci F., “Ameliyathane Hemşireliği Eğitim Programları ve Önemi” Sözlü, Özet Bildiri I. International Health Science and Life Congress, Burdur, Türkiye 02-05 Mayıs 2018

Şentürk S., **Uçak A.**, “Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında Sağlık Programlarının Tercih Nedenleri” Sözlü Sunum Özet Bildiri 4. Ulusal Meslek Yüksekokulları Sosyal ve Teknik Bilimler Kongresi 2017.

Şentürk S., **Uçak A.**, Yılmaz Alp F., “Yaşam Sonu Bakıma Farklı Dinlerden Bakış” Sözlü Sunum Özet Bildiri 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, İzmir 15 – 17 Eylül 2011

Uçak A., Şentürk S., Karabekir S., Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Eğitimin İş Kazalarına Maruziyet Durumuna Etkisi Poster Özet Bildiri 7. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 05.05.2011

Kitap Bölümleri

Uçak A., Cebeci F., “Ameliyathane Hemşireliği Eğitiminde Kanıta Dayalı Öğretim Stratejileri” Cebeci F, Editör. Cerrahi Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.78-86 Online ISBN: 978-625-401-470-3.



EKLER

Ek 1. Batı Akdeniz Bölgesindeki Hastaneler ve Çalışma İzinleri

İl	Devlet Hastanesi-Şehir Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastaneler	Çalışma İzni
Burdur	-Burdur Devlet Hastanesi	-	-	-	Kabul
Isparta	-Isparta Şehir Hastanesi	SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi	-	-Özel Isparta Hastanesi	Kabul
				Özel Davraz Yaşam Hastanesi	Kabul
				Meddem Hastanesi	Red
Antalya	Kepez Devlet Hastanesi	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Antalya Medikal Park	Kabul
	Atatürk Devlet Hastanesi			-Opera Yaşam Hastanesi	Kabul
				-Antalya Yaşam Hastanesi	Kabul
				-Antalya ASV Yaşam Hastanesi	Kabul
				-Olimpos Hastanesi	Kabul
				Med-Star Yıldız Hastanesi	Kabul
				Med-Star Topçular Hastanesi	Kabul
				OFM Hastanesi	Kabul
				Akdeniz Şifa Hastanesi	Red
				Memorial Hastanesi	Red
				Uncalı Meydan	Red
				Anadolu Hastanesi	Red
				Özel Likya Hastanesi	Red

Ek 2. Ameliyathane Hemşireleri Tanıtım Formu

Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler

Değerli Katılımcılar,

Bu araştırma, siz değerli ameliyathane hemşirelerinin yetkinliğe dair düşüncelerini ortaya koymak amacıyla yürütülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak olup kesinlikle üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışmanın başarıyla yürütülebilmesi için anket sorularına içtenlikle cevap verilmesi ve boş soru bırakılmaması önem arz etmektedir. Destekleriniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Ayşe UÇAK
Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Doktora Öğrencisi

Prof. Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Öğretim Üyesi

Kişisel Bilgi Formu	☐ Devlet ☐ Üniversite ☐ Eğitim Araştırma ☐ Özel ☐ Diğer..... Belirtiniz
Kod:.....	
Yaş:	
Cinsiyet:	☐ Erkek ☐ Kadın
Eğitim durumunuz	☐ Orta Öğretim ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐ Diğer Açıklayınız....
Ameliyathanedeki çalışma pozisyonu	☐ Sirküle hemşire ☐ Scrub hemşire ☐ Eğitici Hemşire ☐ Yönetici hemşire ☐ Koordinatör ☐ Diğer.....
Mesleki deneyim süreniz:	yıl ay
Bu kurumda/hastanede çalışma süreniz:	yıl ay
Ameliyathanede çalışma süreniz:	yıl ay
Kurum ameliyathanesinin özelliği	☐ Merkezi ☐ Branş ☐ Ameliyathane oda sayısı.....
Çalışma süresi	☐ Haftalık.....saat ☐ Günlük.....saat ☐ Ek mesai (haftalık)..... saat ☐ Nöbet (aylık).... kez saat
Ortalama ameliyat sayıları	☐ Günlük girilen ameliyat sayısı..... ☐ Haftalık girilen ameliyat sayısı..... ☐ Aylık girilen ameliyat sayısı.....
(Hemşireler için) Ameliyathane hemşireliği eğitim programlarına katılma durumu	☐ Katılmadım ☐ Katıldım: Lütfen belirtiniz... ☐ Kurum oryantasyon programı ☐ Ameliyathane hemşireliği sertifika programı ☐ Diğer.....
Çalıştığınız cerrahi branş(lar)	☐ Genel Cerrahi ☐ Beyin Cerrahi ☐ Üroloji ☐ Ortopedi ve Travmatoloji ☐ Kalp Damar Cerrahi ☐ KBB ☐ Göz ☐ Kadın Doğum ☐ Plastik Cerrahi ☐ Hepsi ☐ Diğer.....
Ameliyathanede isteyerek çalışma	☐ Evet ☐ Hayır
Farklı cerrahi ekip üyeleri ile çalışma	☐ Evet..... ☐ Hayır

	Algılanan Perioperatif Yetkinlik Ölçeği <i>Lütfen yanıtınızı bulduğunuz kurumu dikkate alarak yapınız ve aşağıda yer alan ifadeleri okuduktan sonra sağ tarafta bulunan; Hiç, Bazen, Sıklıkla, Oldukça Sık, Her zaman seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyiniz.</i>	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Oldukça Sık	Her zaman
1	Farklı uzmanlık alanlarındaki aletlerin çoğunu biliyorum	1	2	3	4	5
2	Ameliyathanedeki ekipman ve malzemelerin yerini biliyorum	1	2	3	4	5
3	Çalıştığım cerrahi bölümle ilgili bilgilerim ameliyathanedeki rolümü gerçekleştirmede bana yardımcı olur	1	2	3	4	5
4	Cerrahi girişimi bilirim ve yapılacakları önceden tahmin edebilirim	1	2	3	4	5
5	Ameliyathanede kullanılan teknolojik ekipmanı tanıyorum	1	2	3	4	5
6	Ameliyathanede farklı bir alanda görevlendirildiğimde becerilerim ve deneyimlerimden faydalanırım	1	2	3	4	5
7	Görevlendirildiğim ameliyathanedeki gereksinimleri belirler ve koordinasyonu sağlarım	1	2	3	4	5
8	Ameliyatın iyi gitmediğini anlarım ve buna uygun girişimde bulunabilirim	1	2	3	4	5
9	Ameliyathanedeki ekipmanların yerlerini bilmek ameliyathanedeki görevimi gerçekleştirmede bana yardımcı olur	1	2	3	4	5
10	Ameliyathanede işleyişin sorunsuz olması için liderlik rolü üstlenirim	1	2	3	4	5
11	Gerektiğinde zor kararlar veririm	1	2	3	4	5
12	Daha az deneyimli hemşireleri eğitmek veya rehberlik etmek konusunda etkin bir rol üstlenirim	1	2	3	4	5
13	Çalışanlar arasında çatışma söz konusu olduğunda klinik durumu yönetirim	1	2	3	4	5
14	Diğer sağlık çalışanlarına rehberlik yaparım	1	2	3	4	5
15	Karşılaşılan geleneksel sorunları çözmek için ekip üyelerini yenilikçi çözümler kullanmaları konusunda teşvik ederim	1	2	3	4	5
16	Diğer ekip üyelerinin rolleri, işlevleri, kapasiteleri ve öğrenme gereksinimlerine göre görevlendirmelerini yaparım	1	2	3	4	5
17	Klinik karar verme süreçlerinde aktif katılımı teşvik ederim	1	2	3	4	5
18	Duruma uygun iletişim yöntemlerini kullanırım	1	2	3	4	5
19	Emin olmadığımında, meslektaşlarımdan rahatlıkla yardım isterim	1	2	3	4	5
20	Ekipteki farklı kişilik özelliklerine göre iletişimimi düzenlerim	1	2	3	4	5
21	Ekibin diğer üyelerinin uzmanlık düzeylerine saygı gösteririm	1	2	3	4	5
22	Ekip üyelerine farklı gereksinimleri, yetenekleri ve istekleri olan bireyler olarak davranırım	1	2	3	4	5
23	Ekip üyeleri ile iletişim kurarken duruma uygun dil kullanırım	1	2	3	4	5
24	Ameliyathane hemşireliği terminolojisi ve terimleri konusunda uzmanım	1	2	3	4	5
25	Makine veya ekipman arızaları söz konusu olduğunda sorunları giderir ve uygun girişimlerde bulunurum	1	2	3	4	5

26	Deneyimlerime dayanarak, gerçek veya olası acil durumları fark eder ve uygun girişimlerde bulunurum	1	2	3	4	5
27	Ameliyathanedeki hastalara bakım verirken uzmanlık bilgimi kullanırım	1	2	3	4	5
28	Bu uzmanlık alanında (ameliyathanede) uygulama yapabilmek için yeterli bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
29	Duruma göre gereksinimleri tahmin edebilirim	1	2	3	4	5
30	Sözlü ve sözlü olmayan yöntemler kullanarak hastalara güven veririm	1	2	3	4	5
31	Hastayı daha rahat hissettirmek için uygun yöntemler kullanırım	1	2	3	4	5
32	Ameliyathanede hastalara güven verir ve gerekli açıklamaları yaparım	1	2	3	4	5
33	Gerekli bilgileri almak için hastayı ve önemli kişileri aktif olarak dinlerim	1	2	3	4	5
34	Hastaların duygu ve endişelerini ifade etmelerini sağlayacak şekilde iletişim kurarım	1	2	3	4	5
35	Kurumsal politikalarla ilgili güncel bilgileri takip eder ve uygulamalara yansıtırım	1	2	3	4	5
36	Detaylı anatomi ve fizyoloji bilgisine sahibim	1	2	3	4	5
37	İlgili standartlar konusundaki bilgileri takip eder ve uygulamaya yansıtırım	1	2	3	4	5
38	Klinik uygulama ile ilgili güncel dergileri ve literatürü takip ederim	1	2	3	4	5
39	İşlemler ve ekipmanlarla ilgili teknik değişiklikleri takip ederim	1	2	3	4	5
40	Güncel ameliyathane uygulamalarını gerçekleştirmek için var olan kaynakları kullanırım	1	2	3	4	5

Ek 3. Cerrahi Ekip Üyeleri Tanıtım Formu

Cerrahi Ekip Üyeleri Tanıtım Formu	
☐ Devlet ☐ Üniversite ☐ Eğitim Araştırma ☐ Özel ☐ Diğer..... Belirtiniz	
Yaş:	
Cinsiyet:	☐ Erkek ☐ Kadın
Eğitim durumunuz	☐ Orta Öğretim ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐ Tıp ☐ Tıpta uzmanlık ☐ Diğer Açıklayınız....
Ameliyathanedeki çalışma pozisyonu	☐ Uzman Cerrah ☐ Cerrahi Asistanı (Dr.) ☐ Anestezi Uzmanı (Dr) ☐ Anestezi Asistanı (Dr.) ☐ Anestezi Teknisyeni ☐ Koordinatör ☐ Ameliyathane Teknikeri ☐ Diğer.....
Mesleki deneyim süreniz:	yıl ay
Ameliyathanede çalışma süreniz:	yıl ay
Kurum ameliyathanesinin özelliği	☐ Merkezi ☐ Branş ☐ Ameliyathane oda sayısı.....

EK 4: Nitel Veriler İçin Oluşturulan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİNDE YETKİNLİK

Değerli Katılımcı,

Merhaba ben Ayşe UÇAK. Akdeniz Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi ve Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi öğretim görevlisiyim. Ameliyathane hemşireliğinde yetkinlik, güvenli ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımını sağlama açısından önem arz etmektedir. Bu amaçla sizinle cerrahi ekibin vazgeçilmez bir üyesi olan ameliyathane hemşirelerinin “yetkinlikleri ve etkileyen faktörleri”ni belirlemek amacı ile bir görüşme yapmak istiyoruz. Bu alana yönelik düşünceleriniz, görüşleriniz, beklentileriniz ve yorumlarınızla ilgileniyor ve bizimle paylaşmanızı bekliyoruz. Görüşme sorularının cevaplandırılmasında göstereceğiniz ilgi ve samimiyet bu araştırmanın geçerlilik ve güvenilirlik düzeyinin yükseltilmesinde önemlidir. Özellikle belirtmek isterim ki bu görüşmeden elde edilecek bütün bilgiler gizlidir ve araştırmanın amacı dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacak, başka kişi ve kurum ile paylaşılmayacaktır. Görüşme sorularını içtenlikle cevaplayabilmeniz amacıyla araştırmada isimleriniz yer almayacaktır. İzniniz olursa zaman kazanmak, görüşmeden elde edilecek verilerin daha iyi, hızlı kayıt ve analiz edilebilmesi amacıyla adına ses kayıt cihazı kullanmak ve kısa notlar almak istiyorum. Görüşme sonunda istemediğiniz bölümleri çıkartabilirim veya bu görüşmenin bir kopyasını size de verebilirim. Görüşmemiz 30-45 dakika süreceğini tahmin ediyorum. Ancak bu süreç içeriğe bağlı olarak değişim gösterebileceğini düşünüyorum. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederek, müsaadenizle görüşmeye geçmek istiyorum.

1. Sizce yetkin bir ameliyathane hemşiresi nasıl olmalıdır? Hangi özelliklere sahip olmalıdır?
2. Ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerini etkileyen faktörlerin olduğunu düşünüyor musunuz? Evet ise bunlar nelerdir?

Bitirme: Son olarak eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

EK 5. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada; cerrahi ekibin ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerine yönelik algıları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma için etik kurul izni alınmıştır. Araştırma kapsamında hiçbir girişim yapılmayacaktır. Karma yöntemin uygulandığı bu araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Araştırmanın birinci aşamasında veriler anket formu ve ölçek ile toplanacaktır. İkinci aşamada ise yüz yüze derinlemesine görüşme gerçekleştirilecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Kurumlar arası karşılaştırma yapılmayacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın; **araştırmanın Nicel Boyutuna** katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı;

AdıSoyadı:.....İmzası:.....e-
posta:.....Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştıracının Adı-Soyadı: Ayşe UÇAK İmzası:.....

Tanık: İmzası:.....

Araştırmanın Nitel Boyutuna katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:AdıSoyadı:.....İmzası:.....
e-posta:.....Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştıracının Adı-Soyadı: Ayşe UÇAK İmzası:.....

Tanık: İmzası:.....

EK 6. Etik Kurul Kararı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

23.01.2019

Sayı : 70904504/ 13

Konu :

Sayın

Doç.Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği
Etkileyen Faktörler" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ardan KAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2020

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr. Fatma CEBECİ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: KAEK- 34	Tarih: 08.01.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın ilgili birimlerden izin alınması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmasına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Ek 7. Tez İzni İçin Yapılan Yazışmalar



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.21531
Konu : Uygulama İzni, Ayşe UÇAK

13/02/2020

REKTÖRLÜK MAKAMINA (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 12/02/2020 tarihli ve 70238360-302.14.03-E.20622 sayılı yazı,

Enstitümüz Cerrahi Hastahkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi **Ayşe UÇAK**'ın "**Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler**" konulu doktora tezi ile ilgili araştırmasını ekte gönderilen kurumlarda yapabilmesi ile ilgili Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının ilgi yazı ve ekleri ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (39 sayfa)

• Evrak Tarih ve Sayısı: 12/02/2020-E.20622



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 70238360-302.14.03-E.20622
Konu : Uygulama İzni, Ayşe UÇAK

12/02/2020

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Cerrahi Hastahkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" başlıklı tez projesini gerçekleştireceği aşağıda yer ve isimleri belirtilmiş kurumlardan ekte yer alan tez proje tasarımı ve etik kurul onayının eklenerek gerekli izinlerin alınması talebi ile ilgili danışman öğretim üyesi dilekçesi ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: 1 yazı

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058
Yerleşke/Ankara
Telefon:0(242)227 44 95 Faks:0(242) 310 60 08
e-Posta: saglikbil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: http:// saglikb.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Erhan ŞİMŞEK
Unvanı: Bilgisayar İşçisi

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



T.C.
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Konu : Ayşe Uçak Doktora tez çalışması
için kurum izinlerinin alınması

12/02/2020

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Danışmanı olduğum Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalı Doktora Öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" başlıklı tez projesini gerçekleştireceği aşağıda yer ve isimleri belirtilmiş kurumlardan, ekte yer alan tez proje tasarımı ve etik kurul onayının eklenerek gerekli izinlerin alınması hususunda gereğini arz ederim.

Çalışma Yapılacak Kurumlar;

Burdur

- Ø Burdur Devlet Hastanesi

Isparta

- Ø Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
- Ø Özel Davraz Yaşam Hastanesi
- Ø Medtem Hastanesi
- Ø Özel Isparta Hastanesi

Antalya

- Ø Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
- Ø Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ø Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
- Ø Kepez Devlet Hastanesi
- Ø Özel Akdeniz Şifa Hastanesi
- Ø Özel Memorial Antalya Hastanesi
- Ø Özel OFM Antalya Hastanesi
- Ø Özel Olimpos Hastanesi
- Ø Özel Uncalı Meydan Hastanesi
- Ø Antalya Özel Anadolu Hastanesi
- Ø Özel Akdeniz Sağlık Vakfı (ASV) Yaşam Hastanesi
- Ø Özel Antalya Likya Hastanesi
- Ø Özel Antalya Yaşam Hastanesi
- Ø Özel Lara Anadolu Hastanesi
- Ø Özel Medical Park Antalya Hastane Kompleksi
- Ø Özel Medstar Antalya Hastanesi
- Ø Özel Medstar Topçular Hastanesi
- Ø Özel Opera Yaşam Hastanesi

e-imzalıdır

Doç. Dr. Fatma CEBECİ
Anabilim Dalı Başkanı

Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesi Kampüsü
Antalya
Tel: 0 242 310 61 03
E-Posta: hemsirelikfakultesi@akdeniz.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için İrtibat: Fatma CEBECİ
Faks: 0 242 226 14 69
Elektronik ağı: http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr

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



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.63766
Konu : Ayşe UÇAK Tez Çalışması

18/06/2020

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17/06/2020 tarihli ve 50913635-302.14.03-E.63016 sayılı yazı,

Anabilim Dalımız Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu tezi ile ilgili araştırması kapsamında ilgili kurumlardan gelen yazılar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzadır

Prof. Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (49 sayfa)

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/06/2020-E.63016



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50913635-302.14.03-E.63016
Konu : Ayşe UÇAK'ın Uygulama İzni

17/06/2020

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13/02/2020 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.21531 sayılı yazı,

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Alguları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi ile ilgili hazırladığı araştırmasını ilgi yazınız Ek'inde belirtilen kurumlarda yapabilmesi isteğine ilişkin Özel Olimpos Hastanesi, Özel ASV Yaşam Hastanesi, Anadolu Hastanesi, Özel Opera Yaşam Hastanesi ve Özel Uncalı Meydan Hastanesi'nden alınan yazılar Ek'te gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ahmet ÖGKE
Rektör Yardımcısı

Ek:

- 1- Özel Olimpos Hastanesi'nin yazısı
- 2- Özel Antalya Yaşam Hastanesi'nin yazısı
- 3- Özel ASV Yaşam Hastanesi'nin yazısı
- 4- Özel Opera Yaşam Hastanesi'nin yazısı
- 5- Anadolu Hastanesi'nin yazısı
- 6- Özel Uncalı Meydan Hastanesi'nin yazısı

Adres: Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Kampus / Antalya
Telefon: 0242 227 44 00/1300 Faks: 0242 310 15 09
e-Posta: oidb@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: http://oidb.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Arzu Lökler
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 2422274400 (1334)

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



T.C.
BURDUR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 90457319-806.02.02
Konu : Öğretim Görevlisi Ayşe UÇAK

DAĞITIM YERLERİNE

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Ayşe UÇAK'ın Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalında görevli Prof. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında yürüttüğü 08/01/2020 tarihli ve KAEK-34 no'lu etik kurul kararı ile "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Etkileyen Faktörler " konulu çalışmasını Burdur Devlet Hastanesinde 01/08/2020-31/12/2020 tarihleri arasında yapabilmesine dair başvuruları Müdürlüğümüzce incelemiş olup, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüze sunulması ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Burdur Devlet Hastanesinde uygulanması uygun görüldüğüne dair 27/07/2020 tarihli komisyon kararı ve ekleri gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Zafer DEMİR
İl Sağlık Müdürü V.

Ekler: 1 Adet Komisyon Kararı ve Ekleri

Dağıtım:
Antalya Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Burdur Devlet Hastanesi Başhekimliği

Burdur İl Sağlık Müdürlüğü- Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı -Yeni Mahalle
İsmet İnönü Caddesi No:42 Kat:2 15030 BURDUR
Telefon: Faks No: 0 248 233 35 21

e-Posta: dilek.topcu1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Dilek TOPÇU

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 20905b3d-0d14-4752-8a56-f965fa34a98b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

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

Bilgi için: Dilek TOPÇU
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 248) 233 48 59



T.C.
BURDUR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 90457319-806.02.02
Konu : Öğretim Görevlisi Ayşe UÇAK

DAĞITIM YERLERİNE

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Ayşe UÇAK'ın Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalında görevli Prof. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında yürüttüğü 08/01/2020 tarihli ve KAЕК-34 no'lu etik kurul kararı ile "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Etkileyen Faktörler " konulu çalışmasını Burdur Devlet Hastanesinde 01/08/2020-31/12/2020 tarihleri arasında yapabilmesine dair başvuruları Müdürlüğümüze incelemiş olup, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüze sunulması ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Burdur Devlet Hastanesinde uygulanması uygun görüldüğüne dair 27/07/2020 tarihli komisyon kararı ve ekleri gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Zafer DEMİR
İl Sağlık Müdürü V.

Ekler: 1 Adet Komisyon Kararı ve Ekleri

Dağıtım:
Antalya Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Burdur Devlet Hastanesi Başhekimliği

Burdur İl Sağlık Müdürlüğü- Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı -Yeni Mahalle
İsmet İnönü Caddesi No:42 Kat:2 15030 BURDUR
Telefon: Faks No: 0 248 233 35 21

e-Posta: dilek.topcu1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Dilek TOPÇU

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 20905b3d-0d14-4752-8a56-f965fa34a98b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

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

Bilgi için: Dilek TOPÇU

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 248) 233 48 59



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Burdur İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 49810142/806.02.02
Konu : Öğretim Görv. Ayşe UÇAK'ın Araştırma İzni

KOMİSYON KARARI

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora tez öğrencisi Ayşe UÇAK'ın Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında yürüttüğü 08/01/2020 tarihli ve KAEK-34 no'lu etik kurul kararı ile "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Etkileyen Faktörler" konulu çalışmasını Burdur Devlet Hastanesinde 01/08/2020-31/12/2020 tarihleri arasında yapabilmesine dair başvuruları Müdürlüğümüzce incelemiş olup, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüze sunulması ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Burdur Devlet Hastanesinde uygulanması uygun görülmüştür.

İş bu tutanak Klinik Araştırmalar İnceleme Komisyonu tarafından imza altına alınmıştır.27/07/2020

(İzinli)
Dr. Musa Murat ERK
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Başkan

Adres: Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Yeni Mahalle İsmet İnönü Caddesi Kat: 2 15030 BURDUR
Tel: 0248 252 99 59 – 0248 233 35 86 Faks : 0 248 233 35 21

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 20905b3d-0d14-4752-8a56-f965fa34a98b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

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



ARAŞTIRMA-GELİŞTİRME KOMİSYONU DEĞERLENDİRME FORMU

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekip Üyelerinin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu araştırma tezi ile ilgili çalışmasını Isparta Şehir Hastanesi'nde görev yapan cerrahi ekip üyelerine uygulama izni;

Retrospektif dosya taraması yapılmadan, kimlik ve kişisel bilgilerin herhangi bir yerde yayınlanmaması kullanılmaması, bakanlığımızın izni olmadan ve yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacı dışında paylaşılması ve araştırma yapılacak bölümün kurallarına uyulması kaydı ile komisyonumuzca uygun görülmüştür.

Komisyon Üyesi

e-imzalıdır
Dr. Özlem DEMER DORUM
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı

Komisyon Üyesi

e-imzalıdır
Dr. Cenk YILDIZ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan V.

Komisyon Üyesi

e-imzalıdır
Şb. Müd. Ramazan KORKMAZ
Eğitim ve İstatistik Birim Sorumlusu

ONAY
31/12/2019

e-imzalıdır
Dr. Mehmet Nazif AYDIN
İl Sağlık Müdürü V

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/07/2020-25251



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği
Hizmet İçi Eğitim Birimi

Sayı :E-26515734-605.01-95441
Konu :Ayşe UÇAK'ın Uygulama İzni

Tarih: 28.07.2020

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 17.02.2020 tarihli ve 99132376-50913635-302.14.03.05.01-E.4840 sayılı yazı

İlgi yazınızda Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın " Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi incelenerek hastanemizde çalışma yapması uygun görülmüş olup, söz konusu araştırma verilerinin hastanemiz yönetimi ile paylaşılması hususunda ;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Rasih YAZKAN
Başhekim

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: EE555F51

Belge Takip Adresi: <https://ebys.sdu.edu.tr/EvrakDogrula.html?EE555F51>

SDÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ DOĞU YERLEŞKESİ ÇÜNÜR

Bilgi İçin:Havva Öznur ERSOY

İSPARTA

Tel No:(246) 211-2801 Faks No:(246) 211-2830

Sürekli İşçi

E-Posta:hastane@sdu.edu.tr İnternet Adresi:www.hastane.sdu.tr

Tel No:02462112720

Kep Adresi: sdu@hs01.kep.tr



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



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.30163
Konu : Ayşe UÇAK Tez Çalışması

02/03/2020

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 02/03/2020 tarihli ve 50913635-302.99-E.29650 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu tezi ile ilgili araştırmasını; Özel Isparta Meddem Hastanesi'nde yapabilmesinin uygun görülmediğine ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (2 sayfa)



Özel
ISPARTA HASTANESİ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI'NA
ANTALYA

Sayı: 27.07.2020/524
Konu: Doktora Tez İzni

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar hemşireliği doktora programı öğrenciniz Ayşe UÇAĞ' ın tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

20/07/2020

Sayı : 265
Konu : Ayşe Uçak 'ın uygulama izni
İlgi: 50913635-302.14.03-E.4838 sayılı yazınız

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Alguları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi ile ilgili hazırladığı araştırmasını hastanemizde yapması uygun bulunmuştur. Gereğini arz ederim.



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.72260
Konu : Ayşe UÇAK Uygulama İzni

08/07/2020

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 08/07/2020 tarihli ve 50913635-302.14.03-E.71956 sayılı yazı,

Anabilim Dalmız Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu tezi ile ilgili araştırmasını; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve Kepez Devlet Hastanesinde yapılabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (5 sayfa)



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50913635-302.14.03-E.71956
Konu : Ayşe UÇAK'ın Uygulama İzni

08/07/2020

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13/02/2020 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.21531 sayılı yazı,

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi ile ilgili hazırladığı araştırmasını ilgili Müdürlüğe bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Hastanesi ve Kepez Devlet Hastanesinde yapabilmesi isteğinin uygun görüldüğüne ilişkin 25.06.2020 tarih 35645234 sayılı yazısı Ek'te gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ahmet ÖGKE
Rektör Yardımcısı

Ek:

- 1- Antalya İl Sağlık Müd.'nün yazısı
- 2- Antalya Atatürk Devlet Hast.'nin yazısı
- 3- Sağlık Bilimleri Üni. Antalya Eğitim ve Araştırma Hast.'nin yazısı
- 4- Antalya Kepez Devlet Hast.'nin yazısı



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 35645234-806.01.02
Konu : Tez Çalışması İzni Ayşe UÇAK

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi:17.02.2020 tarih ve 12394646-000-7013 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi ile ilgili hazırladığı araştırmasını Müdürlüğüne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Hastanesi ve Kepez Devlet Hastanesinde yapabilmesi için gönderilen talep yazısı değerlendirilmiş olup; hastanelerimizin cevabi yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Ünal HÜLLÜR
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1.Üst Yazı (3 Sayfa)

Hüsni Karakaş Mah. Hastane Cad.No:1243 Kepez / ANTALYA

Telefon: Faks No:

e-Posta: ayten.demirel@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Ayten DEMİRELİ

İzkrakim elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 42b47b03-46a1-4b8d-8b82-90d9164b7984 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Ayten DEMİRELİ

Uzman

Telefon No: (0 242) 3 90 60 28



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi



Sayı : 71713619-806.01.03
Konu : Tez Çalışması İzni Ayşe UÇAK

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 16/06/2020 tarihli ve 35645234-806.01.01-259 sayılı yazı.

İlgili yazınıza istinaden Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tez araştırmasının Hastanemiz bünyesinde gönüllülük esasına uygun olarak yürütülmesinde sakınca görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Ali Vefa SAYRAÇ
Başhekim

"Vücudunuzdaki sıvı dengesini korumak için GÜNDE 8-10 BARDAK SU İÇİNİZ."

Adresi: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Üçgen mevkii Muratpaşa/ANTALYA

Telefon: Faks No: 0242 334 33 73 - Tel No: 0242 345 45 50

e-Posta: rukiye.yas@sağlik.gov.tr İnternet Adresi:

www.antalyaataturkhs.saglik.gov.tr

Evraqlar elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden 42b47b03-d61d-4b8d-8b82-99d9164b7981 kodu ile erişebilirsiniz

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Bilgi için: Rukiye YAŞ

Veri Hazırlama ve Kontrol İşl.

Telefon No: 1001



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAGLIK BILIMLERI UNIVERSITESI ANTALYA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ



Sayı : 81266704-030.04.01
Konu : Tez Çalışması İlk/ Ayşe UÇAK

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 24/02/2020 tarihli ve 35645234-806.01.03-103 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi ile ilgili hazırladığı araştırmasını Hastanemiz bünyesinde yapma talebi, tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL
Başhekim

antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

Telefon: Faks No:

e-Posta: selda.kaya@sgs.gov.tr İnternet Adresi: saunalmu.ihale

Lirakim elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 42b47b03-d6fd-4b8d-8b82-90d9164b7984 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Selda KAYA

Veri Hazırlama ve Kontrol İşl.

Telefon No: 0242 2494400



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Kepez Devlet Hastanesi

ANTALYA KEPEZ DEVLET HASTANESİ - ANTALYA
KEPEZ DEVLET HASTANESİ



0011379924

Sayı : 15107294-799
Konu : Tez Çalışması Hk./ Ayşe UÇAK

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Antalya Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Birimi'ne)

İlgi : 24.02.2020 tarihli ve 35645234 sayılı yazınız

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi Ayşe UÇAK yürütüldüğünde: "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliğini Etkileyen Faktörler " adlı doktora tez çalışmasını hastanemizde yürütme talebi : 15 ve işlemlerin aksatılmaması, çalışan hakları, etik kurallar ve bilgi güvenliğine dikkat edilmesi koşulları ile uygun görülmüş olup,

Bilgilerinize arz ederiz.

e-imzalıdır,
Op. Dr. Ramazan GÜRKAN
Başhekim

Hassan Karakaş Mah. : Güneş Cad. No:124/1 Sok. 07320 Kepez / ANTALYA

Telefon: Faks No: 242 339 28 00

e-Posta: bilgi.taskiran@saglik.gov.tr İnternet Adresi: antalya.adiis15@sağlik.gov.tr

İzmir elektronik imza suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 42b47b03-d6fd-4b8d-8b82-90d9164b7984 koda ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5170 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Bilge TAŞKIRAN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 242) 339 11 00



ÖZEL OLİMPUS HASTANESİ

SAYI : 2020 / 133
KONU : Ayşe UÇAK'ın Uygulama İzni hk.

29.02.2020

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na

İlgi; 17.02.2020 tarih ve 50913635 – 302.014.03 – E.4984 Sayılı Yazınız;

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile; Üniversiteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği öğrencisi Ayşe UÇAK'ın “Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler” konulu tez çalışmasını hastanemizde yapıp yapamayacağı ile alakalı Dairenize bilgi verilmesi istenmiştir.

Yapılan değerlendirme sonucu Ayşe UÇAK'ın hastanemizde tez çalışmasını yürütmesi uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.



24.02.2020

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 2020/ 159
Konu : Ayşe UÇAK' ın
Uygulama İzni

İlgi: 17.02.2020 tarih ve E.4984 sayılı yazınız.
Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' nün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrenciniz Ayşe UÇAK' ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tez çalışmalarının yapması için hastanemizde anket çalışması yapması uygundur.
Gereğini, bilgilerinize arz ederiz.

ÖZEL ANTALYA YAŞAM HASTANESİ
Şirinyal Mh. 1487 Sk. No:4 Muratpaşa / ANTALYA

☎ 0 850 777 0 777

www.yasamhastaneleri.com



26.02.2020

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 2020/224
Konu : Ayşe UÇAK'ın Uygulama İzni

İlgil: 50913635-302.14.03-E.4984 sayı ve 17.02.2020 tarihli yazınız.

İlgil yazınız incelenmiş olup, Ayşe UÇAK'ın tez çalışmasını kurumunuzda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZEL AKDENİZ SAĞLIK VAKFI (ASV) YAŞAM HASTANESİ
Gebizli Mah. 1116 Sok. No: 14 Muratpaşa / ANTALYA Tel:0 242 212 07 77

☎ 0 850 777 0 777 ☎ 444 77 44

www.yasamhastaneleri.com

ANADOLU HASTANESİ

SAYI:2020/203

TARİH:28.02.2020

KONU: Ayşe UÇAK Uygulama İzni

TC.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Güzeloba Mahallesi 2246 Sokak No:5 adresinde hizmet vermekte olan hastanemiz, ek hastane açılışından dolayı yoğun tempo içindedir. Bu dönemdeki yoğunluk nedeniyle hastanemizde bu çalışmanın yapılamayacağını üzülerek belirtmek isterim.

Gereğini rica ederim.

Uzman Dr.Özkan AYDIN

Mesul Müdür Yardımcısı



www.anatoliahospital.com





09.03.2020

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
ANTALYA

Sayı : 2020/178
Konu : Ayşe UÇAK'ın
Tez Çalışması hk.

İlgi:50913635-302.14.03-E.4884 sayılı ve 17.02.2020 tarihli yazınız;

İlgi yazınıza istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Doktora Program Öğrenciniz Ayşe UÇAK' ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkilerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi ile ilgili araştırmasını Hastanemiz yapmasında bir sakınca yoktur.
Gereğini, bilgilerinize arz ederiz.

ÖZEL OPERA YAŞAM HASTANESİ
Cumhuriyet Mah. 629 Sk. No:16/A Muralpaşa / ANTALYA

☎ 0 850 777 0 777

www.yasamhastaneleri.com



Özel UNCALI MEYDAN HASTANESİ

SAYI :93
KONU: Ayşe UÇAK

21.01.2020

T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci işleri daire başkanlığı

İlgi: 17.02.2020 tarih ve 50913635-302.14.03-E.4984 sayılı resmi yazınız.

İlgi yazınıza istinaden tarafımızdan talep etmiş olduğunuz Ayşe UÇAK isimli öğrencinize ait tez araştırmasının hastanemizde yapama talibi hakkında, başhekimlik tarafından onay çıkmamıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.



Konu:AYŞE UÇAK Hk.
Sayı:2020/ 250

18.05.2020

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Üniversiteniz Sağlık bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Cerrahi Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi AYŞE UÇAK 'ın “ Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkilerine Yönelik Algıları Ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler” konulu doktora tezi ile ilgili hazırladığı araştırmasının hastanemizde yapılması uygun bulunmamıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

Aspendos Blv.Kızılkoprak Mh.921 Sk.Festival Çarşısı Karşısı ANTALYA
Tel:0242 312 56 56 Fax:0242 321 17 27
info@likyahastanesi.com www.likyahastanesi.com

SAYI : 2020/469

10/08/2020

KONU : Ayşe UÇAK'ın Uygulaması Hk.

**T.C.
Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na**

İLGİ: 10/08/2020 Tarihli ve 17/02/2020 tarihli yazınız.

Yükseliş Mah. Mehmet Akif Cad. No:96 KEPEZ/ANTALYA adresinde Özel OFM Antalya Hastanesi olarak faaliyet göstermekteyiz.

Bildiğiniz üzere COVID-19 ülke olarak tüm çalışma faaliyetlerimizde aksamalara neden olmuştur. Bu süreçte hastanemizin Kısa Çalışma Ödeneğinden yararlanması ve eksik personel ile hizmet verilmesi nedeni ile evrak yoğunluğumuz arasında ilgili yazımızın hazırlanması gözden kaçmıştır.

İlgili tarih ve sayılı yazıya istinaden; Üniversiteniz sağlık bilimleri enstitüsü müdürlüğü'nün cerrahi hastalıkları hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe UÇAK isimli öğrencinizin kurumumuzda anket yapması 17.08.2020-22.08.2020 tarihlerinde uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

Yükseliş Mahallesi Mehmet Akif Caddesi No: 96 Kepez / ANTALYA
T: 0242 320 30 00 F: 0242 335 40 11
info@ofmantalya.com www.ofmantalya.com

444 5 007

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

OFM 208

Sayı: 427/2020
Konu: Ayşe UÇAK'ın Uygulama İzni Hk.

10.08.2020

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi: 50913635-302.14.03-E.4984 17.02.2020

İlgi yazınıza istinaden üniversitenizin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler 'konulu doktora tezi ile ilgili araştırması incelenmiş araştırmayı hastanemizde yapması uygun görülmemiştir. Konuyu bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla.

"Çünkü Sağlığınız Değerli"

444 7 888
memorial.com.tr

MEDICALPARK

Tarih :30.06.2020

Sayı :631

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na

İlgi : 17.02.2020 tarih ve 50913635-302.14.03-E.4984 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahse konu olan Üniversiteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği öğrencisi Ayşe UÇAK'ın "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını hastanemizde yürütmesi uygun görülmüş olup;

Gereğini arz ederim.

Saygılarımla

Fener Mah. Tökeliolu Cad.
No:7 Lara / ANTALYA
444 44 84



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
A Blok Ameliyathane Sorumlu Öğretim Üyeliği

Sayı : 50558164-900-E.27871
Konu : Ayşe UÇAK Tez Çalışması

26/02/2020

PERSONEL İŞLERİ BİRİMİNE

İlgi : 18/02/2020 tarihli ve 26708535-900-E.23903 sayılı yazı,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe UÇAK'ın doktora tezini A Blok Ameliyathane Biriminde yapabilme talebi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Suat Hayri SANLI
Birim Sorumlusu V.



Sayı : ~~448~~ 447
Konu : Ayşe UÇAK' ın tez çalışması hak.

Tarih: 07.08.2020

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
ANTALYA

İlgi: 17.02.2020 tarih ve 4984 sayılı yazınız.

Kuzey Yaka mah. Yeşilirmak cad. No:367 Varsak Köprüsü, Kepez, Antalya adresinde faaliyet göstermekte olan Özel Akdeniz Sifa Hastanesi olarak, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe UÇAK' ın doktora tezi için kurumumuzda araştırma yapılabilmesi isteğine ilişkin yazınız tarafımıza ulaşmıştır.

Hastanemizin yoğunluğu ve olası bulaş vakalarının minimum seviyede tutulabilmesi adına gerek cerrahi alanlarda gerekse hasta yatış birimlerinde hastaya minimum temas prensibiyle çalışmakta olmamız neticesinde öğrencimize yardımcı olamayacağımızı belirtmek isteriz.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

04.08.2020

Sayı:20-100-959
Konu: Ayşe UÇAK'ın Uygulama İzni
İlgi: 17.02.2020 tarih ve 50913635-302.14.03-E-4984

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi yazınızda bahsi geçen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün, "Cerrahi Ekibin Ameliyathane Hemşirelerinin Yetkinliklerine Yönelik Algıları ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler" konulu doktora tezi ile ilgili hazırlanan araştırma çalışmasının Medstar Antalya ve Topçular Hastanelerimizde başlatılabileceği konusunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Ek 8. Ölçek İzinleri

From: Ayşe UÇAK

Sent: Sunday, 10 November 2019 7:58 AM

To: Brigid Gillespie <B.Gillespie@griffith.edu.au>; Brigid Gillespie <B.Gillespie@griffith.edu.au>

Subject: Permission Request

Dear Professor Dr. Brigid M Gillespie;

I am a PhD student in Surgical Nursing at Akdeniz University in Turkey.

I worked as an operating room nurse for 18 years. Now, I am working as an instructor at Burdur Mehmet Akif Ersoy University. My advisor is Associate Professor Fatma Cebeci. I have read many papers on nursing competencies in the operating theatre. I am interested in Perioperative Competency Scale. I would like to use your Revised Perceived Perioperative Competency Scale in my PhD study. I hope to make its validity and reliability in Turkey. So I request from your permission.

Thank you for your time and interest.

Yours Sincerely

Re: Permission Request



Brigid Gillespie göndericisinden 2019-11-10 06:16 tarihinde

 Ayrıntılar  Düz Metin

 GILLESPIE_Perceived Perioperative Competence Scale-R_CONFIDENTIAL.docx (~37 KB) 

Dear Ayse

You are most welcome to use the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised. I have attached the scoring guidance for your reference.

Best wishes,

Professor Brigid M. Gillespie

Professor of Patient Safety
School of Nursing and Midwifery, Griffith University
Room 2.04, G01, **Griffith University**, Southport QLD 4222
Phone: +61 7 5552 9718 (Griffith)

Gold Coast University Hospital, Gold Coast Health
Nursing and Midwifery Education and Research Unit
E. 2 016, 1 Hospital Blvd, Southport, QLD, 4215
Phone: +61 7 5687 3245 (GCUH)



BETÜL SÖNMEZ göndericisinden 2019-12-03 20:55 tarihinde

Ayrıntılar

Düz Metin

Revize Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeği.docx (~20 KB) ▾

Merhaba Ayşe,

ölçeği makalemize atıf yaparak kullanabilirsiniz. Ekte Türkçe metni gönderiyorum.

Çalışmada başarılar dilerim.

Betül Sönmez

Ayşe UÇAK

, 30 Kas 2019 Cmt, 21:42 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Betül Sönmez ve Dr. Öğr. Üyesi Tuluha Ayoğlu Akdeniz Üniversitesi'nde Cerrahi Hemşireliği alanında doktora öğrencisiyim. 18 yıl ameliyathane hemşiresi olarak çalıştım. Şimdi Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak çalışıyorum. Danışmanım Doçent Doktor Fatma Cebeci. Ameliyathanede hemşirelik yeterliliği hakkında birçok makale okudum. Perioperatif Yeterlilik Ölçeği ile ilgileniyorum. Doktora tez çalışmamda birlikte yaptığınız 'Perceived Perioperative Competence Scale-Revised' ölçeğinin Türkçe versiyonunu izniniz dahilinde kullanmak istiyorum. Zaman ayırdığınız ve ilgilendiğiniz için teşekkür ederim. Saygılarımla. Öğr. Gör. Ayşe UÇAK