



T.C

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EğİTİM ENSTİTÜSÜ

SAğLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

**GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ KULLANIMINDA
SAğLIK PROFESYONELLERİNİN GÖRÜŞLERİNİN
BELİRLENMESİ**

DENİZ İLİKLİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Tunçay PALTEKİ

İSTANBUL

2021

T.C
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ KULLANIMINDA SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ: NİTEL
ÇALIŞMA

DENİZ İLİKLİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Tunçay PALTEKİ

2021

TEZ BEYAN VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Sağlık Profesyonellerinin Görüşlerinin Belirlenmesi: Nitel Çalışma” başlıklı çalışmanın bana ait olduğunu, çalışmanın tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Deniz İLİKLİ



İÇİNDEKİLER

TEZ BEYAN VE BİLDİRİM SAYFASI	i
İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO LİSTESİ	Error! Bookmark not defined.
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ABSTRACT	x
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Problem Durumu ve Önemi.....	1
1.1.1.Araştırmanın Soruları	3
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Araştırmanın Sayıtları	3
1.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	4
İKİNCİ BÖLÜM	5
KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	5
2.1.HASTA GÜVENLİĞİ	5
2.1.1.Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi	5
2.1.2.Hasta Güvenliği Hedefleri.....	6
2.1.3.Tıbbi Hata Kavramı ve Önemi.....	7
2.1.4.Güvenli Cerrahi	8
2.1.5.Tıbbi Hataların Nedenleri	9
2.1.6.Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	9
2.1.6.1.İlaç Hataları.....	9
2.1.6.2.Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonlar	10
2.1.6.3.Düşmeler.....	10
2.1.6.4.Hastanın Yetersiz Beslenmesinden Kaynaklanan Hatalar	11
2.1.6.5.Transfüzyon Güvenliği.....	11
2.1.6.6.İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar.....	12
2.1.7.Tıbbi Hataları Önleme	12
2.1.8.Güvenli Cerrahide Bilinen Gerçekler	14
2.1.9.Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Projesi	15
2.1.10.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ve İçeriği.....	16
2.1.11.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin Hasta Güvenliğini Sağlamada Önemi.....	20

2.1.12.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}	20
2.1.13.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} Uygulanışı	23
2.1.14.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} 'nin Bölümleri	23
2.1.14.1.Klinikten Ayrılmadan Önce.....	23
2.1.14.2.Anestezi verilmeden önce.....	24
2.1.14.3.Ameliyat kesisinden önce	24
2.1.14.4.Ameliyattan çıkmadan önce	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	27
MATERYAL VE YÖNTEM.....	27
3.1.Bu Çalışmada Nitel Araştırma Yönteminin Tercih Edilmesini Nedeni.....	27
3.2.Yorumlayıcı Fenomonolojik Analiz Kullanılmış Olmasının Nedeni	28
3.3.Evren ve Örneklem Büyüklüğü.....	29
3.4.Örnekleme Tekniği	33
3.5.Veriler Toplama Araçları	34
3.5.1.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	34
3.6.Veriler Toplama Süreci.....	35
3.7.Verilerin Analizi ve Yöntemi.....	36
3.8.Geçerlilik ve Güvenilirlik	37
3.9.Etik.....	38
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	40
BULGULAR	40
4.1.Analiz Sonucu Araştırmacının Belirlediği Üst ve Alt Temalar	43
4.1.1.Eğitim	43
4.1.1.1.Eğitim Verilerse Katılım	43
4.1.1.2.Listedeki Maddelerin İçeriğini Bilmiyorum.....	45
4.1.1.3.Listeyi Ben Doldurmadığım İçin Sıkıntım Olmuyor.....	46
4.1.2.Risk Alma.....	47
4.1.2.1.Liste Bence Gereksiz ve Vakit Kaybı	48
4.1.2.2.Ezbere Dolduruyorum	48
4.1.2.3.Listeye Bakmam Hasta Hazır mı Diye Sorarım	49
4.1.2.4.Hastalarımı Kendim Sorgularım, Eminsem Alırım	50
4.1.3.Ötekiler	51
4.1.3.1.Listeyi Ameliyathane Dolduruyor, Onlar Bilir	51

4.1.3.2.Listeyi Dolduran Hemşireler, Sorumluluk Onlarda.....	52
4.1.3.3.Listeyi Dolduranlar Tamam Derse Hastayı Alırım.....	52
4.1.4.Empati.....	53
4.1.4.1.Kendim İçin Liste Doldurulmasını İsterim	53
4.1.4.2.Listenin Kendim İçin Kullanıldığını Bilmek Beni Güvende Hissettirir.....	55
4.1.5.Sirkülasyon	56
4.1.5.1.Hastaları Yatış birimi Üst Üste Yatırıyor	56
4.1.5.2.Doktor ve Ameliyathane Hastanın Hazırlığı Bitmeden Hastayı İstiyor	57
4.1.5.3.Ameliyathanede Vakalar Sarkmasın Diye Hızlı Hızlı İstiyoruz.....	58
4.1.5.4.Hastaları Üst Üste Yatırırlar ve Yetiştiremem Diye Listeyi Hasta Gelmeden Dolduruyorum	59
4.1.6.Baskı	60
4.1.6.1.Sorumlu Hemşirem Sürekli Kontrol ediyor	60
4.1.6.2.Doldurmazsam Uyarı Veriyorlar	60
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	62
TARTIŞMA	62
ALTINCI BÖLÜM.....	65
SONUÇ VE ÖNERİLERİLER	65
6.1.Sonuç	65
6.2.Öneriler	68
KAYNAKÇA	70
EKLER	76
EK-1	76
Tez Mülakat formu	76
EK-2	Error! Bookmark not defined.
Gönüllü Olur Formu	Error! Bookmark not defined.
EK-3	77
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Sağlık Profesyonellerinin Görüşlerinin Belirlenmesine İlişkin Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Bilgilerini Belirleme Soru Formu	77
EK-4	78
Ses Kayıt Cihazı	78
EK-5	Error! Bookmark not defined.
EK-6	Error! Bookmark not defined.

EK-6 Devamı	Error! Bookmark not defined.
ÖZGEÇMİŞ.....	Error! Bookmark not defined.



SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR DİZİNİ

JCAHO: Joint Commision on Accreditation of Healt Care Organization (Sağlık Kurumları Akreditasyon Ortak Komisyonu).

JCI: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyonu).

GCKL: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi.

WHO / DSÖ: World Health Organization / Dünya Sağlık örgütü.

SSSL: Safe Surgery Saves Lives (Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır).

IPSG: International Patient Safety Goals (Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri).

ICD: International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Verisi).

IPA/YFA: Interpretative Phenomenological Analysis (Yorumlayıcı Fenomolojik Analiz).

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Katılımcıların özellikleri30,31,32

Tablo 2. Katılımcıların üst ve alt temaları40,41



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (İngilizce).....	18
Şekil 1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (Türkçeye çevrilmiş hali).....	19
Şekil 2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}	22



ÖZET

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Sağlık Profesyonellerinin Görüşlerinin Belirlenmesi

“Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” projesi kapsamında oluşturulan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” (GCKL) ile cerrahide hasta güvenliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 2009’da “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}” (GCKL^{TR}) adı ile Türkiye’de kullanılmaya başlanmıştır. Bu araştırma, GCKL^{TR} kullanımında sağlık profesyonellerinin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında GCKL^{TR} nicel olarak ele alınmış olup, konu ile ilişkili nitel bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızda; liste kullanımına yönelik, özellikle yaşanan sıkıntılar ve engellerin neler olduğunun saptanması, buna yönelik çözümlerin tespit edilmesi ve geliştirilmesi hedeflenmiş olup, listeyi aktif olarak kullanan sağlık profesyonellerinin, liste kullanımı ile ilgili düşüncelerini daha derinden ve net olarak anlaşılabilmesi için bu yöntem tercih edilmiştir. Uygun örneklem seçimi ise İstanbul ilindeki, bir zincir hastane grubunun Bağcılar, Beylikdüzü İlçeleri ile Çapa semtine konuşlanmış olan hastanelerinde görev yapan 41 sağlık profesyoneli ile gerçekleştirilmiştir. Her katılımcı ile bire bir ve yüz yüze olmak üzere görüşme yapılmış ve görüşmeler ses kayıt cihazına alınarak kayıt edilmiştir. Yapılan görüşmeler daha sonra nitel araştırma yöntemlerinden biri olan yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemiyle incelenmiştir. Örneklem belirlenirken belirli ölçütleri sağlayan, özel grup hastane bünyesinde görev yapan sağlık profesyonellerinden gönüllülük esasına dayalı olarak seçilmiştir. Analiz sonuçlarına göre bireylerde “eğitim, risk alma, ötekiler, empati, sirkülasyon, baskı” olmak üzere 6 üst tema çıkmıştır. Her üst temanın çeşitli sayılarda alt temaları bulunmaktadır. Çalışmaya katılan kişilerin 28’ i erkek, 13’ü kadın olup, kişilerin yaptıkları yorumlar neticesinde, cinsiyet faktörünün liste kullanımı üzerine etkisi olmadığı anlaşılmıştır. 10 yıl ve üstü çalışan 31 kişi olup, 0-4 yıl 9 kişi, 5-9 yıl arası 1 kişi çalışmaya katılmış olup, 41-50 yaş arası 12 kişi, 18-30 yaş arası 11 kişi olup, 51-60 yaş arası 9 kişi, 61 yaş üstü 5 kişi, 31-40 yaş arası 4 kişi, liste kullanımına yönelik verdikleri cevaplar ile meslek deneyimi arttıkça ve yaş ilerledikçe farkındalığın olumlu yönde arttığını, yaş küçüldükçe ve meslek deneyimi azaldıkça farkındalığın daha

azaldığı anlaşılmıştır. Yaş ile meslek deneyiminin doğru orantılı olarak liste kullanımına etki ettiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Güvenli Cerrahi, Hasta Güvenliği, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, Yorumlayıcı Fenomonolojik Analiz.



ABSTRACT

Determining Health Professionals' Opinions on the Use of Safe Surgery Checklist

With the "Safe Surgery Checklist" (GCKL) created within the scope of the "Safe Surgery Saves Lives" project, it is aimed to ensure safety in surgery. Safe Surgery Checklist 2009 the "Safe Surgery Checklist Tor" (GCKL^{TR}) was introduced by name in Turkey. This research has been conducted to determine the views of health professionals in the use of GCKL^{TR}. When looking at the studies in the literature, GCKL^{TR} was considered quantitatively and no qualitative study was found. With regard to the use of the list, it was aimed to identify the difficulties and obstacles experienced, identify and develop solutions for this, and a qualitative study was carried out to examine the opinions of health professionals actively using the list more deeply and clearly. The appropriate sample selection was carried out with 41 people who gave positive feedback to the researcher by providing information about the study to health professionals working in group hospitals in Bağcılar -Beylikdüzü and-Çapa districts of a chain hospital group in Istanbul. One-on-one and face-to-face meetings were held with each participant and the interviews were recorded on a voice recorder. The interviews were then examined using the interpretive phenomenological analysis method, which is one of the qualitative research methods. The samples were selected on a voluntary basis from among the healthcare professionals working in the private group of hospitals, who met certain criteria. According to the results of the analysis, 6 upper themes emerged in individuals, namely "education, risk taking, others, empathy, circulation, pressure". Each parent theme has various numbers of sub-themes. 28 of the participants in the study were male and 13 were female, and as a result of the comments made by the people, it was understood that the gender factor had no effect on the use of the list. There were 31 people working for 10 years or more, 9 people 0-4 years, 1 person between 5-9 years participated in the study, 12 people between 41-50 years old, 11 people between 18-30 years old, 9 people between 51-60 years 5 people over 61 years old, 4 people between 31-40 years old, with the answer they gave about the use of the list, it was understood that the awareness increased positively as the professional experience increased and the age increased, the lower the age and the lower the

professional experience, the less awareness was It has been determined that it directly affects the use of the list.

Keywords: Safe Surgery, Patient Safety, Safe Surgery Checklist, Interpretative Phenomenological Analysis.



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Problem Durumu ve Önemi

Sağlık hizmetleri girdi ve çıktısında insan olan farklı profesyonellerin birlikte ekip olarak çalışması gereken yüksek riskli bir hizmet grubudur. Hizmet sürecinin en önemli unsurlarından biri olan hasta güvenliği, bu sistemin en etkili ve verimli çalışabilmesi ile mümkündür (Özer ve ark.,2019). Sağlık çalışanlarının hedefleri, hastaları için her zaman en iyi sağlık bakımını sağlamak olsa da bazen istenmedik sonuçlarla karşılaşmaktadır. Sağlık hizmetine bağlı hata ya da diğer bir ifade ile tıbbi hata, hastaya verilen sağlık hizmetinden kaynaklanan kasıtlı olmayan ve beklenilmeyen sonuçlardır (Sayek, 2011). Tıbbi hataların spektrumu geniş olup; tanı hataları, ilaç hataları, cerrahi hatalar, sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmeleri gibi hasta güvenliğini içeren durumlar olarak sıralanabilir.

Tıbbi hatalar; hasta, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve sağlık sistemi açısından birçok olumsuz durumla sonuçlanabilmektedir. Tıbbi hatalar bir yandan, hasta için istenmeyen olaylara, tanının gecikmesine, tedavinin aksamasına, tanı ve tedavi işlemlerinin tekrarına, hastanın anksiyete yaşamasına, ilaç harcamalarının artmasına, sağlık çalışanlarına karşı güven kaybına neden olurken, diğer yandan hizmet maliyetlerinin artışına ve kurum imajının olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (Manav ve Karademirler, 2018). Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda dikkat edilmesi gereken konulardan biri hasta güvenliğidir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin hastalar için etkin, verimli, güvenli ve ulaşılabilir olması gerekmektedir.

Kaliteli sağlık hizmetinin en önemli koşulu olan hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastaya verilebilecek zararı önlemek için sağlık kurum ve çalışanlarının aldığı önlemlerin tamamıdır. Aynı zamanda kaliteli bir sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir koşuludur (Şen, Er ve Sevil, 2009). Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında sağlık çalışanlarının algı ve tutumları önemli bir etmendir. Yönetimin sahiplenmesi ve tüm çalışanların benimsemesiyle oluşturulan ve geliştirilen hasta güvenliği kültürünün hastanelerdeki tıbbi hata ve riskleri azaltabileceği bilinmektedir.

Sağlık hizmetlerinin etkin biçimde sunulması, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarına ve uygulamalarına önemli ölçüde bağlıdır. Nitekim tüm dünyadaki hastanelerde hasta sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunlar hasta ölümlerine, uzun süreli hastaneye yatışlara, geri dönüşümsüz sakatlıklara ve önemli finansal maliyetlere neden olmuştur. Bu sorunları ele almak için, son araştırmalar hasta bakımının etkin bir şekilde verilmesini optimize etmek için hastane güvenliği ortamının önemine odaklanmıştır (Alzahrani ve ark., 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kanıtlanmış standartlara uyum için ve cerrahi bakımın güvenliğini artırmaya yönelik “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” projesi başlatmış ve “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” ni (GCKL) bu projenin bir parçası haline getirmiştir (Lepanluoma M. et al. ,2013). DSÖ istenmeyen olayları azaltmak, kanıta dayalı hasta güvenliği ve ekip içi iletişimi artırmak amacıyla uzun yıllar boyunca havacılık sektöründe kullanılan kontrol listesini sağlık sisteminde kullanılması için tasarlamış ve “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” ni oluşturmuştur (Weiser et al., 2010). 2007-2008 yılları içerisinde dünyanın dört bir tarafından farklı ekonomik koşulların ve hasta popülasyonlarının olduğu 8 hastanede gerçekleştirilen araştırmada; kontrol listesinin uygulanmasıyla birlikte, komplikasyon oranları %11’den %7’ye, ölüm oranları ise %1,5’den %0.8’e düştüğü tespit edilmiştir (Haynes et al., 2009).

GCKL’ nin uygulanmaması hasta açısından önemli bir risk faktörü olduğu için bu konu üzerinde durulması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan ve hasta bakımında önemli bir rol oynayan sağlık profesyonellerinin GCKL kriterlerini eksiksiz yapması ve bu uygulamanın hastaya sağladığı yararı görmesi, uygulamada hem sağlık profesyonellerini olumlu yönde etkileyecek hem de hastaya zarar vermeme ve yarar sağlama rolüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir. GCKL kullanımı üzerine daha önce bu listeyi aktif kullanan sağlık çalışanlarının görüşlerinin alındığı nitel bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın liste kullanımına ilişkin sorunların derinlemesine anlaşılması, uygulamadaki aksaklıkların saptanması, liste kullanımını artırmaya yönelik aksiyonların planlanması üzerine olumlu katkı sağlayacağı ve mevcut durumla ilişkili farkındalık yaratacağı çalışmanın yapılma gerekçesini oluşturmuştur.

1.1.1.Araştırmanın Soruları

Çalışmamızda kontrol listesinin kullanımına yönelik görüşlerini belirlemek için katılımcılara aşağıdaki temel sorular yöneltilmiştir;

- GCKL sizin için ne ifade ediyor? Kullanımı gereklimi? Neden?
- GCKL ile ilgili daha önce eğitim aldınız mı? Aldıysanız en son ne zamandı?
- GCKL kullanımı ne gibi yararlar sağlar? Kullanılmadığında ne gibi sonuçlarla karşılaşılır?
- GCKL kullanımında karşılaştığınız güçlükler nelerdir?
- GCKL neden doldurduğunuzu düşünüyorsunuz? Sizce doldurulmamasının nedenleri nelerdir?

Araştırmanın bu temel sorularının yanında kişilerin en çok verdikleri cevaplara göre alt sorular yöneltilmiştir;

- Siz ameliyat olsaydınız GCKL’ nin kendiniz için kullanılmasını ister miydiniz?
- GCKL’ nin neden size ulaşmadığını düşünüyorsunuz?
- Hastalarınızın ameliyat öncesi hazırlığını neye dayanarak yaparsınız?

1.2.Araştırmanın Amacı

Hasta güvenliği özellikle son iki dekâttan bu yana hem ulusal hem de uluslararası platformda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Bu nedenle çalışmamızda hasta güvenliğinde önemli yer teşkil eden GCKL’ nin sağlık profesyonelleri arasındaki kullanımının öneminin incelenmesi hedeflenmektedir. Bu sayede sağlık profesyonellerinin listenin kullanımına yönelik düşünceleri alınarak, GCKL’ nin kullanımının önündeki engellerin saptanması ve engellere yönelik çözümlerin geliştirilmesine yardımcı olmak amaçlanmıştır.

1.3.Araştırmanın Sayıtları

Çalışmaya katılan sağlık profesyonelleri görüşmeler esnasında sorulan sorulara içtenlikle ve tarafsız şekilde yanıt vermişlerdir. Çalışmada kullanılan veri toplama aracı, çalışmanın amacına uygun şekilde geçerli ve güvenilir verilere ulaşılmasını sağlamıştır.

1.4.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul'un Bağcılar, Beylikdüzü ilçeleri ile Çapa semtinde yer alan bir hastane zincirinin, bu şubelerinde görev yapan sağlık profesyonellerinden (klinik hemşiresi, ameliyathane hemşiresi, cerrah, anestezi teknikleri, anestezi hekimi) elde edilen görüşme verileriyle sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmanın bu bölümünde, “Hasta Güvenliği” ve “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” ile ilgili ayrıntılı kavramsal tanımlara, detaylı bilgilere ve çalışmalara yer verilmiştir.

2.1.HASTA GÜVENLİĞİ

2.1.1.Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi

Sağlık hizmetleri, insan hayatı ile ilgili olduğundan hata kabul etmez. Sağlık kurum/kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumunda öncelik olarak hasta güvenliğinin sağlanması gerekir. Sağlık kurumlarının hasta güvenliğini sağlayabilmeleri için, gereken çalışma prosedürlerini oluşturmaları önemlidir. Oluşturulan prosedürlerle ilgili sağlık profesyonellerinin eğitilmesi ve uygulamalarının kontrol edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sunumu sırası ve sonrasında birçok tıbbi hata ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hataların yaşanmaması için hasta güvenliğinden ödün verilmemesi gerekmektedir. Bu açıdan hasta güvenliği kavramı oldukça önemlidir.

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinde sürekli ve sürdürülebilir şekilde riskleri azaltan, önlenabilir zarar oluşumunu engelleyen, hatayı daha az olası hale getiren ve oluştuğunda etkisini azaltan kültürler, süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar oluşturan organize faaliyetler çerçevesidir(<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>, Erişim tarihi: 8Mart 2021).

Hasta güvenliği birçok sağlık hizmetiyle bir arada değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Bu bakımdan, hasta güvenliğinin, bakımın kalitesiyle ilişkili olduğu ancak her ikisinin de aynı şey olmadığını söylemek mümkündür. Güvenliğin, kalitenin önemli bir unsuru olarak değerlendirildiği iyi bilinen bir gerçektir. Başka bir ifadeyle hasta güvenliğinin, sağlık hizmeti sunumu sürecinde ortaya çıkabilen hatalar nedeniyle hasta, hasta yakınları ve çalışan için zarara neden olabilecek süreçleri ön görüp hata ve zararları engelleme çabalarıdır (Ovalı, 2010: 34).

Sağlık hizmetleri çok boyutlu özelliğe sahiptir. Dolayısıyla hasta ve çalışanın dışında hasta yakınları ve hatta toplumu ilgilendiren bir alana dönüşmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği ve tıbbi hataların önlenbilmesi, sağlık sisteminin

önceliklerindendir. Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden olan güvenli sıfatının, verilen hizmetin hastaya fayda yerine zarar vermesi, sakatlık, yaralanma ve ölüme neden olabilecek hata yapılmasının önüne geçilmesini ifade etmektedir (Akalin, 2004: 12-13).

Sağlık hizmeti hastaya yarar sağlamak için sunulur. Ancak gereken tedbirler alınmazsa faydadan ziyade zararlı duruma dönüşebilmektedir. Tıp biliminin devamlı değişmesi ve yenilenmesi durumlarına da ayak uydurmanın zorunlu olduğu görülmektedir. Buradan hareketle hasta güvenliği kavramının ne denli önemli olduğunu anlamaktayız. Bu bağlamda hasta güvenliğini sağlamanın bazı temel hedefleri vardır.

2.1.2.Hasta Güvenliği Hedefleri

Sağlık Bakım Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO), Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM)' nün raporlarından yola çıkarak 1999 yılından itibaren Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International-JCI) aracılığıyla dünya genelinde sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmetini vermeye başlamış ve hasta güvenliği hedeflerini uygulamaya koymuştur. JCI her yıl uzman bir grup danışmanlığında Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'ni (International Patient Safety Goals-IPSG) yayınlar. Son olarak 2007 yılında yayınlamış ve 2014 yılında tekrar güncelleştirilen uluslararası hasta güvenliği hedefleri şöyledir (JCI, 2014. https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/offerings/other-resources/jci_2017_ipsg_infographic_062017.pdf Erişim tarihi: 5 Mart 2021).

Hedef 1. Hasta kimliğinin doğrulanması.

Hedef 2. Etkili iletişimin geliştirilmesi.

Hedef 3. Yüksek riskli ilaçların güvenliğini artırılması.

Hedef 4. Ameliyatların güvenli bir şekilde yapılmasının sağlanması.

Hedef 5. Sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonların en aza indirilmesi.

Hedef 6. Düşmelerden kaynaklanan hasta zarar riskinin en aza indirilmesi.

Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerinin her biri hastalar açısından önemlidir. Söz konusu hedeflerin herhangi birinde yaşanacak bir hata istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Her bir hedef için süreç tanımlamaları yapılarak süreçlerde standardizasyonun sağlanması gerekir. Kurumda hasta güvenliği konusunda iyileştirme ve güvenlik kültürünün yerleştirilebilmesi; öncelikli olarak kurumda çalışanlar tarafından benimsenerek kurum kültürü haline getirilmesi ile sistematik ve planlı bir yaklaşımla sis

iyileştirmelerin uygulanmasına bağlıdır.

Kurumda hasta güvenliği hedefleri Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerine yönelik bir hata yaşanmaması konusunda en yüksek sorumluluk sağlık profesyonellerinin payına düşmektedir. Sağlık profesyonellerinin her bir hedefle ilgili olarak prosedürleri bilmesi ve ona uygun davranması, yaşanacak hataların önüne büyük oranda geçecektir. Kurumda çalışanların konuyla ilgili bilinçleri ve farkındalıkları ne kadar yüksekse kişiler birlikte çalıştıkları grupları o denli etkileyecek ve kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşması ve yaygınlaşmasına katkı sağlamış olacaktır.

2.1.3. Tıbbi Hata Kavramı ve Önemi

Tıbbi hata; “hastaya verilen sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuç; ölüm, ciddi fiziksel ya da psikolojik hasar veya hasar riskini içeren ters veya beklenmeyen olay” olarak tanımlanmaktadır (Işık ve ark. 2012).

Bir diğer tanımlamada ise tıbbi hata, sadece bir girişim ya da tedavinin yanlış veya eksik yapılması dışında, yapılması gerekenin yapılmaması, yapılmaması gerekenin ise yapılması da tıbbi hata olarak betimlenmektedir. Tıbbi hatalar; deneyimsizlik, bilgisizlik, ilgisizlik veya teknik kullanım hatalarına bağlı oluşan ve hastaya zarar veren, taburculuk süresini uzatan veya ölümüne yol açan tüm uygulamalardır (Dikmen ve ark., 2014).

JCAHO tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde de tanımlanmaktadır (Avşar ve ark. 2016).

Aynı zamanda sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır. Tıbbi hatalar da kök nedenlerine göre üçe ayrılır;

- **İşleme bağlı hatalar:** Yanlış işlemi yapma (errors of commission: doing the wrong thing),
- **İhmale bağlı hatalar:** Doğru işlemi yapmama (errors of commission: not doing the right thing),
- **Uygulamaya bağlı hatalar:** Doğru işlemi yanlış uygulama (errors of execution: doing the right thing incorrectly).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Bu hatalar şu başlıklar altında gruplandırılmıştır;

- **Medikasyon hataları:** Çoğu önlenebilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikâyesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Bu hataların %34-56'sı önlenebilmektedir,
- **Cerrahi hatalar:** Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur,
- **Tanı koymada hatalar:** Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılmaktadır,
- **Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar:** Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. İlaç uygulamalarında ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır,
- **Diğer:** Hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (Akalin, 2005).

2.1.4.Güvenli Cerrahi

Hasta bakımının temel ilkelerinden biri hastanın cerrahi güvenliğinin sağlanmasıdır. Kişinin hastaneye yatışından taburculuğuna kadar olan tüm ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında verilen bakım ve tedavi hizmeti süresince, hastayı oluşabilecek tıbbi hatalara karşı korumak ya da hataları en aza indirmek güvenli cerrahiye sağlamada önemli rol oynamaktadır. Güvenli cerrahinin sağlanması klinik, ameliyathane ve anestezi sonrası bakım ünitesinin uyum içinde çalışması, cerrahi bakım ve tedavinin her aşamasında iş birliği içinde olması ile mümkün olur.

Cerrahi sürecin tamamı perioperatif dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem

preoperatif (ameliyat öncesi), intraoperatif (ameliyat sırası), postoperatif (ameliyat sonrası) dönemleri kapsar. En geniş haliyle ameliyat için yapılacak hazırlıkların başlamasından ameliyatın etkilerinin de geçtiği iyileşme döneminin sonuna kadar olan tüm cerrahi süreci kapsar (Aydın N., 2015).

2.1.5. Tıbbi Hataların Nedenleri

Cerrahi girişimlere olan gereksinimin artması, gününbirlik cerrahi tekniklerinin gelişmesi ameliyathanelerin günlük ameliyat sayısını ve sirkülasyonunu artırmaktadır. Farklı meslek gruplarından pek çok sağlık profesyonelinin bir arada çalıştığı yerlerde güvenli cerrahi kavramı önemli bir konu halini almıştır. Tüm güvenli cerrahi uygulamaları hatayı en aza indirmeyi ve hastanın iyilik halini olabildiğince artırmayı hedeflemektedir.

Özata ve Altuncan'ın (2010) yaptıkları çalışmada; tıbbi hatalara neden olan kurumsal faktörler ise, personel yetersizliği ve yeterli ekipmanın bulunmaması olarak ifade edilmektedir. Sağlık çalışanının iş yükünün fazla olması, yeterli sağlık personelinin olmaması ve hastalara yeterli vakit ayıramaması, olumsuz çalışma ortamı, çalışma sürelerinin uzun olması, rol ve yetkilerin belirlenmemesi ve iletişim sorularının olması sonucunda tıbbi hata yaptıkları belirlenmiştir. Ayrıca doktor istemlerinin tam olarak anlaşılamaması, sürekli birim değiştirme, deneyim eksikliği, hata önleme sistemlerinin olmaması, hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması gibi faktörler de tıbbi hata nedenleri arasında sayılmaktadır (Akt: Konateke, 2020).

2.1.6. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

2.1.6.1. İlaç Hataları

Hasta güvenliğini tehdit eden en sık karşılaşılan tıbbi hatalardan olan ilaç hataları ciddi hastalıklara, sakatlıklara ve ölümlere neden olabilmektedir.

Avcı (2014) ilaç hataları ile ilgili şu şekilde tanımlama yapmıştır; ilaç kullanım sürecinde oluşan ilaç hataları, literatürde istenmeyen ilaç reaksiyonu olarak değerlendirilmiş ve ilacın tanı, tedavi veya profilaksi amacıyla kullanımı sırasında zararlı istenmeyen, arzu edilmeyen etkisi olarak iletilmiştir (Akt: Sur ve ark. 2019). Bu nedenle hastalarda ilaç kullanımı sırasında oluşan ilaç hataları çok önemli olup, geri bildiriminin yapılması ya da raporlanması büyük önem taşımaktadır.

Buna karşın ilacın tehlikeli ve beklenmeyen reaksiyonu ilaç yan etkisi olarak adlandırılmaktadır. Bazı yan etkiler tıbbi hata ile sonuçlanır ve “önlenebilir ilaç yan

etkileri” olarak değerlendirilmektedir. Bireysel değişikliklere bağlı olarak kullanılan her ilacın sonuçlarını doğru tahmin etmek imkânsızdır. Bu durum istenmeyen ilaç reaksiyonları (adverse drug reaction) kavramını gündeme taşır ki bu terim önlenemeyen ilaç yan etkileri (nonpreven table adverse drug event) terimi ile benzerdir (Sur ve ark. 2019).

2.1.6.2.Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonlar

Hastaneye başvuru sırasında herhangi bir inkübasyon bulunmayan hastada, hastaneye başvurusundan en az 48 saat sonra gelişen enfeksiyonlar hastane enfeksiyonu olarak adlandırılmaktadır (Çelik ve Özel 2020).

Tanı veya tedavi amaçlı yapılan girişimler sırasında hastaya bulaş olması nedeniyle enfeksiyonlar meydana gelip, kalıcı sakatlıklara ya da ölüme neden olabilmektedir. Yataklı tedavi kurumlarında hastane enfeksiyonları önemli bir hizmet kalitesi göstergesidir. Kuşkusuz bunun nedenleri arasında; hastanede kalış süresinin uzaması, mortalite ve morbiditenin artması, tedavi süresinin uzaması gibi sorunlar yer almaktadır.

Hastane enfeksiyonları, uygun önlemler alındığı sürece aslında önlenabilir bir tıbbi hatadır. Fakat yapılan çalışmalar gösteriyor ki bu konuda daha dikkatli olunması gerekmektedir. Bir üniversite hastanesinin yenidoğan servisinde 96 hastane enfeksiyonu belirlenmiş ve hastaların çoğunluğunda enfeksiyon gelişimini kolaylaştıracak invaziv girişimlerim olduğu saptanmıştır (Özçetin ve ark. ,2009). Bu durumda sağlık personelinin oldukça dikkat etmesi gerekmektedir. Özellikle hastalarla olan temasları nedeniyle bulaş riskini artırmaktadırlar.

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde hizmet içi eğitimler ve sağlık personelinin bilinçlendirilmesi oldukça önemli yer tutmaktadır. Kurumların bu yönde hareket ederek gerekli önlemleri almaları gerekmektedir.

2.1.6.3.Düşmeler

Hasta düşmeleri hasta güvenliğini tehdit eden ve çok sık karşılan bir olaydır. Düşmeler sonucu ikincil yaralanmalar meydana gelmekte, yatış süresi uzamakta, tedavi giderleri artmakta, hastanın yaşam kalitesi azalmakta, çalışanlarda, hastada ve hasta yakınlarında, korku ve anksiyeteye neden olmaktadır (Özden ve ark.2012). Yapılan çalışmalarda düşmeler sonucunda hastaların %15-50'sinde yaralanmalar meydana

gelmekte ve bu yaralanmalar hastaların %1-10'unda kırık ve laserasyon gibi daha ciddi yaralanmalara yol açabilmektedir (Schwendimann et al., 2006).

Çeçen ve Özbayır'ın yaptığı çalışmada düşmelerle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, düşmelere neden olan bireysel veya ortamsal risk faktörleri belirlenmiştir. Bireysel risk faktörleri; görme bozuklukları, yürüme ve denge bozuklukları, yabancı hastane ortamı, baş dönmesi, hipotansiyon, kas kuvveti ve reflekslerde azalma gibi faktörlerdir. Ortamsal risk faktörleri; yatak kenarlarının olmaması, kapı eşiği olması, tuvalet ve banyolarda tutunacak desteğin olmaması, ıslak zemin, eşyaların sabit olmaması, yetersiz aydınlatma gibi nedenlerdir (Akt. Bulut ve ark., 2013).

Hasta güvenliği sağlık profesyonellerinin temel sorumluluklarından. Düşmeleri önlemek için hastaların düşme riskini ve risk faktörlerini belirlemeli, çevreyi uygun hale getirmelidirler.

2.1.6.4.Hastanın Yetersiz Beslenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar gelişmiş ve çoğu ülkelerdeki malpraktis davalarının en sık rastlanılan nedenlerindendir. Hastaların yetersiz izleminden kaynaklanan hataları azaltmak ve önlemek için hekim istemi açık ve net olmalı, hastanın hangi sıklıkla izleneceği ve izlem sırasında nelere dikkat edilmesi gerektiği belirtilmelidir. Hemşire hastayı kontrol sıklığına göre izlemeli, hastaya ait izlemleri zaman belirterek doğru kaydetmelidir (Aştı ve Acaroğlu; 2000).

Hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının artması, iş yoğunluğu, çalışma koşulları, kritik hastalara bakım verme, motivasyon eksikliği, iş doyumunun az olması gibi nedenlerle hasta izlemleri yeterli yapılamamaktadır. İzlem ve kayıtların yeterli yapılmaması sonucunda uygulanan ilacın etkileri izlenememekte veya ilaç dozları yanlış uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda düşmelerin genelde gece nöbetlerinde görülmesi hasta izlemine nöbet sırasında dikkat edilmemesi ile ilişkilendirilmiştir (Mülayim ve İntepeler, 2011).

2.1.6.5.Transfüzyon Güvenliği

Kan transfüzyonu, kan ve kan ürünlerinin tedavi amaçlı olarak kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Kan transfüzyonu çoğunlukla güvenli ve hayat kurtarıcı bir girişimdir. Fakat bazı uygulama hataları ciddi sorunlara hatta ölüme bile neden olmaktadır (Çavuşoğlu ve ark., 2015). Bir yandan kan transfüzyonunun gerekli hallerde

vazgeçilemez olması, diğer yandan hasta güvenliği ile ilişkili riskler transfüzyon güvenliğinin önemini ortaya koymaktadır.

Transfüzyon uygulamalarında genelde yatak başında hasta kimliği ve kan ürününü doğru tanılamada ya da işlem esnasında hasta izleminde hatalar yapıldığı belirtilmektedir. Kan transfüzyon sürecindeki hataların dikkatsizlik, bilgi ve beceri eksikliği, çalışanlar arası iletişim zayıflığı ve yetersiz hemşirelik girişimlerine bağlı olduğu da ifade edilmektedir (Çavuşoğlu ve ark., 2015).

Transfüzyon hatalarını önlemek için, doğru hastaya doğru kanın verildiğinden emin olunmalı, transfüzyon ile ilgili hasta bilgilendirilmeli, kanın uygun şekilde takılması ve hasta takibinin sıkı yapılması gerekmektedir.

2.1.6.6.İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Sağlık hizmetleri sunumu sırasında hekim, hemşire, eczacı, laborant, anesteziist, sağlık yöneticisi gibi personelin kendi aralarında iyi işleyen ve etkin iletişim kanallarının olması, tüm personelin iletişim becerilerinin gelişmiş olması, risklerin yönetimi ve tıbbi hataların azaltılması yönünden önemlidir (Sur ve ark., 2019). Ekip arasında etkin iletişimin olmayışı, yeterli ve doğru diyalog kurulamaması başta hasta olmak üzere sağlık personelinin olumsuz etkileyecektir. Hastaya verilecek olan kaliteli hizmet ve bakım azalacak hatta hastanın hayatını etkileyecek (özellikle ameliyat öncesi kan, malzeme, cihaz vb. temini) olumsuz durumlara neden olabilecektir.

Sağlık çalışanları arasında iletişim sorunları genellikle telefon görüşme ve sözel ya da yazılı olarak verilen hasta istemlerinden kaynaklanmaktadır. Yeterince açık ve anlaşılır olmayan istemler veya telefonda yanlış anlaşılmaya bağlı olarak gerçekleşebilecek iletişim sorunları hasta güvenliğini tehdit etmektedir.

Hastanın güvenli şekilde hazırlığının yapılması, hastaneye gelmesinden itibaren başlayan ve taburcu olana kadar devam eden bir süreç olup, doğru ve etkin iletişimle kaliteli hizmet ve bakım en üst düzeyde sağlanabileceği için, bu konuda ekiplerin yeterli ve doğru eğitimden geçirilmeleri gerekmektedir.

2.1.7.Tıbbi Hataları Önleme

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ve tıbbi hatalar hakkında farkındalığının sağlanması önemlidir. Tıbbi hataların önlenmesi için öncelikle tehdidin bilinmesi ve önlem alınması gerekmektedir. Ancak bu

şeklde tıbbi hatalar hasta güvenliğini tehlikeye düşürmeden belirlenip düzeltilebilir (Metin, 2018).

Son yıllarda hasta güvenliğine yönelik mevzuat çalışmalarında da önemli yol alınmıştır. Bu bağlamda Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği oluşturulmuştur. Bu yönetmeliğin amacı sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit edebilecek risklerin belirlenmesi, risklerin giderilerek güvenli bir ortamın sağlanması, hizmet kalitesinin artırılması ve hizmet içi eğitimle güvenli hizmet sunumunun ve güvenli çalışma ortamının devamlılığının sağlanmasıdır (T.C Resmî Gazete, Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği, 6 Nisan 2011, sayı:27897). Bu yönetmelik sağlık kurumlarının hasta ve çalışan güvenliğine yönelik faaliyetleri için önemli bir rehber niteliğindedir.

Bu yönetmelik kapsamında sağlık kurumları hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, yapılacak girişimsel işlemler için hastadan onam alınması, iletişim güvenliğinin sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonunda güvenliğin sağlanması, cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, radyasyon güvenliğinin sağlanması ve engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması ile ilgili gerekli önlemleri alır ve düzenlemeler yapar. Ayrıca sağlık kurumları hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik düzenlemelerin yapılması, laboratuvar güvenliğinin sağlanması, radyasyon güvenliğinin sağlanması, renkli kod uygulamalarının düzenlenmesi, sağlık kurumlarında çalışanlara yönelik hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliği komitesi ve çalışan güvenliği komitelerinin kurulması, güvenlik raporlama sisteminin tesis edilmesi hususlarında gerekli önlemleri alır ve düzenlemeler yapar (T.C Resmi Gazete, Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği, 6 Nisan 2011, sayı:27897).

Hasta bakım ve tıbbi faaliyet sürecinde aktif rol alan sağlık profesyonelleri, hastalarla en fazla iletişim ve etkileşim içinde olan kişiler olması nedeniyle oldukça önemli bir yere sahiptir. Tıbbi hataların önlenmesi için alınması gereken birçok önlem vardır. Bunlardan bazıları;

- Yeterli sağlık personelinin olması ve iş yükünün azaltılması,
- Mezuniyet sonrası işe girişte uyum eğitimleri ve hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Çalışanlara angarya iş yüklenilmeyerek sadece kendi işi ile ilgilenmesinin sağlanması,

- Yapılan işlemler ile ilgili hastaya bilgi verilmesi,
- Ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda hastaların uyarılması ve onamlarının alınması,
- Hastalara anlatılan konuların kayıt edilmesi,
- Sağlık personeline tıbbi hatalar ile ilgili eğitimler verilirken çalıştıkları birimin özelliklerinin dikkate alınması ve gerekli uyarıların yapılması,
- Yapılacak işlemler ile ilgili hastaları bilgilendirici dokümanların hazırlanması,
- Hemşirelik alanında branşlaşmanın olması,
- Onamların imzalatılması ve saklanması,
- Kayıtların düzgün tutulması ve dokümanların düzenli olarak arşivlenmesi, şeklinde sıralanabilir (Caymaz, 2015).

2.1.8. Güvenli Cerrahide Bilinen Gerçekler

Dünya üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen ve cerrahide güvenliği sağlamada ortaya konulan gerçekler şu şekildedir;

- Weiser ve diğerlerinin (2008) gerçekleştirdikleri “Küresel Cerrahi Hacim Tahmini” çalışması ile dünyada 2004 yılında yaklaşık toplam 234 milyon büyük ameliyat yapılmakta olduğunu bulmuşlardır. Yine aynı araştırma grubu benzer çalışmayı 2012 yılı için 313 milyon olarak gerçekleştirdiğini tahmin ettiklerini ve 8 yıl içerisinde global büyük ameliyat sayısının %33,6 artış gösterdiğini ifade etmişlerdir.
- Elde edilen bulgulara göre, dünyada hem maddi geliri yüksek hem de maddi geliri düşük olan ülkelerde ameliyat sayılarının oldukça arttığı tespit edilmiştir. Bu nedenle cerrahi vakaların yüksek risk ve maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda üzerinde durulması gerek öncelikli bir konu olduğu düşünülmektedir.
- Yapılan çalışmalarda tüm ülkeler için cerrahi vaka verisi elde etmek oldukça zordur. Sadece DSÖ’ne üye ülkelerin tuttuğu surveyans verilerine göre değerlendirme yapılmış ve sonuca göre ülkelerin sadece üçte birinin cerrahi sonrası bulguları değerlendirilebilmiştir. Bu nedenle ülkelerin DSÖ’nün belirlediği Uluslararası Hastalık Verisi, International Classification of Disease (ICD) kullanmaları gerektiği tespit edilmiştir,
- 2004 yılının da tüm dünyadaki majör operasyon verileri toplandığında bu

operasyonların %73,6'si orta ve yüksek gelir dağılımı olan ülkelerde gerçekleştirilmiş olup, bu ülkelerin toplam dünya nüfusunun %30,2 sini kapsamaktadır. Toplam dünya nüfusunun %34,2 sini kapsayan düşük gelir dağılımı olan ülkelerde majör cerrahi sayısı %3-%5 saptanmıştır. Buradan da yüksek gelir dağılımı olan ülkelerde majör cerrahi oranının düşük gelirli ülkelere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

- Tüm ülkeler için vakaların çok çeşitliliği düşünülürse cerrahi operasyon sonrası ölüm ve komplikasyon oranını çıkarmak çok zordur. Fakat gelişmiş ülkelerde yatarak tedavi alan hastaların majör cerrahi sonrası kalıcı sakatlık ve ölüm oranının %4-8 olduğu ve bunların yarısının önlenabilir olduğu anlaşılmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran %5-10 civarında olduğu tespit edilmiştir,
- Sahra altı Afrika'nın bazı bölgelerinde yapılan cerrahi vakada anesteziye dolayı olan ölüm oranının her 150 vakadan birinde görüldüğü anlaşılmıştır. Aynı zamanda post op enfeksiyon ve morbidite oranlarının da yüksek olması oldukça endişe vericidir,
- Dünya çapında ameliyat olan yaklaşık 7 milyon hastada ameliyat öncesinde, sırasında veya sonrasında ölen 1 milyon hastada ciddi komplikasyonlar saptanmıştır. Dünya genelinde perioperatif advers olay oranı %3-5 olarak belirlenmiştir.
- Çalışmalarda, dünya çapında yapılan ameliyatlarda cerrahi güvenliğin önemli bir sorun olduğu anlaşılmıştır. Yapılması gereken şey büyük ölçüde yeterli eğitimin sağlanmasıdır, bunun sayesinde cerrahi vakalarda ölüm oranları düşecek ve sağ kalım oranlarında iyileşme görülecektir (Weiser et al., 2008).

2.1.9.Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı Projesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı" projesi, cerrahi bakımın kalitesini artırmak amacıyla dünya genelinde uygulanabilecek güvenlik standartlarını yaygınlaştırmak için başlatılmıştır. Bu proje 25 Haziran 2008'de Washington'da resmi olarak kabul edildi (Yavuz M., Giersbergen V. ,2016).

DSÖ, birleşmiş milletlere üye ülkelere sağlık koordinasyonunu sağlamak üzere kurulmuş bir organizasyondur. Yaptığı çalışmalarda cerrahi güvenliğin bir toplum sağlığı konusu olarak ele alınması ve dünya genelindeki cerrahi bakımın güvenliğinin artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Bu projeyi yaklaşık olarak 300'ün üzerinde ülke desteklemiştir. İlk toplantı 2007 yılında yapılmış olup, daha sonra ilerleyen dönemlerde çalışmalara devam edilmiş ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi oluşturulmuştur. Bu liste 8 ayrı merkezde denendikten sonra 2009 yılında güncellenmiştir. Ülkemizde ise 2009 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}” olarak geliştirilmiştir. Daha sonra 2011 yılında Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} Uygulama Rehberi oluşturulmuş ve 2015 yılında tekrar güncellenmiştir. (Yavuz M., Giesberg V., 2016).

Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarıcı projesinin amacı, cerrahide güvenliğin sağlanarak hem hasta hem de sağlık çalışanlarının korunması, önlenabilir ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçilerek sağlık bakımının kalitesini artırmaktır.

2.1.10. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ve İçeriği

DSÖ, güvenli cerrahi çalışmalarına, küresel hasta güvenliği çağrısı olarak “Saves Surgery Saves Lives” (Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarıcı) sloganıyla başlamıştır. Cerrahi bakımda kalitenin artması, ölüm ve komplikasyonların azalması için bir çalışma grubu oluşturarak sistematik bir uygulama başlatmıştır. Öncelikle klinisyenlere, hastane yöneticilerine, kamu yetkililerine cerrahi güvenlik hakkında bilgi vererek konunun önemi açıklanmıştır. Ulusal ve uluslararası düzeyde cerrahi bakımla ilgili önemli istatistikler belirlenmiştir. Daha sonra tüm ülkelerde uygulanabilecek cerrahi bakım standartları belirlenmiş ve ameliyathanelerde kullanılacak üç aşamadan (anestezi verilmeden önce, cilt kesisinden önce ve hasta ameliyat odasından çıkmadan önce) oluşan bir kontrol listesi oluşturulmuştur. Kontrol listesiyle sekiz ülkede pilot çalışma yapılmış, komplikasyonların ve ölüm oranlarının önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Daha sonra kontrol listesi tüm dünyada uygulanmaya başlanmıştır (Haynes et al., 2009).

Kontrol listesinin komplikasyon gelişimine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, bir güvenli cerrahi kontrol listesi geliştirilmiş ve üç aylık bir sürede altı tane hastanede uygulanmıştır. Uygulama öncesindeki üç aylık dönemde hastanelerde gelişen komplikasyonlar kaydedilmiş ve uygulama sonrasıyla karşılaştırılmıştır. Kontrol listesi kullanımı öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında 100 hasta başına komplikasyon sayısı %27,3'den %16,7'e; hastane içi ölüm oranı ise %1,5'den %0,8'e düştüğü görülmüştür (Vries et al., 2010). Benzer oranlar Haynes ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada da bulunmuştur (Haynes et al., 2009).

Güvenli cerrahi, hasta ameliyathaneye gelmeden önce daha klinikte iken başlaması gereken bir kavramdır. Bu düşünceden yola çıkılarak DSÖ'nün “Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir” ifadesi ile belirttiği izne dayanarak liste Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından revize edilmiştir. “Klinikten ayrılmadan önce” bölümü eklenerek “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}” adı ile dört bölüm olarak düzenlenmiş ve uygulamaya sunulmuştur (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-6581/saglikta-performans-ve-kalite-yonergesi-2011.html> Erişim tarihi 26 Şubat 2021).

DSÖ'nün ilk olarak belirlediği ve uygulamaya koyduğu liste üç maddeden oluşmaktadır (Şekil1).



Surgical Safety Checklist



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
(with at least nurse and anaesthetist)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? ☐ Yes	☐ Confirm all team members have introduced themselves by name and role.	Nurse Verbally Confirms:
Is the site marked? ☐ Yes ☐ Not applicable	☐ Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.	☐ The name of the procedure
Is the anaesthesia machine and medication check complete? ☐ Yes	Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? ☐ Yes ☐ Not applicable	☐ Completion of instrument, sponge and needle counts
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? ☐ Yes	Anticipated Critical Events	☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
Does the patient have a:	To Surgeon:	☐ Whether there are any equipment problems to be addressed
Known allergy? ☐ No ☐ Yes	☐ What are the critical or non-routine steps? ☐ How long will the case take? ☐ What is the anticipated blood loss?	To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
Difficult airway or aspiration risk? ☐ No ☐ Yes, and equipment/assistance available	To Anaesthetist: ☐ Are there any patient-specific concerns?	☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? ☐ No ☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned	To Nursing Team: ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed? ☐ Are there equipment issues or any concerns?	
	Is essential imaging displayed? ☐ Yes ☐ Not applicable	

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

Şekil 1.DSÖ'nün Hazırlamış Olduğu Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (İngilizce Orijinali)

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ		Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği
Anestezi verilmeden önce	Cilt kesisinden önce	Hasta ameliyat odasından ayrılmadan önce
(hemşire, anestezi)	(hemşire, anestezi ve cerrah)	(hemşire, anestezi ve cerrah)
Hastaya kimlik doğrulaması yapıldı mı? ☐ Evet Taraf işaretlemesi yapıldı mı? ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı Anestezi makinaları ve ilaç listesi kontrolü sağlandı mı? ☐ Evet Pulse oksimetre hasta üstünde çalışıyor mu? ☐ Evet Hastanın bilinen alerjisi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır Hava yolu açıklığı sağlandı mı ve aspirasyon riski var mı? ☐ Hayır ☐ Evet, ekipman desteği mevcut 500 ML üzeri kan kaybı riski var mı? (7ml/kg çocuklar için) ☐ Hayır ☐ Evet ve iki IV merkezi erişim ve sıvılar planlandı.	Tüm Ekip Üyeleri İsimleriyle Kendilerini Tanıttılar Hastanın İsmi ve Kesi Yeri Teyit Edildi Son 60 Dakika İçinde Antibiyotik Verildi mi? ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı Beklenen Kritik Olaylarda Cerrah: ☐ Kritik veya rutin olmayan olaylar nelerdir? ☐ Operasyon ne kadar sürecek? ☐ Beklenen kan kaybı nedir? Anestezi: ☐ Hastaya özel endişeler var mı? Hemşire Ekibi: ☐ Sterilite (Gösterge sonuçları dahil) sağlandı mı? ☐ Ekipmanlarda sorun var mı? Görüntüleme Yapıldı mı? ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı	Hemşire Sözlü Olarak Onaylar: ☐ Ameliyatın adı ☐ Aletlerin, iğne ve spançların tamamlanması (sayılması) ☐ Örnek etiketinin kontrolü (patolojide hasta ismi kontrolü) ☐ Dikkat edilecek herhangi bir ekipman kontrolü Cerrah, Anestezi ve Hemşire: ☐ Hastanın iyileşmesi ve tedavisi için temel endişeler nelerdir?

Şekil 2.DSÖ'nün Hazırlamış Olduğu Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (Türkçe)

2.1.11.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin Hasta Güvenliğini Sağlamada Önemi

2000-2012 yıllarını kapsayan 33 çalışmanın dâhil edildiği bir çalışmada; kontrol listelerinin hasta güvenliği ve perioperatif bakım kültürünün geliştirilmesi açısından umut verici olduğu ve aynı zamanda potansiyel güvenlik tehlikelerinin daha fazla ortaya konabilmesine, cerrahi komplikasyonların azalmasına ve ekip iletişiminin iyileştirilmesine katkı sağladığı görülmüştür (Treadwell JR, 2014).

Fourcade ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada GCKL kullanım oranı hesaplanmıştır. Çalışma Fransa'da 18 kanser merkezinde yapılmış olup listeye uyum oranını %90 bulunmuştur. Ayrıca yapılan çalışmada listenin postoperatif komplikasyon ve ölüm oranlarını ciddi derecede düşürdüğü belirtilmiştir (Fourcade at al, 2012).

GCKL'ni destekleyen Dr. Peter Pronovost, ABD'de bir hastanede yürüttüğü çalışmada kontrol listesinin intravenöz yollardan kaynaklanan kan dolaşımı enfeksiyonlarının oranını üçte iki oranında azaltırken, yoğun bakım ünitelerinde tedavi alan hastaların enfeksiyon oranlarını %3'den sıfıra düşürdüğünü tespit etmiştir. Aynı zamanda yürütülen bu çalışma 18 ay sürmüş ve ABD'nin Michigan eyaletinde yaklaşık olarak 1500 kişinin hayatının kurtarıldığını da çalışmasında belirtmiştir (Bulletin,2008).

GCKL' nin hasta güvenliğine katkıları; hatalara bağlı maliyetin azalması, ameliyat öncesi dönemde hastanın güvenliğinin sağlanması, cerrahi ekibin güvenliğinin sağlanması ve koordineli çalışması, hasta güvenliği için her adımın tekrar edilmesi ve hafızada kalması, cerrahiye bağlı komplikasyon ve ölüm oranının azaltılması, hastanın doğru yerde, doğru zamanda, doğru tedaviyi alması, hasta için gerekli olan özel ihtiyaçların yada cihazların ameliyattan önce hazırlanması, hastaya zamanında antibiyotik uygulanması şeklinde sıralanabilir (Sur ve ark. , 2019).

Sağlık organizasyonlarının kaliteli sağlık hizmeti sunmalarında, hasta güvenliğinin ön planda tutmaları önemlidir. Hasta bakım kalitesini artırmak için GCKL' nin tüm ameliyathane hizmeti veren sağlık kurumlarında uygulanması önerilmektedir.

2.1.12.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}

Başarılı bir uçuşun sağlanabilmesi için pilotun yerdeki ekibe, uçuş personeline, hava trafik kontrol ekiplerine tam olarak güvenmesi ve ekip ile birlikte hareket etmesi gerekir. Benzer şekilde ameliyat da cerrah, anestezi uzmanı, asistan, hemşire, anestezi

teknisyeni ve diğ er elemanlardan oluşan bir ekip işidir. Başarılı bir ameliyatın gerçekleşebilmesi için cerrah esas sorumlu olsa da ameliyatın başarısı ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi tüm ekibin uyum içinde çalışmasına bağlıdır (https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/ Erişim tarihi:3 Mart 2021).

Dünya Sağlık  rg t 'nün, “Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir” ifadesi ülkelere GCKL’ ni kendi ülkelerine göre düzenleme şansını tanımaktadır. Bu izin doğrultusunda DSÖ GCKL, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenerek ülkemize uyarlandı.    bölümden oluşan listeye “Hasta güvenliği hasta ameliyathaneye gelmeden başlar” ifadesi kapsamında hastanın klinikten ayrılmadan önce takip edilmesini sağlayan dördüncü bölüm eklendi. Kontrol listesi “GCKL^{TR},” adı ile (şekil 3) 2009’da kullanılmaya başlandı (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-9022/guvenli-cerrahi.html> Erişim Tarihi: 4Mart2021).



GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ^{TR}

Hastanın Adı Soyadı

Ameliyat/Bölgesi

Ameliyat Tarihi

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;

- ☐ Kimlik bilgileri
- ☐ Ameliyatı
- ☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı.

2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?

☐ Evet

3. Hasta aç mı?

☐ Evet ☐ Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır.....

5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?

☐ Evet..... ☐ Hayır

6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır.....

7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?

- ☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu
- ☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi protokolü
- ☐ Diğer ☐ Hayır

8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?

☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden

- ☐ Kimlik bilgileri
- ☐ Ameliyatı
- ☐ Ameliyat bölgesi
- ☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası Doğrulandı.

11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?

☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz

12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?

☐ Evet

13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?

☐ Evet

Hastanın Risk Değerlendirmesi

14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?

☐ Yok ☐ Var

15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?

☐ Yok ☐ Var

16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?

- ☐ Yok
- ☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?

☐ Evet

18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?

☐ Evet

19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?

- ☐ Tahmini ameliyat süresi
- ☐ Beklenen kan kaybı
- ☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
- ☐ Olası anestezi riskleri
- ☐ Hastanın pozisyonu

20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?

☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı

☐ Kullanılmaz

21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?

☐ Evet ☐ Hayır

22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?

☐ Evet ☐ Hayır

23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

☐ Evet ☐ Hayır

24. Antikoagülan kullanımı var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak

- ☐ Hasta,
- ☐ Yapılan ameliyat,
- ☐ Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?

☐ Evet/Tam ☐ Hayır

28. Hastadan alınan numune etiketinde

- ☐ Hastanın adı doğru yazılı
- ☐ Numunenin alındığı bölge yazılı

29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?

☐ Anestezistin önerileri:

☐ Cerrahin önerileri:

30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?

☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

Şekil 3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}

2.1.13.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} Uygulanışı

DSÖ, kontrol listesinin güvenilir olması için koordineli şekilde hareket edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Özellikle her bir aşamanın liste sorumlusu tarafından teyit edilmesi ve onaylanmasının her adımın ihmal edilmemesi açısından önem taşımaktadır.

Kontrol listesi koordinatörü;

- Ameliyatın her aşamasını kontrol etmeli,
- Bir aşama bitmeden diğerine geçilmesine izin vermemeli,
- Tüm ekip üyeleri hastaya hâkim olana kadar ekibe rehberlik etmeli,
- Gerektiğinde güvenlik adımlarını tamamlamak için ameliyata müdahale edebilmelidir (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-9022/guvenli-cerrahi.html>

Erişim tarihi: 3 Mart 2021).

2.1.14.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} 'nin Bölümleri

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} dört bölümden oluşmakta ve aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-9022/guvenli-cerrahi.html> Erişim tarihi: 3Mart 2021).

- 1.Klinikten ayrılmadan önce,
- 2.Anestezi verilmeden önce,
- 3.Ameliyat kesisinden önce,
- 4.Ameliyattan çıkmadan önce

2.1.14.1.Klinikten Ayrılmadan Önce

Bu bölüm hasta ameliyathaneye transfer edilmeden önce klinikte tamamlanması gereken dokuz güvenlik adımından oluşmaktadır. Kontrol listesini koordine eden kişi hasta ve mümkün olduğu sürece hekim katılımı ile sözlü olarak hasta bilgilerini ve hazırlığını kontrol eder. Bu kontroller;

- Kimlik, ameliyat ve ameliyat bölgesini,
- Ameliyat bölgesi için hastanın rızasının alınıp alınmadığı,
- Ameliyat öncesi açlık durumunu,
- Ameliyat sahası temizliğini,
- Hasta üzerinde yabancı madde (makyaj, protez, değerli eşya gibi) kontrolünü

- Hastanın ameliyat önlüğünün giydirilmiş olmasını,
- Ameliyat için istenen özel hazırlıklarının (lavman, varis çorabı vb.) tamamlanmış olup olmadığını,
- Ameliyat sırasında gerekli olabilecek araç/ürünlerin hazırlığını (implant, kan vb.)
- Tüm tetkiklerin hazır olmasının kontrolünü kapsamaktadır.

Hastanın ameliyathaneye teslimi ile ameliyathane koordinatörü sırası ile kontrol listesinin 2., 3. ve 4. bölümünü uygulamaya başlar

(https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/ Erişim tarihi: 4 Mart 2021).

2.1.14.2. Anestezi verilmeden önce

Bu bölüm hastaya anestezi verilmeden önceki zaman dilimini kapsar ve yedi güvenlik adımından oluşur. Özellikle bir anestezi görevlisi ve cerrahi ekip üyelerinden biri ile tamamlanır. Cerrahın bu bölüme katılması gerekli değildir, ancak hastanın mümkün olduğunca sözel olarak katılımı sağlanır. Bu bölüm;

- Kimlik doğrulamasını, ameliyatını ve ameliyat bölgesini,
- Taraf işaretlemesi kontrolünü,
- Anestezi güvenliğinin sağlanmasını,
- Pulse oksimetrenin kontrolünü,
- Alerji durumunun sorgulanmasını,
- Ameliyat için görüntüleme cihazlarının sağlanmasını,
- Kanama riskinin değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Koordinatör bütün adımları uygun şekilde tamamlandıktan sonra üçüncü bölüme geçer (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3516/0/21072015guvenlicerrahiuygulamarehberipdf.pdf> Erişim tarih: 3 Mart 2021).

2.1.14.3. Ameliyat kesisinden önce

Hastaya anestezi verildikten sonra cerrahi kesiye başlamadan önce verilen cerrahi mola (time out) sürecini kapsayan bölümdür. Bu bölüm bütün ekip üyelerinin katılımını gerektiren dokuz güvenlik adımından oluşur. Bu bölüm;

- Tüm ekip üyelerinin kendilerini ve görevlerini tanıtmalarını,
- Ekibin hastayı, yapılan ameliyatı ve ameliyat bölgesini doğrulamasını,
- Ameliyata bağlı olası kritik durumların değerlendirilmesini,
- Antibiyotik profilasisinin doğrulanmasını,
- Ameliyat sırasında gerekli olabilecek malzemelerin kontrolünü,
- Malzemelerin sterilizasyonun uygunluğunun kontrolünü,
- Kan şekeri kontrolünün gerekliliğinin belirlenmesi,
- Antikoagülan kullanımının sorgulanması,
- Derin ven trombozunun sorgulanmasını kapsar.

Koordinatör, bölümün tüm sorularının cevaplandığına emin olduktan sonra ameliyatın başlamasına onay verir

(<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3516/0/21072015guvenlicerrahiuygulamarehberipdf.pdf> Erişim tarihi: 4 Mart 2021).

2.1.14.4.Ameliyattan çıkmadan önce

Bu bölüm hastanın ameliyat kesisi kapanmadan önce ya da kapandıktan sonra ancak mutlaka hasta ameliyat odasından çıkarılmadan önce uygulanır. Listenin bu bölümü tüm ekibin hastayı son kez birlikte değerlendirilmesini sağlar. Tüm ekibin ameliyat odasında bulunmasını gerektiren 5 adımdan oluşur;

- Gerçekleştirilen ameliyat için; hastanın, yapılan ameliyatın ve ameliyat bölgesinin onayını,
- Ameliyat sırasında kullanılan ve sayımı gerektiren malzemelerin (alet, gazlı bez, iğne, kompres vb.) sayımının doğrulanması,
- Hastadan alınan numune örneğinin etiketlenmesini,
- Hastanın geçirdiği ameliyat ve anesteziye bağlı kritik gereksinimlerinin belirlenmesini,
- Hastanın ameliyathaneden gideceği bölümün onayını kapsamaktadır.

Bu bölümünde koordinatör tarafından onaylanması ile GCKL^{TR} tamamlanmış olur

(<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3516/0/21072015guvenlicerrahiuygulamarehberipdf.pdf> Erişim tarihi: 4 Mart 2021).

Dünya genelinde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin uygulanışına uyum ve sonuçlarını araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde GCKL^{TR} uygulaması Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu tutulmaktadır. Türkiye'de listenin uygulanış, işleyiş ve işlevselliğine ilişkin nitel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma bu gereksinimden yola çıkarak, hasta güvenliği için GCKL^{TR} uygulanışına ilişkin sağlık profesyonellerinin düşüncelerini ve tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmada kullanılan araştırma tekniği, evren ve örneklem seçimi, örneklemeler hakkında bilgi, uygulanan analiz yöntemi, araştırmanın geçerlik, güvenilirlik ve etik hassasiyeti gibi yönetime dair konulara yer verilmiştir.

3.1.Bu Çalışmada Nitel Araştırma Yönteminin Tercih Edilmesini Nedeni

Nitel araştırmaların tam bir tanımını yapmak zordur. Bu konu ile ilgilenen birçok araştırmacı net tanımlar yapamamışlardır. Örneğin; Van Maanen (1979): “*Nitel araştırma bir şemsiye terim olup tanımlamaya, çözmeye, yorumlamaya ve anlamla ilgili terimlere ulaşmaya çalışan teknikleri kapsayan süreçler bütünüdür*” şeklinde tanımlamıştır (Akt. Merriam 1998) (Çeviren Turan S. Nitel Araştırma s:13 2018). Diğer bir tanımı ise Astin ve Long (2009), şöyle yapmıştır: “*Nitel araştırma sosyal dünyayı katılımcıların perspektifinden araştırır. Nitel araştırma, diğer bireylerin perspektif ve deneyimlerini anlama, bireylerin olay ve durumlara kazandırdıkları ve yükledikleri anlam ve yorumları önemsemeye karakterizedir*” (Akt: Jolley J. Introducing Research, Evidence- Based Practice), (Çeviren Ayaz S. (2014) S: 161 Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş).

Nitel araştırma genellikle sözlü ya da yazılı dille uğraşır. Nitel araştırma işe “İnsanlar bu özel sağlık sorununu nasıl deneyimler?” gibi soru ile başlar. Böylece, nitel araştırma başlangıç pozisyonu olarak hakkında hiçbir şey bilinmeyen bir fenomeni (olgu) keşfeder. Başlangıç noktası sorunun kendisidir, teori ya da zaten kabul görmüş bir bilgi temelli değildir (tümevarımsaldır). Nitel araştırma; hakkında çok az şey bilinen, soruların tam olarak ne sorduğunu bilmediğimiz insan deneyimlerinde kullanır (Çeviri: Ayaz S. (2014) s:160, (J. Jolley. Introducing Research, Evidence- Based Practice), (Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş).

Nitel araştırma geleneğine tepki olarak ortaya koyulan nitel araştırma yönteminin savunucuları, nicel araştırmaları hipotezlerin test edilme amacının yeni olguların ortaya çıkmasını engelliyor olması, istatistikî verilerle nicel değişkenler arasında kurulmaya çalışılan ilişkilerin ara süreçleri görmezden gelmesi, bireysel farklılıkların bir gruba genellenmesi ve veri toplama sürecinin sınırlılıkları ve yanlılıklarının üstünün örtülmesi sebebiyle eleştirmektedirler (Tanyaş, 2014). Nitel

araştırmaların, nicel araştırmalardan farklı olan hedef noktası, alana ve araştırmalara yeni bir bakış getirmiş ve araştırmacıları bu alana yönlendirmiştir.

Sonuç olarak nitel araştırma sonucunda ortaya çıkan ürün oldukça açıklayıcıdır. Çalışmanın bulgularını desteklemek için belgelerden alıntılar, alan notları, katılımcı görüşmelerinden alıntılar, elektronik haberleşme ya da bunların bir kombinasyonu kullanılabilir. Bu alıntılar, nitel araştırmanın açıklayıcı doğasına katkıda bulunur (Merriam S. (1998) Qualitative Research), (Çeviren Turan S. Nitel Araştırma s:16 2018). Bu araştırmada da katılımcıların Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımına ilişkin görüşlerinin derinlemesine araştırılması için uygun olacağı düşünülmüş ve daha önce bu konu ile ilgili nitel bir çalışma olmaması nedeni ile tercih edilmiştir.

3.2.Yorumlayıcı Fenomonolojik Analiz Kullanılmış Olmasının Nedeni

Bu araştırmada nitel araştırma desenlerinden yorumlayıcı fenomenolojik analiz (YFA) (İng: interpretative phenomenological analysis-[IPA]) kullanılmıştır. YFA, insanların yaşantılarını anlamlandırabilmelerinin incelenmesi için yapılan nitel araştırma desenlerinden birisidir (Smith et al., 2009).

Fenomonoloji insan deneyimini anlama ya da açığa çıkarma girişiminde bulunur. “Fenomonoloji” kelimesi Yunanca “phainemenon” (şey ya da fenomen) kelimesinden gelir ve basitçe “fenomen çalışması” anlamına gelir. Uygulamada ise fenomenoloji belirli bir şeyin ya da fenomenin yaşanmış deneyiminin çalışmasıdır (Çeviri: Ayaz S. (2014) s:168, (J. Jolley. Introducing Research, Evidence- Based Practice), (Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş).

YFA'yı fenomenolojik yapan unsur, kişilerin deneyimlerine odaklanmasıdır. Fenomenoloji, dünyadaki deneyimlerimizin neye benzediğini anlamaya çalışır. Fenomenoloji metodu ise temelinde, yaşanan deneyimlerin nasıl incelenmesi gerektiğini ve bunların anlaşılması hakkında fikir verir (Smith et al., 2009). Ve bu sebeple görüşmeleri, önceden belirlenmiş kategorilere göre değil, deneyimin kendi ifadeleriyle incelenmesini amaçlar. YFA, aynı zamanda fenomenolojik sorunun başlangıcından itibaren yorumlamayı da beraberinde getirir.

YFA, görüşmecileri konumlandırmadan ve genel iddialara geçmeden önce, her bir görüşmeyi ayrıntılı inceler, evrensel geçerlilik sağlama amacıyla nomotetik olmayıp, kişi ya da vakanın derinlemesine anlaşılmasını sağlaması amacı taşıması ile idiyografiktir (Smith et al., 2009). Bu çalışmada, bireylerin kendi ortamlarında Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini nasıl ve neden kullandıklarını incelemek, kullanma

amaçlarının altında yatan esas meseleleri öğrenmek ve bunu anlamaya çalışmak amaçlanmıştır. İdiyografik olması sebebiyle ve yukarıdaki literatürle de desteklenerek, uygun görülen araştırma deseni nitel araştırma desenlerinden yorumlayıcı fenomenolojik analizdir.

3.3.Evren ve Örneklem Büyüklüğü

Nitel araştırmalarda, nicel araştırmalarda olduğu gibi amaç belirli bir evrene genelleme yapmak değil, konuyu derinlemesine incelemek ve tüm ayrıntılarını anlamaya çalışmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Nitel araştırmalarda, nicel araştırmalardaki gibi örneklem büyüklüğünü belirlemek zordur. Çünkü kendileri için önemli olan sorunlar hakkında konuşmaya razı olan insanlar bulmak ve katılımcıları uygun bir yere yerleştirmek ve katılımcıları çalışmada tutmak da zor olabilir. Evreni yansıtan örnekleme ihtiyaç olmamasına karşın, araştırmacılar kendi araştırmalarını, diğer araştırmalarla değerlendirmek isterler. (Çeviri: Ayaz S. (2014) s:192, (J. Jolley. Introducing Research, Evidence- Based Practice), (Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş). Örneklem büyüklüğü yapılan araştırmanın konusuna ve ihtiyaçlara göre belirlenir.

Nitel araştırmalarda örnekleme dâhil edilecek bireylerden alınması beklenen verinin derinliği ve genişliği örneklem büyüklüğü ile ters orantılıdır. Katılımcılardan alınan verilerin büyüklüğü arttıkça, katılımcı sayısı da azaltılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nitel veri analizi ile tek bir katılımcı hakkında çok şey öğrenilmesi amaçlanır.

YFA için örneklem büyüklüğünün kaç olması gerektiği konusunda doğru bir yanıt yoktur. Az sayıda katılımcıyla, bu katılımcıların her deneyimine bolca vakit ayırmaya çalışmak amaçlanır. Bu çalışmada da grup hastane bünyesinde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan, cerrahlar mesleki tecrübe ve uzmanlığına göre, aynı branştan ez az 2, en fazla 4 kişi oluşturacak şekilde, çalışmaya katılacak olan diğer sağlık profesyonellerinin de mesleki tecrübe ve alanda çalışma süreleri göz önünde bulundurularak kendi branşlarına göre en az 3 en fazla 10 kişi ile görüşme sağlanmıştır. Araştırmanın doğasına uygun olacak şekilde kişilerin çalıştığı bölümlere göre örneklem büyüklüğü alınmıştır. Aşağıdaki tabloda katılımcıların isim (isimler rumuz olarak tanımlanmıştır) yaş ve eğitim bilgileri verilmiştir (bkz. Tablo: 1).

Tablo 1. Katılımcıların Özellikleri (tablodaki isimler rumuz olarak tanımlanmıştır)

Katılımcı	İsim	Cinsiyet	Yaş	Meslek	Çalışma Süresi	Eğitim Durumu
K1	Yunus	Erkek	37	Ortopedi	12 Yıl	Uzman
K2	Faruk	Erkek	54	Ortopedi	21 Yıl	Uzman
K3	Erbil	Erkek	67	Ortopedi	32 Yıl	Profesör
K4	Fecri	Erkek	51	Ortopedi	28 Yıl	Uzman
K5	Ahmet	Erkek	47	Genel Cerrahi	25 Yıl	Uzman
K6	Orçun	Erkek	45	Genel Cerrahi	24 Yıl	Uzman
K7	Celal	Erkek	50	Genel Cerrahi	27 Yıl	Uzman
K8	İshak	Erkek	65	Genel Cerrahi	33 Yıl	Uzman
K9	Osman	Erkek	49	Üroloji	24 Yıl	Uzman
K10	Hasan	Erkek	59	Üroloji	30 Yıl	Uzman
K11	Muharrem	Erkek	52	Üroloji	28 Yıl	Uzman
K12	Mustafa	Erkek	61	Kulak-Burun-Boğaz	34 Yıl	Uzman
K13	Halil	Erkek	61	Kulak-Burun-Boğaz	37 Yıl	Uzman
K14	Cenk	Erkek	43	Kulak-Burun-Boğaz	19 Yıl	Uzman

Tablo 1.Katılımcıların Özellikleri (tablodaki isimler rumuz olarak tanımlanmıştır) (Devam)

K15	Uzay	Erkek	49	Kulak-Burun Boğaz	25Yıl	Uzman
K16	Sema	Kadın	47	Kadın Doğum	26 Yıl	Uzman
K17	Fahriye	Kadın	55	Kadın Doğum	28 Yıl	Uzman
K18	Ahmet	Erkek	46	Kadın Doğum	20 Yıl	Uzman
K19	Behiye	Kadın	45	Kadın Doğum	20 Yıl	Uzman
K20	İsmail	Erkek	56	Anestezi ve Reanimasyon	22 Yıl	Profesör
K21	Tahmile	Kadın	55	Anestezi ve Reanimasyon	28 Yıl	Profesör
K22	Yasemin	Kadın	43	Anestezi ve Reanimasyon	18 Yıl	Uzman
K23	Hüseyin	Erkek	39	Beyin Cerrahisi	15 Yıl	Uzman
K24	Emin	Erkek	45	Beyin Cerrahisi	18 Yıl	Uzman
K25	Hüseyin	Erkek	63	Plastik ve Rekonstrüktif	39 Yıl	Operatör
K26	Hamit	Erkek	59	Plastik ve Rekonstrüktif	33 Yıl	Operatör
K27	Abdurrahman	Erkek	60	Göz Hastalıkları	28 Yıl	Operatör
K28	Hikmet	Erkek	37	Göz Hastalıkları	13 Yıl	Uzman

Tablo 1.Katılımcıların Özellikleri (tablodaki isimler rumuz olarak belirlenmiştir) (Devam)

K29	Nurdan	Kadın	41	Ameliyathane Hemşiresi	17 Yıl	Lise
K30	Rahşan	Kadın	22	Ameliyathane Hemşiresi	2 Yıl	Lise
K31	Ruşen	Kadın	21	Ameliyathane Hemşiresi	2 Yıl	Lise
K32	Fatma	Kadın	27	Ameliyathane Hemşiresi	7 Yıl	Lise
K33	Saliha	Kadın	30	Ameliyathane Hemşiresi	10Yıl	Lise
K34	Enes	Erkek	23	Anestezi Teknikeri	4Yıl	Lise
K35	Eralp	Erkek	21	Anestezi Teknikeri	1 Yıl	Lise
K36	Abdullah	Erkek	24	Anestezi Teknikeri	5 Yıl	Lise
K37	Hamit	Erkek	38	Anestezi Teknikeri	15Yıl	Lise
K38	Buse	Kadın	21	Klinik Hemşiresi	1,5Yıl	Lise
K39	Recep	Erkek	20	Klinik Hemşiresi	6 Ay	Lise
K40	Rukiye	Kadın	23	Klinik Hemşiresi	3 Yıl	Lise
K41	Aleyna	Kadın	21	Klinik Hemşiresi	1 Yıl	Lise

3.4.Örnekleme Tekniği

Bu araştırmada, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaca yönelik doğrulayıcı ve yanlışlayıcı (tümevarımcı) örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Bu örnekleme yönteminde, araştırmacı incelediği olay veya olgu üzerindeki çalışmasını derinleştirdikçe farklı yeni olay ve olguları keşfetmeye başlar. Araştırmacı tümdengelimsel şekilde hipotezleri test etmek yerine kavram, hipotez ve teori oluşturmak için veri toplar. Gözlemlerin, görüşmelerin ve belgelerin parçaları bir araya getirilir ve daha büyük parçalar oluşturulur; yani, araştırmacı özelden genele doğru bir yol izler. Nitel araştırmada veriler, tümevarımsal bir şekilde elde edilen bulgular, kategori, tema, tipoloji, kavram, kesin olmayan hipotez ve hatta uygulamanın belirli bir yönüyle ilgili olan teori biçimlerinden (Merriam S. (1998) Qualitative Research), (Çeviren Turan S. Nitel Araştırma s:15 2018).

Araştırmacı, incelediği olay veya olgu üzerindeki çalışmasını derinleştirdikçe farklı ve yeni olay ve olguları keşfetmeye başlar. Bu yeni keşfedilen bulguların ne derece anlamlı olduğunu belirlemek için araştırmacının bulguları doğrulayıcı veya yanlışlayıcı ek durumlara ihtiyacı olacaktır (Popper, 2005; Silverman, 2013). Doğrulayıcı durumlar, araştırmanın ilk aşamalarında yapılan öncü değerlendirmede keşfedici bir karakterdedir (Patton, 2005). Veriler toplanırken ortaya çıkan desen ve örüntülerin belirlenmesi ve ardından desen ve örüntülerdeki anlam ve bağlamın yakalanması için doğrulayıcı çalışmalar yapılması gereklidir (Creswell, 2013). Bu süreç düşüncelerin test edilmesini, muhtemel örüntülerin önemini ve anlamın doğrulamayı ve ortaya çıkan bulguların yeni verilerle ve ek durum çalışmalarıyla devamının getirilip getirilemeyeceğini kontrol etmeyi kapsar (Schmidt & Hunter, 2014). Çalışmanın bu aşaması araştırmacının doğrulayıcı ve yanlışlayıcı durumları tespit ve örnekleme dahil etmesini gerektirmektedir. Doğrulayıcı durumlar var olan sonuçlara çeşitlilik, inanırılık, zenginlik ve derinlik katan ya da zaten ortaya çıkmış olan örüntülerin geçerliliğini arttıran ek durumlardır. Yanlışlayıcı durumlar ise araştırmaya karşı yorumların kaynağını teşkil etmekle beraber doğrulanan bulguların sınırlarının belirlenmesini sağlar. Yanlışlayıcı durumlar, 'kurallı gösteren istisnalar' veya temel örüntü olarak beliren durumların akışını bozan istisnalar olarak düşünülebilir (Popper, 2005).

Bu çalışmada katılımcıların GCKL^{TR} ni kullanıyor olması göz önünde bulundurulmuştur. Örneklem seçimi ise İstanbul ilindeki, bir zincir hastane grubunun Bağcılar, Beylikdüzü ilçeleri ile Çapa semtlerine konuşlanmış olan grup hastanelerinde görev yapan sağlık profesyonellerine, çalışma hakkında bilgi verilerek, araştırmacıya olumlu geri dönüş yapan kişilerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem, belirli ölçütleri sağlayan, özel grup hastane bünyesinde görev yapan sağlık profesyonellerinden gönüllülük esasına dayalı olarak seçilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Nitel çalışmada verileri toplayabilecek birçok yöntem olduğu görülebilir. Uygulamada görüşme, en yaygın kullanılan teknikten bir tanesidir. Katılımcılara açık ya da kapalı uçlu sorular sorularak bilgi toplanır (Ayaz S., (Çev.) (2014), Araştırmaya ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş, Jolley J., Introducing Research& Evidence-Based Practice, Nobel Yayın). Görüşme, gözlemleyemediğimiz davranışlar, duygular veya insanların etraflarındaki dünyayı nasıl ifade ettiklerini öğrenmek için gereklidir ve bilgi toplamanın en iyi yolu görüşmedir (Turan S. (2018), Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber. In: Qualitative Research A Guide to Design and Implementation. Merriam S. Ankara: Nobel Yayıncılık, s:86). Kişilerin kendi ortamlarında kendi ifadeleriyle deneyimlerini aktarmaları oldukça önemlidir, bu nedenle “görüşme” olarak yürütülen çalışmada verilerin toplanması için yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır.

3.5.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Yorumlayıcı fenomenolojik analiz için en yaygın kullanılan yöntemlerden birisi yarı yapılandırılmış görüşme formlarıdır. Bu teknikte, araştırmacı önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme protokolünü hazırlar. Buna karşın araştırmacı görüşmenin akışına bağlı olarak alt ya da yan sorular sorarak görüşmenin akışını etkileyebilir, bu sayede konu hakkında kişilerin daha derin bilgiler vermesini sağlayabilir.

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda, sorular esnektir, genellikle her katılımcıdan spesifik veriler toplanır. Görüşmenin büyük bir kısmı açıklığa kavuşturulması istenen sorular veya sorunlardan oluşur (Turan S. (2018), Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber. In: Qualitative Research A Guide to Design and Implementation. Merriam S. Ankara: Nobel Yayıncılık, s:88).

Bu araştırmada, “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}” kullanımında sağlık profesyonellerinin görüşlerini belirlemek ve kullanıma yönelik olumlu ya da olumsuz altta yatan nedenlerin ne olduğunu anlamak amacıyla açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu oluşturulmuştur. Görüşme formu, beş ana bölümden ve görüşmede kişinin kendini açmasına yönelik olarak kullanılmak üzere yardımcı ara sorulardan oluşmaktadır (Ek 1: Tez Mülakat Formu). Görüşme formunda ki ana bölümler aşağıdaki gibidir:

BÖLÜM 1: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi sizin için ne ifade ediyor? Kullanımı gerekli mi? Neden?

BÖLÜM 2: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili daha önce hiç eğitim aldınız mı? Ne zaman?

BÖLÜM 3: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ne gibi yararlar sağlar? Kullanılmadığında ne gibi sonuçlarla karşılaşsınız?

BÖLÜM 4: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

BÖLÜM 5: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini neden doldurduğunuzu düşünüyorsunuz? Sizce doldurulmamasının nedenleri nelerdir?

Yarı yapılandırılmış bu görüşme formu, katılımcılardan alınacak verilerin araştırmacı tarafından ayrıntılı olarak incelenebilmesi için ve katılımcıların çağrışım yapabilmeleri ve deneyimlerini betimlemelerine olanak sağlayabilmesi için açık uçlu sorulardan oluşturulmuştur.

3.6. Veri Toplama Süreci

Nitel veri çalışmaya dâhil olan insanlarla yapılan görüşmeler sonucu kişinin kendi ifadelerinden tecrübeleri, fikirleri, duyguları ve bilgilerinden doğrudan alıntılar

veya kayıt edilerek gözlem yapılan insan eylemlerinin, davranışlarının detaylı olarak tanımlanmasından veya çeşitli dokümanlardan elde edilen alıntılardan, pasajlardan oluşan verilerdir (Turan S. (2018), Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber. In: Qualitative Research A Guide to Desing and Implementation. Merriam S. Ankara: Nobel Yayıncılık, s:83). Nitel araştırmalarda veri toplama gözlem, doküman, görüşme gibi birkaç türü de içinde barındırır.

Bu araştırmada, görüşmelerden önce, soruların test edilmesi ve tahmini sürenin belirlenebilmesi için görüşmeye yanıt veren 2 kişiyle pilot çalışma yapılmıştır. Sorular test edildikten sonra ana görüşmelere başlanması için hazırlıklar yapılmıştır.

Görüşme yapmak amacıyla özel grup hastane Yönetim Kurulu Başkanlığından gerekli izinler alınmış ve bilgilendirme yapılmıştır. Bu izin, araştırma yapılacak olan grup hastanenin 3 ilçede bulunan Başhekimlik, Başhemşirelik ve İnsan Kaynakları birimlerine mail yoluyla bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılanlara öncelikle gönüllülük esasına dayandığı iletilmiş, cerrahlar için randevu oluşturularak ziyaret sağlanmış, diğer birimlerde görev yapan katılımcıların görev yaptıkları bölümde yer uygunluğu ve mesai saatleri ayrıca yoğunlukları dikkate alınarak, uygun oldukları zaman dilimleri seçilmiştir. “Gönüllü Olur Formu” (Ek 2) onaylanması ile görüşmeler özel grup hastanede, cerrahların kendi görev yaptıkları polikliniklerde, diğer katılımcıların da kendi görev yaptıkları birimlerde bire bir gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin her biri 15 dakikadan az, 45 dakikadan fazla olmamak kaydı ile değişkenlik göstermiştir. Görüşmeler ses kaydı alınarak gerçekleştirilmiştir. Kişilerin önce sosyo-demografik bilgilerinin saptanacağı form “Sağlık Çalışanlarını Tanımlayıcı Bilgileri” (Ek 3) doldurulmuş, akabinde görüşmeler başlatılmıştır.

Veri toplama süreci araştırmacının katılımcılarla yüz yüze görüşmesi ve telefonun ses kayıt özelliği ile kayıt altına alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.7.Verilerin Analizi ve Yöntemi

Nitel çalışmalar sonucunda elde edilen veriler, nicel çalışmaların aksine daha zengin ve betimleyici nitelikte olmaları nedeniyle, verilerin daha detaylı şekilde incelenmesine fırsat sağlamaktadır. Nitel araştırmalarda, nicel araştırmalarda olduğu gibi istatistiki veriler tercih edilmez. Amaç daha az veriyle, derinlemesine araştırma

yapmak ve konunun birçok açıdan değerlendirilmesini sağlamaktır (Turan S. (2018), Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber. In: Qualitative Research A Guide to Desing and Implementation. Merriam S. Ankara: Nobel Yayıncılık, s:161-167).

Ses kayıtları, toplanan verilerin kaybolmaması amacıyla bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Aktarılan ses kayıtları, araştırmacı tarafından dinlenilerek yazıya geçirilmiştir. Yazıya geçirilen veriler, YFA metoduyla analiz edilmiştir. Bunun için Smith, Flowers ve Larkin'in (2009), Interpretative Phenomenological Analysis kitabı kılavuz olarak kullanılmıştır.

YFA, temelde dört aşamadan oluşur. İlk aşama transkriptlerin tekrar tekrar okunmasıdır. Böylece araştırmacı, önemli noktaları daha çok kavrar ve katılımcının transkriptlerine hâkim olur. İkinci aşamada önemli görülen noktalar transkriptlerin sağ tarafına not edilir. Metnin tamamı bu şekilde incelendikten sonra transkriptler tekrar okunur ve metnin sol tarafına, sağ tarafa yazılan notlara dair temalar yazılır. Üçüncü aşamada ise sol tarafa yazılan temalar kendi aralarında ilişkilendirilip; gruplandırılarak alt ve üst temalar oluşturulur. Bu işlemi takiben dördüncü aşamaya geçilir. Dördüncü aşamada, tüm katılımcıların alt ve üst temaları karşılaştırılarak, tekrar eden temalar belirlenmiş ve temalar tablosu geliştirilmiştir. Çalışmamızda tüm aşamalar yukarıda açıklandığı şekilde gerçekleştirilmiştir.

3.8.Geçerlilik ve Güvenilirlik

Nitel araştırmalarda, nicel araştırmalar gibi güvenilirlik ve geçerlik konusunda yöntem ve testler yoktur ve bu husus eleştirilir. Nitel araştırmalarda geçerlik, araştırmacının araştırdığı durumu yansız bir şekilde gözlemesi anlamına gelir (Turan S. (2018), Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber. In: Qualitative Research A Guide to Desing and Implementation. Merriam S. Ankara: Nobel Yayıncılık, s:200).

Nitel araştırmada geçerlik, araştırmacının sonuç ve bulgulara nasıl ulaştığını ayrıntılı olarak rapor etmesi ile sağlanabilir. Örneğin, betimsel bir analizin yapıldığı bir araştırmada, katılımcılardan alınan verilere doğrudan alıntılar ile yer vermek ve bunlara atıf yapılarak sonuçları açıklamak geçerlik için önemli bir yöntem olacaktır. Bu araştırmada da analizin sonucunda ortaya çıkan temalar alıntılar ile desteklenmiştir.

Nicel araştırmalarda güvenirliğe dair istenen bazı faktörlerin nitel araştırmalarda bulunması söz konusu değildir. Örneğin, nitel araştırmanın temel özelliklerinden birisi olan algıların önemi, nicel araştırmalardaki güvenirlik tanımına uygun değildir (Ayaz S., (ev.) (2014), Araştırmaya ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş, Jolley J., Introducing Research& Evidence-Based Practice, Nobel Yayıncılık s: 200,201).

Nitel araştırmalara göre gereklilik, bireylere ve içinde bulunan zamana göre değişkenlik gösterdiğinden tekrarlanan diğer çalışmalarda, aynı sonuçların ulaşılması beklenemez. Bu nedenle nitel çalışmalar için dış güvenirliğin farklı anlamları vardır. Aynı şekilde i güvenirlik için beklenen şartlar da nitel araştırmaların doğasına uymamaktadır. Nitel araştırmalarda güvenirlik, veri toplama ve kullanılan analiz yöntemlerinin ayrıntılı açıklanması ile sağlanabilir. Görüşmelerin nasıl yapılp, kayıt altına alındığı, verilerin nasıl analiz edildiğinin ayrıntılı açıklaması güvenirliği arttıran faktörlerdendir. Bu çalışmada da literatüre bağlı kalınarak, görüşmelerin tüm aşamaları, verilerin toplanması ve analizlerinin yapılması süreci tüm ayrıntıları ile verilmiştir.

3.9.Etik

Bilimsel araştırmalar yapılırken uyulması gereken etik kurallar vardır. Bunlar, bilinçli onay, gizlilik, aldatmama ve verilere sadık kalmadır. Bilinçli onay, araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında doğru ve ayrıntılı bilgi verilmesini ve onay alınmasını kapsar.

Bu çalışmada, görüşmeler öncesi katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmanın konusu, gizliliği ve katılımcıların hakları hakkında bilgi içeren "Gönüllü Olur Formu" (EK 2) verilmiştir, araştırmacı ve katılımcı tarafından imzalanan formun bir kopyası katılımcıda bir kopyası da araştırmacıda kalmak üzere saklanmıştır. Gizlilik hususu katılımcıların kimliklerinin işfa edilmemesine gösterilen hassasiyeti kapsar. Bu çalışmada, rumuz isimler kullanılarak gizlilik kuralına uyum sağlanmıştır. Aldatmama etik kuralı ise katılımcıların hiçbir şekilde yanıltılmadan doğru bilgilerin onlara sunulmasını kapsar. Bu alışmada, EK 2'de de görüldüğü gibi, katılımcılara doğru ve eksizsiz bilgi verilmiştir.

Son olarak verilere sadık kalma kavramı ise verilerin arpıtılmadan, olduğu gibi analiz edilmesi anlamına gelmektedir. Bu çalışmada da verilerin analiz edilmesi aşamasına hassasiyetle yaklaşılmıştır ve bireylerin söylediklerinin dışına çıkılmamıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, toplanan verilerin analiz sonuçlarına verilmiştir.

Sağlık Profesyonelleri ile gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerin sonunda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesinde Yorumlayıcı Fenomonolojik Analiz sonucunda, “Eğitim İhtiyacı”, “Risk alma”, “Ötekiler”, “Empati” “Sirkülasyon”, ve “Baskı” olmak üzere 6 üst tema belirlenmiştir (bkz: Tablo 2).



Tablo 2. Katılımcıların Üst ve Alt Temaları

TEMALAR	KATILIMCILAR
1.EĞİTİM İHTİYACI	
1.1 Eğitim verilirse katılırim	Tüm katılımcılar
1.2 Listedeki maddelerin içeriğini bilmiyorum	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 K9, K10 K11, K12, K13, K14, K15, K16, K17, K18, K19, K20, K21, K22, K23, K24, K25, K26
1.3 Listeyi ben doldurmadığım için sıkıntım olmuyor	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15, K16, K17, K18, K19, K20, K21, K22, K23, K24, K25, K26, K27, K28
2.RİSK ALMA	
2.1 Liste bence gereksiz ve vakit kaybı	K3, K7, K13, K14, K17, K18, K31, K35, K36, K39, K41
2.2 Ezbere dolduruyorum	K29, K32, K35, K39, K40, K41
2.3 Listeye bakmam, hastam hazır mı diye sorarım	K16, K17, K18, K27, K28, K9, K11
2.4 Hastalarımı kendim sorgularım, eminsem alırım	K13, K14, K15
3.ÖTEKİLER	
3.1 Listeyi ameliyathane dolduruyor, onlar bilir	K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 K10, K11, K12, K13, K14, K18, K19, K26, K27
3.2 Listeyi dolduran hemşireler sorumluluk onlarda	K1, K15, K16, K17, K18, K19, K23, K24
3.3 Listeyi dolduranlar tamam derse ameliyata alırım	K9, K10, K25, K28

Tablo 2. Devamı: Katılımcıların Üst ve Alt Temaları

TEMALAR	KATILIMCILAR
4.EMPATİ	
4.1 Kendim için liste doldurulmasını isterim.	K4, K5, K6, K12, K17, K23, K24, K27, K28, K29, K30, K36, K39, K41
4.2 Listenin kendim için uygulandığını bilmek beni güvende hissettirir.	K4, K5, K12, K17, K20, K21, K28, K29, K36, K37, K39
5.SİRKÜLASYON	
5.1 Hastaları yatış birimi üst üste yatırıyor	K38, K39, K40, K41
5.2 Doktor ve ameliyathane hastanın hazırlığı bitmeden hastayı istiyor	K38, K39, K40, K41
5.3 Ameliyathanede vakalar sarkmasın diye hızlı hızlı istiyoruz	K29, K30, K31, K32, K33, K34, K35, K36, K37
5.4 Hastaları üst üste yatırır ve yetiştiremem diye listeyi hasta gelmeden dolduruyorum	K38, K39, K40, K41
6. BASKI	
6.1 Sorumlu hemşirem sürekli kontrol ediyor	K38, K39, K40, K41
6.2 Doldurmazsam uyarı veriyorlar	K29, K30, K31, K32, K33, K34, K35, K36, K37, K38, K39, K40, K41.

4.1. Analiz Sonucu Araştırmacının Belirlediği Üst ve Alt Temalar

4.1.1. Eğitim

Üst tema olan “Eğitim” kişilerin meslek yaşantıları boyunca ve kurumda çalıştığı sürede dikkate alınarak Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili ne bildiklerini içerir. Bu üst tema “Eğitim verirlerse katılıyorum”, “Listedeki maddelerin içeriğini bilmiyorum”, “Listeyi ben doldurmadığım için sıkıntım olmuyor” şeklinde alt temalardan oluşmaktadır.

4.1.1.1. Eğitim Verirlerse Katılıyorum

Bu tema katılımcıların mesleki yaşantıları boyunca ayrıca kurumda görev yaptıkları süre içerisinde hiç eğitim aldılar mı, aldılarsa en son ne zaman olduğu ve tekrar almak isterler mi konularını anlatmaktadır. Bu alt tema tüm katılımcıları içerir.

K1, mezun olduktan sonra liste ilgili bilgisinin olmadığını, asistanlık zamanlarında üst devrelerinden sadece birkaç bir şey öğrendiğini, tam olarak hiçbir yerden eğitim almadığından bahsetmiştir.

“Araştırmacı (A): Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili daha önce hiç eğitim aldınız mı? Aldıysanız en son ne zamandı?”

Katılımcı 1 (K1): Bu liste ile ilgili daha önce hiç eğitim almadım. Ben asistan olduğum zamanlar üstlerim hastanın hazırlığı konusunda bana bazı şeyler anlatmıştı, ama kimse bana bu listenin olduğunu söylemedi, kuruma başladığım zaman da liste ile ilgili hiç eğitim almadım, fakat anlatırlarsa seve seve dinlerim.”

Bir başka katılımcı ise liste ile ilgili eğitimin önemini vurgulamıştır.

“K20: Meslek hayatım boyunca aslında tek dikkat ettiğim şey, hasta güvenliğidir. Çünkü hastanın hayatı bize emanet, en ufak hatada hastanın hayatını riske atabiliriz. Bunu önlemek ve dikkat etmek için aslında bu tür önlemlerin alınması hepimiz için önemlidir, buda en nihayetinde eğitimden geçer. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi de bu durumda bizim için ve hasta için önemli hale geliyor, bu konuda eğitimin başlı başına bence sürekli olarak tüm sağlık personeline belirli aralıklarla verilip hatırlatılması gerekir.”

K41, kurumda çalıştığı sürede denetime geldiklerinde yaşadığı deneyimden bahsetmiştir:

“Bir keresinde çalışırken denetim olduğunu haber verdiler ve bizde hemen gerekli önlemleri alarak hazır vaziyette denetçileri bekledik. Alana geldiler, dosyalarımızı, evraklarımızı incelediler ve bana Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili ne zaman eğitim aldığımı sordular. Biraz düşündüm ve kuruma ilk işe başladığımda oryantasyon sürecinde yani yaklaşık olarak 1 yıl falan oluyor, o zaman aldığımı ilettim. Başka ne zaman aldığımı sorunca almadığımı ilettim ve bana aslında eğitimin mutlaka en az 3 ay en fazla 6 ayda bir mutlaka tekrar eğitim almam gerektiğini iletmışlerdi. Bu nedenle liste ile ilgili eğitimin önemli olduğunu anlamıştım.”

K7 ise vakaya gireceği sırada denetçilerle karşılaşp liste ile ilgili başına gelenleri paylaşmıştır:

“Bir gün hastamı ameliyathaneye aldıkları sırada bende hazırlanıp tam vakaya girecektim ki, kapıda beni yakalayıp hocam birkaç soru sormak istiyoruz diyen 2 kişi ile karşılaştım. Bana ameliyata gitmeden önce neleri kontrol ediyorsunuz, neye göre kontrol ediyorsunuz diye sordular, bende olması gerekenleri sıraladım, yani hastanın gerekli hazırlıklarını anlattım. Fakat aslında bana Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini soruyorlarmış ve ben anlamamışım, Time Out dediklerinde kafamda ışıklar yandı bir şeyler anlattım ama daha önce liste ile ilgili hiç eğitim almadığım için bilmiyordum, o zaman aslında bize bunu anlatsalardı hem ben hem de çalıştığım kurum zor durumda kalmayacaktı bende birkaç bir şey anlatabilirdim.”

Bazı katılımcılar ise aslında eğitimin önemli olduğunu fakat mesleki yaşantıları ve kurumda çalıştığı sürede ne kadar eğitim aldıklarından bahsederek, tekrarı olursa katılacaklarını ifade etmişlerdir.

“K34: Ben bu kuruma başlayınca sadece bir kez eğitim aldım onu da sorumlu hemşirem verdi, başka hiç kimseden almadım, oda zaten ne için değil nasıl dolduracağımı anlattı o kadar. Detaya girilerek anlatılmadı, ama tekrar eğitim verirlerse alırım.”

“K36: Sadece oryantasyon sürecinde anlatıldı, listeyi nasıl doldurmam gerektiği söylendi o kadar. Daha sonra eğitim almadım, olursa katılırım.”

Bazı katılımcılar ise eğitimle ilgili oldukça net ve kararlı cevaplar vermiştir:

“K22: Eğitim her şeyi değiştirir, yeter ki istenilsin.”

“K21: Eğitim olmazsa gelişme olmaz, bir şey yaparken ne için yaptığınızı bilmezseniz, sonuçlarına da katlanırsınız.”

4.1.1.2.Listedeki Maddelerin İçeriğini Bilmiyorum

Bu tema bazı katılımcıların listenin içeriği ile ilgili neden hiçbir şey bilmedikleri ve buna neden olan faktörler arasındaki bağlantıyı yansıtmaktadır.

(A): Liste sizin için ne ifade ediyor?

(K16): Liste ile ilgili aslında çok bir fikrim yok, çünkü tam olarak listede ne yazıyor bilmiyorum. Çünkü benim onayımından geçmiyor yani haberim olmuyor desek daha doğru olur.

Diğer bir katılımcı ise GCKL^{TR}’ de imza atacağı bir yer olmadığından bahsetmektedir:

(K8): Bu listede benim işaretleyeceğim ya da imza atacağım bir parametre olmadığından, bunu dolduran arkadaşlar listeyi bana getirmiyor ve doğal olarak bana gelmediği için listede ne var ne yok ne anlatıyor tam olarak bilmiyorum.

Başka bir katılımcı aslında liste ile çok ilgilenmediğini, bu nedenle içeriği hakkında çok fazla bilgi sahibi olmadığını ifade ediyor:

(K19): Bu listeyi ben meslek hayatım boyunca hiç kullanmadım, merak da etmiyorum, yani çok ilgimi çekmiyor, zaten benim burada dolduracağım bir yer yok sanırım, olsaydı bana mutlaka getirirlerdi ve benim de haberim olurdu, listede ne yazıyor ne var inan hiç bilmiyorum.

Bir diğer katılımcı ise yine listeyi kendisi doldurmadığı için bilgi sahibi olmadığını iletiyor:

(K7): Şimdi, bana bununla ilgili bir şey anlatmadılar, hasta hazır diyorlar bizde onaylıyoruz fakat bu liste üzerinde imza ya da ne bileyim kaşe falan bir şey olmadığından, ya da mesela benim fikrimi ifade edeceğim, işaretleyeceğim bir yer olmaması benim bu formun içeriği ile ilgili bilgimi kısıtlıyor. Tam olarak ne var, kim nereyi dolduruyor ben ne yapacağım bilmiyorum.

(A): Peki sizce bunun nedeni ne olabilir?

(K7): Bence ilk başta bize anlatmalılar, bizim bu listedeki görevimiz ne, nereye işaret koyacağız ya da mesela nerelere dikkat edeceğiz. Belki o zaman sana bunun hakkında yorum yapabilirdim.

Katılımcılardan biri GCKL^{TR} hakkında, dolduran kişilerin en son kendi onayları alındıktan sonra tamamlanması gerektiği, böyle yapılırsa listeden haberdar olacaklarını açıklıyor:

(K12): Şimdi öncelikle ben bu listede ne yazıyor bilmiyorum, neden, çünkü bunu dolduran arkadaşlar bana getirmediği için, belki de kurum bana anlatmadığı için ya da bizlere bunları anlatmadıkları için olabilir. Eğer hastanın hazırlığı biter son aşamada bizim de bu listenin onayını yapmamız için liste bize gelirse işte o zaman sana bu konu ile ilgili yorum yapabilirim. Bana gelmeyen bir formun içeriği ile ilgili bilgi vermem şu durumda yanlış olur.

K15 ise, aslında liste kullanımında kendilerinin de sorumlu olduğunu fakat, işleyiş prosedüründeki açıklar nedeniyle ihmal ettiklerini vurguluyor:

“Bence doğru olan bu listede hemşire arkadaşlar kadar bizde sorumluyuz, fakat bazen kurulu olan düzen ve işleyişe ayak uydurmak zorunda kalıyorsunuz, yani liste ile ilgili bir kontrol mekanizması olsa, bizde sorumluluk sahibi bireyler olarak üstümüze düşeni yapsak her şeyden haberimiz olur. Şimdi beni anlıyorsun sanırım, yani bu liste kullanılırken bana hiç gelmediği için ve bende bunu sorgulamadığım için doğal olarak formun içeriğini bilmiyorum, yani maddelerden ne sorgulanıyor tam olarak hâkim değilim.”

4.1.1.3. Listeyi Ben Doldurmadığım İçin Sıkıntı Olmuyor

Bu tema, katılımcıların listeyi doldurmaya yönelik sorulan soruda neden problem yaşamadıkları ve buna neden olan faktörleri ele almıştır.

“A: Listeyi doldururken herhangi bir sıkıntı yaşıyor musun?”

K6: Bu GCKL^{TR}’ ni ben doldurmadığım için açıkçası bir sorunum olmadı şimdiye kadar. Dolduran arkadaşlara sormak lazım ne problemleri oluyor.

A: Neden siz doldurmuyorsunuz peki?

K6: Benim doldurmam gerektiğini bilmiyorum çünkü. Kimse bana söylemedi ya da buna yönelik bir uyarı falan almadım.”

Başka bir katılımcı ise problemin eğitimden kaynaklandığı, aslında kendilerine gerekli bilgiler verilirse liste ile ilgili yorumlama yapabileceğini iletiyor:

“K24: Bence bu sistemsal bir problem. Çünkü işleri sisteme göre oturtmuşlar ve bu yönde ilerliyorlar, liste işle ilgili bana bir şey anlatmazsan ben nerden bilebilirim ya da sana neyi anlatabilirim sıkıntı var mı yok mu bana göre önce kişileri eğitmelisin sonra uygulama yapmalısın, sonrada problemleri ortaya çıkarmalısın.”

K23 ise, kendilerinin doldurması gereken bölümün aslında olduğunu ama, buna dikkat etmedikleri için hiçbir sıkıntı yaşamadığını anlatıyor:

“Ben bu kurumda çalıştığım sürede kimse bana listenin burasını dolduracaksın diye göstermedi ve eğitimde vermedi. Biz bazı bilgileri kendimiz çalıştığımız sürede öğrendik. Aslında bu listede benim bakmam gereken yerler var fakat bir dikkat etmediğim için yani kimsede buna yönelik bir uyarı yapmadığı için sıkıntım olmuyor.”

Bazı katılımcılar ise, zaten GCKL^{TR}’ ni doldurmanın kendi görevi olmadığını illeterek, liste kullanımına yönelik güçlük yaşamamalarını normal karşılamaktadır:

“K25: Benimle alakalı olmayan bir liste ile ilgili sıkıntı yaşamam saçma olur.”

“K26: Listeyi doldurmak ya da işaretlemek her neyse benim işim değil, bu nedenle bunu yapan arkadaşlar sıkıntı yaşıyordur. Ben bir problem yaşamıyorum.”

“K17: Liste ile ilgili sıkıntım yok, çünkü ben doldurmuyorum, zaten benim işim değil.”

4.1.2.Risk Alma

Bu tema, katılımcıların meslek hayatlarında GCKL^{TR}’ ni kullanırken nelere dikkat ettikleri ya da etmedikleri doğrultusunda hastanın hayatına ve kendi mesleğine yönelik risk alıp almadıklarını ve bunun ne derece farkında olduklarına dayanmaktadır. Kişiler hastaları ameliyata hazırlarken hastanın ve kendilerinin güvenliğinin, kullandıkları liste ile alakalı olduğunun farkında olup olmadıklarını incelemekte ve

“Liste Bence Gereksiz ve Vakit Kaybı”, “Ezbere Dolduruyorum”, “Listeye Bakmam, Hastam Hazır mı Diye Sorarım”, “Hastalarımı Kendim Sorgularım, Eminsem Alırım” şeklinde altı alt temadan oluşmaktadır.

4.1.2.1. Liste Bence Gereksiz ve Vakit Kaybı

Bu tema bazı katılımcıların GCKL^{TR} kullanımı ile ilgili yöneltilen sorulara, verdikleri cevaplardan bir tanesidir. Kişiler işlerini yaparken, liste kullanımının yük olduğunu ve bu nedenle gereksiz bulduklarını ve işlerini yavaşlattıklarını ifade etmektedirler.

“K3: Liste bana göre olmasa da olur. Çünkü zaten benim çok bir liste üzerinde fonksiyonum yok, şimdiye kadar doğru düzgün doldurup vermedim.”

“K7: Liste benim için hiçbir şey ifade etmiyor. Gereksiz buluyorum, çünkü ben hastam için bunu kendim hiç kullanmadım, prosedür gereği diğer arkadaşlar yapıyor olabilir.”

“K13: Liste kullanımın gereksiz olduğunu düşünüyorum, bununla ilgili kimse sorgulama ya da eğitim vermedi çünkü. Önemli olsaydı mutlaka onayımından geçerdi.”

“K14: Listenin olup olmaması kendi adıma hiçbir anlam ifade etmiyor.”

K36 ve K39, işlerini yavaşlattığını ve vakit kaybı yaşadıklarını anlatıyorlar:

“K36: Hasta geldiği zaman zaten bir sürü hazırlığını yapıyoruz, bir sürü evrak dolduruyoruz. Bunların yanında bir de listenin olması bence işlerimizi yavaşlatıyor, zorlanıyoruz.”

“K39: Bizim hastayı hazırlarken doldurduğumuz bir yığın evrak var, listenin olup olmaması çok şey ifade etmiyor, hatta bana göre vakit kaybı olduğunu düşünüyorum.”

4.1.2.2. Ezbere Dolduruyorum

“Ezbere Dolduruyorum” teması, K29, K32, K35, K39, K40, K41, K42 kişilerine liste ile ilgili yöneltilen sorularda yoğun olarak yaptıkları yorumlar neticesinde oluşturulmuştur.

“A: Listeyi doldururken herhangi bir güçlük yaşıyor musun?”

K29: Yaşamıyorum, çünkü ezberledim artık. Yani maddeleri tek tek biliyorum o yüzden teyit etmeden işaretleme yapıyorum.”

“K32: Listeyi doldururken çok problem yaşamıyorum, yani açıkçası sorgulamıyorum, her gün işaretlediğim için soruları biliyorum, o yüzden ezberledim ve ona göre okumadan işaretliyorum.”

“K35: Şimdi ilk başta tek tek okuyup bakıyordum, ama zaman geçtikçe yapmamaya başladım, çünkü soruları ezberledim ve hasta geldiğinde hemen işaretlemeyi yapıyorum, beklemek istemiyorum.”

K39 ise, kontrol mekanizması olmadığı için sistemin kendilerini buna ittiğinden bahsediyor:

“K39: Listeyi ilk öğrendiğimde tek tek bakıp yapıyordum. Zamanla okumamaya başladım ve direkt hasta geldiğinde hemen işaretler oldum. Kimse de beni neden böyle yapıyorsun diye sorgulamadı ya da kontrol etmedi. Aslında ara ara baksalar, kontrol etseler, uyarsalar belki de bu alışkanlığı edinmezdim.”

K40, hasta sirkülasyonunun çok olduğunu bu nedenle ezberlemek zorunda kaldığını ifade ediyor:

“K40: Alana gerçekten çok üst üste hasta yatırıyorlar, sonra da onları hemen hazırlamamızı istiyorlar, bizde doğal olarak yetiştirmek için okumadan ezbere işaretliyoruz.”

“K41: Bazen tek tek okuyup işaretlesem de yoğun olarak ezbere gidiyorum, çünkü hasta yoğunluğu fazla oluyor ve biz yetiştirmek için okumadan işaretliyorum.”

4.1.2.3. Listeye Bakmam Hasta Hazır mı Diye Sorarım

Bu tema, katılımcılara yöneltilen, özellikle cerrah grubunun GCKL^{TR} ile ilgili sorular karşısında verdikleri cevaplardan yola çıkılarak oluşturulmuştur.

“K16: Şimdiye kadar çalıştığım sürede asla listeye bağlı kalarak hasta sorgulamadım. Hastam bana gelir muayenesini yapar hemşireyi arar yapması gerekeni söylerim ve hazır olduğunu öğrenince ameliyata alırım.”

“K17: Hiç görmediğim bir formla uğraşamam, arar sorarım hastanız ameliyata hazır derlerse alırım.”

“K18: Ben çok yoğun çalışan ve hasta potansiyeli çok olan bir doktorum. Böyle listeye bak, kontrol et, bunlar benim işim değil. Bana göre hastam gelince tüm tahlillerine bakar, kontrolümü öyle yapar ve kata öyle gönderirim. Son olarak servise söylerim hasta hazırsa çıkarın ameliyathaneye diye iletirim.”

“K27: Ben servise bile çıkmadan hastayı direk ameliyata alan biriyim, oradan yine servise gelmeden de telefonla hemşireyi arar taburcu ederim, sen bana listeyi soruyorsun. Asistanım kattaki hemşireye zaten hastayı hazır teslim ediyor, daha neyi sorgulayacağım ki.”

“K28: Listeye falan bakmam, ilgilenmem zaten benle ilgisi yok, hasta hazırsa çıkarırlar ameliyathaneye.”

“K9: İşim gücüm yok, bir de listeye bakıp hasta hazırlığı yapamam, kattaki hemşire hazırsa zaten ameliyathane istediğinde veriyor hastayı.”

“K11: Hastam zaten polikliniğe geldiğinde tüm ameliyat öncesi hazırlığını yaptırıyorum, ayrıca tekrar başka şeylerle uğraşamam, arar sorarım, hazırsa verirler ameliyata.”

4.1.2.4.Hastalarımı Kendim Sorgularım, Eminsem Alırım

“Hastalarımı kendim sorgularım eminsem alırım”, teması genellikle cerrah grubundan bazı katılımcıların liste ile ilgili yaptıkları yorumlardan oluşturulmuştur.

“K13: Hastalarımı kimseye emanet etmem. Kendim hazırlığımı yapar, emin olurum. Zaten hastamın geçmiş hikayesini bilirim, sorarım herhangi bir şey olduğu zaman söylüyorlar. Öyle listeye bak, hemşireye sor falan güvenmem kimseye.”

“K14: Benim hastam ilk muayeneye geldiğinde her şeyini sorar kayıt ederim. Eğer ameliyat edeceksem öncesinde kendim dikkatli şekilde ne yapacağıma karar verir, hastamı bilgilendiririm. Ameliyat günü zaten odasına gidip ziyaret eder tamam mı diye kontrol ederim, sonra operasyona alırım. Yani listeye göre hasta bak, ameliyatta uğraş falan şimdiye kadar hiç yapmadım zaten.”

“K15: Hastanın her şeyini bilen biz hekimleriz, hemşireler katta ya da ameliyathanede ne yapıyorlar bilmiyorum, onlar kendilerince evrak, form dolduruyorlar. Beni çok ilgilendirmiyor zaten. Bana göre hastaya sorarım her şeyi ve kendim de eminsem ameliyata alırım.”

4.1.3.Ötekiler

Ötekiler üst teması, katılımcılara GCKL^{TR} kullanımına yönelik sorulan sorularda özellikle kendilerinin sorumlulukları olmadığını, başka alanlarda görev yapan diğer sağlık personeline ait olarak gördükleri ve buna yönelik yaptıkları yorumlardan yola çıkılarak oluşturulmuştur. Kişiler hasta hazırlığı ve güvenliğinde liste kullanımının ve kontrolünün kendilerinden bağımsız olduğunu düşündükleri için meslek hayatlarında buna dikkat etmeden çalışmaya devam etmektedirler. Bu üst temanın “listeyi ameliyathane dolduruyor, onlar bilir”, “listeyi dolduran hemşireler, sorumluluk onlarda”, “listeyi dolduranlar tamam derse ameliyata alırım” şeklinde 3 alt temadan oluşmaktadır.

4.1.3.1.Listeyi Ameliyathane Dolduruyor, Onlar Bilir

Bu alt temada, özellikle bir kısım cerrah grubu, liste kullanımının kendi görevleri olmadığını ameliyathanede çalışan anestezi teknikeri ve ameliyathane hemşirelerinin görevleri olduğunu söylemişler. Kuruma geldiklerinde kendilerine böyle bir görev tanımı yapmadıklarını iletiyorlar.

“A: Liste sizce neden dolduruluyor?”

K3: Hiçbir fikrim yok. Çünkü ben doldurmuyorum, bu görev ameliyathane de ki arkadaşlara ait. Bence bu soruyu onlara sormalısın.”

“K5: Liste doldurma kısmında benim çok bir bilgim yok, o yüzden çok yorum yapamayacağım. Ameliyathanede ki görev yapan arkadaşlar daha çok muhatap.”

“K8: Bu formun içeriğini tam bilmediğim için, neden doldurulduğu hakkında bilgim yok, genellikle ben ameliyathaneye çıkınca çocuklar orada bir şeyler işaretliyor, daha çok onlar içeriğini bilir.”

K10 ise; şimdiye kadar kurumda buna yönelik bir eğitim veya bilgilendirme yapmadıkları için GCKL^{TR} nin doldurulma ve kullanılma kısımlarında tam olarak kendilerine ait olmadığından bahsediyor:

“Ben burada işe başladığımdan beri, kimse bana bu listeyi benim doldurmam gerektiğini ya da onaylamam gerektiğini anlatmadı, olsaydı söylerlerdi sanırım. Yani benim görev ve sorumluluklarım arasında yor. Daha çok bence ameliyathane dolduruyor, teknikerler ya da hemşireler falan onlar listeye daha çok hâkim, çünkü bu onların görevi.”

“K11: Formlarla uğraşmak benim işim değil, vakaya giren personel kimse o bakar.”

“K13: Bu sorunun muhatabı ben değilim, dolduran arkadaşlar.”

“K14: Ameliyathanedeki arkadaşlar bence daha çok fikir yürütebilir, çünkü ben genellikle onları görüyorum operasyona girmeden önce hep bir form karmaşası içindeler.”

4.1.3.2.Listeyi Dolduran Hemşireler, Sorumluluk Onlarda

“Listeyi dolduran hemşireler sorumluluk onlarda” teması, yukarıda belirtilen tema ile bağlantılı olup, yine katılımcılara yöneltilen sorular karşısında, özellikle yine cerrah grubundan bazı kişilerin yaptıkları yorumlar sonucunda oluşturulmuştur.

“K9: Bu formu ben doldurmuyorum, doğal olarak hastada bununla ilgili herhangi bir şey olursa, sorumluluk bu listeyi dolduran kat hemşirelerinde. Çünkü hastayı onlar hazırlıyorlar.”

“K10: Hastaya herhangi bir şey olursa eğer bu liste ile ilişkili ise, bunun sebebi bu listeyi kullanan hemşirelerdedir, çünkü benim bu formla bir ilgim yok”.

“K25: Hastanın güvenliğini bu liste sağlıyor ise, hastanın tüm sorumluluğu da bu formu kullanan hemşirelerdedir, bende değil”.

“K28: Ben listeye göre hareket etmem, hastamı gönderirim kata hemşireler hazırlar, eğer bir aksilik ya da yanlış çıkarsa listeyi hangi hemşire doldurduysa o sorumludur”.

4.1.3.3.Listeyi Dolduranlar Tamam Derse Hastayı Alırım

“Listeyi dolduranlar tamam derse hastayı alırım” teması, bazı cerrahların GCKL^{TR} ile hiç ilgilenmedikleri, bu görevin tamamen diğer sağlık profesyonellerine ait olduğunu ve onların liste kullanımına göre hareket ettikleri düşüncelerinden hareket ederek oluşturulmuştur.

“A: Hastalarınızın ameliyat öncesi hazırlığını neye dayanarak yaparsınız?

K9: Ben hasta hazırlığı için bir şey yapmam, hemşireler zaten katta hazırlıyorlar, onlar tamam derse ben hastayı alırım, güveniyorum onlara”.

“K10: Hasta servise yatırıldıktan sonra her şey hemşireye aittir, hastayı hazırlar, sonra ameliyathaneye verir. Geri kalan kısım ise ameliyathaneye düşer, hasta

gelince bakarlar eksik bir şey var mı diye, sonra beni ararlar, hasta hazır diye, yani bence listeyi dolduran ya da hastanın hazırlığından sorumlu kişiler bana tamam derlerse ben hastamı ameliyata alırım”.

“K25: Güvenli Cerrahi Listesi ile hazırlık yapmaya ya da uğraşmaya benim vaktim yok, zaten kimse de bu kurumda bize bununla ilgili bir görev tanımı yapmadı. Bu liste işaretleme ve kontrol etme görevi kimlere verildiyse onlar bakar ve onayla, sonra da operasyon için hasta hazır demektir. Benim bu noktada yapabileceğim tek şey onlara hastanın hazırlıkları bitti mi diye sormak ve arkadaşlar tamam derse işe başlamak”.

“K28: Hastalarım, ameliyat için bana geldiklerinde her şeyi sorar sisteme kayıt ederim. Hastam eğer operasyona girecekse hemşire hanımlar ve ameliyathane ekibi bana gelene kadar hazırlığı yapmış olmaları gerekir, çünkü onlara daha öncesinden arayıp ameliyata girecek olan hastamla ilgili bilgi veriyorum. Arkadaşlar bu hasta hazır dedikleri zaman benim için tamamdır, onlar zaten bu sorduğunuz liste ile ilgili her şeyi biliyorlar, ona göre hazırlıyorlardır. Bu nedenle onların onay verip tamam demesi benim için yeterli.”

4.1.4. Empati

Bu temanın oluşmasındaki etken, kişilerin GCKL^{TR} kullanımını gereksiz bulduklarını ifade etmelerinin ardında, kendileri için bir cerrahi işlem gerektiğinde, listenin kullanılmasını istemeleridir. Bu üst tema, “Kendim İçin Liste Doldurulmasını isterim”, “Listenin Kendim İçin Kullanıldığını Bilmek Beni Güvende Hissettirir” şeklinde 2 alt temadan oluşmaktadır.

4.1.4.1. Kendim İçin Liste Doldurulmasını İsterim

Bu tema, GCKL^{TR}’nin kullanımını gereksiz gören katılımcıların, kendilerine yöneltilen başka bir soruda, listenin kendilerine uygulanmasını istemeleri şeklinde verdikleri cevaplardan oluşturulmuştur.

K4, liste kullanımını gereksiz görmüş, meslek hayatında da formu hiç kullanmadığını ifade etmiştir. Kendisine bir başka soru yöneltilmiş ve cevabı şöyle olmuştur;

“A: Siz ameliyat olsaydınız GCKL^{TR}’ni kendiniz için kullanılmasını ister miydiniz?”

K4: Hımm. Aslında bilemiyorum, şimdi biraz ters köşe oldum sanırım. Açıkçası ben ameliyat olsaydım kontrol etmelerini isterdim. Şu an biraz utandım.”

K5 ise, vakit kaybı olarak nitelendirdiği liste kullanımını, yöneltilen alt soru neticesinde fikrinin değiştiğinden bahsetmektedir;

“K5: Ben ameliyat olsam kesinlikle ve kesinlikle her şeyi son kez kontrol etsinler isterim, çünkü eksik bir işlem ya da başka bir aksilik olsun istemem. Yani korkarım. Fakat şunu belirtmek istiyorum, ben ilk başta bana sorduğun sorunun cevabını değiştirmek istiyorum. İlk başta ben vakit kaybı demiştim, ama iş bana dönünce yanlış olduğunu anladım. Bence her hasta için uygulanmalı, iş başa düştüğü zaman insanlar bazı şeyleri fark ediyor”.

“K12: Ben bu kurumda operasyona girsem ekibe güvenirim, çünkü hepsini tanıyorum. Aman başka bir hastanede ameliyat olacak olsam korkarım. Çünkü kimseyi tanımıyorum, en önemlisi güvenmiyorum. İşte o zaman kendim için listenin kullanılmasını ve herkesin her şeyi tam yapıp yapmadığını bilmek isterim”.

K17 ise daha önce listenin vakit kaybı olduğunu ifade etmiş, hatta liste kullanımı kendi görevi olmadığını ve diğer sağlık personellerinin sorumluluğu olduğunu belirtmişti, fakat yöneltilen alt soru neticesinde cevabı şu şekilde olmuştur;

“K17: Şimdi bak benim kafamı karıştırma, yani beni karıştırma. Ben kendim için tabi ki isterim güvenlik olsun, hazırlıklar yapılsın. Ama benim hasta sirkülasyonum çok fazla o yüzden yetişemiyorum hastalara, o yüzden arkadaşlara bırakıyorum bazı şeyleri. Ben zaten birine ameliyat olacaksam güvendiğim bir kişi olur, öyle her yerde ameliyat olmam”.

“K23: Tabi ki kendim için liste kullanılsın isterim. Herkesin canı kendine kıymetlidir, öyle rastgele iş yapılsın istemem”.

K27, daha önce “listeye bakmam hastam hazır mı diye sorarım” şeklinde yorum yapmıştı. Fakat kendisi için aynı işlemin yapılmasını istemediğinden bahsediyor;

“K27: Ben hayatta kimseye güvenmem, kendi meslek tecrübelerime dayanarak hastalarımı muayene edip ameliyata alıyorum. Ama başka birine ameliyat olacaksam kendim gibi birisi olmasını isterim. Eğer değilse başka birine mecbur kaldıysam tüm hazırlıklarımın yapılıp yapılmadığını bilmek isterim, öyle sözlü olarak sadece

güvendiğim hekimlere ameliyat olurum, güvenmediklerimin her detayını incelerim ama dediğim gibi sonuçta bu tecrübe ister”.

K41, iş yoğunluğundan ve sirkülasyondan bahsederek ezbere doldurduğu listenin kendisi için aynı şeyi yapılmasını asla istemediğini ifade ediyor;

“K41: Biz çok yoğun bir serviste çalışıyoruz, evet listeyi ezbere okumadan işaretlediğim zamanlar oluyor ama ben kendime yapılmasını istemem şahsen. Çünkü bana yanlış bir işlem yapılmasından endişe duyarım, kendimi kimlere emanet ettiğime dikkat ederim.”

4.1.4.2.Listenin Kendim İçin Kullanıldığını Bilmek Beni Güvende Hissettirir

Bu alt tema liste kullanımının kendileri için uygulanmasını isteyen katılımcıların verdikleri cevaplar neticesinde oluşturulmuştur”.

“K20: Ben hep en başından beri söylüyorum hem hastalar hem de kendimiz için oldukça önem arz eden bir konu. Ben her hasta için bunun kullanılmasını isterim, bende bir gün hasta olarak ameliyat olacaksam, aynı hassasiyetin benim içinde gösterilmesini isterim”.

K21, meslek hayatı boyunca hep hasta güvenliğine dikkat ettiğini, çünkü bir gün kendisine de aynı işlemin yapılacağını, kendisini hep hasta yerine koyarak hareket ettiğini anlatıyor;

“K21: En çok dikkat ettiğim ve tüm ekip arkadaşlarıma ilettiğim şeydir. Kendine yapılmasını istemediğin bir şeyi başkasına yapma. Çünkü biz çok ihmal ediyoruz bazı şeyleri ve hep bir bahanemiz oluyor. Aslında öyle değil, bence hem bizi hem de hastayı koruyan bir listenin ne denli önemli olduğunu hepimiz biliyoruz. Bu yüzden ben ne kadar dikkat ediyorsam, bana da aynı şekilde dikkat edilmesini isterim”.

K37 ise, bazen yoğunluktan dolayı çok önemsemediği fakat aslında dikkat edilmesi gereken bir form olduğunu vurgularken, kendi güvenliği için listenin şart olduğunu belirtiyor;

“K37: Hasta çok üst üste istediğimiz zaman ihmal ettiğim oluyor. Ama yapılmaması gerektiğinin farkındayım. Bu nedenle listenin kendim için uygulanmasını

isterim ve bunu bilmek beni rahatlatır. Çünkü listede hastanın güvenliği için yapılması gereken bir sürü şey var”.

K39, ilk olarak liste kullanımının vakit kaybı olduğunu ifade etse de daha sonra kendine yapılacak olan ameliyatta, kendini güvende hissetmesi için hazırlıkların tam olduğundan emin olmak istediğini belirtiyor;

“K39: Bazen işler yürüsün diye, ya da ne bileyim uğraşmamak için listeyi kontrol etmekte ihmalcilik yapıyordum. Ama kendim için aynı şey yapılsın istemem Hemşirelerin ve doktorların listeyi düzgün şekilde kullandığını bilmek isterim. Ancak bu şekilde kişilere güvenebilirim”

4.1.5.Sirkülasyon

“Sirkülasyon”, katılımcıların GCKL^{TR} kullanımı ile ilgili verdikleri cevaplar neticesinde oluşturulan bir üst temadır. Kişiler listeyi kullanırken karşılaştıkları problemlerin bazılarını yoğun tempoya bağlı tuttuklarını ifade etmişler. Buna göre de bu üst tema “Hastaları Yatış Birimi Üst Üste Yatırıyor”, “Doktor ve Ameliyathane Hastanın Hazırlığı Bitmeden Hastayı İstiyor”, “Ameliyathanede Vakalar Sarkmasın Diye Hızlı Hızlı İstiyoruz”, “Hastaları Üst Üste Yatırırlar ve Yetiştiremem Diye Listeyi Hasta Gelmeden Dolduruyorum” şeklinde 4 alt temadan oluşmaktadır.

4.1.5.1.Hastaları Yatış birimi Üst Üste Yatırıyor

Bu tema, katılımcıların, özellikle de klinik hemşirelerinin yaptığı yorumlar nedeniyle oluşturulmuştur. Bu kişiler liste kullanımına yönelik yaşadıkları birtakım sıkıntıları dile getirirken oluşturulan bu temayı özellikle vurgulamışlardır.

“(A): GCKL^{TR} 'ni kullanırken karşılaştığın güçlükler nelerdir?”

(K38): Listeyi doldururken çok acele ediyorum, çünkü servise çok hasta getiriyorlar. Aslında problem çok hasta gelmesi de değil bu hastaların beklemeden üst üste, aynı anda bize teslim edip gitmeleri bizde hastayı bir an önce hazırlayalım diye acele ediyoruz ve bu nedenle listeyi de doğru düzgün doldurmuyoruz”.

“(K39): Yatış birimi kendi işlerini kolaylaştırmak için servise hastayı bırakıp gidiyorlar ve sonra ameliyathaneye hastayı kata bıraktık diyorlar. Sonra bizde mecbur ameliyathane hastayı ister diye acele etmek zorunda kalıyor ve listeyi okumadan işaretleyip geçiyoruz”.

K40 ise, yaşadığı bir deneyimden bahsediyor;

“(K40): Bir gün serviste çalışıyorum. Sabah mesaiye başladım ve başlar başlamaz katıma yatış biriminden bir arkadaş tam 3 tane hastayı aynı anda getirdi ve bunlar ameliyat hastası hemen hazırlanması gerekiyormuş dedi ve 3 hasta dosyasını bana bırakıp çekip gitti. Ben de aynı anda 3 hastayı hazırlamaya çalıştım, çünkü onları saatinde vakaya yetiştirmek zorundaydım. Zaten hastalar randevularına saatlerinde gelmiyorlar, bir de son dakikada böyle servise gelince iki ayağımız bir pabuca giriyor, saçma sapan dosya ve hasta hazırlayıp ameliyathaneye veriyoruz”.

K41, tüm sorumluluğun aslında yatış biriminde olduğu kadar saatinde randevusuna gelmeyen hastalarda da olduğunu dile getiriyor;

“(K41): Hastalarımız genellikle sorumsuz oluyor, ameliyattan yaklaşık 1 saat önce serviste olmalı ki bizde hazırlıklarımızı yapalım. Fakat ameliyat saatinin son dakikasına kadar bekleyip hastaneye çok geç geliyorlar. Yatıştaki arkadaşlarda bir an önce işlem yapılsın diye hemen kata gönderiyorlar, son dakika olunca mecbur hastanın hazırlığını çok dikkat etmeden yapıyoruz, ben çoğu zaman listeyi bu nedenle okumuyorum bile”.

4.1.5.2.Doktor ve Ameliyathane Hastanın Hazırlığı Bitmeden Hastayı İstiyor

Bu temada yine yoğun olarak servis hemşirelerinin sirkülasyondan şikâyet edip, buna daha çok neden olan diğer sağlık profesyonellerinin de olduğundan bahsediyor.

“(K38): Tüm bu yoğunluğun içinde bir de hasta gelir gelmez daha anamnezini bile almadan hemen ameliyathane servisi arayıp hastayı getir diyor. Hazır olmadığını ifade etmeme rağmen yine de ısrar ediyorlar.”

“(K39): Doktor geliyor servise ya da arıyor bizi hastam hazır mı, niye daha hazırlamadınız, neyi bekliyorsunuz falan filan, zaten hasta servise geç gelmiş, acele etmekten onlara cevap vermekten hastayı hazırlayamıyorum, dosyasını çoğu zaman doldurmuyorum.”

“(K40): Hastalar servise teslim edilince, birkaç hastadan bahsediyorum, yatıştaki arkadaşlar hemen ameliyathaneyi arayıp biz hastayı kata teslim ettik diyor. Ameliyathanede de hemen katı arayıp hastanın hazır olup olmadığını bile sormadan

hemen hastayı getirin diyor. Doğal olarak hastayı yetiştirmek için her şeyi dikkatsizce yapıyorum.”

“(K41): Bizim aslında hastayı hazırlama süremiz en basit hasta için 15 dakika civarında. Eğer hastada başka bir durum varsa konsültasyon, açlık süresi ne bileyim başka şeyler olunca saatleri bulabiliyor. Doktorlar vakasını geciktirmemek için ameliyathaneye baskı yapıyor, onlarda bize yapıyor be bizde hastaları üstünkörü hazırlayıp veriyoruz.”

4.1.5.3.Ameliyathanede Vakalar Sarkmasın Diye Hızlı Hızlı İstiyoruz

Bu tema ise, yine liste kullanımına yönelik sorulan soruda, katılımcılardan en çok ameliyathane çalışanlarının verdiği cevaplar sonucunda oluşturulmuştur. Onlara göre de liste kullanımı oldukça zor ve zaman yetmiyor, buna neden olan faktör ise yoğun sirkülasyon, hastaların randevularına geç gelmesi ve doktorların vakayı alabilmek için personeli sıkıştırması.

“(K29): Listeyi hasta ameliyathaneye gelince tam olarak doldurmuyorum, çünkü hasta geç geliyor ve diğer vakalar sarkmasın diye mecburen kata alınır alınmaz doktor hemen hastamı alın diyor. Mecburen hastayı hemen istemek zorunda kalıyorum ve hazırlıklara başlıyorum.”

“(K30): Yoğun olan günlerde liste kullanımı ve tek tek okuyup işaretlemesi oldukça zor oluyor. Çünkü, üst üste hasta istemek zorunda kalıyoruz, eğer bir hasta vakaya 15 dakika ya da daha fazla geç girsin bütün randevular aksıyor ve doktorlarla karşı karşıya kalıyoruz ve hastalarda şikâyet ediyor. Yetiştirmek için hızlı hızlı istiyoruz ve buda bizim listeyi tam olarak kullanmamızı engelliyor.”

“(K33): Ameliyathanede 4 masamız var. Birisi standart doğum hastalarına aittir. Diğer 3 masada kalan vakaları çevirmeye çalışıyoruz, eleman eksikliğimiz varsa, o gün çok yoğunsak, günübirlik ameliyatlara varsa süreç bizim için oldukça sıkıntılı geçiyor. Bırakın listeyi kontrol etmeyi, biz ameliyatlara saatinde alıp vermek için hem katı arayıp sıkıştırıyoruz hem de yatış birimini arıyoruz. Çünkü ameliyatlara gecikirse sorumlusu biz oluyoruz. Vakaları sarkıtmamak için bir hastayı istiyoruz, arkasından kat hastayı hemen hazırlasın diye ikinci hastayı da istiyoruz. Bu nedenle sirkülasyon oldukça fazla oluyor ve hasta ameliyathaneye geldiğinde liste kontrolünü yapamıyoruz. Ezbere işaretleyip vakayı başlatıyoruz.”

“(K35): Bana göre işlerimizi prosedüre göre yapamamamızın tek sebebi hastaların geç gelmesi değil, doktor en büyük faktörlerden birisi. Hasta gelmeden daha ameliyathaneye geliyor, benim hastam nerde, niye daha istemediniz, neyi bekliyorsunuz gibi söylenmeye başlıyorlar. Masa boş değil diğer vakaların devam ettiğini söylememize rağmen, olsun benim hastamı hemen isteyin şeklinde baskıya maruz kalıyoruz ve maalesef istemek zorunda kalıyoruz. Bu nedenle ameliyathanede gereksiz bir yoğunluk oluyor ve bizlerde hasta ile ilgilenemiyoruz.”

4.1.5.4.Hastaları Üst Üste Yatırırlar ve Yetiştiremem Diye Listeyi Hasta Gelmeden Dolduruyorum

Bu tema, klinik hemşirelerinin GCKL’ ni kullanamama nedenlerini açıklarken ve karşılaştıkları zorluklardan bahsederken özellikle neden okumadan işaretlediklerine dair sorulan sorulara en çok verdikleri cevaplar neticesinde belirlenmiştir.

K39, listeyi kullanamama nedenini şöyle ifade ediyor;

“Serviste bazen tek çalışmak zorunda olduğumuz günler oluyor. Bir arkadaşımız hastalanıyor, rapor alıyor ya da kadro eksikliğimiz olabiliyor. Neticede hastalar üst üste geliyor, yani aynı anda ben 3 hasta karşıladığımı bilirim. Hepsini yatış birimindeki arkadaşlar bırakıp gidiyorlar ve ameliyathaneye de biz hastayı kata bıraktık diyorlar. Bu saatten sonra artık koşturmaca hastaları aynı anda hazırlama gerekliliği, çünkü ameliyathane hemen hastayı isteyebilir. Bu nedenle bakıyorum sisteme, hastayı yatırdıklarını gördüğüm anda daha hasta gelmeden tüm dosyasını ezbere dolduruyorum buna liste de dahil.”

“(K40): Bu kurumda maalesef bu sorunu tüm klinik hemşireleri yaşıyor. Bizler hasta gelmeden hatta bazen sistemde olmayan ve gelecek olan hastanın dosyasını bile önceden hazırlayıp bekliyoruz. Çünkü yatış birimi hastaları tek tek getirmek yerine birkaç hastayı birden hazırlayıp aynı anda kata teslim etmeyi kendilerine göre uygun buluyorlar. Bu nedenle hastaları vaktinde yetiştirmek adına mecburen bunu yapıyoruz.”

“(K41): Listeyi oturup tek tek işaretlemiyorum, çünkü hastaları yetiştiremem diye önceden işaretleyip hazırda tutuyorum. Bu belki bizim hatamız belki yatışın hatta belki de kurumun hatası. Fakat bildiğim bir şey var o da vakayı geç verirsem ciddi sorun yaşarım. Bunun önüne geçmek için hasta gelmeden dosyasını önceden dolduruyorum.”

4.1.6.Baskı

“Baskı” teması, GCKL^{TR} i kullanımında, tüm katılımcılar arasından, yoğun olarak hem ameliyathane hem de klinik hemşirelerinin, listeyi kullanmak zorunda olduklarının, nedenleri arasında, kontrol mekanizmasının buna sebep olduğunu açıklamaktadır. “Sorumlu Hemşirem Sürekli Kontrol Ediyor”, “Doldurmazsam Uyarı Veriyorlar” şeklinde 2 alt temadan oluşmaktadır.

4.1.6.1.Sorumlu Hemşirem Sürekli Kontrol ediyor

Liste kullanımına yönelik sorulan sorularda katılımcılar, kullanma nedenleri arasında sorumlu hemşirenin baskı ve kontrol mekanizmasının etkili olduğunu bu nedenle listeyi işaretlediğini ifade etmeleri neticesinde bu tema oluşturulmuştur.

“(A): Listeyi neden doldurduğunu düşünüyorsun?”

“(K39): Sorumlu hemşire dosya doldururken bazen gelip kontrol ediyor, eğer eksik bir form varsa buna listede dahil, tekrar doldurtuyor.”

K30 ise, aslında yöneticiler için listenin ya da başka evrakların tam doldurulmasının önemli olduğunu neden doldurduklarının bir öneminin olmadığından bahsediyor;

“(K30): Sorumlu hemşire geliyor, listeyi tam doldur deyip gidiyor, benim o listeyi neden doldurduğumun onun için bir önemi yok. O sadece dosyada eksik bir form olmasın, aman evraklar tam olsun diye gelip bakıyor, bu nedenle listeyi doldurduğumuz çok oluyor. Yani demek istediğim önemli olan hasta değil evrakların tam olması.”

“(K35): Ben eğer listeyi unutursam, ya da doldurmaya vaktim olmazsa, sorumlu tepemde bitiyor ve sıkıntı çıkarıyor. Mecburen sonra da olsa eninde sonunda öylesine liste dolduruluyor.”

“(K38): Listeyi neden doldurduğumun bir önemi yok, sorumlu hemşire zaten dosyalarımız kontrol ediyor, eksik yaparsak problem yaşıyoruz.”

4.1.6.2.Doldurmazsam Uyarı Veriyorlar

Bu alt tema, listeyi doldurma nedenleri arasında yer alıyor. Katılımcılardan yine klinik hemşireleri ve ameliyathane tekniker ve hemşireleri, liste kullanımına yönelik neden doldurdukları sorulduğunda, hasta güvenliğinden ziyade baskı ve kontrol

mekanizmasının ve cezalandırma sisteminin neden olacağı sonuçlardan çekindikleri için de listeyi doldurduklarını ifade etmelerinden yola çıkılarak belirlenmiştir.

“(K41): Hasta dosyasını doldururken listeyi eğer unutursam, hemen tutanak yazıyorlar. Böyle şeyler benim moralimi bozuyor, uyarı almamak için dolduruyorum.”

“(K38): Bazen yoğunluktan ya da başka sebeplerden unuttuğum oluyor ve neticede bana uyarı veriyorlar. Bu listenin kullanıldığına dair bir not tutuyorlarmış, o çok eksik olursa yönetimden o birime uyarı geliyor. Bunun önüne geçmek için yapıyorlarmış.”

“(K35): Liste ile ilgili indikatör mü ne öyle bir şey yazıyorlar. Biz unutursak bu o bölümün eksikliğini gösteriyor. Bu yüzden doldurmazsam bana uyarı veriyorlar, uyarı almamak için acele de olsa bir şeyler işaretlemeye çalışıyorum.”

“(K29): Sırf uyarı almamak için doldurduğum oluyor, çünkü bazen vaktim olmuyor, yoğunluktan atladığım oluyor ama eninde sonunda mecbur kalıyorum. Yöneticilerle uğraşmak istemiyorum.”

“(K39): Bir gün listeyi unuttum diye hemen bana tutanak yazıp uyarı verdiler. Çünkü bu onların liste kullanım oranlarını etkiliyormuş. Bu yüzden yetişemesem bile yanımdakine söylüyorum ona doldurtmaya çalışıyorum.”

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmeleri yapılmıştır.

Çalışmamızda, sorulan sorulara verilen cevaplara göre altı ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlardan bir tanesi “Eğitim İhtiyacı” olup kişilerin liste kullanımına yönelik verdikleri cevaplarda birincil sorunun eğitim eksikliği olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan cerrah grubunun liste ile ilgili neredeyse hiç eğitim almadıkları, sadece meslek deneyimlerine bakıldığında uzmanlıklarını almadan önce üst devrelerinden hasta güvenliğinin nasıl sağlandığını öğrendiklerini, fakat bunun liste kullanımı üzerine çok etkisi olmadığını anlıyoruz. Listeyi kullanan diğer sağlık profesyonellerinin ise sadece bir kez işe girişte eğitim aldıklarını, daha sonra hiç eğitim almadıklarını bu nedenle liste kullanımının önemini çok kavrayamadıklarını düşünüyoruz. Yani GCKL^{TR} kullanımında eğitim eksikliği bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu engelin azaltılması konusunda sağlık profesyonellerinin mesleğe başladığı ilk günden ve mesleği bıraktığı güne kadar, kendini mesleği için yetiştirmesi veya yetiştirilmesi süreci olarak tanımlanan (Pehlivan,1997:131) hizmet içi eğitimlerde bu konuya ağırlık verilmesi akılcı bir çözüm gibi durmaktadır.

Katılımcılardan bazılarının ise GCKL^{TR} ’nin nasıl doldurulması gerektiği konusunda eğitime ihtiyaç duydukları ve zaman zaman bu eğitimlerin tekrarlanması konusunda görüş bildirdikleri saptandı. Eğitim özellikle yeni uygulamalarda farkındalığı ve uyumu artıran bir etmendir. Bu nedenle GCKL’ne yönelik yapılan çalışmalarda eğitim sonrasında listenin uygulanma oranının %7,9 ‘dan %69,9’a yükseldiğini belirlemişlerdir (Sewell et al.,2011).

Sağlık hizmetleri niteliği gereği doğrudan insan sağlığı ile ilgili bir hizmettir, yapılacak bir hata insan hayatına mâl olabilir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının, yoğun hasta sirkülasyonu ve uzun süren çalışma saatlerinin liste kullanımı üzerine olumsuz etki yaptığını ve tıbbi hata yapma olasılığını artırdığını “sirkülasyon” temasında görmekteyiz. Özata ve Altunkan’ın Konya ilinde tıbbi hata yapma oranını %6,2 olarak bulduğu, elde edilen bu bilginin de literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda yoğun hasta sirkülasyonuna neden olan faktörlerde incelendiğinde hastaların randevularına geç geldiği ve hasta yatış biriminin hastaları üst üste kliniğe teslim etmeleri de sağlık çalışanlarının çalışmalarını olumsuz etkilemekte ve liste

kullanım oranını düşürmekle beraber tıbbi hata yapma olasılığını da yükseltmektedir (Özata ve Altunkan, 2010).

Çalışmamızda bir diğer dikkat çeken ve GCKL^{TR} kullanımı üzerine olumsuz etki yapan ve tıbbi hatalara neden olan faktör, sağlık profesyonellerinin verdiği cevaplara göre belirlenen “risk” teması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu temanın köküne inildiğinde kişilerin yetersiz eğitimi, yine hasta yoğunluğu ve hastayı yetiştirme kaygısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcılar liste kullanımını reddetmekte ya da ezbere doldurmakta ve farkında olmadan tıbbi hatalara davetiye çıkararak hem kendilerinin hem de hastaların güvenliğini tehlikeye atmaktadırlar. Literatür incelendiğinde yine Özata ve Altunkan’ın çalışmasından da anlaşılabacağı gibi tıbbi hatalara yol açan ve GCKL^{TR} kullanımını doğrudan etkileyen sebeplere bakıldığında iş yükünün fazla olması, personel sayısının yetersizliği, yetersiz eğitim, görev yetki ve sorumlulukların tam olarak belirlenememiş olması, çalışmamızda belirttiğimiz risk faktörünün ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Ayrıca çalışmamızda bazı katılımcıların GCKL^{TR}’nin tam olarak uygulanmamasına neden olarak gösterdikleri bir başka konu ise liste doldurmanın vakit aldığını ifade etmeleridir. Elde edilen bulgulara göre listeyi doldurmak gereksiz ve maddeler çok olduğu için vakit kaybına neden olmaktadır. Bu yönde Helmiö ve arkadaşları (2012)’nın yaptığı çalışmalarda katılımcıların %7’si listenin vakit aldığını ve tamamının uygulanmasının zor olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (Helmiö et al, 2012).

Araştırma kapsamında dikkat çeken ve GCKL^{TR} kullanımını etkileyen başka bir tema “Empati”dir. Çalışmamızda sağlık profesyonellerine yöneltilen sorular neticesinde verdikleri cevaplara göre, liste kullanımını gereksiz gören veya ezbere dolduran ya da reddeden katılımcıların, herhangi bir kurumda operasyona girdikleri zaman bu listenin kendilerine kesinlikle uygulanmasını istemeleri tespit edilmiştir. Helmiö ve arkadaşlarının (2012) cerrahlar, anestezi doktorları ve klinik hemşireleri ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %93,0’nün ameliyat olmaları durumunda kendileri için GCKL^{TR}’nin kullanılmasını istedikleri saptanmıştır (Helmiö et al, 2012).

GCKL kullanımında sağlık profesyonellerinin verdiği yanıtlardan çalışmamızda tespit edilen bir diğer tema “Baskı” olup, kişilerin listeyi kullanırken taraflarına yapılan kontrol mekanizmasının yanlış işlediği bu nedenle listenin kullanım amacının dışına çıktığı anlaşılmıştır. Katılımcıların verdiği yanıtlardan listeyi doldurma sebepleri arasında hasta güvenliğinden ziyade başarındaki sorumlu kişilerin yaptıkları baskı ve

iletişim eksikliği nedeniyle listeyi doldurdıkları anlaşılmıştır. Davies (2005), iyi bir kontrol mekanizmasının ve iletişimin sağlık bakımının her alanında hasta bakımında olduğu kadar diğer kritik çalışma alanlarında da güvenliği sağlamada hayati önem taşıdığını belirtmiştir. Ayrıca Awad ve arkadaşları (2005) sağlık personelleri arasında iletişim ve kontrollü bakımın geliştirilerek istenmeyen olayların önlenebileceği ve güvenli bir evre oluşturulabileceğini belirtmişleridir. Çalışmamızda belirlenen bu temanın literatürle uyum göstermesiyle, kontrol mekanizmasının yanlış işleyişi ve iletişimsizlik nedenleriyle liste kullanımının amacı dışına çıkması ile liste kullanım başarısını tehdit ettiği düşünülmektedir (Davies, JM. (2005), (Awad et al, 2005).

Konuya bir bütün olarak bakılırsa, cerrahlar ile diğer sağlık profesyonellerinin temel eğitim, mesleki deneyim ve kariyer, bilgi düzeyleri gibi konularda birbirinden oldukça farklı iki grup olduğunu bu nedenle liste kullanımına yönelik bakış aıllarının bu nedenle birbirinden farklılık gösterdiği grlmştir. Cerrah grubu eğitim aldıkları süre boyunca yani tıp fakültesi eğitimi, uzmanlık, doçentlik ve profesörlük gibi süreçlerde GCKL^{TR} ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları saptanmıştır. Meslek hayatlarına atılınca çalıştıkları kurum liste ile ilgili eğitim verirse listeden haberdar oldukları anlaşılmıştır. Fakat sadece kğit üzerinde olan denetlenmeyen ve uygulamada yetersiz olan kurumlarda yine cerrahların liste kullanımında oldukça eksik olduğunu ve önemini tam kavrayamadıkları anlaşılmıştır.

Diğer sağlık profesyonellerinin, cerrahlara göre eğitim süresi, mesleki deneyim ve kariyer gibi süreçlerinin daha kısa sürmesi ve daha erken çalışma hayatına girmeleri nedeniyle liste kullanımını daha erken dönemde öğrendikleri fakat görev yaptıkları kurumda işleyiş, kontrol mekanizması, liste kullanımında yeterlilik ve eğitim gibi faktörlerin rol oynadığını söylenebilir. Bu durumda GCKL^{TR} kullanımına yönelik belli alanlarda farklılık gösteren bu iki meslek grubunda görüş ve uygulamada farklılığın olduğu saptanmıştır. Cerrahlar, listenin kendilerine ulaşmadığı için ya da ulaşsa bile uygulanışı konusunda eğitim eksiklikleri olduğu için bazen gereksiz görmekte hatta vakit kaybı olarak da nitelendirmişlerdir, bunun yanında aslında listenin direk hasta güvenliğini etkilediğini bildikleri halde iş uygulama konusuna gelince sorumluluk almaktan çekinen küçük bir grupta mevcuttur. Diğer sağlık profesyonellerine baktığımızda liste kullanımı konusunda cerrahlara göre aslında daha etkin olduklarını ve listenin cerraha ulaşması konusunda aktif rol oynadıklarını ifade edebiliriz. Yine cerrahlara göre listeyle daha çok i ie oldukları için uygulama konusunda daha hassas davranmaları gerektiği anlaşılmıştır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLERİLER

6.1.Sonuç

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, GCKL^{TR} kullanımında eğitimin etkisi büyük önem taşımaktadır. Birçok ana temanın ve alt temanın kökeninde aslında eğitim olduğu görülmektedir. Kişiler liste kullanımına yönelik düşüncelerinde, aslında sorunun en başından eğitim eksikliği olduğunu vurgulamaktadır.

Bir diğer mesele ise cerrahların listenin kendilerine ulaşmadığını düşünmeleridir. Buna bağlı olarak da liste kullanımı üzerine herhangi bir sorumluluk üstlenmemeleridir. Bu konu ötekiler temasında katılımcıların yaptıkları yorumlardan tespit edilmiştir. Kurumda liste kullanılırken, özellikle cerrahların görüşlerinin olduğu parametrede, bu listeyi kullanan diğer sağlık profesyonellerinin, cerraha danışmadan işaretleme yapması ve imzasını almadan listeyi tamamlaması, cerrahların ise bu işleyişi sorgulamadan kabullenmesi nedenleriyle liste cerraha ulaşmadan tamamlanmaktadır. Bunun altında yatan temel nedenlerden bir tanesi de kuruma gelen cerrahların liste kullanımına yönelik eğitimden geçirilmemeleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Diğer bir konu ise, katılımcıların bazılarının hasta güvenliği ile ilgili aldıkları risktir. Kişilerden, özellikle bazı cerrahlar liste kullanımını gereksiz görüp, hasta güvenliğini kendi önlemleriyle almaya çalıştıklarını ifade etmiş, diğer katılımcılar ise listeyi gereksiz görüp, vakit kaybı olarak değerlendirme yapmıştır. Sonuç olarak kişiler işlerini yaparken hem hastanın hem de kendilerinin güvenliğinin riske atarak liste kullanımını reddetmektedir. Ayrıca bunu ifade eden katılımcıların listenin hasta güvenliği ile doğrudan ilişkili olduğunun farkında olmamaları da yaptıkları yorumlar neticesinde tespit edilmiştir.

Araştırmada dikkat çeken bir diğer husus, katılımcıların, özellikle liste kullanımı gereksiz görüp, vakit kaybı olarak değerlendiren, ya da kendi yöntemleri ile hastanın ameliyat hazırlığını yapan kişilerin, listenin kendileri için kullanılmasını istemeleridir. Bu konuyu empati temasında net olarak görmekteyiz. Hastalar için GCKL^{TR} ni kullanmayı önemsemeyenler, kendileri ameliyat olduğunda, ya da başka bir kuruma gittiklerinde listenin kesinlikle kendileri için kullanılmasını istediklerini ifade etmiş, hatta liste uygulanırsa daha çok güvede hissettiklerinden bahsetmişlerdir. Burada

katılımcıların ikilem içerisinde kaldıkları ve çeliştikleri saptanmıştır. Kişiler hastalar için liste kullanımını gereksiz görmüş fakat kendileri için uygulanmasını istemişlerdir.

Katılımcıların, GCKL^{TR} ni kullanırken yaşadıkları sıkıntıların en başında yoğun sirkülasyonun olduğu belirlenmiştir. Klinik hemşireleri, yatış biriminin hastaları üstü üste getirmesinden ve ameliyathanenin ise vakaları geciktirmemek için hastaları arka arkaya istemesinden dolayı, hastayı vakaya yetiştirebilmek için listeyi okumadan, ezbere doldurduklarını, hatta bazı katılımcılar hasta kliniğe gelmeden işaretleme yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu yoğun sirkülasyona neden olan faktörlerin başında, hastanın randevu saatini geçirmesi ya da geç kalmasını görmekteyiz. Bunun yanında yatış biriminin hastaları randevu saatinden önce gelse bile servise yatırılacak olan diğer hastalar ile beraber çıkarmak için, hastayı beklettiği ve kliniğe aynı anda, birden fazla hasta teslim ettiği tespit edilmiştir. Bu nedenlerden dolayı klinikte çalışan katılımcıların liste kullanımı konusunda oldukça güçlük yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine aynı şekilde ameliyathanede çalışan katılımcılar ise randevusuna geç kalan hastayı saatinde vakaya yetiştirmek için bu yoğun sirkülasyona ayak uydurmak zorunda kaldığını söyleyebiliriz. Ayrıca ameliyathanede görev yapan katılımcılar, cerrahların hastadan önce ameliyathaneye gelerek, vakayı hemen başlatabilmek için çalışanlara baskı yaptığı anlaşılmakta ve bunun sonucu olarak da her iki birimde yani hem ameliyathanede hem de klinikte olan yoğunluğa sebebiyet verdiği saptanmıştır.

GCKL^{TR} ni kullanan bazı katılımcılar, listeyi kullanma nedenleri arasında kendilerine yapılan baskı ve kontrol mekanizmasını neden olarak göstermişlerdir. Esas amacı hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak olan listeyi, bir üst kıdemli olan sorumlu hemşirenin sürekli kontrol etmesi sebebine bağlı olarak doldurduğunu, eğer eksik bırakırsa yönetim tarafından yaptırımla karşılaşacağı korkusu ile kullandığını söylemişlerdir. Buradan da listenin esas amacı dışında kişilere baskı ve kontrol ile doldurulmasının sağlandığı sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamıza baktığımızda katılımcılardan 14'ü lise, 25'nin uzman, 3 kişinin ise profesör olduğunu anlaşılmaktadır. Genellikle cerrah grubunun uzmanlığını almış olduğu, klinik ve ameliyathanede çalışanların lise mezunu oldukları görülmüştür.

Cerrahi birimlerde çalışanların yaş ortalaması 21, ameliyathanede çalışanların 32, cerrahların ise 52 olduğu anlaşılmıştır.

Klinik hemşirelerinin ortalama görev süreleri 1 yıl, çalıştıkları birimde görev yapma süreleri 12,5 ay olarak tespit edilmiş olup, en uzun çalışma süresinin hem görev

yaptıkları bölüm hem de kurumda çalıştıkları süre göz önünde bulundurulursa en uzun görev süresi cerrahlara aittir.

Eğitim alma durumuna göz atarsak, klinik hemşireleri ve ameliyathanede görev yapan hemşire ve anestezi teknikerlerinin ilk kez işe girdiklerinde eğitim aldıkları fakat cerrahların meslek yaşantıları boyunca ve kurumda görev yaptıkları süre içerisinde eğitim almadıkları tespit edilmiş olup, hemşirelerin GCKL^{TR} ile ilgili eğitim alma durumunun en yüksek değere sahip olduğu anlaşılmıştır.

GCKL^{TR} kullanımına yönelik en çok hemşire ve ameliyathanede görev yapan hemşire ve anestezi teknikerlerinin bilgi sahibi olduğu, cerrahların ise bu konuda biraz daha geride kaldıkları, fakat anestezi doktorlarının liste kullanımı üzerine aslında hassas oldukları fakat kurumdaki işleyişe ayak uydurdıkları tespit edilmiştir.



6.2.Öneriler

Yapmış olduğumuz bu çalışmamızdan yola çıkarak, GCKL^{TR} kullanımının daha etkin olmasını sağlamaya yönelik kurumların birtakım iyileştirmeler yapmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Konu ile ilişkili önerilerimizi şu şekilde sıralayabiliriz;

- GCKL^{TR} kullanımına ve önemine yönelik, öncelikle tüm sağlık profesyonellerine eğitim verilmesi ve bu eğitimlerin belli aralıklarla tekrar edilmesi,
- Özellikle cerrahların liste kullanımı konusunda etkilerinin artırılması ve buna yönelik kontrol mekanizmasının sağlanması (Hekimleri ilgilendiren parametrenin, hekimin onayı olmadan kapatılmaması),
- Liste kullanımının temel nedeni olan hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanabilmesi için, liste kullanılmadığı zaman ya da ezbere, okumadan doldurulduğu veya hasta servise gelmeden işaretlendiği zaman karşılaşılabilecek olası risklere karşı kişilerin bilinçlendirilmesi,
- Yoğun sirkülasyonun engellenmesi için, hastaların randevu saatleri konusunda hekimlerin ameliyathane randevularından en az 1 saat önce hastaneye gelmeleri konusunda hastalara hatırlatma yapması,
- Yoğun sirkülasyonun engellenmesi için, yatış biriminin kliniğe yatırdıkları hastaları teker teker hemşireye teslim etmeleri. Birden fazla hastayı aynı anda servise teslim etmemeleri konusunda bilgilendirilmesi,
- Yoğun sirkülasyonun engellenmesi için, ameliyathane biriminin klinikten aynı anda birden fazla hasta istemi yapmaması,
- Ameliyathanede bulunan vaka cerrahlarının kişilere, hasta hazır olmadığı halde hasta istemi konusunda baskı kurmasının engellenmesi,
- Tüm sağlık profesyonellerinin liste önemini anlayabilmeleri için empati kurmalarının sağlanması,
- Klinik sorumluları ve ameliyathane sorumlu kişilerinin, listenin önemini çalışan diğer sağlık profesyonellerinin kavrayabilmeleri için, kontrol mekanizmasını baskıdan ziyade, iyileştirmeye yönelik kullanmaları ve yaptırımları olumlu yönde kullanarak kişilerin tekrar eğitimden geçirilmesi olarak değerlendirilmesi,
- GCKL^{TR}'nin önemini tam olarak kavranabilmesi ve uygun şekilde kullanılabilmesi için tüm sağlık profesyonellerinin farkındalıklarının artırılmasına yönelik kurumda örnek çalışmalar yapılması,

- Kurum tarafından GCKL^{TR} uygulanaşına ilişkin bir standardın oluşturulması ya da var olan standardın dzenlenmesi, uygulanması ve denetlenmesi,
- Konu ile ilişkili sũreçlerin yazılı hale getirilerek uygulamanın iãerisinde yer alanlar tarafından benimsenmesinin sağlanması,
- Hastanelerde ilişkili prosedũr/prosedũrlerin hazırlanırken uygulayıcıların da gũrũřlerinin ve katılımının alınması,
- GCKL^{TR} kullanım durumunu gũzlemsel araştırma yũntemiyle saptayan çalışmaların yapılması,
- GCKL^{TR} 'nin uygulanmama nedenleri arasında yer alan fazla zaman alıyor olması gũz ẽnũnde bulundurularak, listenin kurum tarafından yeniden gũzden geãirilmesi, gerekiyorsa daha az zaman alacak şekilde yeniden dzenlenmesi ve yine eėer gerekiyorsa maddelerin bũlũmler arasında yerlerinin değiştirilmesi konusunda çalışmalar yapılması,
- Kurum tarafından kliniklerde ve ameliyathanelerde yorgunluk ve dikkat eksikliğinin ẽnũne geãmek ve liste kullanımı etkin kılabilmek iãin personel sayısının artırılması.

KAYNAKÇA

Akalın, E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Gelişebiliriz? *Ankem Dergisi*, 18 (Ek 2): 12-13.

Akalın, E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun bakım Dergisi*: 5(3): 141-146.

Alzahrani, N., Jones, R., Rizwan, A. and Abdel-Latif, M. (2019), "Safety attitudes in hospital emergency departments: a systematic review", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 32 No. 7, pp. 1042-1054.

Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar: 4(2): 22-26.

Avşar, G., Armutçu, E., Özlü, Z. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Düzeyleri ve Tıbbi Hata Türleri: 3(2): 115-122.

Ayaz S. (Çev.) (2014) s:160, Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş. J. Jolley. *Introducing Research, Evidence- Based Practice*, Ankara; Nobel Akademik Yayıncılık.

Awad, SS., Fagan, SP., Bellows, C., Albo, D., Rashad, BG., De La Garza, M., Berger, DH. (2005). Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *The American Journal of Surgery*, 190:770-774.

Bulletin of the World Health Organization (2008). Checklist save lives. *News* 86(7):501-502.

Bulut, S., Güleğün, T., Şahbaz, M. (2013). Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3): 163-169.

Caymaz, M., (2015). *Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma, Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırma Dergisi*: 2(4):2-12.

Creswell, J. W. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative, And Mixed Methods Approaches*. New York: Sage.

Çavuşoğlu, H., Güneş, N., Pars, H. (2015). Kan Ürünleri ve Güvenli Transfüzyonu: 5(3):1-9.

Çelik, R.; Özel, F. (2020). Türkiye’de Yoğunbakım Ünitelerinde Oluşan Hastane Enfeksiyonları Gelişme Oranlarının Karşılaştırılması. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 5(2), s.158-169.

Davies, JM. (2005). Team Communication in the operating room. *Acta Anesthesiol Scand*, 49:898-901.

Dikmen Demir Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Fakültesi Dergisi* 2014; 1: 44-56.

Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E, (2012). Barriers to staff adoption of surgical safety checklist. *BMJ Saf* 21(3): 191-197.

Haynes A B, Weiser T G, Berry W R, A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population, *The New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499, <https://doi.org/10.1056/NEJMs0810110>.

Helmiö P, Takala A, Aaltonen LM, Pauniahio SL, Ikonen TS, Blomgren K (2012). First year with WHO Surgical Safety Checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and user attitudes. *Clinical Otolaryngology* 37(4):305-308.

Işık, M., Akpolat M., Çimen M. (2012). Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11:421-430.

Joint Commission International (JCI), (2014). World Patient Safety Goals. https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/offerings/other-resources/jci_2017_ipsg_infographic_062017.pdf Erişim tarihi: 5 Mart 2021).

Konateke, O., (2020), Hemşirelerde Mesleğe Bağlılık İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu).

Lepanluoma, M., Takala R., Kotkansalo A., Rahi M., İkonen S., (2013). Surgial Safety Checklist is associated With İmproved Operating Room Safety Culture, Reduced Wound Complications, and Unplanned Readmissions in a Pilot Study İn Neurosurgery. Scandinavian Journal of Surgery 103:66-72.

Manav, G., Karademirler, Y. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü. Güncel Pediatri, 16(3), 103-116.

Metin, B. (2018). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 5(1): 76-78.

Mülayim Y, İntepeler ŞS. (2011). Bir Üniversite Hastanesinde Düşmelerin Sıklığı ve Kök Neden Analizi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 27 (3): 21-34.

Ovalı, F., (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 6(3): 34.

Özata, M., Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hataların Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya örneği, *Tıp Araştırmaları dergisi* 8(2):100-111.

Özçetin M, Saz E, Karapınar B, Özen S. (2009). Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Dergisi* (3): 49-5.

Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Kurukız, S. (2012). Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme riskinin Belirlenmesi ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı: Pilot Çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15:1.

Özer, Ö., Taştan, K., Set, T., Çayır, Y., Şener, M. (2019). Tıbbi Hatalı Uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(3): 394-397.

Patton, M.Q. (2005). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3rd Edition, Sage Publications, Thousand Oaks.

Pehlivan, İ. (1997). Türkiye’de Hizmet İçi Eğitim Sorunları Araştırması, *Verimlilik Dergisi*, 3:131-144.

Popper, K., Silverman, N. (2013). *The Logic Of Scientific Discovery*. Newyork Roudledge.

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-6581/saglikta-performans-ve-kalite-yonergesi-2011.html> Erişim tarihi 26 Şubat 2021).

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-9022/guvenli-cerrahi.html> Erişim Tarihi: 4Mart2021).

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Bölümleri. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-9022/guvenli-cerrahi.html> Erişim tarihi: 3Mart 2021.

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3516/0/21072015guvenlicerrahiuygulamarehb eripdf.pdf> Erişim tarih: 3 Mart 2021).

Sayek, F., (2011). Hasta Güvenliği, Türkiye ve Dünya, TTB Raporları Kitapları, 1:17-19.

Schwendimann R., Blatter C., Lüthy M., Mohr G., Girard T., Batzer S., Hoffman H. (2014). Adherence to the WHO Surgial Safety Checklist: an observational study in a Swiss academic center, *Patient Safety in Surgery*, 13(1):14.

Sewell M., Adebibe M., Jayakumar P., Jawett C., Kong, G., Vemalapalli K., Levack B (2011). Use of the WHO surgial checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics* 35(6):897-901.

Smith, J.A., Flowers P., and Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analisys: Theory, method, research. Londra: Sage.

Sur, H., Palteki T., Yazıcı G. (2019). Hasta Güvenliği, Ankara: Palme Yayınevi

Şen, Selma, Er, Sezer ve Sevil, Ümran (2009), “Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar”. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri, 19-21 Mart, Antalya.

T.C. Resmî Gazete, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 6 Nisan 2011, sayı: 27897.

Tanyaş, B. (2014). Nitel Araştırma Yöntemlerine Giriş: Genel İlkeler ve Psikolojideki Uygulamaları, *Eleştirel Psikoloji Bülteni* 5:26-33.

Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY (2014). Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 23(4): 299-318.

Turan, S. (Çev.) (2018). Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber. Merriam S B. Oualitative Research A Guide Desing and Implementation. Ankara: Nobel Yayınevi.

Vries EN, Dijkstra L, Smorenburg SM, Meijer RP, Boermeester MA (2010). The Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis. *Patient Safety in Surgery* 4(1): 6.

Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An Estimation of The Global Volume of Surgery: A Modelling Strategy Based on Available Data, *Lancet* 2008;372:139-44.

Weiser TG, Haynes AB, Lashoher A, Dziekan G, Boorman DJ, Berry WR. (2010). Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *Int J Quality Health Care* 22:365-70.

World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Policy. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>, Erişim tarihi: 8Mart 2021).

World Health Organization (WHO). Safe Surgery Checklist. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/ Erişim tarihi:3 Mart 2021).

World Health Organization (WHO). Safe Surgery Checklist Content. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/ Erişim tarihi: 4 Mart 2021).

Yavuz, M., Giersbergen V. (2016). Dünya Sağlık Örgütü: Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı Projesi Nedir? *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2(3):1-9

Yıldırım, A., ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (10.b.). Ankara: Seçkin.

EKLER

EK-1

Tez Mülakat formu

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Sağlık Profesyonellerini Görüşlerinin Belirlenmesinde kullanılacak olan bu formda açık uçlu sorular olup cevapları katılımcıların kendi düşüncelerini açıklamasında yardımcı olacaktır.

1)Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında hiç eğitim aldınız mı? Ne zaman?

.....

2)Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi sizin için ne ifade ediyor? Kullanımı gerekli midir? Neden?

.....

3)Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı ne gibi yararlar sağlar? Kullanılmadığında ne gibi sonuçlarla karşılaşılabilir?

.....

4)Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımında karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

.....

5)Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini neden doldurduğunuzu düşünüyorsunuz? Sizce doldurulmamasının nedenleri nelerdir?

.....

EK-2

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Sağlık Profesyonellerinin Görüşlerinin Belirlenmesine İlişkin Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Bilgilerini Belirleme Soru Formu

Merhaba, benim adım Deniz İLİKLİ, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Bu çalışmayı yüksek lisans tezim için yapıyorum. Çalışmanın amacı; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Sağlık Profesyonellerinin Görüşlerinin belirlemektir.

Soru formunda adınızın belirtilmesi zorunlu değildir ve tüm bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Katkınız için teşekkür ederim.

Sağlık Çalışanlarını Tanımlayıcı Bilgiler

1)Cinsiyetiniz?

a) Kadın

b) Erkek

2)Yaşınız)

a) 18-30

b)31-40

c)41-50

d)51-60

e)61 yaş üstü

3)Mesleğiniz?

a) Cerrah;

Uzman olduğunuz bölüm.....b) Anestezi uzmanı c) Hemşire

d) Anestezi teknisyeni

e) Ameliyathane hemşiresi

4)Meslekte Çalışma Süreniz?

a) 0-4 yıl

b)5-9 yıl

c)10 yıl ve üstü

5)Eğitim Durumunuz)

a) Lise

b) Ön lisans

c) Lisans

d) Lisansüstü

e) Uzman

f) Profesör

EK-3

Ses Kayıt Cihazı

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Sağlık Profesyonellerinin Görüşlerinin Belirlenmesi adlı tez çalışmasında araştırmaya katılacak kişiler ile 15 dk.' dan az ve 45 dk.' yı geçmeyecek şekilde yapılacak olan açık uçlu soruların yöneltilerek cevapların kayıt altına alınacağı bölümde materyal olarak ses kayıt cihazı kullanılacaktır.

