

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

(DOKTORA TEZİ)

**AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ HASTA
GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

EBRU ÖNLER

**DANIŞMAN
PROF.DR.NERİMAN AKYOLCU**


**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

12 / 10 / 2010

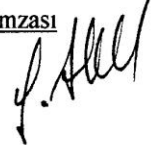

Prof. Dr. Tamer DEMIRALP
Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Ebru Önler
Tez Başlığı : AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 05 / 10 / 2010

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1. Prof. Dr. Güler Aksoy Haliç Üniversitesi / Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi



2. Prof. Dr. Neriman Akyolcu (Danışman) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



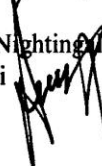
3. Prof. Dr. Nevin Kanan İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4. Prof. Dr. Mahmut Müslümanoğlu İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi / Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5. Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ebru ÖNLER



İTHAF

Tezimi yazdığım dönemde kaybettiğim ve her zaman sevgisini ve özlemini içimde hissedeceğim canım BABAM'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasında bana danışmanlık yapan ve tüm çalışmalarımda bilgi ve deneyimi ile bana yol gösteren, ilgi ve desteğini esirgemeyen hocam

Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya

Mesleki gelişimime katkılarından dolayı, öğrencisi olmakla her zaman gurur duyduğum hocalarım

Prof. Dr. Güler AKSOY ve Prof.Dr. Nevin KANAN'a

Tez izleme jürimde bulunarak bana destek veren hocam,

Prof.Dr. Mahmut MÜSLÜMANOĞLU'na

Her konuda beni destekleyen ve bana güç veren,

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalında görevli hocalarım ve arkadaşlarıma,

Araştırmada kullanılan Güvenlik Tutumları Ölçeğinin geçerlik çalışmaları için görüşleri alınan,

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu öğretim üyelerine

Araştırmaya gönüllü olarak katılan,

İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri ameliyathaneleri çalışanlarına,

Araştırma verilerimin analizi ve değerlendirilmesinde yardımcı olan

Yard.Doç.Dr. Saniye ÇİMEN'e

Yaşamımın her döneminde sevgi ve ilgisiyle yanımda olan, çok sevdiğim

Aileme

Teşekkürlerimi Sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
BEYAN.....	İİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hasta Güvenliği Kültürü.....	3
2.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması	10
2.2.1.Etkili Bir Raporlama Ve Kayıt Sisteminin Kurulması	11
2.2.2.Hastaya Yönelik Risklerin Belirlenmesi.....	15
2.2.3.İlaç Hatalarının Üzerinde Ayrıntılı Durulması	17
2.2.4.Güvenli Kan Transfüzyonlarının Üzerinde Ayrıntılı Olarak Durulması	21
2.2.5.Sisteme Bağlı Hataların Belirlenmesi Ve Çözümüne Kavuşturulması	21
2.2.6.Ulusal Ve Uluslararası Düzeyde Geçerli Olacak Hasta Güvenliği Terminolojisi Oluşturulması.....	22
2.2.7.Bilgi Ve İletişim Teknolojilerinden Daha Etkin Faydalanılması	22
2.2.8.Tıbbi Araç-Gereç Ve Cihazların Bakım Ve Kontrolünün Düzenli Olarak Yapılması.....	22
2.2.9.Hastaların Ve Hasta Yakınlarının da Sisteme Dahil Edilmesi	25
2.2.10.Ekip Kültürünün Geliştirilmesi.....	25
2.2.11.İletişimin Geliştirilmesi	26
2.2.12.Protokollerin Ve Rehberlerin Geliştirilmesi	28
2.2.13.İnsan Kaynaklarının Yönetimi.....	33
2.2.14.Liderin Rolü.....	35
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümü	36

3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Özellikleri	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	39
3.4. Verilerin Toplanması	39
3.5. Veri Toplama Araçları	39
3.5.1. Çalışan Bilgi Formu	39
3.5.2. Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu) (EK 2)	40
4. BULGULAR	54
4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerini Gösteren Bulgular	54
4.2. Çalışma Grubundaki Çalışanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması İle İlgili Bulgular	60
5. TARTIŞMA	71
KAYNAKLAR	85
FORMLAR	99
ETİK KURUL KARARI	110
TELİF HAKKI İZİNİ	120
ÖZGEÇMİŞ	121

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Kapsam geçerliliği için uzmanların GTÖ maddelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve maddelerin puan ortalamaları (n:10)	42
Tablo 3-2: Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) ve alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayısı	46
Tablo 3-3: Güvenli Tutum Ölçeği'nin madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290).....	47
Tablo 4-1: Çalışanların demografik özellikleri (n=290).....	55
Tablo 4-2: Çalışanların mesleki yaşam özellikleri (n=290).....	56
Tablo 4-3: Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumları (n=290).....	58
Tablo 4-4: Çalışanların hasta güvenliğini arttırmaya yönelik önerilerinin dağılımı	59
Tablo 4-5: Güvenlik tutumları ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n:290).....	60
Tablo 4-6: Ameliyathane çalışanlarının yaş gruplarına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290).....	61
Tablo 4-7: Ameliyathane çalışanlarının cinsiyetine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290).....	61
Tablo 4-8: Ameliyathane çalışanlarının eğitim durumlarına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	62
Tablo 4-9: Ameliyathane çalışanlarının çalışma pozisyonlarına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	62
Tablo 4-10: Ameliyathane çalışanlarının uzmanlık alanındaki deneyim süresine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	63
Tablo 4-11: Ameliyathane çalışanlarının genel çalışma saatlerine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	63
Tablo 4-12: Ameliyathane çalışanlarının haftalık çalışma saatine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	64
Tablo 4-13: Ameliyathane çalışanlarının ameliyathanede kendi isteği ile çalışma durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	64

Tablo 4-14: Ameliyathane çalışanlarının çalıştıkları ameliyathanede gündüz gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	65
Tablo 4-15: Ameliyathane çalışanlarının çalıştıkları ameliyathanede gece gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	65
Tablo 4-16: Ameliyathane çalışanlarının çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	66
Tablo 4-17: Ameliyathane çalışanlarının çalıştıkları kurumda çalışma sürelerine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	66
Tablo 4-18: Ameliyathane çalışanlarının bu hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	67
Tablo 4-19: Ameliyathane çalışanlarının kurumda düzenli hizmet içi programı yapılmasına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)	67
Tablo 4-20: Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290).....	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Cerrahi hataların zarar verme dereceleri	8
Şekil 3-1: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin maddelerinin faktör yükleri.....	44
Şekil 4-1: Hemşirelerin ekip üyeleriyle olan işbirliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri	69
Şekil 4-2: Cerrahların ekip üyeleriyle olan işbirliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri	69
Şekil 4-3: Anestezistlerin ekip üyeleriyle olan işbirliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri	70

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHA	American Hospital Association (Amerikan Hastaneleri Birliği)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Bakımında Kalite ve Araştırma Kurumu)
CDC	Centre for Disease Control (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi)
IAEA	International Atomic Energy Agency (Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu)
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
JCAHO	The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
NPSA	National Patient Safety Agency (Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı)
NPSF	National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)
NRLS	National Reporting and Learning System (Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi)
SB	Sağlık Bakanlığı
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

ÖNLER, E. (2010). Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma; ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin yapılmasına yardımcı olacak ölçme aracının, geçerlilik, güvenilirlik çalışmasının yapılması amacı ile gerçekleştirildi. İstanbul Üniversitesi İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri Ameliyathanelerinde çalışan 290 cerrah, anestezi uzmanı ve hemşire araştırma kapsamına alındı. Çalışmanın ilk aşamasında Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapıldı. İkinci aşamasında veriler Güvenlik Tutumları Ölçeği ve Çalışan Bilgi Formu ile elde edildi. Veri analizinde, sayı, yüzde, puan ortalaması, t ve tukey testleri, korelasyon, faktör ve varyans analizleri ile cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Ameliyathanede çalışanların tanıtıcı özellikleri ile, güvenlik tutumları karşılaştırıldığında; 11 yıl ve daha fazla süreyle sadece gündüz ve kendi isteğiyle çalışanlar ile, günde 2-5 ameliyatın yapıldığı ameliyathane bölümlerinde çalışan ve hizmet içi eğitim programlarına katılanların güvenlik tutumları puan ortalamalarının yüksek, aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi. Çalışanların kendi meslektaşları ile, daha iyi iletişim ve işbirliği içinde oldukları, diğer ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği düzeylerinin düşük olduğu; ancak cerrahların kendi meslektaşlarına benzer bir oranda hemşireler ile de iyi iletişim ve işbirliği içinde olduklarını belirttikleri saptandı. Çalışanlar ile araç-gerecin nicel ve nitel olarak yeterli olması, çalışma saatlerinin yasalara uygun olarak düzenlenmesi, hasta ve çalışan güvenliği komitesi kurulması, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili eğitimlere çalışanların katılımlarının desteklenmesi, yönetici desteğinin sağlanması, çalışanlar arasında iletişimin, ekip işbirliğinin ve hasta güvenliği tutumlarına ilişkin farklı hastanelerde yürütülmüş çalışma sonuçlarının arttırılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, ölçek uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik.

ABSTRACT

ÖNLER, E. (2010). Evaluation of Operating Room Staff's Attitudes Related To Patient Safety. İstanbul University, Institute of Health Science, Department Of Surgical Nursing. Doctorate Dissertation, İstanbul.

Research was performed to evaluate safety attitudes of operating room employees and examining the reliability and validity of Turkish version of the Safety Attitudes Questionnaire-Operating Room Version (SAQ-OR Version). The study was carried out on 290 operating room employees of İstanbul University İstanbul and Cerrahpaşa Medical Faculty Hospitals. In the first stage of research, we examined reliability and validity of Turkish version of the SAQ-OR Version. In the second stage data were collected by using an Employee Information Form and SAQ-OR Version. Average, standart deviation, frequency, percentage, student t, correlation analysis, factor analysis, oneway anova, cronbach alpha and Tukey HSD were used at data analysis. It was determined that safety attitude point average of employees are higher and difference between them are significant who work 11 years or more, only in daytime, voluntarily, at operating rooms which have 2-5 surgery in a day and participants of job training. Also operating room employees have higher level of team collaboration and communication with their colleagues, than other members of operating room team, but surgeons indicated same level for team collaboration and communication with their colleagues and nurses. It was proposed to provide sufficient number and well educated employees and equipment, reorganize working hours as law-suit, establish patient and employee safety committee, support operating room employee to join educational activities about patient and employee safety, provide directors' support, improve operating room team cooperation and communication, increase surveys about this area at different hospitals.

Key Words: Operating room, patient safety, patient safety culture, adaptation of scale, reliability, validity.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyanın en karmaşık hizmet sektörü olarak da tanımlanan sağlık hizmetlerinin baş döndürücü gelişimi sonucunda, bütün dünyada çok önemli güvenlik sorunları yaşanmaya başlanmıştır. Hastanelerde hasta güvenliği sorunlarıyla ilgili başlıca örnekler; “yanlış organın kesilmesi/ alınması”, “doğumdan sonra bebeğin yanlış aileye teslim edilmesi”, “anestezi uygulaması sırasında beyine oksijen gitmemesi sonucu beyin hasarı oluşması”, “hastane içinde oluşan düşmeler sonucu sakatlık hatta ölüm gelişmesi”, “basit bir işlem nedeniyle hastaneye yatan bir hastanın dirençli bir hastane enfeksiyonu sonucu yaşamını kaybetmesi”, “enfeksiyon etkeni içeren kan ve kan ürünlerinin nakli sonucu gelişen AIDS ve hepatitler” ve “hatalı laboratuvar ve patoloji sonuçlarına bağlı yanlış tanı ve tedaviler” olarak sıralanabilir (Çakmakçı 2005; Makary Sexton, Freischlag, Millman ve ark. 2006; Sungur 2007).

Amerika Birleşik Devletlerinde Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) , “100.000 hayat kurtarmak” sloganıyla başlattığı projeyi sürekli olarak geliştirmektedir. IOM’ nin 2000 yılında yayınladığı raporda ABD’de tıbbi hataların; ölüm nedeni olarak kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sırada yer aldığı ve her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmektedir .

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin ne kadar güvenli olduğunu irdeleyen makalesinde Sungur, sağlık sistemindeki hataları önleyici girişimlerde bulunmaksızın, aynı yoldan bir kez daha gidip zaman, para ve her şeyden önemlisi insan sağlığını veya yaşamını kaybetmenin çok anlamsız olduğunu açıklamakta, aynı felaketlerin tekrarlamaması için, sağlık sisteminin planlı bir şekilde yeniden tasarlanması gerektiğini vurgulamaktadır (Dzik ve ark. 2003; Müller ve ark. 2007; Sungur 2007). T.C. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37. maddesinde “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakkı olduğu; bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının, hastaların ve ziyaretçi/refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorunda olduğu” belirtilmektedir. Tıp ve hemşirelik bilimlerinde “öncelikle zarar vermeyiniz” öğretisi, ilk öğretilerden biri olarak ele alınmakta ve bazı hataların, hastaya ulaşmadan giderilebileceği üzerinde durulmaktadır (Yıldırım 2006).

A.B.D.’de Tıp Enstitüsü gibi birçok uluslararası kuruluş, “Hasta Güvenliği”nin sağlanması konusundaki çalışmalarını sürdürmekte ve daha güvenli bir sağlık sistemi için, sürekli olarak yeni öneriler geliştirmektedir. Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla, sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını içermektedir. Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için liderlerin bu konuyu sahiplenmesi gerekmektedir (Nieva ve Sorra 2003; Akalın 2004; Bal 2005; Hutchinson ve ark. 2006; Vincent 2006; Yıldırım 2006; Singer 2007; Vogus ve ark. 2007).

Sağlıklı ya da hasta insanın olduğu her yerde ve tüm yaş gruplarındaki bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumun bağımsız ve işbirlikçi bakımını içeren hemşirelik, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta, sakat ya da ölümcül hastaların bakımını kapsar. Banister ve arkadaşları (1996), hemşirelerin, güvenli ve mükemmel bakım vermek üzere yetiştirildiklerinden ve iyi hemşirelerin hata yapmayacağından söz ederken, Feeg (2001) hemşirelikte profesyonelliğin “iyi olma ve iyiyi yapma” olduğunu belirtmektedir. Sağlık bakımının etkin olması ve başarılı sonuç alınmasında, hemşirenin liderliği temel unsurdur.

Savunuculuk, güvenli bir çevre yaratma, araştırma, sağlık politikalarının şekillendirilmesine ve sağlık sisteminin yönetimine katılım ve eğitim, önemli hemşirelik rolleridir. Bu roller arasında, özellikle ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin savunuculuk ve güvenli çevre oluşturma rolü, ön plana çıkmaktadır (Catalano 2005; Kocaman 2007).

Bu bilgiler ışığında araştırma; ameliyathanede güvenli, etkin tedavi ve bakım girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağı düşünülerek, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin yapılmasına yardımcı olacak ölçme aracının, ülkemize kazandırılması amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Kültür, çok çeşitli tanımları olan, Latince bir sözcüktür. Taylor'a göre kültür (Kaynak: Çakır 2007), bir toplumun üyesi olarak bireyin öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek v.b. alışkanlıkları içeren ve bireyin kendinden sonra gelenlere aktarılmak üzere öğrettiği her şeyi kapsayan karmaşık bir bütündür.

Diğer bir tanıma göre kültür, bir toplumun duygu, düşünce ve yargı birliğini sağlayan değerlerin tümüdür (Çakır 2007).

İşletme yönetimi açısından kültür, kuruluşun çalışma şeklini ve etkinliklerin sonucunu etkileyen, belirli insan toplulukları tarafından oluşturulan, inançlar, değerler, örf, adet ve kişilerarası ilişkilerin sonuçlarının tamamıdır (Çakır 2007).

Birçok araştırmacı tarafından farklı tanımları yapılan kültürün özellikleri genel olarak şu şekilde sıralanabilir (Çakır 2007):

- Kültür, öğrenilmiş davranışlar topluluğudur.
- Kültür, toplumca benimsenmiştir ve toplumun yaşam biçimidir.
- Kültür, toplumun üyelerince paylaşılmıştır.
- Kültür, ideal ya da idealleştirilmiş kurallar sistemidir.
- Kültür, insanın biyolojik ve psikolojik gereksinimlerini giderici yapıdadır.
- Kültür, bütünleştirici bir eğilime sahiptir.
- Kültür süreklidir ve değişebilir. Bu değişim, teknolojik ve ekonomik faktörler, fiziki çevre faktörleri, başka kültürlerle etkileşim, kültürün kendi gelişimidir.

Kurumsal kültür, tüm organizasyonu bir arada tutan, paylaşılan değer, tutum, davranış ve inançların bütünüdür (Akalın 2004; Pronovost ve Sexton 2005).

Kurum kültürü kavramı, oldukça yeni bir kökene sahiptir. Özellikle 1980'li yılların başından itibaren üzerinde durulan bu kavram, genel olarak organizasyon içindeki işlerin yapılış ve yürütülüş biçimini ifade eder (Şişman 1994, Kaynak: Çakır 2007).

Güvenlik kültürü, güvenliği tehdit edebilecek davranış ya da uygulamalar ile, bunların yer aldığı ortak kullanım ya da etki alanında bulunan canlıların ya da nesnelerin zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenliğe öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalar ile, yetkinlikler ve sorumlulukların bütünüdür (Özkan ve Lajunen 2003).

Güvenlik kültürü kavramı 1986 yılında Çernobil Nükleer Santralinde yaşanan kazadan sonra, güvenlik iklimi ile beraber kamuoyunun gündemine girmiştir. Kamuoyunun dikkatinin bu kavramlara çekilmesinde, Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA)'nın 1986 yılında yayınladığı raporun etkisi büyüktür. Rapora göre, kazanın yaşanmasının nedenlerinden birisi de kurumun güvenlik kültürünün zayıflamış olmasıdır (Özkan ve Lajunen 2003).

Güvenlik kültürü, kavram olarak iş güvenliği sisteminin temelleri olan; kuruluş çalışanları tarafından mesleki tehlikeler, kazalar ve güvenli iş gibi stratejilerin belirlenmesine yardımcı olan, değerler, inanışlar, ilkeler ve uygulamaları açıklamaktadır. Bu anlayışlar ve uygulamalar; güvenli çalışma, çalışanların iş yaşamı kalitesinin, yaşam kalitesine olan etkisinin farkında olması, güvenlik ve sağlık konusunda bilgili olmasıdır. Çalışma davranışlarının güvenli olması durumunda, güvenli davranış ise; sağlık ve güvenlik kültürünün yerleştiği ortamlarda sağlanabilir. Güvenlik kültürünün oluşturulması ile, sağlıklı ve güvenli davranış, alışkanlık haline getirilebilir (Şerifoğlu ve Sungur 2007).

İnsanlar yaşamları boyunca birçok riskle karşı karşıya kalabilmektedir. Ancak riskler fark edilebilir, öğrenilebilir, ölçülebilir, analiz edilebilir, değerlendirilebilir, azaltılabilir, yönetilebilir ve kontrol edilebilir (Güven 2007, Kaynak: Çakır 2007). Riskin var olduğu durumlarda, profesyonel eğitimlerle ulaşılan yapısal gelişim ile, erken tanı, değerlendirme ve girişimde bulunma olanaklarını arttırmak, sorunun büyümesini önlemek, zarar azaltma stratejilerini ve sorun çözme becerilerini geliştirerek etkilenimin azaltılması ve kontrol edilebilir olmasının sağlanması amaçlanmaktadır (Güven 2007, Kaynak: Çakır 2007).

Hasta güvenliği kültürü ise; hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi anlamında, ölçülebilir ve geliştirilebilir bir kavramdır (Akalin 2004). Hasta güvenliği kültürü, hataların önlenmesi ve düzeltilmesi için en önemli faktörlerden biridir (Pronovost ve Sexton 2005).

Hasta güvenliği, son yıllarda gündemde daha fazla yer almasına karşın, tarihin eski çağlarından beri var olan bir konudur. M.Ö. 1700'lerdeki Hamurabi kanunlarında, 'Hekimin hastasını öldürmesi ya da tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği...' (Madde 219) yazılmıştır. Daha sonraları Galen, bugün tıbbın temel değerlerinden biri olan "Primum non nocere" (önce zararlı olma) ilkesini ortaya koymuştur. Florence Nightingale " Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır" diyerek hem hasta güvenliği, hem de bu kavramın ayrılmaz bir parçası olan hastane infeksiyonlarına dikkat çekmiştir (Ovalı 2010).

Bir sağlık kuruluşunun hastaların güvenliğini sağlamasından daha önemli bir şey olmadığı için, sağlık sektöründe çalışan yöneticilerin en önemli görevlerinden birisi, hasta güvenliğini arttırmaktır (Graham ve ark. 2005).

Hasta güvenliği küresel bir sağlık sorunudur. Gelişmiş ülkelerde 10 hastadan birinin tanı, tedavi ve bakım hizmeti aldığı sırada istenmeyen etkilere ve hatalara maruz kaldığı; gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha da yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Demir 2007).

Hata, önceden planlanan bir eylemin, tamamen istenen sonucu vermemesi (işlemede hata) veya hedefe ulaşmak için yapılan planın yanlış olması (planlama hatası) şeklinde tanımlanabilir (IOM, 2004). Tıbbi hata ise, tıbbi işlemler sonucunda oluşan hatadır.

Tıbbi hatalar, oluşma nedenlerine göre üçe ayrılırlar:

- İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma
- İhmalle bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama (Akalın, 2007).

Beklenmedik olay, hastaya verilen ya da verilmesinden vazgeçilen hizmetin sonucu olarak ölüm ya da ciddi fiziksel ve/veya psikolojik zarar ile sonuçlanan ya da böyle bir durum riskini taşıyan, her türlü hata, kaza ya da sapmalardır. Literatürde beklenmedik olaylar ile tıbbi hatalar aynı anlamlarda kullanılabilir (Yıldırım 2005, Kaynak: Çakır 2007). Beklenmedik olaylar genellikle, yanlış zamanda, yanlış dozda veya yanlış akışta ilaç kullanımı gibi işlem ya da ihmal hatalarından meydana gelmektedir (Çakmak 2006, Kaynak: Çakır 2007).

Güvenli olmayan çalışma koşulları ve bireyin güvenliğe uymayan davranışları, beklenmedik olayların oluşmasına neden olmaktadır. Beklenmedik olayları yok edebilmek için çevre ve insan faktörünün birlikte ele alınması gerekmektedir (Gödelek 2007, Kaynak: Çakır 2007).

Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu tarafından 2005 yılında 3343 hastane tarafından bildirilen tıbbi hatalar değerlendirildiğinde, %12,8'inin ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlar, %12,5'inin yanlış taraf ameliyat uygulaması, %10,5'inin ilaç reaksiyonları, %7,6'sının tedavi gecikmeleri, %5,2'sinin hasta düşmeleri, %2,7'sinin transfüzyon reaksiyonları, %1,9'unun hastane infeksiyonları, %1,9'unun yanıklar, %1,6'sının anesteziye bağlı komplikasyonlar, %1,4'ünün uygulanan aletlerin kalibrasyonunun yapılmamasına bağlı olarak ortaya çıkan hatalar olduğu saptanmıştır (Aslan 2009).

IOM'un raporuna (2000) göre, Amerika'da her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı trafik kazası, meme kanseri ya da AIDS'ten ölenlerin sayısından daha fazladır. Türkiye'de tıbbi hatalar konusunda yapılmış geniş bir araştırma yoktur. Çakmakçı'nın, uluslar arası oranlara bakarak yaptığı modellemeye göre, yılda en az 19.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (Çakmakçı 2005).

Hastanın normal fizyolojik işlevlerini değiştirebilen kontrollü bir travma olarak tanımlanan cerrahi girişim (Dağoğlu 2002), tüm dünyada giderek kabul gören bir tedavi biçimidir (Erdil 2001). Cerrahi girişim, büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkilemekte (Aslan 2009) ve gerekli önlemler alınmazsa, hastaya en fazla zarar verebilecek tedavi şekli olarak değerlendirilmektedir (WHO 2008a). Cerrahi alanlar güvenliğin öncelikli olduğu, çalışanlara olası sorunların nerelerden kaynaklandığının açıklandığı hataları azaltmak için önlemlerin alındığı bir ortam olmalıdır (Demir 2007). Cerrahi tedavinin uygulandığı yerler olan ameliyathaneler, karmaşık iç yapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği ile birlikte işleyişlerindeki karmaşa açısından özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren yerlerdir (Göçmen 2003, Aktaran: Ögün 2008).

Ameliyathanelerin doğası gereği, hastaların en savunmasız olduğu yerler olması, ameliyathane çalışanlarına, anestezinin etkisinde ve doku bütünlüğü bozulmuş olan hastayı olası hatalardan korumak açısından büyük sorumluluk yüklemektedir (Öğün 2008). Sağlık kuruluşlarının içinde yer alan iyi organize edilmiş, ileri tıbbi teknolojik donanıma sahip, özel eğitim almış insan gücünün hizmet verdiği birimler olan ameliyathanelerin hizmet amacı; hastanın yaşamını tehdit eden akut/kronik hastalık ya da travma sonucu beden bütünlüğünün bozulması durumlarında sağlık ekibi tarafından ileri tıbbi teknoloji kullanılarak cerrahi girişim/bakımın sağlanabileceği bir ortam oluşturmaktır (Uçak 2009 p.4).

Güvenli ve etkin bir ameliyathane hizmeti sunmak için, tüm fiziksel alan planlamalarının çok iyi yapılmış olması gerekmektedir. Çalışanların hasta güvenliğini sağlama konusundaki her türlü çabasına karşın, alt yapı ve çalışma ortamı ile ilgili nedenlerden kaynaklanan hasta güvenliği ihlalleri de olabileceğinden, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik çalışmalar, hastanelerin mimarı tasarımlarının yapılması aşamasında başlamalıdır (Çakır 2007).

Ameliyathaneler, bölümler arası kontaminasyon olasılığından kaçınmak için, hastanede ana trafikten uzak konumlandırılmalıdır. Merkezi depo, patoloji, radyoloji, kan bankası ve yoğun bakımlara yakın olmalıdır. Derlenme odası ameliyathaneye bitişik olmalıdır. Ameliyathane içinde temiz ve kirli alanlar sınırlarla ayrılmalı ve trafik kontrolü kısıtlanmamış, yarı kısıtlanmış ve kısıtlanmış üç bölüm kullanılarak sağlanmalıdır (Uçak 2009 p.33).

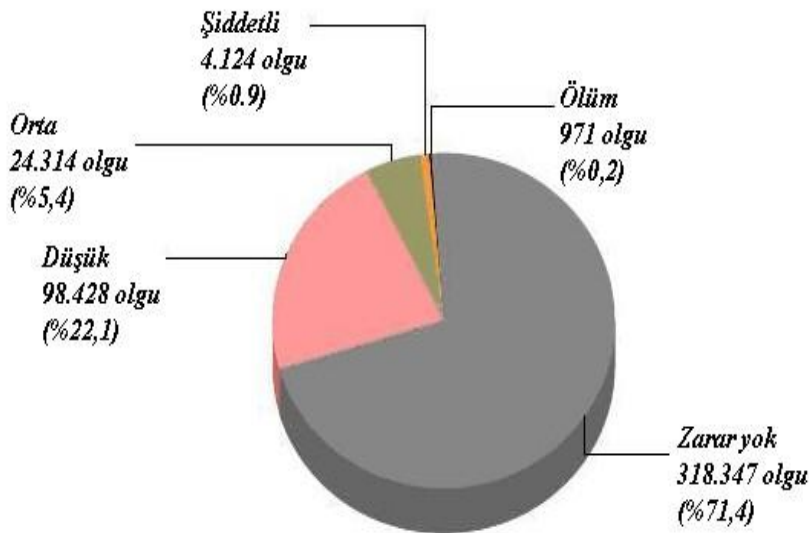
Ameliyathane, cerrahi girişim yapılacak olan hasta için güvenli, cerrahi ekip için etkili ve yeterli olmalıdır. Bir ameliyat salonu en az 37 m² olmalıdır. Kardiyovasküler cerrahi, nöroşirurji gibi ek ekip ve malzeme gerektirecek özel işlemlerin gerçekleşeceği bir ameliyat salonunun ise en az 57 m² olması önerilmektedir (Bardwell ve Saba 2005).

Tavan yüksekliği; ameliyathane ışığı, mikroskop ve diğer aletleri yerleştirebilecek ölçüde olmalıdır. Ameliyat odalarının tavanları, borularla donatıldığından, kapalı ve düz bir yüzey oluşturacak şekilde olmalıdır. Tavan içine gömülü aksamlar düzenli aralıklarla kontrollerinde ve arızalarında kolay işlem yapılabilmesi için, tavan modüler olarak inşa edilmelidir. Ameliyat odalarında duvarlar ve tavan lazer kullanıldığında ışığı yansıtılmamalıdır (Uçak 2009 p.30).

Endüstrileşmiş ülkelerde hastalarda meydana gelen zarar verici olayların yarısının cerrahi ile ilgili ve %54'nün de önlenebilir olduğu belirtilmektedir (Gawende ve ark. 1999, Kaynak: Etchells ve ark. 2003). Hasta güvenliği olguları için dünyadaki en büyük veri tabanına sahip olan Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA), bu güne kadar, 450.000'i cerrahi ile ilgili olmak üzere 3 milyondan fazla hata bildiriminde bulunmuştur (Panesar ve ark. 2009). Dünya Bankası, 2002 yılında, 164 milyon sakatlığın %11'inin cerrahi işlemlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir (Haynes ve ark. 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yapılan ameliyatlarda %40'ında cerrahi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. En sık görülen cerrahi komplikasyonlar; cerrahi alan infeksiyonları, kardiyovasküler komplikasyonlar, venöz tromboembolizm ve ameliyat sonrası ventilatörle ilişkili pnömonidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde cerrahi girişim uygulanan hastaların, %2-5'inde hastane infeksiyonu gelişmektedir (Demir 2007).

Cerrahi hataların zarar verme dereceleri aşağıdaki grafikte belirtilmiştir.



Şekil 2-1: Cerrahi hataların zarar verme dereceleri

Kaynak: Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı, Raporlama ve Öğrenme Sistemi 2005 Ocak- 2008 Eylül Verileri

1999 yılında 260 hastanede her yıl yapılan 1.000.000 işlemde; 20'sinin yanlış taraf, yanlış hasta cerrahisi, 103'ünün yanlış ameliyat olduğu saptanmıştır (Lema 2001). Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO) 2005 yılında 455 beklenmedik olay raporunu inceleyerek (Kaynak: Aslan 2009), bu raporların %12,8'inin yanlış taraf cerrahisi olduğunu bildirmiştir. JCAHO'nun 126 yanlış taraf cerrahisi üzerinde yürütmüş olduğu kök neden analizi çalışmasında; olguların %13'ünü yanlış hasta ameliyatı, %11'ni yanlış işlem uygulanması, %76'sını bedeninin yanlış bölümünün ameliyatının oluşturduğu; Kwaan ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir çalışmada ise 112.994 cerrahi girişimde 1 yanlış taraf cerrahisinin gerçekleştiği belirtilmektedir.

Gawande ve arkadaşlarının 2003'deki makalesinde (Kaynak: Enker ve ark. 2008), ameliyat sırasında cisim unutulması nedeni ile dünya çapında yılda en az 1500 hastanın zarar gördüğü bildirilmektedir. Hasta bedeninde cisim unutulmasının, %69-83 yeniden ameliyat yapılmasına, %10-22 fistül ya da obstrüksiyona ve %0-2 ölüme neden olduğu belirtilmektedir (Grenberg ve ark. 2008).

Hastanın zarar görmesinin engellenmesi bütün cerrahi ekibin sorumluluğundadır ve alınması gereken önlemler hastaya, ameliyat ekibine ve ameliyathaneye yönelik olmalıdır (Yıldız 2009).

Eğitim hastanesi olarak hizmet veren kuruluşlarda öğrenci ve asistan eğitimi de söz konusu olduğundan, eğitim döneminde olan bu kişilerin, uygulamaları sırasında tıbbi hataların olma riskinin azaltılabilmesi için, uzmanların gözetimi altında olmaları gerekmektedir (Akgün ve Al-Assaf 2007, Kaynak: Çakır 2007).

Dünya Sağlık Örgütü güvenli cerrahinin sağlanma hedeflerini 'Doğru hasta ve doğru alan ameliyat edilmeli, anestezinin zararlarından korunma yöntemleri kullanılmalı, yaşamı tehdit eden solunum yolu, işlevleri ve aşırı kan kaybına karşı hazırlıklı olunmalı, alerjik ya da riskli ilaç kullanmaktan sakınılmalı, cerrahi alan enfeksiyon riskini en aza indirecek yöntemler kullanılmalı, cerrahi alanda gaz bezi ya da cerrahi aletlerin kalması önlenmeli, cerrahi özellikler doğru ve güvenilir bir şekilde tanımlanmalı, travmaların engellenmesi için gerekli önlemler alınmalı, etkin iletişim sağlanmalı, hastaneler cerrahi girişim ve uygulamaları takip etmelidirler' şeklinde belirlemiştir (WHO 2008a).

Bu hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik girişimler ‘ilaç hatalarının önlenmesi, güvenli kan transfüzyonu, hastane infeksiyonu gelişiminin önlenmesi, travmaların engellenmesi, ‘doğru hasta, doğru işlem, doğru alan’ güvenliğinin sağlanması, cisim unutulmalarının engellenmesi, güvenli iletişim, güvenli çalışanların sağlanması, organizasyon, kayıt ve güvenlik kültürünün oluşturulması’ olmalıdır (Yıldız 2009).

2.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması

Amerikan Tıp Enstitüsü, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının sağlık hizmetlerinde önlenebilir kazalar ve hataların azaltılmasında anahtar rol oynadığını belirtmiştir (Singer ve ark. 2007). Hastaya zarar vermeden güvenli sağlık hizmeti sunmak, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve güçlü güvenlik kültürleri ile sağlanabilir (Koraşlı ve ark. 2010).

Tıp Enstitüsü (IOM) 2000 yılından bu yana ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahisi gibi hasta güvenliği konularına odaklanmıştır ve hasta güvenliği kültürünü vurgulamaktadır (IOM 2000). Harvard Üniversitesi, Toplum Sağlığı profesörü Lucian Leape (Kaynak: Göktaş 2007) rapor edilmeyen tıbbi hataların ülke genelinde arttığını, büyük hataların yalnızca %2 ile %3’ünün rapor edildiğini belirtmektedir. Hataların rapor edilmesinde buna bağlı olarak hatayı önlemede yapılan en büyük yanlışın, hata yapanları cezalandırmak olduğunu işaret etmektedir.

Klasik yaklaşımda, kişilerin, yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekilecekleri ve cezalandırılacaklarından korkmaları, hataların üzerinin örtülmesine, yok sayılmasına neden olmaktadır ve buna bağlı olarak, insanlar hatalardan ders almamakta ve aynı hataları sürekli tekrarlamaktadırlar. Bu yaklaşımda insanlar, hata yaptıkları için etiketlenirler, yaptıkları hatalar yüzlerine vurulur, utandırılır ve sürekli olarak suçlandıklarından dolayı, kişiler hatalarla yüzleşmekten kaçınır, fakat hata yapmayı sürdürürler. Yeni yaklaşımda ise, hatalar açık olarak konuşulmakta, tartışılmakta, kök nedenler ortaya çıkarılarak yeni hatalar önlenmekte ve hatalardan herkes birşeyler öğrenmektedir. Hatanın sistemden mi yoksa kişilerden mi kaynaklandığı ortaya çıkarılarak, eğer hata sistemde ise, sistemde yapılacak düzenlemeler ortaya konulmakta, kişilerde ise, kişi kaynaklı hataları en aza indireyecek yaklaşımlarda bulunmaktadır. Kişiler değiştikçe hataların oluşma riski artacağından, yeni kişilerin eğitimlerine önem verilmektedir (Ovalı 2010).

Reiman ve Oedewald literatürden elde ettikleri iyi güvenlik kültürünün kriterlerini; güvenlik politikaları, yönetimin güvenlik için becerisi, demokratik uygulamaları ve yetkinliği, güvenlik yönelimli olumlu değerler, tutumlar ve bağlılık, zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı, güvenlik öncelikli işlemler, güvenlik ve üretim arasındaki denge, yetkin çalışanlar ve eğitim, yüksek motivasyon ve iş doyumunu, yönetim ve çalışanlar arasında karşılıklı güven ve adil yaklaşım, kalite, kural ve düzenlemelerin güncellenmesi, düzenli ekipman bakımı, gerekli olay (örneğin atlatılan kaza) ve küçük bile olsa kazaların rapor edilmesi ve etkin yorumu, farklı kurumsal seviyelerden ve görevlilerden sağlıklı bilgi akışı, uygun tasarım, yeterli kaynak ve sürekli iyileştirme olarak sıralamıştır (Özkan ve Lajunen 2003).

John Hopkins Hastaneleri, hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve iyileştirilmesi için yapılabileceklerin neler olduğu ve nasıl başarıya ulaştıklarını deneyim paylaşımı olarak yayınlamışlardır. 2001 yılında başladıkları programın ana hatları; çalışmanın yapılacağı birimlerdeki tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi (kültür araştırması), tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi, kültür araştırması sonuçlarına göre çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi, ünite çalışma programlarının ve iyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması, sonuçların bildirilmesi, bilgilerin yaygın olarak paylaşılması, başarı öykülerinin geliştirilmesi, kültür araştırmasının tekrarlanması olarak sıralanmaktadır (Pronovost ve ark. 2004, Kaynak: Akalın 2004).

Hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için yapılması gerekenleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

2.2.1.Etkili Bir Raporlama Ve Kayıt Sisteminin Kurulması

Temel hedefi, deneyimlerden faydalanarak öğrenmeyi sağlamak olan raporlama sistemleri, sağlık kuruluşları tarafından saptanan ciddi olaylardan ders çıkarılmasını ve önlem alınmasını sağlayarak, yeni hataların oluşmasını engellemektedir. Raporların çok yönlü olarak incelenmesi, temel sorunların ve başarısızlıkların nedenini belirleyerek en iyi uygulamalar için izlenmesi gereken önerilerin oluşmasını sağlamaktadır. Raporlamanın temel görevi değişimi sağlamaktır. Değişimi sağlamak için ise raporlardan elde edilen bilgilerin tüm çalışanlar tarafından paylaşılması gerekmektedir (Özata ve Aslan 2010).

Çalışanların var olan sistemi geliştirme, kaza olaylarını uygun otoritelere rapor etme, hasta bakımı ve tedavi planlarına karşı bilgilenme yönündeki davranışları desteklenmelidir (Vincent ve Coulter 2002).

Bazı kurumlarda çalışanlar hatalar rapor edildiğinde de hiçbirşeyin değişmeyeceğini düşünürler. Hastane genelinde, cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi, proaktif sistem analizi ve risk azaltma stratejileri geliştirilmeli, uygulamalar standardize edilmeli, yeterli çevre donanımı ve etkili iletişim sağlanmalı, çalışanlar nitelik ve nicelik açısından yeterli olmalıdır (Vincent ve Coulter 2002).

Beklenmedik olayların raporlanması söz konusu iken, daha az etkili olan, neredeyse hata olacaktı dediğimiz, yaralanmaya veya zarara yol açmayan, şans eseri kötü sonuçlanmayan, istenmeyen, planlanmamış, zararsız atlatılmış olaylar genellikle göz ardı edilmektedir (Şerifoğlu ve Sungur 2007). Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hemşirelerin neredeyse hata olacaktı denilen durumları dikkate almadıkları görülmektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin, hastanın zarar görmesine yol açabilecek hataları dahi düşük oranda (%23) raporladığı saptanmıştır. Scherer ve Fitzpatrick'in (2008) perioperatif alanda 40 hekim ve 43 hemşire ile yaptığı çalışmada kılıpayı atlatılan hataların %86, hastaya zarar verme potansiyeli olmayanların %72 ve hastaya zarar verebilecek hataların %88 oranında rapor edildiği bildirilmiştir. Filiz'in (2009) çalışmasında da, sağlık çalışanlarının tıbbi hataları çok düşük oranda (%15) raporladığı belirtilmektedir. Hastaya zarar verme ihtimali olan hatalar % 18 oranında raporlanırken, kılıpayı atlatılan hatalar ve hastaya zarar verme ihtimali olmayan hatalar sağlık çalışanları tarafından daha az önemsenmektedir. Aynı çalışmada katılımcıların çoğu (%81) hata yaptıklarında cezalandırılacaklarını düşünmektedir. Çalışanlar, yöneticilerin hata ile ilgili olaya değil de hatayı yapan kişiye odaklanarak suçlayıcı bir tavır sergileyecekleri ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklanacağından endişe duymaktadır. Bu düşüncenin yaygın olduğu kurumlarda hataların raporlanmaması beklenen bir durumdur.

Sherer ve Fitzpatric de (2008) hekim ve hemşirelerin (%63) hata yaptıklarında cezalandırılma endişesi taşıdıklarını bildirmiştir. Hellings ve arkadaşlarının (2007) Belçika hastanelerinde çoğunluğu hemşire olan farklı sağlık meslek gruplarıyla yaptığı çalışmasında bu oran %64 olarak bulunmuştur. Kore'de eğitim hastanelerinde çalışan

886 hemşirenin katıldığı bir araştırmada, hemşirelerin sadece %5'i hataları raporlamaktan korkmadıklarını belirtmiştir (Kim ve ark 2007).

Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önemlidir. Bu hataların insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmesi, uygun raporlama ile olasıdır. Raporlamanın, cezalandırıcı olmadan, kişilerin hata bildirimini teşvik edici, bildirim yapan çalışanı koruyucu bir yapıda olması ve zorunlu hata bildiriminden çok, gönüllü hata bildirimine odaklanması gerekmektedir. Ayrıca hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması, hekim ve hemşirelerin yoğun iş yükü de bildirimini engellemektedir (Evans ve ark. 2006).

Sağlık hizmeti sunanların, tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklime benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplama, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi kaygısı taşımaktadırlar (Wolf ve ark. 2000). Bunun yanı sıra, hatanın tam olarak tanımlanması konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin desteğinin olmaması ve rapor hazırlamanın belirli bir çaba gerektirmesi de çalışanların hata raporu doldurmamasının nedenlerinden sayılmaktadır (Tütüncü ve ark. 2006)

Hataların bildirilmesiyle ilgili yapılan bir çalışmaya katılanlar, tıbbi hataların rapor edilmesini engelleyecek faktörlere örnek olarak, ayıplama, disipline verme gibi olumsuz kurumsal yanıtlar, dava açılması ve yönetimin verilen bilgileri ne yönde kullanacağı yönünde duyulan korku gibi faktörleri göstermektedir (Uribe ve ark. 2002, Kaynak: Çakır 2007).

Hataların önlenmesine yönelik suçlayıcı-cezalandırıcı modeli yetkin biçimde kullanan ülkeler, bu uygulamaların sağladıkları yarardan çok, olumsuzluklara yol açtığını saptamışlar ve yeni bir yaklaşımla “bildirici model” olarak tanımlanan uygulama biçimine geçmişlerdir. Hasta güvenliğini arttıran ve tıbbi hataları en aza indirmeyi amaçlayan sistemler, riski azaltarak tıbbi hataları önlemeye yönelik önemli bir işlev yüklenmektedirler. Bildirici model, hatalar bir kişi tarafından gerçekleştirilse de, aslında sorunu oluşturan bir sürecin sonucunda ortaya çıktığını ve buna bağlı olarak temelde hatalardan sistemin sorumlu olduğunu görünür kılması, buzdağının altını yansıtması nedeniyle yararlıdır. Bu nedenle bildirici modeli savunuların önerisi, tıbbi

hata oluşmasından sonra yapılan yargılamanın yerine, hatayı ortaya çıkaran sürece odaklanan, hatayı yapanın onu bildirmesini destekleyen bir sistemin getirilmesidir. Amaç hata nedenlerini ortadan kaldırmak ve söz konusu hatanın bir daha oluşmamasını sağlamaktır (Oğuz 2004).

Hasta güvenliği programlarının uygulandığı ülkelerin deneyimlerinden ortaya çıkan sonuç, suçlayıcı-cezalandırıcı modelin belirlediği tutumların, tıbbi hataları önlemek ve hasta güvenliğini sağlamak açısından yetersiz kaldığı, üstelik bu tutumları değiştirmenin de önemli zorluklar içerdiği'dir. Bu olumsuzluklar, uygulamadaki yetersizliklerden değil, hata kavramının kendisine ilişkin özelliklerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı suçlayıcı-cezalandırıcı model yerine bildirici modelin benimsendiği bir sistemi kurmak daha doğru olacaktır (Oğuz 2004).

Dünyada'ki raporlama sistemlerine bakıldığında, örneğin Çek Cumhuriyeti'nde zorunlu bir raporlandırma sistemi bulunmakta ve bu bildirimleri sağlık çalışanlarının yapması beklenmektedir. Danimarka yasaları ise, sağlık kurumlarının hata bildirimlerini öğrenmesini sağlamak için, bildirim yapıldığında sağlık çalışanını zor durumda bırakmayacak şekilde tasarlanmıştır. Danimarka'da hastanın yaşadığı olayın farkına varan herkesin bildirim yapmasına izin veren bir raporlandırma sisteminin de olduğu belirtilmektedir.

İngiltere'de hatalardan öğrenmek ve raporlama kültürünü geliştirmek için Ulusal Hasta Güvenliği Derneği (NPSA) tarafından Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (NRLS) kurulmuştur. NRLS'nin amacı, hataların bildirim yoluyla, büyük sistem hatalarını belirlemek, çözüm geliştirmek ve sonuçları yaymaktır. Raporlandırmayı herhangi bir sağlık çalışanı yapabilmektedir. İngiltere'deki sağlık kuruluşlarının % 90'ının NRLS'ye üye olduğu bildirilmektedir (Yalçın ve Acar 2010).

Türkiye'de henüz hastanelerin kullanabileceği devlete ya da sivil toplum kuruluşlarına ait bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında yapılan ancak sistematik olarak hastaneler tarafından kullanılmayan bazı çalışmalar bulunmaktadır (Yalçın ve Acar 2010). Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Ancak kurumdan kuruma bildirim

kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan çok, kurumsal çabalar gösterilmektedir (Budak 2008).

Sağlık bakım hizmetinin yasal boyutu açısından önem taşıyan diğer iki konunun ise, doğru, eksiksiz kayıt tutma ve aydınlatılmış onay alma olduğu belirtilmektedir (Kaymakçı 2001, Kaynak: Öğün 2008).

Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit edebilecek diğer riskli durumların da alınan doku örneklerinin etiketlenmemesi/ yanlış etiketlenmesi/ kaybolması ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Tan 2005, Kaynak: Öğün 2008) .

Alınan doku örneklerinin korunması ve hazırlanması aşamasında yapılan hata yanlış tanı, tedavi ve cerrahi girişimin tekrarına neden olabilir. Olası hataları önlemek için ameliyat sırası hemşirelik uygulamalarında hastadan alınan doku örnekleri, özellikleri bozulmayacak şekilde korunmalı, kayıtlar doğru ve eksiksiz tutulmalıdır (Tan 2005, Kaynak: Öğün 2008). Bu doku örnekleri hemen etiketlenmeli ve ilgili birimlere gönderilmelidir (Erdil 2001).

Doğru ve eksiksiz kayıt için ameliyathaneye özgü bir kayıt sisteminin olması gerektiği belirtilirken bunun için her kurumun cerrahi girişim öncesinde, sırasında ve sonrasında hasta bakımı kayıtlarını içeren bir form oluşturması önerilmektedir (Zenciroğlu 2004, Kaynak: Öğün 2008). Aynı zamanda DSÖ, ameliyathanede hasta bakımı ile ilgili yapılan uygulamalarda herhangi bir basamağın unutulmaması için kontrol listelerinin kullanılmasını önermektedir (WHO 2008a).

Ameliyathanede hastayla ilgili yapılan her uygulamanın düzenli bir kayıt sistemi oluşturularak standart formlara kaydedilmesi ve güvenli biçimde saklanması, bakımın niteliği kadar araştırmalar için ve yasal süreçlerde dayanak gerektiği durumlarda da iyi bir kaynak olacaktır (Kaymakçı 2001, Kaynak: Öğün 2008).

2.2.2.Hastaya Yönelik Risklerin Belirlenmesi

Cerrahi girişim sırasında hastaya ait birçok risk faktörü hasta güvenliğini tehlikeye atar. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına öncelikle hastaya yönelik risklerin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi ile başlanmalıdır (Özata ve Aslan 2010).

Cerrahi ortam, infeksiyon, yaralanma, tehlikeli maddelerle karşılaşma olasılığı nedeniyle çalışan ve hasta için yüksek riskli bir ortam olduğundan dolayı, riskleri belirleme ve kontrol altına almayı gerektirir (Aslan 2009).

Yetmiş yaş ve üzeri, acil cerrahi uygulanan, kronik ve bulaşıcı hastalığı olan, bağışıklık sistemi baskılanmış, sedatize, bilinci kapalı, akıl hastalığı olan hastalar ile, diyaliz hastaları ve çocuk hastalar yüksek riskli hasta grubunda yer alır (Uluslararası Birleşik Komisyon 2002, Aktaran: Öğün 2008). Yüksek risk grubundaki hastalar, ameliyathane ortamında kendini daha savunmasız hissedeceği ve çevreye uyum sağlamakta güçlük çekebileceğinden, cerrahi ekip bu hastaların bakımı için ortak politikalar ve yöntemler geliştirmelidir (Westhead 2007, Kaynak: Öğün 2008).

Örneğin, hasta kabul sürecinde, hasta düşme riski açısından değerlendirilmeli ve düşmeleri engellemek için gerekli önlemler alınmalıdır. Hastaların düşme riskini değerlendirmede, düşme öyküsünün, alınan ilaçların, alkol kullanımının, yürüyüş biçimi ve hastanın denge durumunun göz önüne alınması gereklidir. Hasta ameliyat masasında ya da sedyede iken destekli emniyet kemeri ve bantlarla tespit edilmeli, hasta naklinde sedye kenarlıkları kaldırılmalı, hasta kaydırma pedleri kullanılmalı, tekerlekler kilitli olmalı ve hasta yalnız bırakılmamalıdır. Hastaya pozisyon vermede ve taşımada en az dört kişinin bulunmasına dikkat edilmelidir. Kurumda düşme riskini azaltacak önlemlere uygun politika ve yöntemler geliştirilmelidir (Aslan 2009; Uçak 2009 p.6; Yıldız 2009).

Ayrıca zemin yüzeyinin kaymaları önleyici olarak tasarlanması, ıslak zeminin kontrolünün sağlanması ve aydınlatmanın iyi olması hastalar kadar, çalışanlar açısından da risk oluşturan düşmeleri engelleyecektir (Brogmus ve ark. 2007).

Ameliyathanede hasta güvenliğini sağlamada kilit noktalardan birisi de, hastaya uygun pozisyon verilmesidir (Ellsworth and Iverson 2006). Hareketsiz kalma sonucu, dokuların basınca maruz kaldığı düşünüldüğünde, ameliyat olan her hastanın basınç yararı oluşumuna karşın, risk grubunda değerlendirilmesi gerekir (Karadağ ve Sayın 2002).

Cerrahi girişime bağlı basınç yaralarının gelişmesinde ameliyat sırasındaki riskler arasında, hastanın pozisyonu ve pozisyon ekipmanlarının uygunluğu, sürtünme ve aşınma, ameliyat öncesi insizyon bölgesinin temizliğinde kullanılan solüsyonların

aşırı nemliliği ve hastaya bağlı faktörlerin yer aldığı belirtilmektedir (Karadağ ve Sayın 2002).

Hastaya ameliyat masasında uygun pozisyon verilmesi ve vücut boşluklarının desteklenmesinden cerrahi ekibin tüm üyeleri sorumludur. Cerrahi ekip üyeleri, farklı cerrahi girişimler için uygun pozisyonlar ve bunlara bağlı gelişebilecek fizyolojik değişiklikleri bilmelidir (Erdil 2001 p.115).

Ameliyat sırasında hastaya verilecek pozisyon, solunum ve dolaşımın yeterli olmasına izin verecek şekilde olmalı, masa tespit bantları/ kemerleri çok sıkı bağlanmamalıdır. Sinirler, kaslar ve kemik çıkıntıları, silikon yastık gibi pozisyon destek araçlarıyla uygun şekilde desteklenerek sinir ve dokuların basınca maruz kalması önlenmelidir. Ayrıca, kol ve bacaklar masadan sarkmamalı, tüm beden ağırlığı tek bir noktaya verilmemelidir (Erdil 2001 p.116). Basınç alanları dikkatli ve doğru şekilde desteklenmesi, sinir hasarı ve kas ağrıları engellenecektir (Ellsworth ve Iverson 2006).

2.2.3.İlaç Hatalarının Üzerinde Ayrıntılı Durulması

İlaçların, sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu düşünüldüğünde, hasta güvenliğini sağlamada ilaç uygulama hatalarının önlenmesinin önemli rolü olduğu söylenebilir. İlaçların verilmesi sırasında ortaya çıkan hatalar; sağlık bakım profesyonellerinin kontrolü altındayken hastaya zarar veren, uygunsuz ilaç kullanımına yol açan, önlenemez olaylardır (Demir ve Dramalı 2004).

Sağlık bakım alanlarından birisi olan ameliyathaneler, klinikler ile karşılaştırıldığında, teknik becerilerin uygulandığı, ilaç ve solüsyonların steril alana verildiği, cerrahlar, anestezi uzmanları ve hemşirelerin ekip olarak çalıştığı alanlardır (Aslan ve Ünal 2005).

Ameliyathaneler her şeyin kontrol altında tutulabildiği alanlar olarak görüldüğü için ilaç uygulama hatalarının az olduğu düşünülmesine karşın, ameliyathanelerde ciddi sonuçlara hatta ölüme yol açan ilaç hatalarının yapıldığı bilinmektedir (Demir ve Dramalı 2004). Her 133 anestezi uzmanından birinin hatalı uygulandığı ve anestezi uzmanlarının % 85'nin en az bir ilaç hatası yaşadığı belirtilmektedir (Merali ve ark. 2008).

İlaç uygulama hataları, ilacı yanlış zamanda uygulama, uygulamayı unutma, yanlış dozda verme, uygun teknikle hazırlamama, reçete edilmemiş, yanlış ilacı ya da etkileşime giren ilaçları aynı anda uygulama, uygulamayı kaydetmeme olarak sıralanmaktadır (Aslan ve Ünal 2005).

Ameliyathanede sıklıkla karşılaşılan ilaç uygulama hataları ise, ilaç uygulamasından önce hastanın alerjilerini sorgulamama ve kaydetmeme, sözel istemlerin yazılı hale dönüştürülmemesi, benzer isimleri ve etiketleri olan ilaçların uygulama sırasında karıştırılması, ilaçların yanlış sulandırılması, enjektöre çekilen ilaçların ve ilaç bölmelerinin etiketlenmemesi sonucunda yanlış ilacın uygulanması olarak sıralanmaktadır (Aslan ve Ünal 2005).

İlaçların doğru ve uygun verilmesi, uygun yönetilmeleri, hasta güvenliği için çok önemlidir. Hemşire ilaçların hazırlanması, uygulanması ve bu girişimler sırasında karşılaşılabileceği yasal sorumluluklar ile ilaçlara ilişkin güvenlik önlemleri ve ilaçların farmakolojik özellikleri konusunda bilgi sahibi olmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000). Hastaların ameliyat öncesi ilaç kullanım öyküleri tanımlanmalı, ilaç istemleri hakkında iletişim sağlanmalı, ilaç bilgileri, kullanım süresi izlemleri, yerleştirme düzenleri, anestezi ilaçlarının beklenen etki ve yan etkileri hakkında ekibin bilgi paylaşımı olmalıdır (Aştı ve Kıvanç 2003).

İlaç hataları; deneyimsizlik, dikkatsizlik, konunun yeterince önemsenmemesi, yanlış karar verme, hasta lehine yeterince müdahale edememe, yetersiz önlemler, hekimin ya da sağlık çalışanının yanlış anlaşılması ya da kayıt etme hataları gibi bireysel nedenlerden dolayı gelişebilmesine karşın, büyük bir çoğunluğu karmaşık sağlık bakım sistemleri nedeni ile ortaya çıkmaktadır (Demir ve Dramalı 2004)

Son yıllarda ilaç sanayisindeki hızlı gelişmeler, piyasaya sürülen yeni ilaçlar konusundaki bilgi eksikliği, çalışan sayısının az olması, yapılan işin sık sık kesintiye uğraması, ek nöbetlerin olması, çalışma saatlerinin sık aralıklarla ve/veya çok uzun olması, kayıt sistemlerinin eksik olması, disiplinler arası ve ekip içi iletişimin yetersiz olması, hastanın bilincinin tam açık olmaması nedeniyle yeterince iletişim kurulamaması ve evrakların kaybolması sistemle ilgili hatalardandır (Demir ve Dramalı 2004).

Ameliyathanelerde ilaç hatalarının nedenlerinden bazıları; maske kullanılıyor olması ve ilaç istemlerinin genellikle sözel olarak verilmesi nedeni ile oluşan iletişim hatalarına bağlı, ilacın isminin ve dozunun yanlış anlaşılması, ilacın steril alanda kullanılmak amacıyla paketinden çıkarılması aşamasında etiketlendirmenin yetersiz olması, hastanın alerji öyküsü hakkında bilgi eksikliği, yetersiz kayıt sistemleri, cerrahi hastasının bakımına farklı alanlarda farklı bireylerin katılması nedeni ile birden fazla bireyin öykü, anamnez alması, hasta dosyalarının sürekli bir yerden diğerine gönderilmesi olarak sıralanabilir (Demir ve Dramalı 2004).

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization) ilaç hatalarının en çok benzer isimli ilaçlar, benzer görünümlü ilaçlar, yaygın kullanılmayan ilaçlar, çoğu hastanın alerjisi olduğu, yaygın kullanılan antibiyotik, opium ve nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar, terapötik seviyelerine uygun bir şekilde devam edilebilmesi için test gerektiren lityum, warfarin, digoksin ve teofilin gibi ilaçların kullanımını nedeniyle geliştiğini belirtmiştir (Demir ve Dramalı 2004).

İlaç hataları ile ilgili yapılan bir çalışmada, ilaçların 1/3'ünün birbirine benzeyen ilaç isimlerinden ortaya çıkan karışıklıktan dolayı yanlış verildiği, yanlışlıkların %29'unun eczacı hatası, %10'unun ise hemşire hatası olduğu saptanmıştır (Carey 2005).

Hemşireden kaynaklanan ilaç hataları; yasal olmayan isteme göre ya da hekim istemi olmadan ilacın verilmesi, ilacın okunuş ve görünüş benzerliği nedeni ile yanlış ilacın verilmesi, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç verilmesi, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmeme ve ilaç uygulanmasının unutulması olarak sıralanmaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Sıklıkla ifade edilen ilaç güvenliği konusu, potasyum klorür, potasyum fosfat, sodyum klorür ve magnezyum sülfat v.b. gibi yüksek yoğunluklu elektrolitlerin dikkatsiz kullanılmasıdır. Yüksek yoğunluklu elektrolitlerin bulundurulacağı yerler, yanlış uygulanmalarını önlemek için ameliyathane alanları içinde sınırlandırılmalı, bu elektrolitlerin nasıl doğru etiketlenebileceği ve depolanabileceği konusunda politika ve prosedürler geliştirilmelidir (İnanır ve ark. 2009).

Yanlış uygulamaya neden olabilecek yüksek riskli ilaçların doğru etiketlenerek, depolanabileceği bir sistemin geliştirilmesi ile bu ilaçların ayrı bir dolapta saklanması ve işe yeni başlayan çalışanların ilaç uygulamaları ile ilgili eğitilmesinin, hata oluşma riskini azaltacağı düşünülmektedir (Demir ve Dramalı 2005). Yüksek riskli ilaçların sınıflandırılması için farklı renklerde etiketler tanımlanarak, aktif olarak kullanılmalıdır. Örneğin: Yüksek riskli ilaç (potasyum içerir) v.b. gibi. Narkotik ilaçlar kilit altında tutulmalıdır. Yazılışları ve okunuşları benzer ilaçların belirlenmesi ve ayrı yerlerde saklanması gerekmektedir (Aslan 2009).

Eğer ameliyattan önce profilaktik antibiyotik uygulaması varsa, ekip tarafından onaylanmalı ve ilaç uygulamalarında çalışanların bilgisi yenilenmeli ve yeterlilikleri sık sık denetlenmelidir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Yıldız 2009).

Sözel olarak istemi yapılan radyoopak, lokal anestezi v.b. ilaçlar, 2 kişinin kontrolünde hazırlanmalı, hazırlandıkları enjektörler steril edilmiş ilaç etiketiyle etiketlenmeli, uygulanmak üzere verilirken yüksek sesle ilacın adı ve dozu tekrarlanmalı, cerrahi girişim sona erinceye kadar steril alana verilen ilaç kutuları atılmamalıdır (Demir ve Dramalı 2004).

Hastanın kullandığı reçeteli ya da reçetesiz ilaçlar anestezi ilaçları ile etkileşime girebileceği ve kanamayı da arttırabileceği için, ameliyat öncesinde mutlaka kontrol edilmelidir. Ayrıca ameliyat öncesi hastanın ilaç alerjisi olup olmadığı da sorgulanmalıdır (Erdil 2001 p.108).

İlaç hatalarının %39'u istem sürecinde, %12'si reçete yazma, %11'i ilaç hazırlamada, %38'i ilacın verilmesi sırasında oluşmaktadır. Tüm ilaçların temini, depolanması, hazırlanması ve kullanılması aşamalarında, hasta güvenliği hedefleri göz önünde bulundurularak, ilaç hatalarını önleyecek bir sistem geliştirilmelidir (Demir ve Dramalı 2004).

Literatürde ameliyathanelerde, ilaç uygulama hataları ve sonuçlarına yeterince değinilmemekle birlikte, ilaç uygulama hatalarını azaltmak için bilgisayarlı kayıt sisteminin önerilmesine karşın, bu sistemin ameliyathaneye özgü sorunları çözmede sınırlı kaldığı gözlenmiştir (Aslan ve Ünal 2005).

İlaç hatalarının sıklıkla hemşire ve hekim kaynaklı olduğu göz önüne alındığında özellikle hemşirelerin ilaç hataları konusunda eğitilmesi ve hatayı rapor etme yönünde cesaretlendirilmesi gerekir. Ayrıca hemşire, hatayı tanımlayan hata raporu hazırlamak, hekime ve kuruma hatayı rapor etmek açısından etik ve profesyonel sorumluluk taşır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

2.2.4.Güvenli Kan Transfüzyonlarının Üzerinde Ayrıntılı Olarak Durulması

Güvenli kanın tanımını, Dünya Sağlık Örgütü (2001) (Kaynak: Uluhan 2007); ‘verildiği kişide herhangi bir tehlike ya da hastalık oluşturmayan, zararlı yabancı maddeleri içermeyen kan’ olarak yapmaktadır.

Cerrahi girişimler risk derecelerine, işlem büyüklüklerine ve ameliyat bölgesine göre kan kaybına neden olmaktadır. Kolon rezeksiyonunda 2 ünite kan transfüzyonu gerekmektedir. Ülkemizde HBV taşıyıcılığının ortalama %5 ve HCV taşıyıcılığının ortalama %1 olduğu düşünülürse transfüzyonla bulaşma riski bu enfeksiyonlar için oldukça yüksektir (Acar ve ark. 1998).

Elde edilen kanın, uygun koşullarda saklanması, mikrobiyolojik testlerinin standartlara uygun olarak ve güvenilir test malzemesiyle yapılması, transfüzyon kurallarına uyulması, transfüzyon güvenliğinde önemlidir (Uluhan 2007).

2.2.5.Sisteme Bağlı Hataların Belirlenmesi Ve Çözümüne Kavuşturulması

Dikkatsizlik, yorgunluk, etkin olmayan iletişim, kötü tasarlanmış araçlar, ihmalkarlık, gürültülü çalışma ortamları, insan hatalarını etkileyen faktörlerdir. Bu nedenle sistemlerin, insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır (Yıldırım, 2006).

Tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmiştir (IOM 2000). İdeal sistem hem daha az hatanın ortaya çıkmasını sağlamalı, hem de olan hataların sebeplerini ortaya çıkarmalıdır (Özata ve Arslan 2010).

Özellikle ameliyathane hemşireleri ve invazif girişimlerde görev alan hemşirelerin karşı karşıya kaldığı önemli bir sorun olan ameliyat sırasında hastanın vücudunda yabancı cisim bırakılmasını önlemeye yönelik geliştirilen bir yöntem olan barkodlu spanç sayma sistemi, bu konuya örnek olarak verilebilir (Grenberg, Diaz-Flores ark. 2008).

Hastada tampon amaçlı kullanılacak her türlü spanç, kesici ve deliciler, cerrahi aletler ve süturlar sayılarak sayım formuna yazılmalıdır. Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Birliği (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN) spançların radyografiyle tanımlanmasını, ameliyat öncesi ve sonrası sayılmasını önermektedir. Ön sayım yapılmadan ameliyata başlanmamalıdır. Sayımla ilgili yönerge olmalı ve yönerge doğrultusunda hareket edilmelidir. Sayımlar en az 3 defa yapılmalıdır. Sayımlar steril ve sirküle hemşire tarafından, aynı anda kontrollü ve dikkatli bir şekilde yapılmalıdır ve eğer sayılar tutmuyorsa radyografi ya da yeniden açılarak 'bak ve dokun' yöntemiyle kontrol edilmelidir. Laparoskopik olgularda da sayım yapılmalıdır (Heidrick ve ark. 2007).

2.2.6.Ulusal Ve Uluslararası Düzeyde Geçerli Olacak Hasta Güvenliği Terminolojisi Oluşturulması

Hasta güvenliğine bakış konularında toplumdan topluma göre farklı uygulamalar olabilmektedir. Bu noktada, yanlış uygulamaların raporlandırılması, ölçümü, tanımlanabilmesi ve birbirleriyle karşılaştırılabilmesi için ortak bir terminolojiye ve standardizasyona gereksinim duyulmasından dolayı, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde çalışmalar yapılması gerekmektedir (WHO 2005 pp.14-15).

2.2.7.Bilgi Ve İletişim Teknolojilerinden Daha Etkin Faydalanılması

Bilgi ve iletişim teknolojileri her aşamadaki iletişimi geliştirebilmektedir. Örneğin, klinik karar destek sistemleri gibi teknolojiler sayesinde hekimlerin daha doğru tanı koyabilmesi mümkün olabilmekte, ilaç doz hesaplama sistemleri sayesinde ilaç hataları en aza indirilebilmektedir. Bilgi işlem teknolojileri, hataların aktif olarak rapor edilmesinde ve kaliteli bakım için gerekli olan doğru bilgilere ulaşılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu sistemler bilgi girişini ve iletişimi geliştirerek, hafızaya ve insan dikkatine olan gereksinimi azaltıp, süreçleri basitleştirerek hasta güvenliğinin gelişmesini sağlamaktadır (Özata ve Aslan 2010).

2.2.8.Tıbbi Araç-Gereç Ve Cihazların Bakım Ve Kontrolünün Düzenli Olarak Yapılması

Sağlığı bozulup sağlığını yeniden kazanmak üzere hastaneye başvuran birey için güvenli çevrenin sürdürülmesinde temel amaç; hastanelerin hastalara zarar verebilecek tüm etkenlerden arındırılmış olması ve en kısa sürede bireyin sağlığına kavuşmasının sağlanmasıdır. Genel olarak tıbbi araç gereç ve cihazlar olmadan gerçekleştirilmesi

imkansız olan tanı, tedavi ve bakım süreçleri sırasında, araç, gereç ve cihazların yanlış kullanılması ya da doğru ellerde kullanılmaması, tanı ve tedavide hata nedeni olabilir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Gelişmekte olan ülkelerde kullanılan tıbbi ekipmanın %50'sinin kullanılamaz ya da kısmen kullanılabilir durumda olduğu, araç gereç eksikliğinin yanında araçları kullanma becerisinin de yetersiz olduğu, bağlı olarak tanı, tedavi ve bakım girişimlerinin uygun bir şekilde yapılmadığı ve bu durumun standartların altında ya da zarar verici uygulamalara neden olarak hasta güvenliğini tehlikeye attığı belirtilmektedir (WHO 2008b p.3).

Doğru ölçüm yapılmayan, teknolojisi eski, tutarsız sonuçlar veren cihaz ve aletlerin kullanılması yarardan çok zarar oluşmasına neden olabileceğinden (Shojania 2008), bireye hizmet sunulmadan önce kullanılacak araç, gereçlerin çalışır durumda olması yönünden kontrol edilmesi ve bu araç gereçlerin uzman, deneyimli kişiler tarafından kullanılması gerekir. Kuruma yeni bir malzeme alınmış ya da değişiklik yapılmış ise; bu malzemeyi kullanacak olan sağlık ekibi üyesinin bu yeni duruma uyum sağlaması için eğitim alması gerekir. Sağlık bakımı verirken kullanılacak olan malzemenin güvenliği hakkında herhangi bir şüphe olduğunda, bu malzemeler kullanılmamalıdır. Ayrıca malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunması, bu yönden belli zaman aralıkları ile kontrol edilerek, bakımlarının yapılması, hasta güvenliğinin geliştirilmesi açısından faydalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Ameliyathaneler, yüksek teknolojinin kullanımı ve kalabalık bir ekip çalışmasının yapılmasına bağlı olarak karmaşık ve riskli sağlık bakım alanlarından biri olması nedeni ile, hasta ve sağlık çalışanını tehdit eden risk faktörlerini ve tehlikeleri en aza indirmek, oluşabilecek cerrahi hataları engelleyecek tüm önlemleri almak gereklidir (Christian ve ark. 2006; WHO 2008a p. 8-9).

Teknolojik cihazların çok sayıda bulunduğu ameliyathanelerde, en sık kullanılan cihazlardan biri olan koter cihazı, yanık ve yangına neden olabilir (Tuncel ve Özgenel 2005). Demiralp ve Yormuk (2004), koter cihazına bağlı yanıkların en sık nedeninin yanlış uygulamalar olduğunu, bu yanlış uygulamaların en başında ise plağın yanlış yerleştirilmesinin geldiğini belirtmiştir. Koter cihazının temel ilkesi, komplikasyonlar ve komplikasyonları önleme yolları konusunda hemşire ve hekimlerin bilgi ve

tutumlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, cerrahi ekip üyelerinin koter cihazı risklerine karşı duyarlı olmalarına karşın cihaz ve kullanımı konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (Tan 2004, Kaynak: Ögün 2007)

Koter cihazının risklerini ortadan kaldıracak için, hastanın takısı olup olmadığının kontrolü, koter plağının yerleştirileceği vücut bölümünün doku bütünlüğü, ameliyat bölgesine oldukça yakın, kalın kas gruplarının üzerinde, tüysüz, dolaşımı iyi olan bir alan olması ve plağın iyi temas edecek şekilde yerleştirilmesi gereklidir (Tuncel ve Özgenel 2005).

Hastanelerde elektrik düzeneği hatalarının, yangın nedenleri arasında ikinci sırada olduğu belirlenirken (Özkan 2005, Kaynak: Ögün 2007), ameliyathanede en sık karşılaşılan elektriğe bağlı kazaların, elektrik yanıkları olduğu belirtilmektedir (Tuncel ve Özgenel 2005).

Ameliyathanede yangınları önlemek için yanıcı maddelerin taşınması ve depolanması konularında önlem alınmalı, yangın emniyet planı yapılmalı, çalışanlara bu konuda eğitim verilmeli, yangın söndürme sistemleri olmalı ve yangın söndürme tüpleri bulundurulmalıdır (McCarty ve Gaucher 2001). Elektrikli cihazlar, üretici firma önerileri doğrultusunda kullanılmalı, cihazların düzenli kontrolü yapılarak, bakım ve onarımı sağlanmalıdır (Göçmen 2003, Aktaran: Ögün 2008).

İyi bir ameliyathane organizasyonunda, kullanılan ürünlerin hastaya zarar vermesi önlenmeli, malzeme güvenliği sağlanmalıdır (Yıldız 2009). Ameliyathane birimi, hasta bakımında kullanılan steril malzeme ve aletlerin en sık kullanıldığı yer olduğundan, bu alet ve malzemelerin uygun dekontaminasyon, sterilizasyon ve dezenfeksiyonu infeksiyonların önlenmesinde kritik önem taşır (Dramalı 2001, Kaynak: Ögün 2008).

Özellikle ekzojen bulaşma; temiz ya da steril, tek kullanımlık malzeme ile daha kolay ve etkin bir şekilde önlenir. Uygulama amacına göre, tedavi ve bakımda yararlanılacak araç-gereçler temiz veya steril olmalı, özellikle tek kullanımlık steril enjektör, katater ve benzeri alet paketleri kullanılmadan önce delinme, yırtılma, nem, kullanım tarihleri açısından kontrol edilmeli ve kullanım sırasında açılmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Bu süreçte bir aksamaya neden olmamak için, başta sterilizasyon cihazları olmak üzere ameliyathanedeki tıbbi cihazların periyodik bakım, onarım ve kalibrasyonları yetkili firma tarafından yapılmalıdır (Peker 2004, Kaynak: Ögün 2008).

2.2.9.Hastaların Ve Hasta Yakınlarının da Sisteme Dahil Edilmesi

Hastalar ve hasta yakınları hasta güvenliğini sağlamada merkezi bir role sahip oldukları için, sorunların belirlenmesinde hastaların ve yakınlarının devreye girmesi, hataların ortadan kaldırılmasında büyük yarar sağlamaktadır (Özata ve Arslan 2010). Hasta ve hasta yakınlarının, hasta güvenliği konusunda kurulan komitelerde bulunmaları sağlanarak, hasta güvenliğini iyileştirmek için başlatılan uygulamaların izlenmesinde rol almaları gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda, tıbbi hataların hasta ve hasta yakınlarına bütün açıklığıyla bildirilmesinin, hekim değişikliğine neden olmadığı, hasta memnuniyetin, güvenini arttırdığı ve olumlu bir duygusal tepkiye neden olduğu saptanmıştır (İşlek 2009).

2.2.10.Ekip Kültürünün Geliştirilmesi

Hastaya sunulan sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Cerrahi ekip, iyi bir ameliyat ile hastanın sağlığını güvence altına almak amacıyla, hastayı dikkatle izlemek ve değişen durumlarda ekip üyelerinin koordine olarak, gerekli önlemleri hemen almak için eşgüdümlü ve diğer ekiplerle işbirliği içinde çalışması gereken, kendi alanlarında iyi yetişmiş bireylerden oluşan bir gruptur (Erdil 2001 p.115).

Ekip çalışma becerilerini arttıran eğitim ve uygulamalar, ameliyathanede iletişimi, eşgüdümü, karar verme becerilerini arttırmakta ve hata oluşma riskini azaltmaktadır (Alfredsdottir ve Bjornsdottir 2007).

İngiliz, Amerikan ve Finlandiya hemşirelerinin, cerrahi ekipte hataların olası kaynaklarının neler olduğu ve hataların nasıl önlenebileceği ile ilgili yapılan bir çalışmada ekip çalışmasında hatalara neden olan olası faktörlerin hata yapma korkusu, ekibin bozulması, fazla çalışma süresi ve iş stresi olduğu, bu nedenle ekipte sorumluluk paylaşımı, koordine ekip çalışması ve eksiksiz kayıt tutma sayesinde hataların önlenebileceği belirlenmiştir (Lipponen ve ark. 2005). Christian ve arkadaşları da (2006) ameliyathanede, iletişim ve haberleşme akışındaki sorunlar ve ağır iş yükünün, ekip performansı ve hasta güvenliğinde olumsuz etki yarattığını bildirmektedir.

2.2.11.İletişimin Geliştirilmesi

İletişim eksikliği ya da yetersiz iletişimde oluşan hataların büyük çoğunda kök neden olarak karşımıza çıkmaktadır (Özata ve Aslan 2010). JCHAO tarafından yapılan bir çalışmada; hastanelerde oluşan zarar verici olayların büyük bir çoğunluğunun iletişim yetersizliği nedeniyle olduğu bildirilmiştir (Makary ve ark. 2007).

Ekip içi ve ekiplerarası iletişim, sağlık kuruluşlarındaki hizmetin kalitesini etkileyen önemli faktörlerden olmakla birlikte, ameliyathaneler bu iletişimin en kritik noktalarda sürdürüldüğü, cerrahi girişimin başarısını ve hasta güvenliğini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği alanlardır (Pamir ve Kaya 2006, Kaynak: Ögün 2008). İngiltere Ulusal Hasta Güvenliği Ajansının 2005 raporunda (Kaynak: Edozien 2005) hasta kimliğini doğrulamada yapılan iletişim hatalarının yanlış hastaya, yanlış tarafa, yanlış organa cerrahi işlem uygulanmasına neden olduğu belirtilmiştir. JCAHO yanlış alan cerrahisinin, ekip üyelerinin bazılarının verdiği yanlış mesajlar nedeni ile ortaya çıktığını ve bu nedenle çalışanlar arasında aktif iletişim olması gerektiğini bildirmektedir (WHO 2008a).

Bir çalışmada ameliyat öncesi, sırası ve sonrası yaralanmaya yol açan hataların oluşmasına iletişim bozukluğunun, %25 oranında neden olduğu bildirilmiştir (Stahel ve ark. 2007). Moss ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada ise, ekip üyeleri arasında ağırlıklı olarak gerçekleşen iletişimin, hekim ve hemşireler arasında ameliyat listesinin yapılması amacıyla oluşturulan telefon görüşmeleri olduğu belirlenmiştir.

Bhasale ve arkadaşları (1998), hasta güvenliğini etkileyen 805 olay bildirimini incelemişler ve olayların %23'ünün sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişim eksikliğinden, %19'unun ise sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliğinden ortaya çıktığını saptamıştır. Kanada Güvenli Tıp Uygulamaları Enstitüsü (The Institute for Safe Medical Practices) ilaç hatalarının yaklaşık %10'unun yetersiz iletişim sonucunda oluştuğunu belirtmektedir (Özata ve Aslan 2010).

Meurier ve arkadaşlarının (1997) 124 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en çok (%33) uygulama sırasında hata yaptığı ve bu hataların %27,9'unun iletişim sorunlarından kaynaklandığı saptanmıştır. Davies (2005), iyi iletişimin, sadece ameliyathanede değil, sağlık bakımının her alanında ve hasta bakımında olduğu kadar diğer kritik çalışma alanlarında da güvenliği sağlamada önemli olduğunu belirtmiştir.

Etkili iletişim; doğru zamanlı, kesin, tam, belirsizlik taşımayan ve alıcı tarafından anlaşılan, hataları azaltan ve hasta bakımında iyileşme ile sonuçlanan iletişimdir. Hemşirelik ve hekimlik insan ilişkisi ve iletişim üzerine temellenmiş mesleklerdir. Hemşirelik bakım sürecinin etkinliği, hemşirenin diğer bireylerle etkin iletişim kurma yeteneğine bağlıdır (Çiftlik, Çoban ve ark. 2010). Hekimin iletişim düzeyi, hastaların tedaviye uyumunu, memnuniyet düzeyini ve sağlık sonuçlarını etkilemekle birlikte, hekimin mesleğinden memnuniyetini de etkilemektedir (Winefield ve Chur-Hansen 2010). Hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu olan hemşire ve hekimlere, hasta ile etkili iletişimin kurulmasında ve iletişim için uygun çevrenin oluşturulmasında önemli sorumluluklar düşmektedir (Çiftlik, Çoban ve ark. 2010).

Güvenli bir hasta bakımı sağlamak için hastaların yaşamsal bulguları ve tıbbi bilgileri doğru ve yeterli bir şekilde cerrahi ekibe iletilmelidir (Demir 2007). Cerrahi işlem süresince hastanın olası risklerden korunabilmesinde; hasta randevusunun alındığı ilk andan itibaren ameliyathane çalışanları arasında iletişimin rolü çok önemlidir (İnanır ve ark 2009).

İletişim elektronik, sözlü ya da yazılı olabilir. Hataya en çok neden olan iletişim, sözel olarak verilen ve telefonla bildirilen hasta istemlerinden kaynaklanmaktadır. Klinik laboratuvarlarda, hasta sonuçlarının telefonla öğrenilmesi de hataya neden olabilen diğer bir iletişim örneğidir (Demir 2007).

Sözel hekim istemleri ya da test sonuçlarının iletilmesi sırasında, farklı telaffuz, aksan, gürültü, müzik, telefon cihazının sesleri değiştirmesi, maske kullanılması, farklı terminoloji kullanılması, net olmayan konuşma, yorgunluk gibi nedenlerle oluşabilecek hatalara karşı dikkatli olunmalıdır. Kurum, sözel ve telefon istemleri için tam istemin ya da test sonuçlarının bilgiyi alan tarafından not edilmesi/bilgisayara girilmesi, alıcının istemi ya da test sonuçlarını karşı tarafa tekrar okuyarak yazılan ve okunan bilgileri doğrulamasını içerecek şekilde politika ve prosedürleri oluşturmalıdır (Demir 2007).

Okunaksız el yazıları ve kısaltmalarda iletişimi güçleştirmektedir. Hekim istemleri ve hasta kayıtları okunaklı yazılmalıdır. Kısaltmalar kullanılmamalı, bunun yerine açık olarak yazılmalıdır. Örneğin: U=ünite IU=IV ya da 10 olarak okunabilir. Hastaların yararına olacak, zamanında, doğru, karışıklık yaratmayan, kolay anlaşılan tüm yazılı ve sözlü iletişim kaynakları, özellikle yüz yüze iletişim kullanılmalı, gerekli

bilgilendirmeler zamanında yapılarak, iletişimin sonuçları kayıt edilmelidir (Özata ve Aslan 2010).

En fazla hata yapılan alanlardan birisi, hasta devirleridir. Hasta devirleri, bakım düzeyi değişiklikleri yapıldığı zaman, geçişi nakiller sırasında, hizmet sunucu değişikliği olduğu zaman gündeme gelmektedir. Bu devirler sırasında, hataları en aza indirmek için hastanın kimlik, protokol numarası, doğum tarihi, hekim adı, hastanın tanısı ve son durumu, yapılan son işlemler, durum ve tedavi değişiklikleri ile durumda ve tedavide beklenen değişiklikler belirtilmelidir (Ovalı 2010).

Sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimin yetersiz olması, hastaların sağlık çalışanlarının direktiflerini yerine getirmemesine yol açmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda sağlık çalışanlarının, ‘benim zamanım değerli’ ve ‘hastanın bilgiyi kavrama düzeyi düşüktür’ mantığıyla hastalarına yeterli zaman ayırmadıkları, iletişimi önemsemedikleri görülmektedir. Hastalar ise ‘cahil görünmemek için’ soru sormamakta, tanı ve tedavi konusunda bilgisiz kalmakta ancak, bu konuda yeterli bilgi vermedikleri için sağlık çalışanlarını suçlamaktadır (Ovalı 2010). Sağlık çalışanı ile hasta arasında iyi bir iletişimin kurulması hastaların, sağlık çalışanlarının önerilerine uyumunu arttırabilmekte ve böylece tıbbi hataların azalmasını sağlamaktadır (Özata ve Aslan 2010).

2.2.12.Protokollerin Ve Rehberlerin Geliştirilmesi

Tıbbi hataları azaltmanın yollarından biri, günlük işlevlerin yerine getirilmesi sırasında insan hafızasına dayanan işlemleri azaltmaktan geçmektedir. Ameliyathane gibi yüksek riskli ortamlarda, hafıza yerine kontrol listeleri, protokol ve rehberlerin kullanılması durumunda, hata yapma oranı düşmektedir (WHO 2008a p. 9).

Kurumlar, hasta güvenliği sorunlarının ortadan kaldırılması için, işbirliği içinde politika ve yöntemler geliştirmeli ve uygulamaya geçirilmesini sağlamalıdır. Örneğin WHO ‘Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini’ geliştirmiştir (Ek 1). ‘Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi için Uygulama Kılavuzu’ sağlık kurumlarının kullanımına sunulmuştur. Sağlık kurumlarının, kılavuzda yer alan konuları yerel uygulamaları doğrultusunda geliştirebilecekleri bildirilmiştir (WHO 2008a p. 18).

Bu kontrol listesi üç bölümde ele alınmıştır. İlk bölüm, anestezi uygulanması öncesi, hastanın kimlik kontrolünün yapılması, planlanan girişimin adının ve yerinin doğrulanması, hastanın aydınlatılmış izninin alınması, taraf işareti konulması, alerji durumunun kontrolünün yapılması, anestezi güvenliğinin sağlanması, pulse oksimetre uygulanması, hastanın monitörize edilmesi, hastanın zor entübasyon/aspirasyon ve kanama riskinin değerlendirilmesi olarak sıralanan hasta tanınması uygulamalarını içerir (WHO 2008a p.22-23).

İkinci bölüm, anestezi sonrası, tüm ekip üyelerinin birbirini tanınması, cerrah, anestezi ve hemşirenin hastayı, tarafı ve prosedürü doğrulaması, cerrahi açıdan beklenmeyen kritik durumların belirlenmesi, anestezi açısından hastanın özelliği olma durumunun değerlendirilmesi, hemşirenin sterilizasyon ve ekipman kontrolünü yapması ve antibiyotik profilaksisi uygulanması olarak sıralanan insizyon öncesi uygulamaları içerir (WHO 2008a p.22-23).

Üçüncü bölüm ise hasta ameliyathaneden çıkmadan önce yapılan, hemşirenin tüm ekip üyeleriyle birlikte işlemin ismini doğrulaması, alet, spanç, iğne sayımının doğrulanması, alınan doku örneklerinin hasta ismini de içerecek şekilde tanımlanarak kaydedilmesi ve ilgili birime gönderilmesi, cerrahi girişim sırasında herhangi bir olay olup olmadığının sorgulanması, cerrah, hemşire ve anesteziğin hastanın kendine gelmesi sırasında tüm uygulamaları tekrar gözden geçirmesini içerir (WHO 2008a p.22-23).

Cerrahi girişime başlamadan önce doğru hasta, doğru işlem, doğru vücut bölümünü kesinleştirmek, cerrahi girişim için gerekli tüm döküman ve ekipmanların doğruluğunu belirlemeye yönelik bilgiler içeren bir kontrol listesi kullanması amacı ile, Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) tarafından hazırlanan Yanlış–Tarf, Yanlış-Uygulama ve Yanlış-Hasta Cerrahisini Önleme Evrensel Protokolü de insan hafızasına dayanan işlemleri azaltarak, tıbbi hataları azaltmayı sağlayan protokollere örnek olarak verilebilir. Bu protokolün kullanılması yanlış taraf cerrahisi riskini azaltmaktadır. Bu protokole göre, cerrahi girişimin uygulanacağı alan, anlaşılır bir simge kullanılarak işaretlenmeli, bu işlem etkin iletişim yöntemleri kullanılarak yapılmalı ve bu süreçte hasta da dahil edilmelidir (Eastman 2006).

Doğru hasta, doğru uygulama, doğru işlem güvenliğinin sağlanması için ameliyatı gerçekleştiren cerrah ve bir diğer sağlık çalışanı, ameliyat tarafının işaretlenmesini, kurum içinde kullanılan ve tanınan, mümkünse hasta hazırlandıktan ve örtüldükten sonra da görülebilen bir işaret koyarak gerçekleştirmelidir. İşaretleme sabit, silinmez bir kalemle, hasta ameliyathaneye gelmeden, premedikasyondan önce, hasta ve ailesinin yanında yapılmalıdır (Uçak 2009 p.23).

İşaretlemenin yapılması gerekli olan işlemler; sağ-sol ayrımının olduğu (rneğin sağ böbrek), çoklu yapılar (rneğin parmaklar), ya da seviyeleri (rneğin spinal ameliyatlarda) ilgilendiren ameliyatlardır. Mid-line sternotomi, sezeryan insizyonu, laparotomi, laparoskopi ve kalp kataterizasyonu gibi diğer işlemlerde işaretleme yapılması gerekmemekle birlikte, yapılmasında da bir sakınca bulunmamaktadır (Uçak 2009 p.23).

İşleme başlamadan önce hasta ve işlemlerle ilgili bilgiler, cihazlar ve/veya implantlar ulaşılabilir olmalı, tüm ameliyathane çalışanları tarafından incelenmeli, eksiklikler ya da çelişkiler söz konusu ise işleme başlamadan önce vurgulanmalıdır (Dagi ve ark. 2007).

Cerrahi girişim öncesi ünitede, ameliyathaneye transfer öncesinde, ameliyathaneye kabulde ve anestezi öncesinde hastanın kimlik bilgileri ve cerrahi bölge kontrol edilerek taraf cerrahisi formuna kaydedilmelidir (Eastman 2006).

Kurumların hasta güvenliği kültürünün oluşmasına yardımcı olması açısından geliştirmesi gereken rehber ve prosedürlere bir diğer örnek, el hijyeni rehberleri ve kurum içinde uygulanması için prosedürlerin geliştirilmesidir (Uçak 2009 p.24).

İnfeksiyonların nlenmesinde en temel uygulama el hijyeninin sağlanmasıdır. Ameliyat bölgesine havadan, cerrahi aletlerden ve cerrahi ekipten birçok bakteri bulaşmaktadır. Ameliyat sırasında açıldıklarında ince barsaklar 10^3-10^4 sağ kolon 10^5-10^6 bakteri /ml. rektosigmoid bölgede dışkı $10^{10}-10^{12}$ bakteri/gr içerirler (Terzi 2006; Yıldız 2009). Staphylococcus aureus %50,3 oranında en çok izole edilen mikroorganizmadır (Uzunky 2005). Kolorektal cerrahi uygulanan hastaların %5-26'sında cerrahi alan infeksiyonu gelişmektedir (Hedrick ve ark. 2007; Fışgın ve ark 2008).

Uluslararası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) ve diğer çeşitli ulusal ve uluslararası kurumlarda bulunmaktadır. Kurum yayınlanmış ve kabul edilmiş, var olan el hijyeni rehberlerinin benimsenmesi ve kurum içinde kullanılması için prosedürler geliştirmelidir (Uçak 2009 p.24).

Cerrahi el yıkamanın yanı sıra, uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon, çalışan eğitimi (HBV ve HIV pozitif çalışan hastada kullanılacak malzemelere dokunmamalı), ameliyathane giysilerinin giyilmesi, ameliyathane ekibinden hastaya bulaşmayı önlemektedir (Uzunköy 2005; Zenciroğlu 2007).

Ameliyathaneden kaynaklanan infeksiyonların önlenmesinde; aşırı koter kullanarak nekrotik doku oluşturmaktan kaçınılmalı, cilt temizliği işlemi küçük cilt abrazyonlarına ve bakteri kolonizasyonuna neden olduğundan zorunlu durumlarda ameliyattan hemen önce yapılmalı, tüy dökücü kremler tercih edilmeli, hastanın banyo ve antiseptikli bir sabunla ameliyat bölgesinin yıkanması sağlanmalı. Ameliyathane trafiği azaltılmalı, ameliyathanede kullanılan örtüler tek kullanımlık ve etkin bariyer özelliğe sahip olmalıdır. Ameliyatların %10'unda eldiven delinmesi meydana geldiğinden, çift eldiven giyilmeli ve hasta cildinin hazırlanmasında %0,5 klor hekzidin veya %10 povidon-iyot kullanılmalıdır (Terzi 2006).

Ameliyathane oda kapıları kaydırmalı kapı sistemi şeklinde olmalıdır. Son yıllarda yeni inşa edilen ameliyathanelerde kapının sürekli açılıp kapanmasıyla oluşacak hava akımının engellenmesi ve içeri girebilecek mikroorganizma sayısının azaltılması amacıyla otomatik kapı kullanılmaktadır (Forsyth 2006).

Ameliyathanenin pozitif basınçlı havalandırma sistemine sahip olması, çevre temizliğinde, kirli çamaşır ve atıkların toplanmasında dezenfeksiyon kurallarına uyulması, infeksiyon ajanlarının yayılımının önlenmesinde önemlidir (Uzunköy 2005; Zenciroğlu 2007).

Havalandırma sistemi, ameliyathane içinde biriken kirli havayı, nemi, havadaki mikroorganizmaları ve eğer sızıntı varsa anestezi gazlarını da tamamen emerek yok etmelidir. Temiz hava akımını veren sistem yerden en az 3 metre yükseklikte olmalıdır. Ameliyathane havası saatte en az 20 kez değişmelidir, havalandırma sistemi için yedek enerji kaynağı bulundurulmalıdır. Temiz hava akımı yukarıdan aşağıya doğru yönlendirilmelidir. Kullanılmayan ameliyathanelerde ise havalandırma %50 kapasite ile

çalıştırılmalı, tamamen kapatılmamalıdır. Filtrelemede havadaki partikülleri tutan üç aşamalı filtre olmalıdır (Kantar ve ark. 2010).

Partikül sayımı düzenli olarak yılda iki kez yapılmalıdır. 1970 yılından sonra, Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve Amerikan Hastaneleri Birliği (AHA) çevreden alınan kültür örneklerindeki bakteri yoğunluğuyla, bakım ile ilişkili enfeksiyonlar arasında ilişki olmadığını gösterdiğinden rutin kültürlerin alınmasının gereksiz olduğu kabul edilmiştir (Uçak 2009 p.30).

Hastalara, güvenli ve fark edilebilir biçimde temiz bir çevre sağlanmalıdır. Günlük ve haftalık temizlik planları yapılmalı, hava yoluyla bulaşabilen enfeksiyonlardan korunmak amacıyla etkin bir temizlik sağlanmalıdır. Cerrahi alan enfeksiyonları oranını arttıracak düzeydeki kontaminasyonu tanımlamak zor olsa da, temiz bir cerrahi çevre, var olan mikrobiyal florayı azaltacaktır. Cerrahi işlem boyunca, kontaminasyon, cerrahi alan çevresiyle sınırlandırılmalı ve kontrol altında tutulmalıdır. Kan ve vücut sıvıları gibi kontamine materyallerin kazara cerrahi alan dışına sıçraması durumunda, hemen temizlenmesi sağlanmalıdır. Olası enfeksiyöz mikroorganizmaların anında temizlenmesi, daha temiz ve güvenli bir çevre oluşturulmasına yardımcıdır (Uçak 2009 p. 64).

Her ameliyattan sonra, görünür alan da temiz bir çevre yeniden sağlanmalı. Tek kullanımlık malzemeler bölgesel ve ulusal düzenlemelere uygun olarak imha edilmelidir. Ameliyat odaları ve steril alanlarda ayrıntılı gün sonu temizliği yapılmalıdır. Lambalar, pendant kollar, tavana sabitlenmiş tüm araç gereç, tüm ameliyathane mobilyaları, hol ve zeminler, butonlar ve dolap kulpları, siper, raf sistemleri gibi yatay düzlemler, yarı steril geçiş alanları, steril lavabolar temizlenmelidir. Yeniden doldurulabilir dezenfektan pompaları, kontamine olarak mikroorganizmalar için üreyebilecekleri bir ortam haline gelebileceğinden, yeniden doldurulmadan önce yerinden çıkartılıp boşaltılarak temizlenmelidir (Uçak 2009 p.68-69).

Atıkların toplanması, atılması ve depolanmasında, atıklardan kaynaklanan enfeksiyon riskinin azaltılması, kesici ve delici aletlerle yaralanmaların önlenmesi, çevreye ve topluma yönelik olumsuz etkilerin azaltılması için gerekli kurallar belirlenmelidir. Tüm atıklar, ulusal ve kurumsal prosedür ve politikalara uygun olarak atılmalıdır. Ameliyathanede çevresel temizlik için politika ve prosedürler yazılı olmalı,

periyodik olarak gözden geçirilerek yenilenmeli ve uygulama alanında ulaşılabilir bir rehber olarak bulunmalıdır (Uçak 2009 p. 26-27). Doğan tarafından yapılan çalışmada (1998) kesici aletle 361 yaralanma ve bu yaralanmaların %20'sinin aletlerin atılması sırasında meydana geldiği belirtilmiştir.

Kurum içindeki prosedür, Çevre ve Orman Bakanlığı'nın atıkların kontrolü ile ilgili yönetmeliklere uygun olmalıdır. Evsel nitelikli atıklar (siyah poşet), ambalaj atıkları (mavi poşet), cam atıklar (mavi poşet), kırılmış flakon ve şişeler (plastik sarı kutu), enfekte ve patolojik tıbbi atıklar (uluslararası biyotehlike amblemi olan "DİKKAT-TIBBİ ATIK" yazılı kırmızı renkli poşet, çift torbalama), kesici delici atıklar (delinmeye, kırılmaya, yırtılmaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde uluslararası biyotehlike amblemi olan "DİKKAT!- KESİCİ VE DELİCİ TIBBİ ATIK" yazılı plastik sarı kutu), tehlikeli atıklar-farmasötik ve sitotoksik atıklar (sağlam, sızdırmaz kap ve konteyner, üzerinde uyarı etiketi yazılı), piller-aküler, radyoaktif atıklar (kurşun çöp kutusu) uygun atık kaplarına atılmalı ve uygun konteynerlerle taşınmalıdır (Uçak 2009 p. 26-27).

2.2.13. İnsan Kaynaklarının Yönetimi

Çalışanların, olası hataları önceden görebilecek duruma gelmeleri, sayı yeterliği ve iş yüklerinin azaltılması hasta güvenliğinin arttırılmasında önemli faktörlerdir (Alfredsdotti ve Bjornsdottir 2008).

Birimdeki çalışan eksikliği, iş yükünün fazla olmasına, buna bağlı olarak stres yaşanmasına ve strese hataların artmasına yol açar (Aiken 2002). Çalışma yaşamında iş stresi, psikolojik, fizyolojik ve örgütsel açıdan önem taşımaktadır. Stresin yoğun olduğu kurumlarda genellikle performansın düştüğü görülmektedir. Belirli bir düzeyde ve kabul edilebilir sınırdaki stres, kişinin verimini arttırabilirken, aşırıya kaçtığında psikolojik sorunlarla birlikte verimini de düşürmektedir (Ergün 2008, Kaynak: Atasoy ve ark. 2010). Büyük bir çoğunlukla sağlığı bozulmuş, yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi, hem de çalışanların aşırı iş yükü ve hasta/hasta yakınları nedeni ile yaşadıkları strese bağlı olarak sağlık kurumları diğer iş çevrelerinden daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (Tel ve ark. 2003).

Robertson ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir çalışmada (Kaynak: Özata ve Arslan 2010), çalışan eksikliğinin hataların artmasına yol açtığı belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hemşire eksikliği ile hastane infeksiyonları ve

hastanede daha uzun süre kalma arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Shipman ve Hooten'ın (2008) makalesinde yetersiz hemşire sayısı ile hasta mortalitesi arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle insan kaynaklarının gereksinimi karşılayacak düzeyde olması büyük önem taşımaktadır.

168 hastaneyi kapsayan diğer bir araştırma sonuçlarına göre; hemşire başına düşen 1 hasta artışı, hasta mortalitesinde %7 artışa, hemşirelerde %23 oranında tükenmişlik sendromunun görülmesine neden olmaktadır (Aiken ve ark. 2002).

İş doyumu, çalışan bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve iş yerindeki çalışma yaşamını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepkidir. İş doyumu iş başarısını da etkilemektedir, insanlar mutlu edilirlerse daha verimli olarak buna karşılık vermektedirler (Ergün 2008, Kaynak: Atasoy ve ark. 2010). İş doyumu hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir etken olduğu kadar, hasta güvenliği kültürünün de iş doyumunu arttıran bir etkisi bulunmaktadır (Çakır 2007).

Güvenli olmayan çalışma koşulları ve bireyin güvenliğe uymayan davranışları beklenmedik olayların gelişimine neden olmaktadır. Beklenmedik olayların gelişimini yok edebilmek ya da en aza indirgeyebilmek için hem çevresel faktörlerin hem de insan faktörünün birlikte ele alınması bir zorunluluktur (Çakır 2007).

Özellikle farklı meslek üyelerinin olduğu ekiplerde, sık sık eğitim programları düzenlenerek hasta güvenliğini tehdit eden olası durumlara karşı duyarlılık artırılmalıdır (Etchells ve ark. 2003). Çalışanların olası tehlikeler ve onlardan korunma yolları, becerilerinin geliştirilmesi, güvenli iletişim ve hasta güvenliği konusunda eğitilerek duyarlılıklarının artırılması, hataların azaltılmasında önemlidir (AORN 2009). Makary ve arkadaşları (2007) ameliyathane çalışanlarına yapılan eğitim sonucunda ameliyathane çalışanları arasında işbirliği algısını arttığını ve buna bağlı olarak yanlış taraf cerrahisi riskinin azaldığını saptamışlardır.

Her ne kadar hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında tüm kurum çalışanlarının duyarlı olması ve sorumluluk hissetmesi gerekse de, özellikle hasta ve yakınları ile bire bir ilişki içinde olan, tedavi ve bakım girişimlerinden sorumlu, hemşire ve hekimlerin duyarlılık ve sorumlulukları daha üst düzeyde olmalıdır. VanGeest ve Cummins (2003) makalesinde hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında, hekimler için önerilen eğitim konuları, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tanımları, teknoloji ve hasta güvenliği, insan faktörleri, yorgunluk, karmaşık sağlık sorunlarına yaklaşım,

hekim-hasta, hekim-çalışan iletişimi, sağlık hizmeti sunumunda birimler arası iletişim ve işbirliği, hatalardan öğrenme, hata bildirim, analizi ve raporlanması, hata ve hasta yakınlarına hataların bildirilmesi, hasta güvenliğinin sağlanmasının finansal ve hukuksal etkileri, sistem ve kültür değişimi; hemşireler için önerilen bazı eğitim konuları ise etik, şeffaflık ve açık sözlülük, sağlık hizmetinde hatalara önleyici yaklaşım, hataların belirlenmesi, hataların bildirilmesi ve izlenmesi, hatalardan ders alarak öğrenme, çalışan sayısı/dağılımı ve tıbbi hatalar, teknoloji ve tıbbi hatalar, hasta güvenliğine yönelik hastaların eğitimi olarak sıralanmaktadır.

2.2.14.Liderin Rolü

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

Kuruma gelen çalışanların, farklı çevrelerde yetişmiş olmaları, eğitim düzeylerinin, inançlarının farklı olması gibi etkenlere bağlı olarak amaçları da farklıdır. Bundan dolayı liderler, değişik kültürlerden gelen çalışanlar için, onların benimseyecekleri veya en azından uyum sağlayabilecekleri ortak bir ortam oluşturmalarıdır (Çakır 2007).

Hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında, öncelikle liderlerin bu konuyu benimsemeleri gereklidir. Liderler sadece üst düzey yöneticiler olarak düşünülmemelidir. Güvenli bakım için doğrudan hasta bakımından sorumlu sağlık çalışanları, özellikle de hemşirelerin tümü birer lider olmak zorundadır. Hemşireler, hastanelerde merkezi bir role sahiptir; hasta güvenliği stratejilerini oluşturmak ve sürdürmek konusunda ideal bir pozisyonları vardır (Çakır 2007). ICN hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak vurgulamaktadır. ABD’de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hekim ve eczacılardan kaynaklanan hataları, hastaya zarar vermeden önce %86 oranında engelleyebildikleri saptanmıştır (Özata ve Altunkan 2010). Kendini lider hisseden hemşireler, güvenli olmayan durumlara direnir, risk alır ve mücadele eder (Çakır 2007).

Hasta güvenliği kültürü, sadece liderin hasta güvenliğini sorumluluğunu üzerine alması, iletişim biçimi ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallarla değil, aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri, yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilgilidir (Andersen 2002, Kaynak: Birgili ve ark. 2010).

Liderlerin hasta güvenliğinin herkes tarafından sahiplenilmesi gereken bir konu olduğunu ilan etmesi, hasta güvenliği konusunda çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin desteklenmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk verilmesi, hasta güvenliği için kaynak ayrılması, tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması gerekmektedir (Akalin 2004).

2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümü

Hasta güvenliği kültürü ölçümleri yapılması, iyileştirme yapılacak alanları belirlemek, hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı arttırmak, hasta güvenliği girişimlerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimleri izlemek, içsel ve dışsal kıyaslama yapmak açısından önemlidir (Yalçın ve Acar 2010).

Hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek amacıyla çeşitli değerlendirme araçları geliştirilmektedir. Bu değerlendirme araçlarının içermiş olduğu güvenlik kültürü boyutları, genellikle iletişim, hasta güvenliğine verilen öncelik, hasta güvenliği olaylarının nedenlerinin algılanışı, insan kaynakları yönetimi, liderlik, eğitim, hasta güvenliği olaylarından öğrenme, fiziksel çalışma ortamı, ekip çalışması, hasta güvenliği olaylarının nedenlerinin tanımlanışı, olay bildirimi, bilgilendirme süreci, hastanın katılımı ve hata yönetimi olarak sıralanmaktadır (Kirk ve ark. 2006, Kaynak: İşlek, 2009).

Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi ve zaman içinde gelişiminin gözlenmesi için yapılan araştırmalar büyük önem taşır (Akalin 2004). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hasta güvenliğinin geliştirilmesi için araştırmaların önemini vurgulamaktadır (Walshe ve Boaden 2006, Kaynak: İşlek 2009). Ayrıca yıllık hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri yapılması, Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu'nun (JCAHO) 2007 hasta güvenliği hedefleri arasında yer almaktadır (Pronovost ve Sexton 2005).

Ülkemizde henüz tam olarak yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi yoktur. Ancak uluslararası akreditasyon kurumları tarafından akredite edilen hastanelerde, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir (Ovalı 2010).

2000 yılında yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu'nda sağlık çalışanlarından kaynaklanan hatalarla ilgili oldukça ağır yaptırımlar getirilmiştir. 29 Nisan 2009 Tarihli ve 27214 Sayılı Resmi Gazetede ‘‘Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’’ yayınlanmıştır. Özellikle hasta ve çalışan güvenliği kapsamında; hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, sağlık hizmeti verenler arasında iletişimin geliştirilmesi, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması, enfeksiyon riskinin azaltılması, hasta düşmelerinin önlenmesi, güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması gibi konularda izlenecek yolları göstermektedir. Bu tebliğ ile birlikte hasta bakımında kullanılmak üzere; ilaçlar, hasta değerlendirme, kan transfüzyonu v.b. hakkında 9 adet belge yayınlanmıştır. 01.09.2008 tarihi itibari ile yürürlüğe giren ‘Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi’nde hasta ve çalışan güvenliği konularına geniş yer verilmiştir. Hasta güvenliği bilincini yaymak ve kültürünü geliştirmek için yoğun çalışmalar yapılmakta, kongre ve toplantılar düzenlenmektedir (Ovalı 2010). Hasta Güvenliği Derneği, 2006 yılında ‘Önce Zarar Verme’ sloganıyla kurulmuş ve kuruluş amaçlarını gerçekleştirmek üzere bilgilendirme ve eğitim çalışmalarına başlamıştır. Dernek, hasta güvenliği konusunda Türkiye’de çalışan ilk ve tek organizasyondur. Çok sayıda ulusal toplantıda hasta güvenliği hakkında bilgi vermenin yanı sıra, çeşitli uluslararası toplantılarda da ülkemizi hasta güvenliği konusunda temsil etmektedir (HGD, 2010).

Hasta güvenliği, hastaların yararına ya da onları koruyucu bir uygulama olarak görünse de, aynı ölçüde sağlık çalışanlarını ve kurumu da korumakta daha da önemlisi sakatlıkların önlenmesine, insanın en temel gereksinimi olan yaşama hakkının korunmasına yardımcı olmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma; ameliyathanede güvenli, etkin tedavi ve bakım girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağı düşünülerek, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin yapılmasına yardımcı olacak ölçme aracının, ülkemize kazandırılması amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Soruları

-Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları nasıldır?

-Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

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

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

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Özellikleri

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ameliyathanelerinde yapıldı.

İstanbul Tıp Fakültesi Ameliyathaneleri 13 bölüm ve 40 ameliyat masasından oluşmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde ameliyathanelerde toplam 477 çalışan bulunmaktadır.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ameliyathaneleri 13 bölüm ve 56 ameliyat masasından oluşmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde ameliyathanelerde toplam 503 çalışan bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ameliyathaneleri çalışanları (cerrahlar/cerrahi asistanları, anestezi uzmanları/anestezi asistanları/anestezi teknisyenleri, ameliyathane hemşireleri) oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ameliyathaneleri çalışanları arasından, en az bir yıl ve üzerinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden çalışanlar oluşturdu. Araştırmaya katılım için başka bir kriter aranmadı.

Ölçek uyarlaması yaparken, her bir ölçek maddesi için 5-10 kişi alınması önerildiği için (Şencan 2005 p.363), bu çalışmada da her bir madde başına 5 kişi alınması planlandı ve taslak ölçeğin 290 (58X5) kişiye uygulanması gerektiği belirlendi ve 290 kişiye uygulandı.

3.4. Verilerin Toplanması

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

Veriler Haziran 2008-Ocak 2009 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ameliyathanelerinde, ameliyathane çalışanları ile bire bir görüşülerek toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden çalışanlara, çalışmanın amacı ve formların doldurulması ile ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra, aynı gün çalışanların formları bireysel olarak doldurmaları sağlandı ve doldurulan formlar araştırmacı tarafından geri alındı. Veri toplama aracının doldurulması yaklaşık 10-15 dakikalık bir süreyi aldı.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Çalışan Bilgi Formu (EK 3)

Formda, çalışmanın bağımsız değişkenleri olan ameliyathane çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş yerindeki pozisyonu, mezuniyet yılı,

ortalama çalışma saatleri, uzmanlık alanındaki deneyimleri, çalışmakta oldukları hastanedeki deneyimleri ile kurumda hizmet içi eğitimlerin yapılıp yapılmadığı ve bu eğitimlere katılım durumları, hasta güvenliğine yönelik eğitim alıp almadıkları gibi durumlarını saptamaya yönelik 20 soru bulunmaktadır.

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

Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ-Operating Room Version) Teksas Üniversitesinde Sexton ve arkadaşları tarafından ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçektir. Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ'nin (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) ameliyathane, servisler (dahili/cerrahi v.b.), yoğun bakım ünitesi, gününbirlik bakım ünitesi gibi değişik alanlarda kullanılacak versiyonları bulunmaktadır. Her bir versiyonda içerik aynı olmakla birlikte, ölçek maddelerinde 'yoğun bakım ünitesinde hataların tartışılması zordur' yerine 'ameliyathanede hataların tartışılması zordur' gibi küçük değişiklikler yapılmıştır (Sexton ve ark. 2006; Makary, Sexton, Freischlag, Millman ve ark. 2006). Türkiye'de ölçeğin yatan hasta versiyonu Kaya ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak kullanılmıştır (Kaya ve ark. 2010) .

Ekip işbirliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları ve stres düzeyinin belirlenmesi gibi güvenliğin sağlanmasıyla ilgili 6 alanda veri toplamamızı sağlayan ölçeğin, bazı maddeleri (1,12,16,24,25,27, 31,32,33,36,39,44,47,49,52,53,56,58) olumsuz ifadeler içermektedir. Olumsuz ifadeler ters çevrilerek puanlandığı için; daha yüksek puan, daha olumlu tutumlar anlamına gelmektedir. Ölçek yanıtları için 5 puanlı (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım 4=Kesinlikle Katılıyorum 5= Katılıyorum) likert tipi bir ölçek kullanılmaktadır. Puanın 100'lük sisteme çevrilmesinde; 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100 olarak hesaplanmaktadır (Shteynberg ve ark. 2005; Makary, Sexton, Freischlag, Millman ve ark. 2006; Modak ve ark. 2006; Patterson ve ark. 2007). Ölçekteki her bir maddeye verilen yanıtlar özetlenir, madde sayısına bölünür ve 100'lük sisteme çevrilerek 0-100 arası puan elde edilir (Relihan 2009). Bir çalışan için ekip işbirliği ölçeğinden alınan puanın hesaplanması şu şekilde formulize edilmiştir. Ekip İşbirliği Ölçek Puanı = (((ekip puanlarının ortalaması)-1) * 25) (UTMS 2003, Patterson ve ark. 2007). Ölçeğin her versiyonunda ölçeğe ek olarak; hasta güvenliğinin geliştirilmesiyle

ilgili görüş isteyen açık uçlu ve çalışanlar arasındaki işbirliği ve iletişimi sorgulayan 5 puanlı (1= Çok Kötü, 2=Kötü 3=Orta 4= İyi 5=Çok iyi) likert ölçek tipinde sorular da bulunmaktadır (Sexton ve ark. 2006).

Ölçek, çalışanın kendisinin doldurması yoluyla uygulanmaktadır. Doldurulması yaklaşık 10-15 dakika bir süre almaktadır. Yapılan çalışmalarda, ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0,7 ve üzerindedir (Sexton ve ark. 2006).

Güvenlik Tutumları Ölçeği; organizasyonlarda; hasta güvenliğiyle ilgili altı alanda çalışanların tutumlarını ölçmekte, organizasyonların kendilerini diğer organizasyonlarla karşılaştırmalarında, güvenlik tutumlarını geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanmasında ve bu girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Sexton ve ark. 2006).

Çalışmada elde edilen veriler kodlanarak bilgisayar ortamında, sayı ve yüzde, puan ortalaması, bağımsız gruplarda t testi, pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, faktör analizi, cronbach alfa katsayısı, tek yönlü varyans analizi, kruskal wallis ve Tukey testi kullanılarak değerlendirildi.

Geçerlilik Çalışmaları

Dil Geçerliliği

Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin (GTÖ) Türkçe çevirisi ile İngilizce orijinali arasındaki dil eşdeğerliliğinin saptanması, Türk Toplumuna uyarlanması sağlanması için, ölçek öncelikle, akademik çeviriler yapan bir kurum tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Orijinal ölçek ile çeviri metni, ölçeğin Türkçe çevirisinde yer alan ifadelerin uygun olup olmadığını değerlendirmeleri için, araştırmacı ve danışman tarafından belirlenen, İngilizcesi iyi olan 5 uzmanın görüşüne sunuldu (Ek 4). Yapılan bu değerlendirmeler, araştırmacı ve danışman tarafından tekrar incelenip, her madde için en uygun çeviri benimsenerek, Türkçe ölçek oluşturuldu. Elde edilen ölçek, her iki dili de bilen bir kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrildi. Geri çevirisi yapılan ölçeğin ifadelerinde anlam değişikliği olmadığı belirlendi ve dil geçerliği onaylandı.

Kapsam Geçerliliği (Uzman Görüşü Alınması)

Anketlerin çeviri metodolojisine uygun olarak Türkçe'ye kazandırılabilmesi için çeviri ve geri çeviri işlemleri yapıldıktan sonra, hekim, hemşire öğretim üyeleri gibi

alanında uzman 10 kişi (Ek 4) belirlenerek görüşlerine başvuruldu ve bildirilen öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapıldı. Uzman görüşlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için kapsam geçerlik indeksi kullanıldı ve her bir ölçek maddesinin 1 ile 4 puan arasında puanlanması istendi. Her bir maddenin anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 puan "uygun değil", 2 puan "biraz uygun, maddenin uygun şekilde getirilmesi gerek", 3 puan "oldukça uygun ancak küçük değişiklikler gerekli", 4 puan "çok uygun" şeklinde ifadelerle açıklanmakta idi. Uzman görüşlerine göre her maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 2,5 ve üzeri olarak kabul edildi. Uzmanların her bir maddeye verdikleri puanların ortalaması Tablo 3-1'de verilmiştir. Tüm ölçek için madde değerlendirmesinde uzmanların verdiği puan ortalaması, 58 madde için 4 üzerinden $3,49 \pm 0,23$ (min:2,9; maks:4), ölçeğin iletişim ve işbirliğini sorgulayan bölümü içinse 12 madde için 4 üzerinden $3,66 \pm 0,33$ (min:3; maks:4) bulundu.

Tablo 3-1: Kapsam geçerliliği için uzmanların GTÖ maddelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve maddelerin puan ortalamaları (n:10)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std Sapma.		N	Minimum	Maximum	Mean	Std Sapma.
MADDE1	10	1,00	4,00	2,9000	,8756	MADDE30	10	1,00	4,00	3,5000	,9718
MADDE2	10	1,00	4,00	3,5000	1,0801	MADDE31	10	1,00	4,00	3,4000	1,0750
MADDE3	10	1,00	4,00	3,0000	1,1547	MADDE32	10	1,00	4,00	3,4000	1,0750
MADDE4	10	1,00	4,00	3,5000	1,0801	MADDE33	10	1,00	4,00	3,5000	,9718
MADDE5	10	1,00	4,00	3,3000	1,0593	MADDE34	10	1,00	4,00	3,6000	,9661
MADDE6	10	1,00	4,00	3,4000	1,0750	MADDE35	10	1,00	4,00	3,7000	,9487
MADDE7	10	1,00	4,00	3,2000	1,0328	MADDE36	10	1,00	4,00	3,5000	,9718
MADDE8	10	1,00	4,00	3,6000	,9661	MADDE37	10	3,00	4,00	3,9000	,3162
MADDE9	10	1,00	4,00	3,3000	1,0593	MADDE38	10	1,00	4,00	3,6000	,9661
MADDE10	10	1,00	4,00	3,6000	,9661	MADDE39	10	1,00	4,00	3,6000	,9661
MADDE11	10	1,00	4,00	3,7000	,9487	MADDE40	10	1,00	4,00	3,6000	,9661
MADDE12	10	1,00	4,00	3,6000	,9661	MADDE41	10	1,00	4,00	3,2000	1,0328
MADDE13	10	1,00	4,00	3,5000	,9718	MADDE42	10	1,00	4,00	3,2000	1,0328
MADDE14	10	1,00	4,00	3,3000	,9487	MADDE43	10	4,00	4,00	4,0000	,0000
MADDE15	10	1,00	4,00	3,5000	,9718	MADDE44	10	1,00	4,00	3,4000	1,0750
MADDE16	10	1,00	4,00	3,6000	,9661	MADDE45	10	1,00	4,00	3,3000	,9487
MADDE17	10	1,00	4,00	3,4000	1,0750	MADDE46	10	1,00	4,00	3,5000	,9718
MADDE18	10	1,00	4,00	3,0000	,9428	MADDE47	10	1,00	4,00	3,5000	,9718
MADDE19	10	1,00	4,00	3,4000	1,0750	MADDE48	10	1,00	4,00	3,4000	,9661
MADDE20	10	1,00	4,00	3,3000	,9487	MADDE49	10	1,00	4,00	3,4000	1,0750
MADDE21	10	1,00	4,00	3,4000	,9661	MADDE50	10	4,00	4,00	4,0000	,0000
MADDE22	10	1,00	4,00	3,7000	,9487	MADDE51	10	1,00	4,00	3,4000	,9661
MADDE23	10	1,00	4,00	3,3000	1,0593	MADDE52	10	1,00	4,00	3,3000	1,0593
MADDE24	10	1,00	4,00	3,5000	,9718	MADDE53	10	3,00	4,00	3,9000	,3162
MADDE25	10	3,00	4,00	3,8000	,4216	MADDE54	10	1,00	4,00	3,6000	,9661
MADDE26	10	1,00	4,00	3,7000	,9487	MADDE55	10	3,00	4,00	3,9000	,3162
MADDE27	10	1,00	4,00	3,4000	,9661	MADDE56	10	1,00	4,00	3,5000	,9718
MADDE28	10	1,00	4,00	3,4000	,9661	MADDE57	10	1,00	4,00	3,4000	,9661
MADDE29	10	2,00	4,00	3,7000	,6749	MADDE58	10	4,00	4,00	4,0000	,0000

58 maddeden oluşan taslak ölçek, 5 çalışana uygulanarak değerlendirildi. Birkaç soru üzerinde yapılan küçük ifade değişikliği sonunda, 10 çalışana daha uygulandı. Olumsuz geri bildirimler olmadığından geçerlik güvenirlik çalışmaları için yeterli büyüklükteki örnekleme uygulanmasına karar verildi.

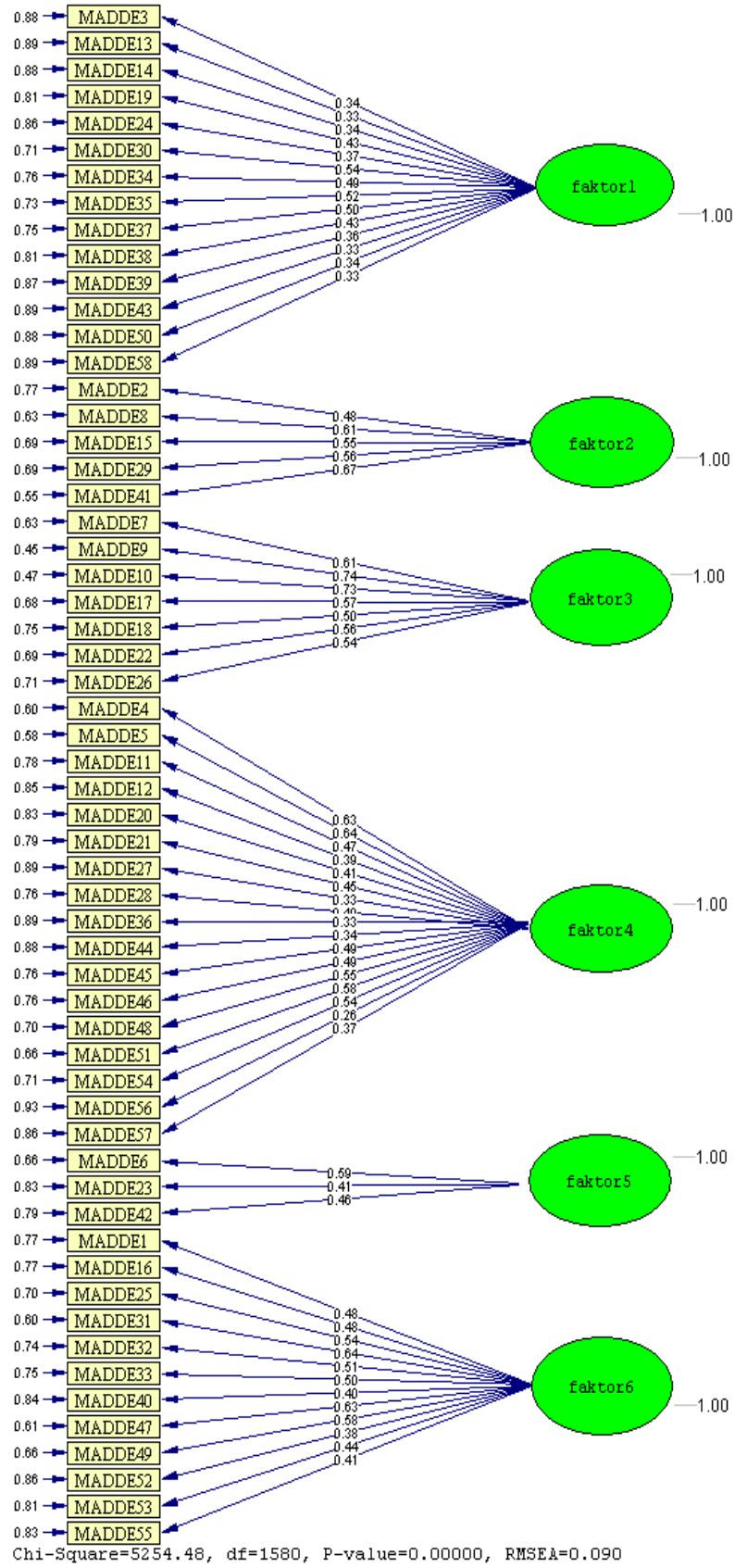
Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi): Yapı geçerliliği, ölçme aracının ölçtüğünü iddia ettiği teorik yapıyı (kavramı, boyutu) ne derece ölçebildiğini gösterir (Mishel 1998; Öner 2008). En sık kullanılan yöntem doğrulayıcı faktör analizidir. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir (Şencan 2005 p.408).

Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür, çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve çıkan değer 5 ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Harrington 2009). Bu çalışmada GTÖ'nün doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre bu değer; $5254,48/1580 = 3,3$ olarak bulundu ve ölçeğin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir.

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ve SRMR (Standardized Root-mean-Square Residual)'dir. RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu, 0,10'dan küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu göstermektedir (Harrington 2009). Bu çalışmada RMSEA değeri anlamlı bulundu ancak 0,090 olduğu için uyumun zayıf olduğunu göstermektedir.

SRMR'nin 0,10'dan küçük olması uyumun olduğunu gösterir (Harrington 2010). Bu çalışmanın SRMR değeri 0,093 olarak bulundu ve uyumun iyi olduğu şeklinde değerlendirildi.

Faktör yüklerinin 0,30 dan küçük olmaması gerekmektedir (Harrington 2009). Bu ölçeğin maddelerinden sadece bir tanesinin madde yükü 0,26 olarak sınıra yakın, diğer 57 maddenin yükleri 0,30'un üzerinde bulundu (Şekil 3-1).



Şekil 3-1: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin maddelerinin faktör yükleri

Güvenilirlik Çalışmaları

Güvenlik Tutumları Ölçeğinin güvenilirlik analizi "Test-Tekrar Test", iç tutarlılığı ise; "Cronbach's Alpha" ve "Toplam Puan/Madde Puanı Korelasyon" yöntemlerinden yararlanılarak gerçekleştirildi.

Test Tekrar Test Güvenilirliği (Zamana Karşı Değişmezlik)

Geçerlik çalışmasının gereği olarak, ölçeğin zamana göre değişmezliğini saptamak amacı ile yapılan, test tekrar test çalışması için, örneklemin 1/4'i olan 73 kişiye uygulanması, bu sayıya ulaşmak için bunun %20 gibi fazlası olacak şekilde 88 kişiye uygulanmasına karar verildi. Taslak ölçek, 88 kişiye 2 hafta arayla iki kez uygulandı. İlk uygulama ve ikinci uygulama verilerinin eşleştirilebilmesi için, ölçeği uygularken çalışanlardan rumuz kullanmaları istendi. Uygulama sonucunda ölçeği eksik dolduran ya da rumuzları eşleşmeyen formlar değerlendirmeden çıkarıldı. Sonuçta test tekrar test analizleri 75 kişi ile yapıldı. Eşleştirilebilen yanıtlama oranı % 85 idi.

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için, iki hafta ara ile yapılan, ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi (Student t testi=bağımlı iki grup ortalaması arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=1,396$, $p=0,167$).

Ölçeğin güvenilirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; iki hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,97$, $p=0,000$).

Bu sonuçlar, ölçeğin tekrarlanan ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip, oldukça tutarlı bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Cronbach Alfa Katsayısı

Alfa katsayısı 0,40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değil, 0,40-0,59 arası düşük güvenilirlikte, 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Özdamar 2009). GT ölçeğinin içtutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0,92 ve alt boyutlar için 0,50 ile 0,82 arasında bulundu (Tablo 3-2). Alfa katsayısı madde

sayısından etkilenmektedir. Çalışma koşulları boyutunda madde sayısının az olması güvenilirlik katsayısını etkilemiş olabileceğini akla getirmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığının yeterli olduğu söylenebilir.

Tablo 3-2: Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) ve alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayısı

Ölçek ve Alt boyutları	α	
GTÖ (Toplam Ölçek)	0,92	
Ekip İşbirliği (14 madde)	0,74	
İş Memnuniyeti (5 madde)	0,72	
Alt Boyutlar	Yönetimle İlgili Düşünceler (7 madde)	0,80
	Güvenli Ortam (17 madde)	0,82
	Çalışma Koşulları (3 madde)	0,50
	Stres Düzeyinin Belirlenmesi (12 madde)	0,80

Madde Analizi/Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

GT ölçeğinin güvenilirlik çalışması için 58 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Pearson Korelasyonu) $r=0,25-0,60$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 3-3).

GTÖ'nün altboyutlarının güvenilirlik çalışması için alt boyut maddelerinin alt boyut toplam puanları ile korelasyonlarına bakıldığında, korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Pearson Korelasyonu); ekip işbirliği boyutunda; $r=0,33$ ile $0,57$; iş memnuniyeti boyutunda; $r=0,59$ ile $0,75$; yönetimle ilgili düşünceler boyutunda; $r=0,60$ ile $0,77$; güvenli ortam boyutunda; $r=0,44$ ile $0,62$; çalışma koşulları boyutunda; $r=0,67$ ile $0,75$; stres düzeyinin belirlenmesi boyutunda; $r=0,46$ ile $0,67$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (Tablo 3-4).

GTÖ Alt boyutlarının toplam ölçekle korelasyonları incelendiğinde $r=0,86$ ile $0,91$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 3-4). Sonuç olarak, Türkçe GT ölçeğindeki tüm maddelerin toplam puan/madde puanı korelasyon katsayılarının yeterli olduğu görülmektedir.

Türkçe GT ölçeği için bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre, çalışmaya devam etmek için ölçeğin yeterli olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 3-3: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam	
			Puan Korelasyon Katsayısı	p
1.Bu ameliyathanede genellikle iş yükü ağırdır.	4,51	1,00	0,32	0,000
2.İşimi severek yaparım.	4,34	1,08	0,45	0,000
3.Ameliyathanede hemşirenin hasta bakımına katkı sağlaması iyi karşılanır.	4,14	1,07	0,39	0,000
4.Burada bir hasta olarak tedavi görseydim kendimi güvende hissederdim.	3,46	1,28	0,59	0,000
5.Bu hastanede tıbbi hatalar kurallara uygun şekilde incelenir.	3,19	1,17	0,60	0,000
6.Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	3,04	1,17	0,55	0,000
7.Bir işleme başlamadan önce gerekli bilgilerin tümüne ulaşılabilir.	3,14	1,24	0,56	0,000
8.Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	3,43	1,42	0,50	0,000
9.Bu hastanenin yönetimi başarılıdır/iyi iş yapar.	2,71	1,33	0,47	0,000
10.Hastane yönetimi, günlük çabalarımı destekler.	2,43	1,28	0,50	0,000
11.Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.	2,62	1,29	0,43	0,000
12. Ameliyathanede hataları tartışmak zordur.	3,28	1,25	0,42	0,000
13.Cerrahi bir girişim öncesi ameliyathane personelini bilgilendirmek için kısa toplantılar yapmak, hasta güvenliği açısından önemlidir.	4,16	1,33	0,38	0,000

Tablo 3-3: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290) (Devamı)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
14.Ameliyathanede kısa bilgilendirme toplantıları yapılması olağandır.	3,94	1,30	0,37	0,000
15.Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	3,03	1,36	0,43	0,000
16. Acil durumlarda, yorgunluk performansımı düşürür.	3,94	1,42	0,29	0,000
17. Hastane yönetimi, hasta güvenliği konusunda, bilerek taviz vermez.	3,37	1,48	0,59	0,000
18. Ameliyathanelerimizdeki çalışanların düzeyleri, hasta sayısını idare etmek için yeterlidir.	2,51	1,52	0,43	0,000
19. Ameliyathanede karar alınırken, ilgili personelden alınan bilgilerden yararlanılır.	3,12	1,25	0,44	0,000
20. Hasta güvenliğiyle ilgili herhangi bir endişemi rapor etmem için, çalışma arkadaşlarım tarafından desteklenirim.	3,23	1,19	0,39	0,000
21.Bu ameliyathanelerin kültürü, başkalarının hatalarından ders çıkarmamızı kolaylaştırır.	3,46	1,20	0,49	0,000
22.Bu hastane, sorunlu hekimler ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	2,68	1,32	0,44	0,000
23. Bu ameliyathanelerde tıbbi araç ve gereçler yeterlidir.	2,25	1,33	0,33	0,000
24. Bu ameliyathanelerde, hasta bakımıyla ilgili farkına vardığım bir sorunu konuşmak zordur.	3,07	1,31	0,42	0,000
25. İş yüküm aşırı olduğunda performansım düşer.	4,12	1,27	0,33	0,000
26. Hastanede işimi etkileyebilecek olaylar konusunda yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	2,81	1,37	0,43	0,000
27. Başkalarının hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarını gördüm.	3,26	1,27	0,41	0,000
28. Bu ameliyathanelerde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları yönelteceğim uygun kanalları bilirim.	3,27	1,19	0,47	0,000
29. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	3,30	1,35	0,39	0,000
30. Bu ameliyathanelerdeki anlaşmazlıklar uygun şekilde çözülür. (ör: kimin haklı olduğu değil ,neyin hasta için doğru olduğu?)	2,96	1,30	0,52	0,000
31. Yorulduğumda işte daha az faydalı olurum.	4,01	1,19	0,36	0,000

Tablo 3-3: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290) (Devamı)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
32.Gergin ya da saldırganca durumlarda, hata yapma olasılığım daha fazladır.	4,01	1,29	0,29	0,000
33.Kişisel sorunlardan kaynaklanan stres, performansımı olumsuz yönde etkiler.	3,84	1,28	0,35	0,000
34.Hastalara bakım vermek için diğer personelden gereksinim duyduğum desteği alırım.	3,56	1,14	0,46	0,000
35. Bu ameliyathanelerde görev yapan personel anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla soru sorabilir.	3,84	1,23	0,48	0,000
36. Bakımın sürekliliğindeki kesintiler (ör:nöbet değişimleri, hasta transferleri) hasta güvenliğine zarar verebilir.	3,50	1,32	0,39	0,000
37.Acil durumlarda, diğer personelin bir sonraki aşamada neler yapacağını tahmin edebilirim.	3,60	1,04	0,45	0,000
38.Hekimler ve hemşireler, burada iyi koordine edilmiş bir ekip olarak çalışırlar.	3,73	1,07	0,41	0,000
39.Kadrolu / geçici görevlendirilmiş hekimlerle olan anlaşmazlıklarımı, ifade etmekte çoğu kez yetersiz kalırım.	2,76	1,12	0,38	0,000
40.Gerçek profesyoneller, çalışırken bireysel sorunlarını geride bırakabilir.	4,19	1,10	0,39	0,000
41.Bu ameliyathanelerde, ahlaki değerler yüksektir.	3,53	1,29	0,59	0,000
42.Sorumluluğumdaki stajyerler yeterince gözetlenip, denetlenir.	3,52	1,10	0,49	0,000
43.Son mesaimde, birlikte çalıştığım tüm çalışanların adlarını ve soyadlarını bilirim.	3,90	1,18	0,32	0,000
44. Hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarım oldu.	2,61	1,36	0,42	0,000
45.Bu ameliyathanelerdeki kadrolu/geçici görevlendirilmiş hekimler, işlerini başarıyla yapıyorlar.	3,57	1,04	0,52	0,000
46.Bu ameliyathanelerdeki bütün personel hasta güvenliği konusunda sorumluluk alır.	3,60	1,17	0,44	0,000
47.Sabah kalktığımda ve işyerinde bir gün daha geçireceğimi düşündüğümde, kendimi yorgun hissederim.	3,29	1,40	0,28	0,000

Tablo 3-3: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290) (Devamı)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
48. Bu ameliyathanelerde, öncelikli olarak hasta güvenliği sürekli güçlendirilir.	3,33	1,13	0,52	0,000
49. İşim nedeniyle kendimi tükenmiş hissedirim.	3,34	1,26	0,26	0,000
50. Nöbet/vardiya değişimlerinde, önemli konular iyi bir şekilde iletilir.	3,72	1,19	0,35	0,000
51. Burada, hasta güvenliği konusundaki klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere, genellikle uyulur.	3,44	1,15	0,55	0,000
52. İşimin beni engellediğini düşünüyorum.	2,92	1,35	0,25	0,000
53. İşimde, aşırı çalıştığımı düşünüyorum.	3,60	1,31	0,25	0,000
54. Bu ameliyathanelerde, kaza raporu bilgileri, hasta bakımını daha güvenli kılmak için kullanılır.	3,24	1,17	0,52	0,000
55. Acil durumlarda, (ör: acil resüsitasyonlarda), deneyimsiz ya da daha az becerikli personelle çalışmak performansımı etkilemez.	2,55	1,24	0,45	0,000
56. Çalışanlar, ameliyathane için oluşturulan kuralları ya da rehberleri (ör: el yıkamak, tedavi protokolleri/algoritmeler-işlem yolları, steril alan, v.b.) çoğu kez önemsemez.	2,66	1,33	0,33	0,000
57. Cerrahi girişim sırasında, kadrolu ya da geçici görevlendirilmiş cerrah, ameliyathane personelinden resmen sorumlu olmalıdır.	3,38	1,42	0,42	0,000
58. Cerrahi girişimlere başlamada, gecikmelere neden olan iletişim bozuklukları sık sık olur.	3,38	1,20	0,38	0,000

Tablo 3-4: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarının madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290)

Ölçek Maddeleri	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Alt Boyutların Toplam Ölçekle Korelasyon Katsayısı	
	r	p	r	p
Ekip İşbirliği				
Soru 3	0,48	0,000		
Soru 13	0,52	0,000		
Soru 14	0,52	0,000		
Soru 19	0,53	0,000		
Soru 24	0,48	0,000		
Soru 30	0,57	0,000		
Soru 34	0,51	0,000	0,86	0,000
Soru 35	0,51	0,000		
Soru 37	0,48	0,000		
Soru 38	0,41	0,000		
Soru 39	0,46	0,000		
Soru 43	0,43	0,000		
Soru 50	0,33	0,000		
Soru 58	0,43	0,000		
İş Memnuniyeti				
Soru 2	0,59	0,000		
Soru 8	0,69	0,000		
Soru 15	0,70	0,000	0,69	0,000
Soru 29	0,75	0,000		
Soru 41	0,69	0,000		
Yönetimle İlgili Düşünceler				
Soru 7	0,60	0,000		
Soru 9	0,77	0,000		
Soru 10	0,72	0,000		
Soru 17	0,66	0,000	0,72	0,000
Soru 18	0,66	0,000		
Soru 22	0,63	0,000		
Soru 26	0,67	0,000		

Tablo 3-4: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarının madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290) (Devamı)

Ölçek Maddeleri	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Alt Boyutların Toplam Ölçekle Korelasyon Katsayısı	
	r	p	r	p
Güvenli Ortam				
Soru 4	0,60	0,000		
Soru 5	0,62	0,000		
Soru 11	0,48	0,000		
Soru 12	0,52	0,000		
Soru 20	0,44	0,000		
Soru 21	0,51	0,000		
Soru 27	0,50	0,000		
Soru 28	0,50	0,000		
Soru 36	0,49	0,000	0,91	0,000
Soru 44	0,50	0,000		
Soru 45	0,50	0,000		
Soru 46	0,47	0,000		
Soru 48	0,54	0,000		
Soru 51	0,60	0,000		
Soru 54	0,53	0,000		
Soru 56	0,44	0,000		
Soru 57	0,44	0,000		
Çalışma Koşulları				
Soru 6	0,67	0,000		
Soru 23	0,75	0,000	0,64	0,000
Soru 42	0,70	0,000		

Tablo 3-4: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarının madde istatistikleri ve madde-toplam puan korelasyonları (n=290) (Devamı)

Ölçek Maddeleri	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Alt Boyutların Toplam Ölçekle Korelasyon Katsayısı	
	r	p	r	p
Stres Düzeyinin Belirlenmesi				
Soru 1	0,52	0,000		
Soru 16	0,54	0,000		
Soru 25	0,58	0,000		
Soru 31	0,65	0,000		
Soru 32	0,56	0,000		
Soru 33	0,56	0,000	0,56	0,000
Soru 40	0,46	0,000		
Soru 47	0,67	0,000		
Soru 49	0,63	0,000		
Soru 52	0,48	0,000		
Soru 53	0,54	0,000		
Soru 55	0,48	0,000		

3.6. ETİK KONULAR

Güvenlik Tutumları Ölçeği-Ameliyathane Versiyonu'nun kullanımı için geliştiren kişilerden izin alınarak işbirliği sağlandı (Ek 5).

Çalışmanın yapıldığı İstanbul Tıp Fakültesi (Ek 6) ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (Ek 7) Etik Kurullarından izinler alındı. Çalışmaya katılan ameliyathane çalışanlarından sözel izinleri alındı.

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri ameliyathane çalışanları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Çalışma bulguları 2 başlık altında verildi.

I. Çalışma grubunun tanıtıcı özelliklerini gösteren bulgular

II. Çalışma grubunun tanıtıcı özellikleri ile Güvenlik Tutumları Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerini Gösteren Bulgular

290 kişiden oluşan araştırma grubunun, %45,2'si 18-29 yaş gurubunda, %71,7'si kadın, %57,9'u evlidir. Çalışanların eğitim durumlarına bakıldığında; %30'unun önlisans mezunu, %27,2'sinin lisans mezunu olduğu, %51,4'ünün 2000-2008 yılları arasında eğitimlerini tamamladığı belirlendi (Tablo 4-1).

Örneklem grubunun %52,1'inin İstanbul Tıp Fakültesinde çalışmakta ve %65,5'inin hemşire olduğu, %64,8'inin kadrolu, %54,5'inin yalnız gündüz, %54,1'inin haftalık ortalama 40 saat çalıştığı saptandı. Araştırma grubunun bu uzmanlık alanındaki deneyimlerine bakıldığında; %64,1'inin 0-5 yıl, %12,4'ünün 6-11 yıl arasında, %23,5'inin 11 yıldan fazla deneyimi olduğu ve %75,2'sinin ameliyathanede kendi isteği ile çalıştığı görüldü (Tablo 4-2).

Ameliyathanede sadece gündüz çalışan 282 kişinin (%54,5) çalıştığı ameliyathane bölümlerinin %58,2'sinde gündüz ortalama 2-5 ameliyat, %41,8'inde 6-10 ameliyat yapıldığı; ameliyathanede gündüz çalışmanın yanı sıra gece nöbetine de kalan 132 kişinin çalıştıkları ameliyathane bölümlerinde %72'sinde ortalama 1-2 ameliyat, %28'inde 3 ve üzeri ameliyat yapıldığı belirlendi (Tablo 4-2).

Örneklem grubunun %64,8'inin çalıştıkları kurumda 0-5 yıl, %11,1'inin 6-11 yıl arasında, %24,1'inin 11 yıldan daha fazla bir süredir çalıştıkları saptandı. Çalışanların %57,2'sinin işe yeni başladığında oryantasyon programı uygulanmadığı, %53,1'inin çalıştıkları kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim programlarının yapıldığını ifade ettikleri ve bunların %74,7'sinin hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alındığını belirttikleri görüldü (Tablo 4-2).

Araştırma grubunun %75,2'sinin çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemediğini bildirdiği, yeterince dinlenememe nedeni olarak %30,9'unun iş ile ilgili sorumluluklarını, %14,6'sının özel hayatlarıyla ilgili sorumluluklarını gösterdiği belirlendi (Tablo 4-2).

Tablo 4-1: Çalışanların demografik özellikleri (n=290)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-29	131	45,2
30-39	124	42,8
40-49	33	11,4
50 ve üzeri	2	0,7
Cinsiyet		
Kadın	208	71,7
Erkek	82	28,3
Medeni Durum		
Evli	168	57,9
Bekar	122	42,1
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	26	9,0
Önlisans	87	30,0
Lisans	79	27,2
Lisansüstü-Yüksek Lisans	7	2,4
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	82	28,3
Tıp Uzmanı	9	3,1
Mezuniyet Yılı		
1979 ve öncesi	4	1,4
1980-1989	36	12,4
1990-1999	101	34,8
2000-2008	149	51,4

Tablo 4-2: Çalışanların mesleki yaşam özellikleri (n=290)

Özellikler	n	%
Çalıştıkları Kurum (n=290)		
İstanbul Tıp Fakültesi	151	52,1
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	139	47,9
İşyerindeki Pozisyonu		
Cerrah	72	24,8
Anestezist	28	9,7
Hemşire	190	65,5
Çalışma Durumu		
Kadrolu	188	64,8
Sözleşmeli	102	35,2
Genel Çalışma Saatleri		
Gündüz	158	54,5
Gece/Nöbet+Gündüz	132	45,6
Haftalık Ortalama Çalışma Saatleri		
40 saat	157	54,1
40 saatten fazla	133	45,9
Ameliyathanede çalışmanın kendi isteği olma durumu		
Evet	218	75,2
Hayır	72	24,8
Ameliyathane alanındaki deneyim		
0-5 yıl	186	64,1
6-11 yıl	36	12,4
11 yıldan fazla	68	23,5

Tablo 4-2: Çalışanların mesleki yaşam özellikleri (n=290) (Devamı)

Özellikler	n	%
Gündüz yapılan cerrahi girişim sayısı (n=282)*		
2-5	164	58,2
6-10	118	41,8
Gece yapılan cerrahi girişim sayısı (n=132)**		
1-2	95	72
3 ve üzeri	37	28
Çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme durumu		
Evet	72	24,8
Hayır	218	75,2
Yeterince dinlenememe nedenleri (n=132)***		
İş ile ilgili sorumluluklarım	89	30,9
Özel hayatımla ilgili sorumluluklarım	43	14,6
Bu hastanede çalışma yılı		
0-5 yıl	188	64,8
6-11 yıl	32	11,1
11 yıldan fazla	70	24,1
Kurumda oryantasyon programı yapılma durumu		
Evet	124	42,8
Hayır	166	57,2
Kurumda hizmet içi eğitim yapılma durumu		
Evet	154	53,1
Hayır	136	46,9
Hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alınma durumu (n=154)****		
Evet	115	74,7
Hayır	39	25,3
Toplam	290	100,0

*Gündüz çalışan 282 kişi alınmıştır.

**Gündüz çalışmanın yanı sıra gece nöbetine de kalan 132 kişi alınmıştır.

*** Soruyu yanıtlayan 132 kişi alınmıştır. ****Soruyu yanıtlayan 154 kişi alınmıştır.

Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumları incelendiğinde; sadece %28,6'sının hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldığı ve bunların %18,3'ünün hasta güvenliği konusunda hizmet içi eğitim programına, %9,7'sinin hasta güvenliği konusunda kongreye, %8,6'sının hasta güvenliği konusunda sempozyuma katıldıkları belirlendi (Tablo 4-3).

Tablo 4-3: Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumları (n=290)

Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldınız mı?	n	%
Evet	83	28,6
Hayır	207	71,4
Çalışanların hasta güvenliği konusunda ‘hizmet içi eğitim programına’ katılma durumu		
Evet	53	18,3
Hayır	237	81,7
Çalışanların hasta güvenliği konusunda ‘kongreye’ katılma durumu		
Evet	28	9,7
Hayır	262	90,3
Çalışanların hasta güvenliği konusunda ‘sempozyuma’ katılma durumu		
Evet	25	8,6
Hayır	265	91,4

Çalışanlara ameliyathanede hasta güvenliğini arttırmak için önerileri sorulduğunda, sırasıyla; hasta güvenliği konusunda çalışanların eğitilmesi (%46,7), ameliyathanede malzeme, cihaz ve ilaç eksikliklerinin giderilmesi, cihazların doğru kullanılmasıyla ilgili eğitimlerin verilmesi (%30), ekip işbirliği ve iletişimin artırılması (%25,3), çalışan sayısının artırılması (%20), steril çalışma konusunda daha dikkatli davranılması (%9,3), hasta transportu sırasında daha dikkatli olunması, sedye ve ameliyat masalarının yenilenmesi (%7,3), elektrik, su kesintileri ve klima arızalarının önlenmesi (%6,7) gibi önerilerin yer aldığı belirlendi (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Çalışanların hasta güvenliğini arttırmaya yönelik önerilerinin dağılımı

Ameliyathanede hasta güvenliğini arttırmak için en çok önereceğiniz üç şey nedir?	Sorunun sorulduğu çalışan sayısı	Yanıt veren çalışan sayısı	Öneride bulunan kişi sayısı	150 kişi üzerinden yüzde
Hasta güvenliği konusunda çalışanların eğitilmesi	290	150	70	%46,7
Ameliyathanede malzeme, cihaz ve ilaç eksikliklerinin giderilmesi, cihazların doğru kullanılmasıyla ilgili eğitimlerin verilmesi	290	150	45	%30
Ekip işbirliği ve iletişimin artırılması	290	150	38	%25,3
Çalışan sayısının artırılması	290	150	30	%20
Steril çalışma konusunda daha dikkatli davranılması	290	150	14	%9,3
Hasta transportu sırasında daha dikkatli olunması, sedye ve ameliyat masalarının yenilenmesi	290	150	11	%7,3
Elektrik,su kesintileri ve klima arızalarının önlenmesi	290	150	10	%6,7

4.2. Çalışma Grubundaki Çalışanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması İle İlgili Bulgular

Çalışanlar Güvenlik Tutumları Ölçeğine göre incelendiğinde; ölçek toplam puanının $59,22 \pm 13,22$, ekip işbirliği ortalama puanının $64,09 \pm 14,28$; iş memnuniyeti ortalama puanının $63,21 \pm 22,40$; yönetimle ilgili düşünceler ortalama puanının $45,18 \pm 22,96$; güvenli ortam ortalama puanının $55,99 \pm 15,66$; çalışma koşulları ortalama puanının $48,42 \pm 21,18$; stres düzeyinin belirlenmesi ortalama puanının $67,34 \pm 17,59$ olduğu saptandı (Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Güvenlik tutumları ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n:290)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
GTÖ toplam puan	5,60	100	59,22	13,22
Ekip İşbirliği	5,36	100	64,09	14,28
İş Memnuniyeti	5,00	100	63,21	22,40
Yönetimle İlgili Düşünceler	0,00	100	45,18	22,96
Güvenli Ortam	1,47	100	55,99	15,66
Çalışma Koşulları	0,00	100	48,42	21,18
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	0,00	100	67,34	17,59

Ameliyathane çalışanlarının **yaşı ile** güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı (Tablo 4-6). Farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; 40-49 yaş grubunda bulunan çalışanların puan ortalamaları hem 18-29 yaş grubunda ($p=0,018$) hem de 30-39 yaş grubunda bulunanların puan ortalamalarından ($p=0,042$) anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Tablo 4-6: Ameliyathane çalışanlarının yaş gruplarına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Yaş Grupları	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p	Anlamlı Fark
					a,b<c
18-29 Yaş ^a (n=131)	58,08 ± 12,59	Gruplararası: 2	F=3,830	0,023	a-b: 0,895
30-39 Yaş ^b (n=124)	58,82 ± 13,95	Grupiçi: 287			a-c: 0,018
40-49 Yaş ^c (n=35)	64,89 ± 11,70	Toplam: 289			b-c: 0,042

Ameliyathane çalışanlarının **cinsiyetine** göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldı. Kadınların güvenlik tutumları puan ortalaması erkeklerden daha yüksek bulundu, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Ameliyathane çalışanlarının cinsiyetine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Cinsiyet	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
Kadın (n=208)	59,75 ± 12,82	288	t=1,081	0,281
Erkek (n=82)	57,88 ± 14,18			

Ameliyathane çalışanlarının **eğitim durumları** ile güvenlik tutumları puan ortalaması Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında; eğitim gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-8).

Tablo 4-8: Ameliyathane çalışanlarının eğitim durumlarına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Eğitim Durumu	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
Sağlık Meslek Lisesi (n=26)	60,63 \pm 13,57			
Önlisans (n=87)	60,10 \pm 13,31			
Lisans (n=79)	59,41 \pm 13,89	5	KW=2,473	0,781
Lisansüstü-Yüksek Lisans (n=7)	51,72 \pm 16,32			
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (n=82)	58,72 \pm 11,51			
Tıp Uzmanı (n=9)	55,41 \pm 18,22			

Ameliyathane çalışanlarının **çalışma pozisyonlarına** göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda Kruskal Wallis analizi ile incelendiğinde, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-9).

Tablo 4-9: Ameliyathane çalışanlarının çalışma pozisyonlarına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Özellikler Çalışma Pozisyonu	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
Cerrah (n=72)	57,39 \pm 12,71			
Anestezi (n=28)	61,35 \pm 9,17	2	KW=2,182	0,336
Hemşire (n=190)	59,60 \pm 13,88			

Ameliyathane çalışanlarının **uzmanlık alanındaki deneyim süresine** göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4-10). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizi ile gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında; uzmanlık alanında 6-11 yıldır çalışanların puan ortalamalarının 11 yıldan fazla çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu ($p=0,034$), diğer gruplar arasında fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu.

Tablo 4-10: Ameliyathane çalışanlarının uzmanlık alanındaki deneyim süresine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Uzmanlık alanında deneyim süresi	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p	Anlamlı Fark
0-5 yıl ^a (n: 186)	58,68 ± 13,27				a-b: .436
6-11 yıl ^b (n: 36)	55,75 ± 12,06	Gruplararası: 2 Grupiçi: 287 Toplam: 289	F: 3,592	0,029	a-c: .097
11 yıldan fazla ^c (n: 68)	62,53 ± 13,17				b-c: .034

Ameliyathane çalışanlarının **genel çalışma saatlerine** (gündüz ya da gece zaman dilimine göre) göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ve yalnız gündüz çalışanların puan ortalaması, gündüz ve gece çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,05$; Tablo 4-11).

Tablo 4-11: Ameliyathane çalışanlarının genel çalışma saatlerine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Genel Çalışma Saatleri	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
Gündüz (n=158)	60,62 ± 12,44			
Gündüz ve gece (n=132)	57,55 ± 13,96	288	t=1,978	0,049

Ameliyathane çalışanlarının **haftalık çalışma saatine** göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; haftada 40 saat ve 40 saatten fazla çalışan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$; Tablo 4-12).

Tablo 4-12: Ameliyathane çalışanlarının haftalık çalışma saatine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Haftalık Çalışma Saati	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
40 saat (n=157)	59,78 \pm 14,56	288	t=0,780	0,436
40 saatten fazla (n=133)	58,56 \pm 11,46			

Ameliyathane çalışanlarının **ameliyathanede kendi isteği ile çalışma durumuna** göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile incelendiğinde; kendi isteği ile çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları kendi isteği ile çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu ($p < 0,05$; Tablo 4-13).

Tablo 4-13: Ameliyathane çalışanlarının ameliyathanede kendi isteği ile çalışma durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Ameliyathanede Kendi İsteği ile Çalışma	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
Evet (n=218)	60,40 \pm 12,93	288	t=2,679	0,008
Hayır (n=72)	55,64 \pm 13,54			

Çalıştıkları ameliyathanede **gündüz gerçekleştirilen ameliyat sayısına** göre ameliyathane çalışanlarının güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,001$; Tablo 4-14). Ameliyathanede günde ortalama 2-5 ameliyat gerçekleştirilen grubun güvenlik tutumları puan ortalamaları 5-10 ameliyat gerçekleştirilen gruptan daha yüksek bulundu.

Tablo 4-14: Ameliyathane çalışanlarının çalıştıkları ameliyathanede gündüz gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Gündüz Yapılan Cerrahi Girişim Sayısı	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
2-5 ameliyat (n=164)	56,76 ± 13,59	280	3,714	0,000
6-10 ameliyat (n=118)	62,63 ± 12,36			

Çalıştıkları ameliyathanede gece gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre ameliyathane çalışanlarının güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-15).

Tablo 4-15: Ameliyathane çalışanlarının çalıştıkları ameliyathanede gece gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Gece Yapılan Cerrahi Girişim Sayısı	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
1-2 ameliyat (n=95)	58,62 ± 13,37	130	1,418	0,159
3 ve üzeri ameliyat (n=37)	54,80 ± 15,22			

Ameliyathane çalışanlarının çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; yeterli dinlenen ve dinlenemeyen grupların güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-16).

Tablo 4-16: Ameliyathane çalışanlarının çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Çalışma Saatleri				
Dışında Yeterli Dinlenme Durumu	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	P
Evet (n=72)	60,87 ± 14,80	288	t=1,223	0,222
Hayır (n=218)	58,68 ± 12,65			

Ameliyathanede çalışanların çalıştıkları kurumda **çalışma sürelerine (yıl) göre** güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,01$; Tablo 4-17). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldı. Çalışma süresi 11 yıldan daha fazla olan grubun güvenlik tutumları puan ortalamalarının hem 0-5 yıl arasında ($p:0,010$) hem de 6-11 yıl arasında çalışanların ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4-17: Ameliyathane çalışanlarının çalıştıkları kurumda çalışma sürelerine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Kurumda Çalışma Süresi	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	P	Anlamlı Fark
0-5 yıl ^a (n: 188)	58,23 ± 12,81	Gruplararası: 2 Grupiçi:287 Toplam: 289	F: 5,716	0,004	a, b < c
6-11 yıl ^b (n: 32)	55,56 ± 14,37				<i>a-b: 0,533</i> <i>a-c: 0,010</i> <i>b-c: 0,012</i>
11 yıldan fazla ^c (n:70)	63,57 ± 12,90				

Ameliyathane çalışanlarının **bu hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılma durumuna** göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile incelendiğinde; oryantasyon programına katılan ve katılmayan grubun güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-18).

Tablo 4-18: Ameliyathane çalışanlarının bu hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

Bu Hastanede Çalışmaya Başlarken Oryantasyon Programına Katılma	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	p
Evet (n=124)	59,49 \pm 13,90	288	t=0,295	0,769
Hayır (n=166)	59,02 \pm 12,73			

Kurumda düzenli hizmet içi programı yapılmasına göre ameliyathane çalışanlarının güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptandı. Çalıştığı kurumda düzenli hizmetiçi eğitim programı düzenlenen bireylerin güvenlik tutumları puan ortalamaları düzenlenmeyenlerin puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,01$; Tablo 4-19).

Tablo 4-19: Ameliyathane çalışanlarının kurumda düzenli hizmet içi programı yapılmasına göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

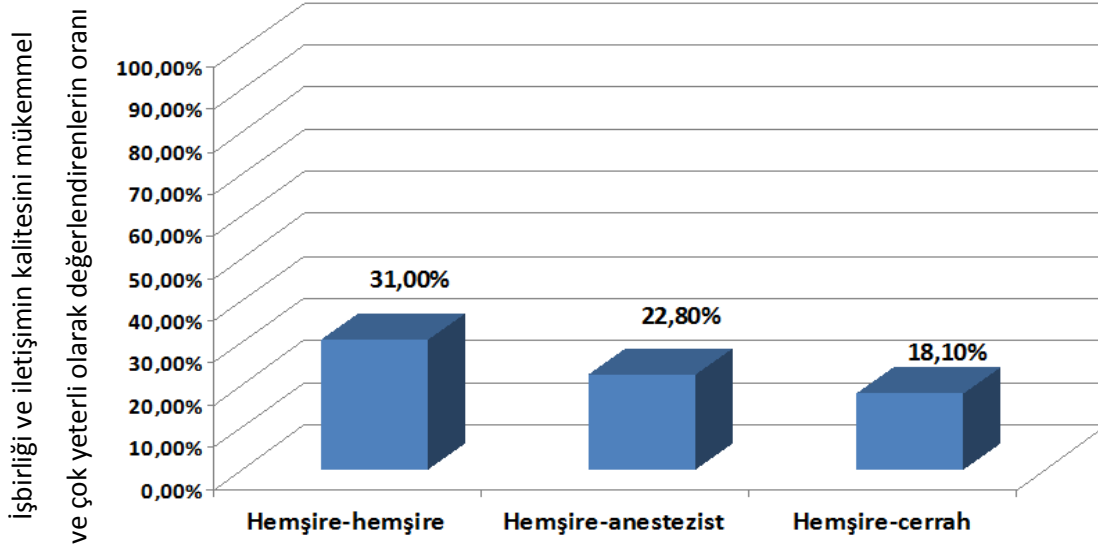
Kurumda Düzenli HİE Programı Yapılması	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	P
Evet (n=154)	61,60 \pm 12,78	288	t=3,315	0,001
Hayır (n=136)	56,53 \pm 13,24			

Ameliyathane çalışanlarının **hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumuna** göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; eğitim programına katılan ve katılmayan gruptakilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-20).

Tablo 4-20: Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 290)

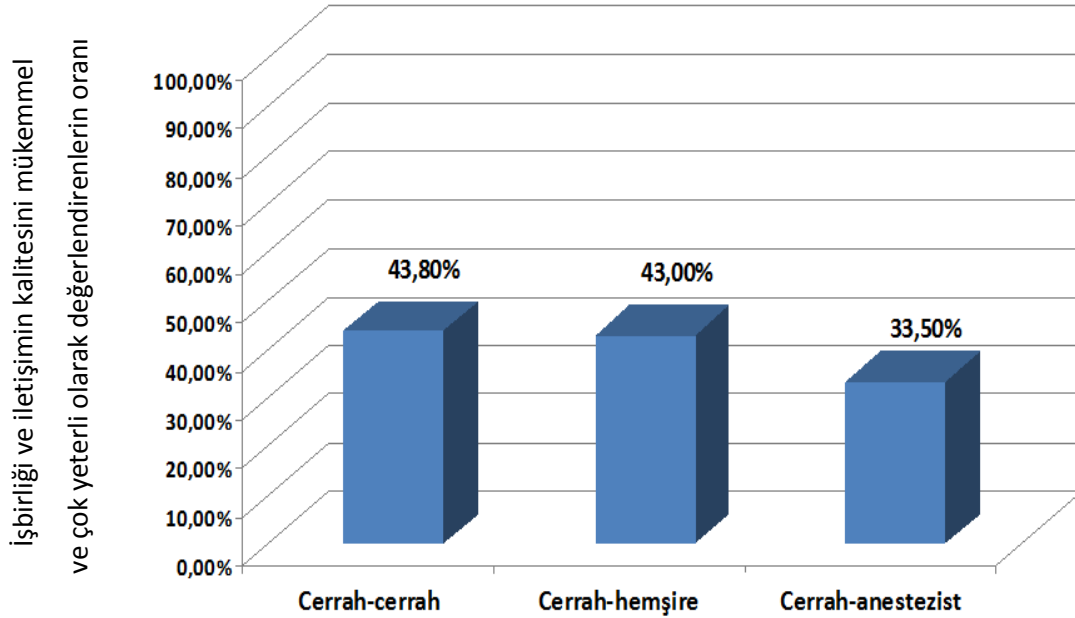
Hasta Konusunda Programına Katılma	Güvenliği Eğitim	$\bar{x} \pm SS$	sd	Test değeri	P
Evet (n=83)		59,31 \pm 14,60	288	t=0,065	0,945
Hayır (n=207)		59,19 \pm 12,67			

Hemşirelerden ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, %31'inin kendi meslektaşları ile, %22,8'inin anestezi uzmanları ile, %18,10'unun cerrahlar ile olan iletişim ve işbirliği düzeyini çok yeterli ve mükemmel olarak tanımladığı belirlendi (Şekil 4-1).



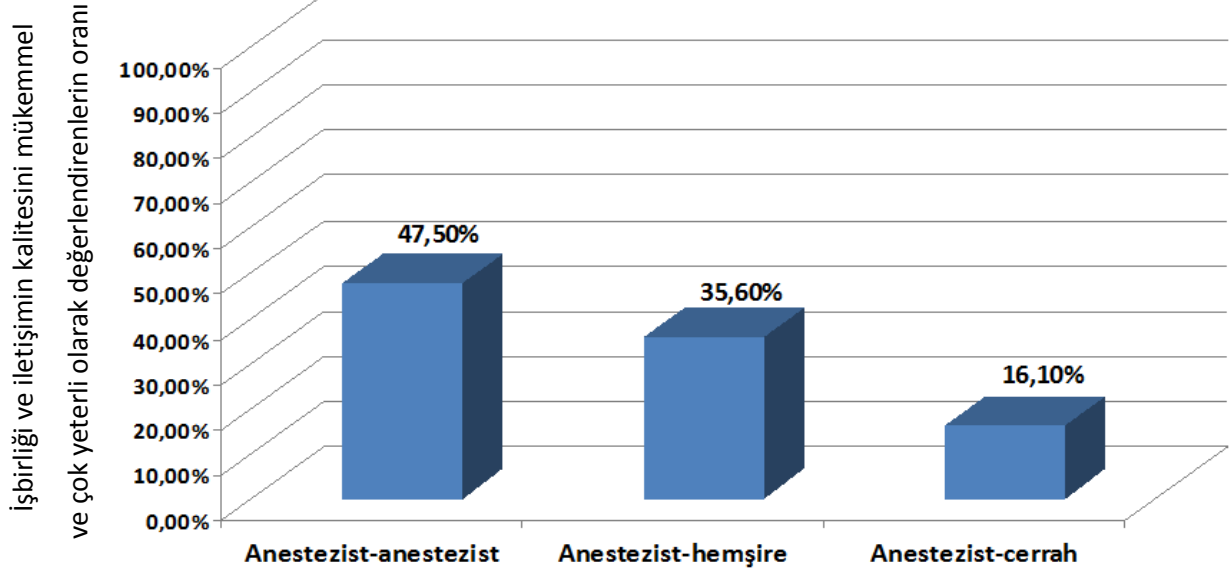
Şekil 4-1: Hemşirelerin ekip üyeleriyle olan işbirliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri

Cerrahlardan ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, %43,80'inin kendi meslektaşları ile; %43'ünün hemşireler ile; %33,50'sinin anestezistler ile olan iletişim ve işbirliği düzeyini çok yeterli ve mükemmel olarak tanımladığı saptandı (Şekil 4-2).



Şekil 4-2: Cerrahların ekip üyeleriyle olan işbirliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri

Anestezistlerden ekip üyeleriyle iletişim ve işbirliğini değerlendirmeleri istendiğinde, %47,50'sinin kendi meslektaşları ile; %35,60'ının hemşireler ile; %16,10'sinin olan iletişim ve işbirliği düzeyini çok yeterli ve mükemmel olarak tanımladığı belirlendi (Şekil 4-3).



Şekil 4-3: Anestezistlerin ekip üyeleriyle olan işbirliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri

5.TARTIŞMA

Hasta bakımının güvenliğini geliştirmede en önemli engelin sağlık kuruluşlarındaki yetersiz güvenlik kültürü ortamı olduğu belirtilmektedir (Cooper 2003). Kurumlarda güçlü güvenlik kültürlerinin oluşturulması; kaliteli sağlık hizmetinin sunulması ve hastaya verilebilecek zararların en aza indirgenmesinde önemli bir etkidir (Nieva ve Sora 2003).

Liderler ve yöneticiler, hasta güvenliği konusunda açık iletişim sağlama, bu konuda çalışanları eğitme, tehlike ve riskleri tanıma ve düzeltme konusunda çalışanlara yetki verme, hasta güvenliğini herkesin sorumluluğu olarak görme ve hasta güvenliği için yeteri kadar kaynak ayırma gibi davranışları ile güvenlik kültürünü destekleyebilirler (Pronovost ve ark 2004).

Güvenlik kültürünü oluşturmada başlangıç noktası, sağlık hizmeti veren kurumda varolan kültürün değerlendirilmesi amacı ile yapılan çalışmalardır. Son yıllarda çeşitli ülkelerde farklı ölçüm araçları kullanılarak, sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği kültürü değerlendirilmektedir. Bu çalışmaların çoğunda sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü algılamalarının oldukça düşük olduğu gösterilmiştir (Sexton ve ark. 2006; Castle ve Sonon 2006; Hewson ve ark. 2008; Filiz 2009).

Kurumlarda güvenlik kültürünü değerlendirmenin amacı, hasta güvenliği ile ilgili geliştirilmesi gereken alanları saptama, çalışanlarda hasta güvenliği hakkında farkındalık oluşturma, hasta güvenliği girişimlerinin zaman içindeki değişimini izleme ve sonuçların iç ve dış karşılaştırmalarının yapılmasına olanak sağlamadır (Nieva ve Sorra 2003).

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

Belçika’da 5 hastanede, çoğunluğu hemşire olan farklı sağlık meslek gruplarını içeren bir çalışmadaki katılımcılar da yönetici desteğinin çok yetersiz olduğunu belirtmiştir (Hellings ve ark. 2007). Buna karşılık, başka bir araştırmada, çalışanlar hasta güvenliği konusunda yönetimin desteğini oldukça yeterli bulmuşlardır (Scherer ve Fitzpatrick 2008).

Hewson’un (2008) çalışmasında; puanların 100 üzerinden değerlendirilmesinde ekip işbirliği ortalama puanı 73,55; iş memnuniyeti ortalama puanı 73,95; stres düzeyinin belirlenmesi ölçeği ortalama puanı 69,64; güvenli ortam ölçeği ortalama puanı 66,72; çalışma koşulları ölçeği ortalama puanı 58,97; yönetimle ilgili düşünceler ölçeği ortalama puanı 55,61 olarak belirlediği ve en yüksek puanların ekip işbirliği ve iş memnuniyeti, en düşük puanın ise yönetimle ilgili düşünceler ölçeklerinden alındığı bildirilmektedir.

Filiz’in (2009) Konya il merkezinde bulunan tüm kamu genel hastaneleri ve merkez ilçelere bağlı rastgele seçilen 12 sağlık ocağı çalışanı üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında, hasta güvenliğini geliştirmede, yönetimin desteğinin yetersiz olduğu ve hastane yönetiminin hasta güvenliği konularını önemli bulmadığı; sağlık çalışanlarının en güçlü bulunduğu konunun “birimler içinde ekip çalışması” olduğu, zayıf ve en çok geliştirilmesi gereken konunun ise “hatalara karşı cezalandırıcı olmama” alt alanı ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da (2010) çalışanların, yönetimin hasta güvenliği konularındaki desteğini yetersiz bulduğu ve stres düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmada, çalışanların Güvenlik Tutumları Ölçeği toplam puanının $59,22 \pm 13,22$, stresin düzeyinin belirlenmesi ortalama puanının $67,34 \pm 17,59$; ekip işbirliği ortalama puanının $64,09 \pm 14,28$; iş memnuniyeti ortalama puanının $63,21 \pm 22,40$; güvenli ortam ortalama puanının $55,99 \pm 15,66$; çalışma koşulları ortalama puanının $48,42 \pm 21,18$; yönetimle ilgili düşünceler ortalama puanının $45,18 \pm 22,96$ olduğu saptandı (Tablo 4-5). Çalışanların en yüksek puanı, stres düzeyinin belirlenmesi, en düşük puanı ise, yönetimle ilgili düşünceler ölçeklerinden aldığı belirlendi.

Yönetimle ilgili düşünceler alt boyutundan en düşük puanın alınması yönetimin desteğinin yetersiz olduğunu bildiren çalışma bulgularına paralellik göstermektedir. En

yüksek puanın stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutundan elde edilmesine karşın, 100 üzerinden değerlendirildiğinde çalışanların stres düzeylerinin ortanın üzerinde olduğunu gösteren bu puan, ameliyathane gibi yoğun iş temposu ve stresli bir ortamda çalışmanın doğal bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Araştırmada yer alan çalışanların çoğunluğu (%45,2) 18-29 yaş grubundadır (Tablo 4-1). Çalışanların yaş gruplarına göre güvenlik tutumları puan ortalaması incelendiğinde; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı (Tablo 4-6). Yaş grupları ikili karşılaştırıldığında; 40-49 yaş grubunda bulunan çalışanların puan ortalamaları, 18-29 yaş grubu ($p=0,018$) ile 30-39 yaş grubunda bulunanların puan ortalamalarından ($p=0,042$) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Olumlu bir gelişme olarak değerlendirdiğimiz bu sonuç üzerinde, yaş ve deneyim arttıkça, sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinin artmasının yanı sıra pozisyonlarının ve ait olma duygusunun güçlenmesi gibi faktörlerin etkili olduğu söylenebilir.

Çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; kadınların %71,7'lik bir oran ile araştırma grubunun büyük bir çoğunluğunu oluşturduğu, eğitim durumlarına bakıldığında; çalışanların %30'unun önlisans, % 27,2'sinin lisans, %2,4'ünün yüksek lisans mezunu ve %28,3'ünün tıpta uzmanlık öğrencisi olduğu görüldü (Tablo 4-1). Çalışanların cinsiyetine göre güvenlik tutumları puan ortalaması karşılaştırıldığında; kadınların güvenlik tutumları puan ortalaması erkeklerden daha yüksek bulundu, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 4-7). Çalışanların eğitim durumlarına göre güvenlik tutumları puan ortalaması karşılaştırıldığında; eğitim gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-8). Lisansüstü eğitim alanların puanları, lisans mezunlarından daha düşük bulundu, fakat fark anlamlı değildi. Cinsiyet ve eğitim durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmamasında örneklem grubunu oluşturan ameliyathane çalışanlarının nitel ve nicel özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Farklı meslek gruplarını içeren çalışmalarda hemşirelerin sayısı daha fazla bulunmaktadır (Pronovost ve ark. 2003; Handler ve ark. 2006; Filiz 2009). Benzer şekilde, bu çalışmada da örneklem grubunun, %65,5'inin hemşire olduğu belirlendi (Tablo 4-2). Makary, Sexton, Freischlag, Millman ve arkadaşlarının (2006), Sorra ve

arkadaşlarının (2008), Filiz'in (2009), Özmen ve Başol'un (2010) çalışmalarında, hasta güvenliği kültürü konularında, çalışmaya alınan meslek gruplarının genellikle benzer görüşte olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada örneklem grubunu oluşturan, hekim, hemşire ve anesteziistlerin çalışma pozisyonlarına göre güvenlik tutumları karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığının saptanması, benzer çalışma bulguları ile uyumludur ($p>0,05$; Tablo 4-9).

Yirmi dört saat hizmet veren kuruluşlarda çalışanlar, değişik nöbet aralıklarında çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu durum çalışanların çalışma koşullarını ve iş yüklerini etkilemekte, hasta ve/veya kendi güvenliklerini tehlikeye atabilmelerine zemin hazırlamaktadır (Aiken 2002).

Gladstone (1995) yaptığı çalışmada, bir yıl boyunca izlediği 79 kaza raporunda, kazaların 14:00- 22:00 saatleri arasında meydana geldiğini belirlemiştir. Sarıcaoğlu ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında gece vardiyasında çalışan asistan hekimlerin hata yapmaya daha yatkın oldukları bildirilmiştir.

Sur ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, devamlı gündüz çalışanların iş doyumunun, gündüz ve gece çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sezgin'in (2007) çalışmasında gündüz vardiyasında çalışanların iş doyumunu puan ortalaması, gece vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ameliyathane çalışanlarında artan iş doyumunu düzeyinin, hasta ve çalışan güvenliği düzeyini yükseltmesinin beklenen bir sonuç olduğu bildirilmektedir.

Bu bulgulara paralel olarak, %54,5'ini sadece gündüz çalışanların oluşturduğu (Tablo 4-2) araştırma grubunun, genel çalışma saatlerine (gündüz ya da gece zaman dilimine göre) göre güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sadece gündüz çalışanların puan ortalaması, gündüz ve gece çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$; Tablo 4-11). Sonuç, bireylerin fizyolojik olarak doğal biyoritminin dışına çıkmamasının olumlu bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Kapalı ortamda geçen uzun çalışma saatleri, çok yoğun geçen ve sık tutulan nöbetler, uykusuzluk, yorgunluk ve yüksek düzeyde sorumluluk kişide belirgin bir huzursuzluk, iş doyumunu düzeyinin azalması ve depresyona neden olabilmekte, hasta ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturabilmektedir (Aiken ve ark. 2002).

ABD’de 393 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada, 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata yapma olasılığının arttığı ve hasta güvenliğini tehlikeye atabildiği belirtilmiştir (Rogers ve ark 2004). Arda ve arkadaşları (2007) nöbetlerin fazlalığı, çok yorulma gibi nedenlerin de iletişim sürecini, buna bağlı olarak hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini belirtilmiştir. Özmen ve Başol’un (2010) haftalık çalışma saati göz önüne alındığında hasta güvenliği açısından anlamlı fark olmadığını bildirdikleri çalışma bulgularına karşın, Filiz’in (2009) çalışmasında sağlık çalışanlarının, uzun çalışma saatleri yüzünden yaşanan yorgunluk ve stresin en önemli tıbbi hata sebebi olduğunu ifade ettikleri belirtilmektedir.

Çalışanların büyük bir çoğunluğunun 40 saatten fazla (%45,9) çalıştığı (Tablo 4-2) belirlenen, bu çalışmada, Özmen ve Başol’un (2010) çalışmasına benzer şekilde, haftalık çalışma saatine göre güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı (Tablo 4-12). Beklenenin aksine elde edilen bu sonucun, 40 saatten fazla çalışanların gece nöbete kalması ve nöbetlerin yoğunlukla gündüz çalışma temposuna göre daha az yoğunlukta olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının, ulaşım ve nükleer güç endüstrilerinden daha uzun süre devam eden bir tempoda çalıştıkları belirtilmektedir (Gaba 2002). Arda ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, iş yoğunluğunun ve yeterli sayıda hekim ya da hemşirenin olmamasının, iletişim kuramama, buna bağlı olarak hasta güvenliğinin sağlanamamasının temel nedeni olduğu saptanmıştır.

Literatür bilgileri ve çalışma bulguları ile uyumlu olarak, ameliyathanede sadece gündüz çalışan 282 kişinin (%54,5) çalıştığı ameliyathane bölümlerinin %58,2’sinde gündüz ortalama 2-5 ameliyat, %41,8’inde 6-10 ameliyat yapıldığı; ameliyathanede gece çalışan 132 kişinin çalıştıkları ameliyathane bölümlerinin %72’sinde ortalama 1-2 ameliyat, %28’inde 3 ve üzeri ameliyat yapıldığı belirlendiği bu araştırmada (Tablo 4-2); çalıştıkları ameliyathanede gündüz gerçekleştirilen ameliyat sayısına göre ameliyathane çalışanlarının güvenlik tutumları puan ortalaması karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,001$; Tablo 4-14). Ameliyathanede günde ortalama 2-5 ameliyat gerçekleştirilen grubun güvenlik tutum puan ortalamaları, 5-10 ameliyat gerçekleştirilen gruptan daha yüksek bulundu. Oldukça stresli, üst düzeyde dikkat gerektiren ve yorucu

bir işlem olan cerrahi girişimlerin sayısının artması ile çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamalarının düşük olması çok doğal ve beklenen bir durumdur.

Calliari'nin (1995) (Kaynak: Aştı ve Kıvanç 2003) yaptığı çalışmada, hemşirelerin ilaç hatalarını genellikle ilk üç yıl içinde deneyimledikleri bildirilmektedir. Çalışanların uzmanlık alanındaki deneyim süresine göre güvenlik tutumları puan ortalaması incelendiğinde; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,05$; Tablo 4-10). Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında; uzmanlık alanında 6-11 yıldır çalışanların puan ortalamalarının 11 yıldan fazla çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu ($p = 0,034$), diğer gruplar arasında fark olmadığı ($p > 0,05$) bulundu. (Tablo 4-10). Bu bulgu Calliari'nin bulgusuyla paralellik göstermekte olup, daha önce yaş ile güvenlik tutumları puan ortalamalarının yükselmesine (Tablo 4-6) ilişkin yorumun, deneyim yıllarında da etkili olduğu izlenimini vermektedir.

Yaptığı işi severek ve isteyerek yapan bireylerin, bu işlerin daha başarılı bir biçimde sonuçlanmasını sağlayacakları ve iş ortamındaki memnuniyetin hasta güvenliği kültürüne de yansıtacağından dolayı (Çakır 2007), ameliyathanede çalışmanın kendi isteği olma durumu sorgulandığında; çalışanların büyük çoğunluğunun (%75,2) ameliyathanede kendi isteği ile çalıştığı görüldü (Tablo 4-2). Çalışanların ameliyathanede kendi isteği ile çalışma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları incelendiğinde; kendi isteği ile çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları, kendi isteği ile çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu ($p < 0,05$; Tablo 4-13).

Osborne ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada, hemşireler, yorgunluk ve tükenme sonucu ilaç uygulama kayıtlarını kontrol etmede yetersizliği, ilaç hatalarının nedenleri olarak ifade etmişlerdir. Dalgınlığın ilaç hatalarının temel nedenleri arasında dördüncü sırada yer aldığı ve meydana gelen ilaç hatalarının, bir kaza raporu olarak belirtilmediği de saptanmıştır. Mayo ve Duncan'ın (2004) çalışmasında, hemşirelerin dalgınlığı, yorgunluk ve tükenmişlik durumları önemli hata sebebi olarak bildirilmiştir. Stumpf (2008) aşırı yorgunluğun hata yapmaya zemin hazırlayacağı, bunun sonucunda da istenmeyen olaylara yol açarak hasta güvenliğini tehdit edebileceğini belirtmiştir.

Aştı ve Kıvanç (2003) tarafından hemşirelerin hata yapma nedenlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada, % 23,3'ünün çalışma saatlerinin fazla olmasını,

%16'sının hemşire sayısının yetersizliğini ve dolayısı ile yorgunluğu sebep olarak gösterdikleri ve hemşirelerin %20'sinin çalışma süreleri içinde ilaç hataları yaptıklarını saptanmıştır. Sezgin'in (2007) araştırmasında da ilaç uygulama hatalarının nedeni olarak, dalgınlık, dikkatin dağılması ifadesinin, ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir.

Araştırma grubunun %75,2'sinin çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemediğini bildirdiği, yeterince dinlenememe nedeni olarak %30,9'u iş ile ilgili sorumluluklarını, %14,6'sının özel hayatları ile ilgili sorumluluklarını gösterdiğinin belirlendiği (Tablo 4-2) bu çalışmada, çalışanların çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; benzer çalışma bulgularının aksine yeterli dinlenen ve dinlenemeyen grupların güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-16). Beklenilenin aksine elde edilen bu sonuç, dinlenmenin göreceli bir kavram olmasının yanı sıra, çalışanların fiziksel, sosyal, ruhsal ve zihinsel bir dinlenmeyi sağlayamadığını düşündürmektedir.

Özmen ve Başol'un (2010) yaptıkları çalışmada, hastanede daha uzun süre çalışan kişilerin, hasta güvenliği açısından hastaneyi daha güvenilir buldukları bildirilmiştir. Çınar ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında ise, çalışanların hastanede çalışma yılına göre güvenlik kültürü boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu çalışmada örneklem grubunun %60,7'sinin çalıştıkları kurumda 1-5 yıl arasında çalışmakta olduğu (Tablo 4-2), kurumda çalışma yılına göre güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Özmen ve Başol'un bulgusuna benzer olarak, çalışma süresi 11 yıldan daha fazla olan grubun güvenlik tutumu puan ortalamalarının 0-5 yıl ile ($p:0,010$), 6-11 yıl arasında çalışanların ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-17). Beklenen ve doğal olan sonuç üzerinde, çalışanların bilgi, beceri ve deneyimlerinin artması, aidiyet duygusu ve pozisyonlarındaki güçlenmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Ameliyathane, yüksek teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, yeni bilgilerin ışığında çeşitli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızla alınmasının çok önemli olduğu bir ortamdır. Böylesine karmaşık, özel bilgi ve beceri gerektiren bir ortamda çalışmaya başlamak, hemşirenin uyumunu gerektirmektedir (Kanan ve ark. 2000). Oryantasyon eğitimi, özellikle kullanılan teknik araç, gereç ve işleyiş açısından karmaşık olan, özel bilgi ve beceri gerektiren birimlerde

çalışanların işe uyumunu sağlamada çok önem taşımaktadır (Aksoy 1996, Kaynak: Göçmen 2004). Türkiye’de ise özellikle ameliyathane hemşirelerinin oryantasyonu için yürütülen programların, genel olarak sistemli bir biçimde hazırlanmadığı, çalışmaya yeni başlayan hemşirelerin çoğu kez deneyimli bir ameliyathane hemşiresi denetiminde usta-çırak ilişkisi tarzında eğitildiği bilinmektedir. Oysa bir ameliyathane hemşiresinin büyük ameliyatlara girebilecek düzeye gelebilmesi için, sistemli ve etkin bir oryantasyon programından geçmesi gereklidir (Yıldırım ve Bakır 2001, Kaynak: Göçmen 2004).

Çalışanların %57,2’sinin işe yeni başladığında oryantasyon programı uygulandığı saptanan örneklem grubunun (Tablo 4-2), bu hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; oryantasyon programına katılan ve katılmayan grubun güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$, Tablo 4-18). Farklı olması beklenen bu sonuç, oryantasyon programının, süre, içerik ve etkinliği açısından yeterliliğine ilişkin soruları akla getirmektedir.

Çağımızda sosyal, ekonomik ve teknolojik alanda gerçekleşen hızlı değişim iş yaşamını da etkilemektedir. Mesleki bilgilerin bir kısmı zamanla geçerliliğini yitirirken, diğer taraftan yeni bilgiler ortaya çıkmaktadır. Bu hızlı değişime ayak uydurabilmenin de tek yolu eğitimidir (Çiftlik ve ark. 2010).

Bilgi eksikliğini hisseden çalışan, yaptığı işin doğruluğundan emin olmadığı için tedirginliği çalışma ortamına yansiyacak ve çalışma hayatında ortam rahat ve huzurlu olmayacaktır. Çalışanlar ortamdaki etkilenecekleri için, böyle ortamlarda yürütülen işlerde hata sayısı da artacaktır. Hizmet içi eğitim programları ile çalışanların eğitimlerine ağırlık verilerek son gelişmeleri izlemeleri sağlanmalıdır (Selimoğlu ve Biçen 2009).

Araştırmada yer alan çalışanların çoğunluğunun (%53,1) çalıştıkları kurumda düzenli olarak eğitim programlarının yapıldığını ifade ettiği ve ifade edenlerin %74,7’sinin hizmet içi eğitim programlarında katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alındığını belirttiği belirlendi (Tablo 4-2). Kurumda düzenli hizmet içi programı yapılmasına göre çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bir fark

olduğu saptandı. Çalıştığı kurumda düzenli hizmetiçi eğitim programı düzenlenen bireylerin güvenlik tutumları puan ortalamaları, düzenlenmeyenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,01$; Tablo 4-19). Literatür bilgilerini de destekleyen bu sonuç, hizmet içi eğitimin ne denli önemli ve gerekli olduğunu gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumları bakıldığında, sadece %28,6'sının hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldığı (Tablo 4-3), çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim programına katılan ve katılmayan gruptakilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$; Tablo 4-20). Araştırma bulgusu, hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane çalışanlarının yeterince eğitilmediklerini ya da daha önce de belirtildiği gibi iş yoğunluğu ve yorgunluk gibi nedenlerle gereken önemi vermediklerini düşündürmektedir.

Sağlık teknolojisinde yaşanan hızlı gelişmeler ve özellikle sağlık hizmetlerine erişimin, ülke genelinde yaygınlaşmasına paralel olarak yüksek teknolojiye sahip cihazlar, tanı ve tedavi başta olmak üzere sağlık hizmetleri sunumunda yaygın olarak kullanılmaktadır. Hasta güvenliğinin iyileştirilmesindeki önemli bileşenlerden birinin tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması olduğu (Şener ve Demirbaş 2010), çalışma ortamlarında araç ve gereçlerin eksikliği ile bakım ve onarımlarındaki yetersizliğinin, hemşirelerde yaralanma riskini arttırdığı belirtilmektedir (Baumann ve ark. 2001).

Gladstone (1995) yaptığı çalışmada, bir yıl boyunca izlediği 79 kaza raporunda, kazaların %50'sinin infüzyonla ilgili araç-gereçten kaynaklandığını belirlemiştir. Blegen ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, çalışma ortamında istenmeyen olayların oluşmasında fiziksel yetersizliklerin etkili olduğu bulunmuştur. Sezgin'in (2007) çalışmasında, "Ünitem, hastalara en iyi bakımı vermek için ihtiyacım olan araç-gerece sahiptir" ifadesine, hemşirelerin yüksek oranda olumsuz görüş bildirdikleri saptanmıştır.

Bu araştırmada, çalışanların hasta güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik önerileri arasında, hasta güvenliğine ilişkin çalışanların eğitilmesi ilk sırada yer alırken, diğer araştırma bulgularına benzerlik gösteren, ameliyathanede malzeme, cihaz ve ilaç eksikliklerinin giderilmesi, cihazların doğru kullanılmasıyla ilgili eğitimlerin verilmesi önerisinin ikinci sırada yer aldığı görüldü (Tablo 4-4).

Bu sonuçlar, örneklem grubunun çalışan insan gücü açısından nitelik ve nicelik olarak yaşanan yetersizliklerin ve çalışma ortamında araç gereç, fiziksel ortam ve diğer olanakların, tedavi ve bakım girişimlerini olumsuz yönde etkilediğinin ve istenmeyen olayların oluşmasına neden olduğunun bilincinde olduklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Ayrıca, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki eksikliklerinin farkında olduklarını, hasta güvenliğinin sağlanması için ameliyathanede malzeme, cihaz ve ilaç eksikliklerinin giderilmesi, varolan araç, gereç ve cihazların bakımlarının yapılması ve cihazların doğru kullanılmasıyla ilgili çalışanların eğitilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hemşire sayısının azlığı ile uzun ve yoğun çalışma saatleri, hemşirelik uygulamalarında hata yapma riskini arttıran, hasta sonuçlarını olumsuz etkileyen ve hasta güvenliği için çalışma ortamında oldukça önemli risk faktörleridir (Göktaş 2007). Benzer şekilde, hekimlerin de çoğu zaman hasta muayenesi yanında eğitim, idari görev ve akademik çalışmalar gibi sorumluluklarının olması, iş yükü ile birlikte hata yapma riskini de arttırmaktadır (Kumaş ve Beyaztaş 2007).

Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında hekimler, hastanelerdeki hemşire yetersizliğini en önemli hata sebebi olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Farklı bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde hemşire sayısının yetersiz olmasının cerrahi komplikasyon gelişme riskini artırdığı belirlenmiştir (Dang ve ark 2002).

Dimick ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada, gece hemşire sayısının azalması ile ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon riskinin artması arasında bir bağlantı olduğu saptanmıştır. Gece mesaisinde tek bir hemşirenin ikiden fazla yoğun bakım ösofajektomi hastasına bakması durumunda ameliyat sonrası ve pulmoner komplikasyon riskinin arttığı gözlenmiştir (Amaravadi ve ark. 2000). Hemşirelik bakım saatinin arttırılması, hasta ölüm oranları ve diğer istenmeyen sonuçlarda azalmaya neden olmuş ve maliyetleri azaltmıştır. Farklı beceri seviyelerindeki hemşire saatlerinin arttırılması doğrudan maliyetlerde azalma ile ilişkili bulunmuştur (Needleman ve ark. 2006). Filiz'in (2009) çalışmasında da "hemşire sayısının yetersiz olması" daha çok hemşirelerin önemli bulduğu bir hata sebebi olarak belirtilmiştir.

Literatür bilgilerine ve çalışma bulgularına uyumlu olarak, örneklem grubunun %20'sinin hasta güvenliğini arttırmaya yönelik olarak çalışan sayısının arttırılmasını önermesi (Tablo 4-4), yetersiz çalışan sayısının kurumda hasta güvenliğinin

iyileştirilmesine yönelik önemli bir engel olduğunun bilincinde olduklarını düşündürmektedir.

Ekip çalışması olumlu bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için önemli bir unsurdur (IOM 2000). ICN olumlu çalışma ortamı yaratılmasına ilişkin 2007 temasında kurumsal politikalar, eğitim, ekip çalışması ile birlikte iş arkadaşlığının önemine dikkat çekmektedir. Mesleki ilişkilerin pozitif ve güvenli çalışma ortamı oluşturmada önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir. Buna karşın bu çalışmada, ameliyathane çalışanlarının büyük çoğunluğunun ekip arkadaşları ile ilişkilerini olumsuz olarak değerlendirdikleri görüldü.

Pronovost ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, hekimlerin %76'sı, hemşirelerin %71'i birim içindeki ekip arkadaşlarıyla olumlu ilişkilerinin olduğunu bildirilmiştir. Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller ve arkadaşları (2006) cerrahların %87'sinin, anesteziistlerin %89'unun hemşireler ile olumlu iletişimi olduğunu, hemşirelerin ise sadece %48'inin cerrahlar ile, %63'ünün anesteziistler ile iletişimlerini olumlu olarak bildirmektedirler.

Catchpole ve arkadaşları (2007), ameliyathanede etkili ekip çalışmasının küçük sorunları önleyerek, sorunların büyümesini önleyebileceğini belirtmişlerdir. Awad ve arkadaşları (2005) ise ameliyathanede iletişimin geliştirilerek istenmeyen olayların önlenebileceği ve güvenli bir çevre oluşturulabileceğini vurgulamışlardır. Relihan ve arkadaşları (2009) ise, hekimlerin hemşireler ile iletişim ve işbirliği düzeylerini 5 üzerinden ortalama 4,17 olarak, hemşirelerin ise hekimler ile olan işbirliği ve iletişim düzeylerini 5 üzerinden ortalama 2,87 olarak bildirmektedirler.

Arda ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada ise hekimlerin %78,2'si, hemşirelerin ise %85,5'i hastalarla iletişim kurmada problem yaşadıklarını belirtmiştir. İletişimin hasta güvenliğine etkisiyle ilgili 460 genel cerrahla yapılan bir çalışmada, cerrahların 90'ı (%19,6) hataların iletişim kaynaklı olduğunu, bunların 36'sı hasta ve ailesiyle, 19'u hemşirelerle, 35'i diğer hekimlerle iletişimde sorun yaşadığını belirtmiştir (H&HN 2007).

Konu ile ilgili çalışma bulgularına benzer olarak, bu çalışmada da araştırma grubunun ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği değerlendirildiğinde; hemşire, cerrah ve anesteziistlerin kendi meslektaşları ile, daha iyi iletişim ve işbirliği içinde oldukları, diğer ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği düzeylerinin düşük olduğu; ancak ekip üyeleri

içinde cerrahların kendi meslektaşlarına benzer bir oranda (%43) hemşireler ile de iyi iletişim ve işbirliği içinde olduklarını belirttikleri belirlendi (Şekil 4-3).

Bu çalışma bulgularının yanı sıra, örneklem grubunun %25,3'ünün hasta güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik ekip işbirliği ve iletişiminin artırılmasını da önermesi, özellikle ekip çalışması ve sürekliliğinin çok önemli olduğu ameliyathanede çalışanların işbirliği ve iletişimin, iş doyumunu ve verimliliğini arttıran bir faktör olduğunun bilincinde olduklarının ve bu eksikliği hissettiklerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Çalışanların güvenliğinin sağlanmadığı çalışma iklimlerin de hasta güvenliğinin de başarısız olduğu; kurumdaki güvenlik kültürünün herkesi kapsamaması gerektiği belirtilmekte; çalışanların güvenlik kaygılarının olması ve memnuniyetlerinin sağlanamaması, hasta güvenliği çalışmalarına aktif katılım oranını etkileyeceğinden güvenlik sistemi oluşturulurken, hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin birlikte ele alınması önerilmektedir (Çakır 2007).

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket sorularına katılımcıların verdikleri yanıtlar ile veri toplama sürecinde elde edilen kalitatif bilgilere göre, çalışanların hasta güvenliği kavramının tek başına ve çalışan güvenliğinden daha fazla ele alınmasından rahatsızlık duydukları gözlemlendi. Evrensel bir değer olan ' Her insan/canlı yaşama hakkına sahiptir' ilkesi temelinde çalışanların bu haklı eleştirilerinin çok doğal olduğu söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmanın ilk aşamasında; çalışmada kullanılacak olan Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin dil ve kapsam geçerliliği sağlandı. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonlarının ($r=0,25-0,60$) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ölçeğin alt boyutları ile arasındaki korelasyonlarının ise ($r=0,86-0,91$) pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ve Türkçe GT ölçeğindeki tüm maddelerin toplam puan/madde puanı korelasyon katsayılarının yeterli olduğu saptandı. Cronbach alfa katsayısına ($\alpha=0,92$) göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlendi. Bağımsız gruplarda t testi ($t=1,396$, $p=0,167$) ve pearson korelasyon analizi ($r=0,97$, $p=0,000$) ile, 75 kişi üzerinde iki hafta ara ile değerlendirilen test tekrar test tutarlılığı yüksek bulundu. Faktör analizi sonuçlarına göre, ki kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen sonucun 3,3 bulunması ve SRMR değerine (0,093) göre ölçeğin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu saptandı. RMSEA değeri (0,090) ise 0,10'dan küçük olduğu için uyumun zayıf olduğunu göstermektedir. Ölçeğin maddelerinin sadece bir tanesinin madde yükü 0,26 olarak sınıra yakın, diğer 57 maddenin yükleri 0,30'un üzerinde bulundu. Türkçe GT ölçeği için bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre, çalışmaya devam etmek için ölçeğin yeterli olduğu düşünüldü.

Çalışmanın ikinci aşamasında örneklem grubunun çoğunluğunu 1-5 yıl arasında çalışanların oluşturduğu, çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemedikleri; az bir oranda ameliyathane çalışanının hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığı belirlendi. Çalışanların tanıtıcı özellikleri ile güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyathanede 11 yıl ve daha fazla süre ile sadece gündüz ve kendi isteği ile çalışanların yanı sıra günde 2-5 ameliyatın yapıldığı ve hizmet içi eğitim programlarına katılan çalışanların, güvenlik tutumları puan ortalamalarının yüksek olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Ayrıca ameliyathane ekibinde yer alan cerrah, hemşire ve anestezi uzmanlarının kendi meslektaşları ile daha iyi iletişim ve işbirliği içinde olduğu, diğer ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği düzeylerinin düşük olduğu; ancak ekip üyeleri içinde cerrahların kendi meslektaşlarına benzer bir oranda hemşireler ile de iyi iletişim ve işbirliği içinde olduklarını belirttikleri saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Özel bilgi ve beceri gerektiren uygulama alanlarından biri olan ameliyathanede çalışanların verimli olmaları ve doyum sağlamalarının yanı sıra nitelikli hizmet sunumu için;
 - İş yükünün (örneğin günlük ameliyat sayısı) çalışanların nitel ve nicel özelliklerini zorlayıcı olmaması,
 - Çalışma saatlerinin yasalara uygun olarak düzenlenmesi,
 - Çalışanların, çalışma alanlarının değiştirilmemesi, sürekliliğin sağlanması ve zor, yorucu, stresli bir ortam olan ameliyathanede çalışacakların seçiminde gönüllülük ilkesine özen gösterilmesi,
- Sağlık çalışanları arasında iletişim ve ekip işbirliğinin artırılması ve olası çatışmaların önlenmesi için görev tanımlarının ve gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Hasta, çalışan güvenliği ve hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu programlara yöneticiler de dahil tüm çalışanların en az bir kez katılımlarının sağlanması/zorunlu tutulması ve gerekli kaynakların sağlanması,
- Çalışanların hata bildirimine ilişkin korkularının giderilmesi, hasta güvenliği ile ilgili sorunları bildirme, tartışma ve hatalardan ders almayı kolaylaştıracak sistemler geliştirilmesi, bunun için öncelikle hasta ve çalışan güvenliği komitesi kurulması,
- Hasta güvenliğine yönelik uygulamaların etkinliğini arttırmak için yönetici desteğinin sağlanması,
- Hasta bakım uygulamalarında ameliyathane çalışanlarının güvenliğinin sağlanması ve olası risklerden korunması için uygun araç gerecin bulundurulması,
- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarına ilişkin daha somut değerlendirmelerin yapılabilmesi için bu konuda farklı hastanelerde yürütülmüş çalışma sonuçlarının arttırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Acar, N., Akalın, H., Karakoç, A., Koçak, N., Otağ, F. ve Merdanoğulları, E. (1998). Kan merkezleri klinik ilişkisi, sorunlar, çözüm önerileri. *Damla Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği Bülteni*, 27:1-14.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. ve Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction, *The Journal of American Medical Association*, October 2002, 23-30; 288(16):19887-93, A.B.D.
- Akalın, E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz? *Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi*; 18 (Ek2):12-13.
- Akalın, E. (2007). Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği, *İyi Klinik Uygulamalar Dergisi*,17: 32-35.
- Alfredsdottir, H. ve Bjornsdottir, K. (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.
- Amaravadi, R.K., Dimick, J.B., Pronovost, P.J. ve Lipsett, P.A. (2000). ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after asophagectomy. *Intensive Care Medicine*, 26, 1857-1852.
- A.O.R.N. (2009). Association of Perioperative Registered Nurses, Position statement on patient safety. Erişim 16. 05. 2010, <http://www.aorn.org/PracticeResources/A.O.R.N.PositionStatements/PositionPatientSafety/>
- Arda, H., Ertem, B. ve Durgun, Y. (2007). Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15(59): 68-74.
- Aslan, Ö. ve Ünal, Ç. (2005). Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47 (3): 175-178.
- Aslan, F.E. (2009). GİS Cerrahide Hasta Güvenlik Hedeflerine Ne Kadar Uyuyoruz? Erişim 15.05.2009, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/GIS_cerrahi_hasta_guv.pdf.

- Aştı, T. ve Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4: 22-27.
- Aştı, T. ve Kıvanç, M.M. (2003). Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3):5-9.
- Atasoy, A., Aksoy, S., Arslan, H. ve Başkesen, N. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü, İş Stresi, İçsel Motivasyon, İş Performansı, İş Tatmini Arasındaki İlişkiler. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 194-203.
- Awad, S.S., Fagan, S.P., Bellows, C., Albo, D., Rashad, B.G., De La Garza, M. ve Berger DH. (2005). Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *The American Journal of Surgery*, 190: 770-774.
- Bal, İ.E. (2005). Akreditasyon içinde hasta hakları ve hasta güvenliği. Erişim 09.04.2007 www.suvak.org.tr/?sayfa=kongre_V.saglik_sunumlar.htm.
- Banister, G., Hackel, R. ve Butt, L. (1996). How nurses perceived medication errors. *Nursing Management*, 27(1): 31-4.
- Bardwell, P.L. ve Saba, J.L. (2005). Suite success: Applying 'universal' principles to surgical suites. *Health Facilities Management*, 18(3): 37-41.
- Batra, S. ve Gubta, R. (2008). Alcohol based surgical prep solution and the risk of fire in the operating room: a case report. *Patient Safety in Surgery*, 2:10.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, L., Bourbonnais, R. ve Cameron, S. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Canada: Canadian Health Services Research Foundation. Erişim 20 04 2006, <http://www.icn.ch/indkit2006.pdf>
- Bhasale, A.L., Miller, G.C., Reid, S.E. ve Britt, H.C. (1998). Analyzing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study, *Medical Journal of Australia*, 169: 73-76.
- Birgili, F., Saliş, F., Çekirdekçi, S. ve Ece, G. (2010). Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İline Bir Hastane Örneği. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 57-73.

- Blegen, A.M., Vaughn, T., Pepper, G., Vojir, C., Stratton, K., Boyd, M. ve ark. (2004). Patient and staff safety: Voluntary reporting. *American Journal of Medical Quality*, 19 (2), 67-73.
- Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., Altman, D.E., Zapert, K., Herrmann, M.J. ve Steffenson, A. (2002). Patient safety: views of practicing physicians and the public on medical errors. *The New England Journal of Medicine*; 347:1933–40.
- Brogmus, G., Leone, W., Butler, L. ve Hernandez, E. (2007). Best practices in OR suite layout and equipment choices to reduce slips, trips and falls. *Association of Perioperative Nurses' Journal*, 86(3): 384-394.
- Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 7:54-57.
- Carey, L. (2005). Medication Error Prevention and Education for Physician Assistants. Erişim 24.06.2010, <http://members.aapa.org/aapaconf2005/syllabus/5036CareyMedicationErrorrevision.pdf>.
- Castle, N.G. ve Sonon, K.E. (2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Quality and Safety in Health Care*, 15: 405-8.
- Catalano, K. (2005). Update on the national patient safety goals-changes for 2005, *Association of Perioperative Nurses' Journal*, February, 81(2).
- Catchpole, K.R., Giddings, A.E.B., Wilkinson. M., Hirst. G., Dale. T ve Leval, M.R. (2007). Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. *Surgery*, 142 (1): 102-110.
- Christian, C.K, Gustafson, M.L, Roth, E.M, Sheridan, T.B, Ghandi, T.K, Dwyer K ve ark. (2006). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 139: 159-73.
- Cooper, J.B. (2003). Developing a culture of safety. *Biomedical Instruction Technology*, 37:212–4.
- Çakır, A. (2007). Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Çakmakçı, M. (2005). Hasta Hakları, Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Sağlık Zirvesi, Sağlıkta Umut Vakfı, Ankara. Erişim 15.05.2010, http://www.suvak.org.tr/?sayfa=kongre_V.saglik_sunumlar.htm.

Çınar, F., Yalçınkaya, Y.E., Soy, D. ve Öneş, K. (2010). Rehabilitasyon Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü. İçinde II. Uluslar arası Sağlıkta Performansve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 432-442.

Çiftlik, E.E., Çoban, D., Özkan, S., Kesmezacar, Ö., Durmuş, K.M. ve Kesgin, V. (2010). Sağlıklı İletişim ve İletişim Teknikleri Eğitim Programlarının Çalışanlar ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. İçinde II. Uluslar arası Sağlıkta Performansve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 180-194.

Çiftlik, E.E., Kesgin, V., Durmuş, M. K., Özkan, S. ve Çoban, D. (2010). Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürünün Oluşmasında Eğitimin Önemi. İçinde II. Uluslar arası Sağlıkta Performansve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 586-590.

Dagi, T., Berguer, R., Moore, S. ve Reines, H. (2007). Preventable errors in the operating room-part 2: retained foreign objects. sharps injuries and wrong side surgery. *Current Problems in Surgery*, 44:352-381.

Dağoğlu, T. (2002). Cerrahi Hastada Ameliyat Öncesi Hazırlıkta Temel Prensipler. İçinde: *Genel Cerrahi*. Editör: Kalaycı G, Cilt 1, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 1-23.

Dang, D., Johantgen, M.E., Pronovost, P.J., Jenckes, M.W. ve Bass, E.B. (2002) Postoperative complications: Does intensive care unit staff nursing make a difference? *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care*; 31:219-28.

Davies, J.M. (2005). Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49: 898-901.

Değerli, Ü. (2002). Cerrahi Etik. İçinde: *Genel Cerrahi*. Editörler: Değerli Ü, Bozfakıoğlu Y, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 9-12.

Demir, F. ve Dramalı, A. (2004). Ameliyathanelerde İlaç Hataları, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, 26-30 Mayıs 2004, Antalya.

Demir, F. (2007). Cerrahide Hasta Güvenliği,Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Uluslararası katılımlı), 4-8 Eylül 2007, Gaziantep.

Dimick, J.B., Swoboda, S.M., Pronovast, P.J. ve Lipsett, P.A. (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10 (6), 376-382.

Doğan, F. (1998). Hemşirelerde İğne Batma Sıklığı ve Nedenleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dzik, H.W. (2003). Patient safety and blood transfusion: New solutions, *Transfusion Medicine Reviews*, July, 17/3.

Eastman, S.M. (2006). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations announces 2007 Patient Safety Goals. *Plastic Surgical Nursing*, 26 (3): 154-155.

Edozien, L. (2005). Patient identification. Correct patient, correct side, correct procedure. *Saferhealthcare*. BMJ Publishing Group and NPSA.

Ellsworth, W.A. ve Iverson, R.E. (2006). Patient safety in the operating room. *Seminars in Plastic Surgery*. 20 (4): 214-218.

Enker, W.E., Martz, J.E., Picon, A., Wexner, S.D., Fleshman, J.W., Koulos, J. ve Goldman, N. (2008). An incremental step in patient safety: reducing the risk of retained foreign bodies by the use of an integrated laparotomy pad/retractor. *Surgical Innovation*, July, 15:3.

Erdil F. (2001). Cerrahi Hemşireliği. İçinde: *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Editörler: Erdil F, Elbaş NÖ, 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, s.97-136.

Etchells, E., O'Neill, C. ve Bernstein, M. (2003). Patient safety in surgery: error detection and prevention. *World Journal of Surgery*. 27: 936-942.

Evans, S.M., Berry, J.G., Smith, B.J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J. ve DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, 15:39-43.

Feeg, V.D. (2001) Another view on professionalism. *Pediatric Nursing*. 27(3): 220-221.

Fışgın, T., Tanyel, E. Topgül, K., Sarıkaya, H., Doğancı, L ve Tülek, N. (2008). Kolon cerrahisi uygulanan hastalarda gelişen cerrahi alan infeksiyonları ve risk faktörleri. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)* 22:141-145.

- Filiz, E. (2009). Hastanede Güvenliği Kùltürü Algılamasının ve Sağlık alışanlarıyla Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.
- Forsyth, J. (2006). Clarity on operating theatre design. *Health Estate*, 60: 23-24.
- Gaba, D.M. ve Howard, S.K. (2002). Fatigue among clinicians and the safety of patients, *New England Journal of Medicine*, 347(16):1249-1255.
- Göçmen, Z. (2004). Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı içeriğine ilişkin görüşleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1): 12-24.
- Göktaş, S. (2007). Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hali Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.
- Gladstone, J. (1995). Drug administration errors: A study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 628-637.
- Graham, S., Brookey, J. ve Steadman, C. (2005). Patient Safety Executive Walkarounds, Erişim 5.07.2010, www.ahrq.gov/qual/advances/.
- Greenberg, C.C., Regenbogen, S.E., Studdert, D.M., Lipsitz, S.R., Rogers, S.O., Zinner, M.J. ve Gawenda, A.A. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 204: 533-540.
- Greenberg, C.C., Diaz-Flores, R., Lipsitz, S.R., Regenbogen, S.E, Mulholşand, L. ve Gawenda, A.A. (2008). Bar-coding surgical sponges to improves safety a randomised controlled trial. *Annals of Surgery* 247: 612-616.
- H&HN (Hospitals&Health Networks). (2007). Patient Safety in The Operating Room. Erişim 15.05.2010, http://www.hhnmag.com/hhnmag_app/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/Article/data/03MAR2007/0703HHN_FEA_Gatefold&domain=HHNMAG
- Harrington, D. (2009). Confirmatory Factor Analysis. Oxford University Press. Newyork, USA.

Hasta Güvenliği Derneği. (2010). Erişim 15.05.2010, http://www.hastaguvenciligi.org/html_page.php?page=about_us

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Breizat, A.H., Lipsitz, S., Herbosa, T., Dellinger, P., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M.C., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B. ve Gawande A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, *The New England Journal of Medicine*, 360, 5.

Hedrick, T.L., Heckman, J.A., Smith, R.L., Sawyer, R.G., Friel, C.M. ve Foley, E.F. (2007). Efficacy of protocol implementation on incidence of wound infection in colorectal operations. *Journal of the American College of Surgeons*, 205:423-438.

Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. ve Vleugels, A. (2007). Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20:620-632.

Hewson K. (2008). Assessing the Safety Culture in Tertiary ICU, Intensive Care Coordination Monitoring Unit. Erişim: 5.07.2010, http://intensivecare.hsnet.nsw.gov.au/five/doc/lectures_presentations/hewson/2007_SAQ_ANZICS_Hewson_safety_culture.pdf.

Hutchinson, A., Cooper, K.L., Dean, J.E., McIntosh, A., Patterson, M., Stride, C.B., Laurence, B.E. ve Smith, C.M. (2006). Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factor structure, reliability and usability. Erişim 10.09.2007, qsch.bmj.com.

I.C.N. (2007). Positive practice environments: Quality workplaces=quality patient care Erişim 13.03.2010, <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>

Institute of Medicine (I.O.M.). (2000). To Err Is Human: Building a Safer health System. Erişim 15.05.2010, <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.

Isır, A.B., Akbaba, M., oşkun, A.G. ve Dger, H.E. (2009). Diatermi yanığına adli tıp bakışı (intraoperatif diatermi yanığı). *Gaziantep Tıp Dergisi* 15:63-66.

İnanır, İ. ve Serbest, ř. (2009). Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı, 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kuşadası.

İşlek, E. (2009). Bir zel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

- Kanan, N., Aksoy, G. ve Akyolcu, N. (2000). Ameliyathane hemşireliğinde oryantasyon programlarının önemi. *Hemşirelik Forumu*, 3(6): 8-11.
- Kantar, G., Orhan, E.M., Canbolat, Ö. (2010). Ameliyathane ve Anestesi Sonrası Bakım Ünitesi Tasarımı, İçinde II. Uluslar arası Sağlıkta Performansve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 288-313.
- Karadağ, M. ve Sayın, Y.Y. (2002). Ameliyathane ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin ameliyat sırasında oluşan bası yaralarının önlenmesinde ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hemşirelik Forumu*, 5 (3-4): 104-112.
- Kaya, S., Barsbay, S. ve Karabulut, E. (2010).The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. *Quality and Safety in Health Care*, Erişim 20.08.2010, <http://qshc.bmj.com/content/early/2010/07/29/qshc.2008.032003.full.pdf>
- Kim, J., An, K., Kim, M.K. ve Yoon, S.H. (2007). Nurses' Perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research*, 29:827-44.
- Kocaman, G. (2007). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve liderlik. Erişim 09.04.2007. www.ism.gov.tr/kongrevesempozyumlar/hastaguenligi_02032007.
- Koraşlı, D., Torun, E. ve Yüzden, E.G. (2010). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. İçinde II. Uluslar arası Sağlıkta Performansve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 442-455.
- Kumaş, H. ve Beyaztaş, F.Y. (2007). Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 29:123-127.
- Kwaan, M.R, Studdert, D.M, Zinner, M.J. ve Gawenda, A.A. (2006). Incidence, patterns and prevention of wrong-site surgery. *Archives of Surgery*, 141:353-358.
- Lema, M.J. (2001). Operation a Success. But the Wrong Organ Was Removed, NYSSA SPHERE. Erişim 16.06.2010, http://www.apsf.org/resource_center/newsletter/2001/fall/06wrongorgan.htm.
- Lipponen, M.S., Tossavainen, K., Turunen, H. ve Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American Nurses, *International Journal of Nursing Practice*, 11: 21–32

- Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., Millman, A., Pryor, D., Holzmueller, C.G. ve ark. (2006). Patient safety in surgery. *Annals of Surgery*, Volume 243, Number 5.
- Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, A., Rowen, L. ve Pronovost, P.J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, Volume 202, No 5.
- Makary, M.A, Mukherjee, A., Sexton, J.B., Syin, D., Goodrich, E., Hartmann, E. ve ark (2007). Operating room briefings and wrong-site surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 204:236-243.
- Mayo, M.A. ve Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medication errors what we need to know for patientsafety. *Journal of Nursing Care Quality*; 19: 209-17.
- McCarthy, M.P. ve Gaucher, K.A. (2004). Fire in the OR- Developing a fire safety plan. *Association of Perioperative Registered Nurses' Journal*, 79 (3): 587-600.
- Meurier, C.E., Vincent, C.A. ve Parmar, D.G. (1997). Learning From Errors in Nursing Practice, *Journal of Advanced Nursing*, 26: 11-119.
- Merali, R., Osser, B., Leeksa, A., Lingand, S., Belo, S. ve Hyland S. (2008). Medication safety in the operating room: teaming up to improve patient safety. *Healthcare Quarterly* 11:54-57
- Mishel, M. H. (1998). 'Methodological Studies: Instrument Development' in: Brink P J, Wood M J. *Advanced Design in Nursing Research*. 2.Edition, Sage Publications, Thousand Oaks ; 235-282.
- Müller, P.M. Hansel, M. Stehr, N.S. Fichter, A. Weber, S. Hardt, F. ve ark. (2007). Six steps from head to hand: A simulator based transfer oriented psychological training to improve patient safety. Erişim 9.04.2007. www.elsevier.com/locate/resuscitation.
- Moss, J., Xiao, Y. ve Zubaidah, S. (2002).The operating room charge nurse: coordinator and communicator. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 6:70-74.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Stewart, M., Zelevinsky, K., Mattke, S. (2006). Marketwatch: Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25(1), 204-211.

Nieva, V.F. ve Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12 :17-23.

Oğuz, N. (2004). Yüksek Riskli bir Mekan: Sağlık Kuruluşu, *Tıp Dünyası*, Sayı:116, Erişim 20.11.2007, <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/index.php>

Osborne, J., Blais, K. ve Hayes, S.J. (1999). Nurses' perceptions when is it a medication error? *Journal of Nursing Administration*, 29 (4), 33-38.

Ovalı, F. (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1: 33-43.

Öğün, B. (2008). Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Öner, N. (2008). Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, 3. Basım. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.

Özata, M. ve Aslan, Ş. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 377-389.

Özata, M. ve Altuncan, H. (2010). Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenirlilik Analizinin Yapılması. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 415-432.

Özdamar K. (2009). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. 4.Baskı, Kaan Kitabevi. 2. Cilt, Eskişehir, syf: 661-673.

Özkan, Ö. (2005). Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Özkan, T. ve Lajunen, T. (2003).Güvenlik Kültürü ve İklimi, *Pivolka Dergisi*, Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yıl:2, Sayı:10, s:3-4, Ankara.

Özmen, S. ve Başol, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa'da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 81-97.

- Panesar, S.S., Cleary, K., Sheikh, A. ve Donaldson, L. (2009). The W.H.O. checklist: a global tool to prevent errors in surgery. *Patient Safety in Surgery*, 3:9.
- Patterson, D., Huang , D., Fairbanks, R., Wang, H. (2010). The emergency medical services Safety Attitudes Questionnaire. *American Journal of Medical Quality*, 1-7.
- Pronovost, P. ve Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations, *Quality and Safety in Health Care*,14; 231-233.
- Pronovost, P.J., Weast, B., Bishop, K., Paine, L., Griffith, R., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, K.B. ve Davis, R. (2004). Senior executive adopt-a-work-unit: a model for safety improvoment. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*, 30:59-68.
- Pronovost, P.J., Weast, B., Holzmueller, C.G., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, K.B., Feroli, E.R., Sexton, J.B. ve Rubin, H.R. (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality and Safety in Health Care*, 12: 405-10.
- Relihan, E., Glynn, S., Daly, D.,Silke, B. ve Ryder,S. (2009). Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Irish Journal of Medical Science*. Erişim 22.08.2010, <http://www.springerlink.com>.
- Rogers, A., Hwang, W. Scott, L., Aiken, L. ve Dinges, D. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23-4.
- The University of Texas Medical School. (UTMS) (2003).Safety Attitude Questionnaire Scale Computation Instructions Technical report. Erişim: 22.08.2010, www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/.../Scale-ComputationInstructions.doc.
- Sarıcaoğlu, F., Akıncı, S.B., Gözaçan, A., Güner, B., Rezaki, M. ve Aypar, Ü. (2005) Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16.
- Scherer, D. ve Fitzpatrick, J. (2008). Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the periperative area. *Association of Perioperative Registered Nurses' Journal*, 87:163-75.
- Selimoğlu, E. Biçen, Y.H. (2009). Hizmet içi eğitimin kurum ve çalışanlar üzerine etkileri. *Paradoks, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 5(1).

- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilans, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, C. Ve ark. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. Erişim 17.12.2008, www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44.
- Shojania, K.G., Duncan, B.W., McDonald, B.W. ve Wachter, R.M. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, No 43.
- Shteynberg, G., Sexton, B. ve Thomas, E. (2005). Test retest reliability of the safety climate scale. Technical report. Erişim 22.08.2010, www.uth.tmc.edu/...safety/.../Safety-Climate-Test-Retest-Tech-Report.doc.
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A. ve Rosen, A. (2007, October) Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Research and Educational Trust*, 42: 5.
- Sorra, J., Nieva, V., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D. ve Khanna, K. (2008). Hospital survey on patient safety culture: 2008 comparative database report. Part II, III. Rockville MD: AHRQ Publ. No. 08-0039.
- Stahel, P.F, Clavien, P.A, Hahnloser, H. ve Smith, W.R. (2007). A new journal devoted to patient safety in surgery: the time is now! *Patient Safety in Surgery*, 1:1-3.
- Stumpf, P.G. (2008). Practical solutions to improve patient safety in the Obstetrics/ Gynecology office setting and in the operating room. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35 (1): 19-35.
- Sungur, C. (2007). Sağlık hizmetleri ne kadar güvenlidir? Erişim 9.04.2007 <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr>.
- Sur, H., Söylemez, D., Taşdemir, M. ve Köprülü, N. (2007). SSK Göztepe eğitim hastanesinde çalışan personelin iş doyumunun değerlendirilmesi. Erişim 06.02.2007, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3560.pdf>
- Şener, O. ve Demirbaş, A.R. (2010). Sağlık Hizmetleri Sunumu Sürecinde Hasta Güvenliğinin İyileştirilmesi İçin Tıbbi Cihaz Piyasa Gözetimi ve Denetimin Rolü, İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 605-609.

Şerifoğlu, U.K. ve Sungur, E. (2007). Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık, Güvenlik Kültürü İlişkisi, IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana.

T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Dünya Sağlık Örgütü Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, Erişim 15.05.2009, <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html>

Tel, H., Karadağ, M., Tel, H. ve Aydın, Ş. (2003) Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantılarıyla başetme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 13-22.

Terzi, C. (2006). Cerrahi alan infeksiyonu yönetimi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6:18-26.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. ve Yağcı, K. (2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C.8, Sayı 4, İzmir.

Uçak, H. (2009). Ameliyathanede Hasta Güvenliği, Ameliyathanede Yönetim ve Organizasyon& Ameliyathane Talimatları ve Protokolleri, Ayrıntı Basımevi, I. Baskı, Ankara.

Ulukan, R. (2007). Güvenli Kan, *Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi*, 21: 142-145.

Uzunköy A.(2005). Cerrahi alan infeksiyonları: risk faktörleri ve önleme yöntemleri. *Ulusal Travma Dergisi*, 269-281.

VanGeest, J. ve Cummins, D. (2003). An educational needs assessment for improving patient safety, National Patient Safety Foundation, Erişim 2.11.2009, <http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf>.

Vincent, C. ve Coulter, A. (2002). Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care*, 11, 76-80.

Vincent, C. (2006). Patient Safety. U.K. Churchill Livingstone Elsevier Science Ltd.

Vogus, T. ve Sutcliffe, K. (2007, January). The Safety Organizing Scale: Development and Validation of a Behavioral Measure of Safety Culture in Hospital Nursing Units. *Medical Care*, Vol: 45, No: 1.

- Winwfield, H.R. ve Chur-Hansen, A. (2010). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entrylevel medical student: Does knowledge of empathy increase? *Medical Education*, 34, 90-94.
- W.H.O. (2008a). The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Erişim 5.09.2009, www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/.
- W.H.O. (2008b). Research for Patient Safety. Erişim 15.05.2010, http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf.
- W.H.O. (2005, Ekim). World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005. Erişim 9.06.2010, http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
- W.H.O. (2002). World Health Professions Alliance Fact Sheet. Patient Safety, Erişim 9.06.2010, www.whpa.org/
- Wolf, Z.R. ve Serembus, J. (2000). Responses and Concerns of Healthcare providers to Medication Errors. *Clinical Nurse Specialist*, 14 (6), 278-287.
- Yalçın, ř. ve Acar, A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hasta İlişkisi. İçinde II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 12-27.
- Yıldırım, Ö. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon, Erişim 6.11.2009, www.kalder.org.tr/genel/15kongre/sunumlar/ozlem_yildirim.ppt.
- Yıldız, Ü. (2009). İnteroperatif Hasta Güvenliği. XII. Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Kongre Kitabı, Antalya/Belek. s.169-172.
- Zenciroğlu, D. (2007). Hastanelerde kritik, kritik olmayan alanların temizliği ve çevre yönetimi. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, Antalya/Kundu. S.235-244.

FORMLAR

Form 1: Dünya Sağlık Örgütü Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi

Form 2: Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathanedeki Uygulaması)

Form 3: Çalışan Bilgi Formu

Form 4: Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar Listesi

FORM 1: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ CERRAHİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ

Anestezi Verilmeden Önce Yerine Getirilmesi Gerekenler (Giriş Kontrolü):	Cilt veya Ameliyat Kesisinden Önce Yerine Getirilmesi Gerekenler (Son Kontrol Mola Am):	Hasta Ameliyathaneden Çıkmadan Önce Yerine Getirilmesi Gerekenler (Çıkış Kontrolü):
<input type="checkbox"/> Hastaya ait şu unsurlar kendisine onaylatılır: <ul style="list-style-type: none"> • Kimlik Bilgileri • Ameliyat Yeri • Gerçekleştirilecek Girişim • Hastanın girişim ile ilgili onamı <input type="checkbox"/> Ameliyat yerinin işaretlenmesi / İşaretlenme uygulanamaz. <input type="checkbox"/> Anestezi güvenlik kontrolü tamamlanır <input type="checkbox"/> Nabız ve oksimetrenin hasta üzerinde ve işler durumda olduğu kontrol edilir. <p><i>Hastaya ait risk faktörlerinin değerlendirilmesi:</i></p> <p>Bilinen bir alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Evet Hayır <input type="checkbox"/></p> <p>Zor entübasyon/ aspirasyon riski var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, ayrıca gerekebilecek ekipman/destek var 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı (çocuklarda 7ml/kg) ? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, ayrıca uygun intravenöz erişim ve sıvılar planlandı.</p>	<input type="checkbox"/> Butün ekip üyeleri ad ve görevlerini belirtmek kendilerini tanıtır. <input type="checkbox"/> Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire <ul style="list-style-type: none"> - Hastanın doğru hasta olduğunu, - Ameliyat yerinin veya tarafının doğruluğunu ve - Gerçekleştirilecek girişimi sözlü olarak teyit eder Gerçekleşebilecek kritik olaylar gözden geçirilir <input type="checkbox"/> Cerrahin gözden geçirdikleri: Ameliyatta kritik veya beklenmedik adımlar neler olabilir? Ameliyat süresi tahminen ne kadar olacak?, Beklenen kan kaybı nedir? <input type="checkbox"/> Anestezi ekibinin gözden geçirdikleri: Hastaya özgü anestezi riskleri var mı? <input type="checkbox"/> Hemşire ekibinin gözden geçirdikleri: Sterilite teyit edildi mi (Endikatör sonuç kontrolleri dahil olmak üzere)? Ameliyat ekipmanı ile ilgili olarak, o anda veya ameliyat boyunca, sorun çıkma riski var mı? <p>Profilaktik antibiyotik kesiden önceki son 60 dakika içerisinde verilmiş midir?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Uygulanmaz <p>Gerekli görüntüleme mevcut mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Geçersiz	<p>Hemşire ekiple sözlü olarak şunları teyit eder:</p> <input type="checkbox"/> Gerçekleştirilecek girişimin teyit edilmesi <input type="checkbox"/> Alet, spanç/kompres ve iğne sayımlarının doğruluğu/Sayım uygulanmaz, <input type="checkbox"/> Numunelerin uygun şekilde etiketlendiği (hasta adı, alınan bölge dahil), <input type="checkbox"/> Ele alınması gereken ekipman sorunları olup olmadığı, <p><input type="checkbox"/> Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire bu hastanın ameliyat sonrası iyileşmesi ve tedavisinin yönetimine yönelik kilit gereksinimleri gözden geçirir.</p>

FORM 2: GÜVENLİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (AMELİYATHANEDEKİ UYGULAMASI)

Bu araştırma, ameliyathanede güvenli, etkin tedavi ve bakım girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağı düşünülerek, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin yapılmasına yardımcı olacak ölçme aracının geçerlik-güvenirliğini yapmak amacıyla planlanmıştır. Tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Ankete zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

EBRU ÖNLER

İ.Ü. Florence Nightingale

Hemşirelik Yüksekokulu

Doktora Öğrencisi

Rumuz :

Ölçeği kullanarak aşağıdaki kişilerle deneyimlediğiniz iletişimin ve işbirliğinin kalitesini tanımlayınız.

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

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.

	Kesimlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesimlikle Katılıyorum	Değerlendiremedi
1.Bu ameliyathanede genellikle iş yükü ağırdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.İşimi severek yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.Ameliyathanede hemşirenin hasta bakımına katkı sağlaması iyi karşılanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.Burada bir hasta olarak tedavi görseydim kendimi güvende hissederdim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.Bu hastanede tıbbi hatalar ¹ kurallara uygun şekilde incelenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7.Bir işleme başlamadan önce gerekli bilgilerin tümüne ulaşılabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8.Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9.Bu hastanenin yönetimi başarılıdır/iyi iş yapar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10.Hastane yönetimi, günlük çabalarımı destekler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11.Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12.Ameliyathanede hataları tartışmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13.Cerrahi bir girişim öncesi ameliyathane personeli bilgilendirmek için kısa toplantılar yapmak, hasta güvenliği açısından önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14.Ameliyathanede kısa bilgilendirme toplantıları yapılması olağandır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15.Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16. Acil durumlarda, yorgunluk performansımı düşürür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17. Hastane yönetimi, hasta güvenliği konusunda, bilerek taviz vermez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

¹ Tıbbi hata; sonucuna bakılmaksızın, herhangi bir sağlık profesyoneli tarafından, sunulan bakımda herhangi bir yanlış/hata olarak tanımlanmıştır.

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Değerlendiremedi
18. Ameliyathanelerimizdeki çalışanların düzeyleri, hasta sayısını idare etmek için yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19. Ameliyathanede karar alınırken, ilgili personelden alınan bilgilerden yararlanılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20. Hasta güvenliğiyle ilgili herhangi bir endişemi rapor etmem için, çalışma arkadaşlarım tarafından desteklenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. Bu ameliyathanelerin kültürü, başkalarının hatalarından ders çıkarmamızı kolaylaştırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. Bu hastane, sorunlu hekimler ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. Bu ameliyathanelerde tıbbi araç ve gereçler yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. Bu ameliyathanelerde, hasta bakımıyla ilgili farkına vardığım bir sorunu konuşmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25. İş yüküm aşırı olduğunda performansım düşer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26. Hastanede işimi etkileyebilecek olaylar konusunda yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27. Başkalarının hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarını gördüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28. Bu ameliyathanelerde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları yönelteğim uygun kanalları bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30. Bu ameliyathanelerdeki anlaşmazlıklar uygun şekilde çözülür. (ör: kimin haklı olduğu değil ,neyin hasta için doğru olduğu?)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31. Yorulduğumda işte daha az faydalı olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32. Gergin ya da saldırganca durumlarda, hata yapma olasılığım daha fazladır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.

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

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.

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

FORM 3: ÇALIŞAN BILGI FORMU**1)Yaşınız?**

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

2)Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek**3)Medeni Durumunuz?** 1)Evli 2)Bekar**4)Eğitim durumunuz?**1)Sağlık Meslek Lisesi 2)Önlisans
3)Lisans 4)Lisansüstü () Yüksek Lisans
() Doktora
5)Tıpta Uzmanlık () Öğrenci
() Mezun**5) Mezuniyet yılınız?****6) İş yerinizdeki şu andaki pozisyonunuz nedir?**1) Cerrah
2) Cerrahi Teknisyen
3) Perfüzyonist
4) Anestezist
5) Sertifikalı Anestezi Hemşiresi
6) Anestezi Teknisyeni
7) Ameliyathane Hemşiresi (Steril ve sirküle)
8) Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi Hemşiresi
9) Servis Hemşiresi
10) Destek Ekip
11) Diğer: _____**7)Çalışma Durumunuz:**1)Kadrolu
2)Sözleşmeli**8)Genel Çalışma Saatleriniz :**

1) Gündüz 2) Gece/Nöbet+Gündüz

9) Haftalık ortalama çalışma saatiniz:.....**10) Bu uzmanlık alanında kaç yıllık deneyiminiz var? YIL****11)Ameliyathanede çalışmak kendi isteğiniz miydi? 1)Evet 2)Hayır****12) Çalıştığınız ameliyathanede günde ortalama kaç cerrahi girişim gerçekleştiriliyor? Gündüz:.....
Gece.....****13) Çalışma saatleriniz dışında yeterince dinlenebildiğinizi düşünüyor musunuz?**

1)Evet 2)Hayır

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

15) Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz?
YIL.....

16) Bu hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programı yapılıyor mu?
1)Evet 2)Hayır

17) Kurumunuzda düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapılıyor mu?
1)Evet 2)Hayır

18) 17.soruya yanıtınız evet ise hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde katılımcıların gereksinimleri dikkate alınıyor mu?
1)Evet 2)Hayır

19) Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldınız mı?
1)Evet 2)Hayır

20) 19.soruya yanıtınız evet ise ne tür bir eğitim programına katıldınız?
1)Hizmet içi eğitim programı
2)Kongre
3)Sempozyum
4)Diğer

YORUMLARINIZ: Ameliyathanede hasta güvenliğini arttırmaya yönelik en çok önereceğiniz üç şey nedir? Eğer yorumlarınız için daha fazla yere ihtiyaç duyarsanız lütfen ayrı bir kağıt kullanınız.

1)

2)

3)

FORM 4: GÖRÜŞLERINE BAŞVURULAN UZMANLAR LISTESİ**Dil Geçerliliği İçin;**

Prof.Dr. Nevin Kanan	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Neriman Akyolcu	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. Rengin Acaroğlu	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr.Deniz Öztekin	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Şeyda Özcan	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kapsam Geçerliliği İçin;

Prof.Dr.Güler Aksoy	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Gülsün Taşocak	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı

- Prof.Dr. Nevin Kanan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı
- Prof.Dr. Neriman Akyolcu İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı
- Prof.Dr. Mahmut Müslümanoğlu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı.
- Doç.Dr. Rengin Acaroğlu İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı
- Yard.Doç.Dr.Deniz Öztekin İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı
- Yard.Doç.Dr. Merdiye Şendir İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı
- Yard.Doç.Dr. Şeyda Özcan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri İçin;

- Yard.Doç.Dr.Saniye Çimen Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik
Esasları Anabilim Dalı



Sayı :

Konu :

7079

..... / / 200

12151 *10.03.08

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 05.12.2007 tarihli 59266 sayılı yazımız.

Yüksekokulunuz Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Neriman AKYOLCU'nun** danışmanlığında doktora eğitimine devam eden **Ebru ÖNLER'in** yürüteceği 2007/2706 dosya no'lu "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı anket çalışması hakkındaki ilgi yazınız ve ekleri İstanbul Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulunca olumlu görüş yazısı müzakere edilmiş olup çalışmanın anılan Fakültenin Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığında görevli **Doç.Dr.İlgin ÖZDEN'in** gözetiminde uygulanmasına karar verildiği hakkında adigeçen Fakülte Dekanlığından alınan 04.03.2008 tarihli 5309 sayılı yazı ve eklerinin fotokopisi ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.İrfan PAPİLA
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: 3

*İşleme duyurulacaktır
11.3.08
P.A.*

372
11.3.2008



SAYI : B.30.2.İST.0.02.00.01 / Yİ - 1501
KONU: Prof. Dr. Neriman AKYOLCU hk.

04.03.08*105309

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 05.11.2007 tarih ve 53148 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsedilen sorumlu araştırmacılığını Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'nun üstlendiği, doktora öğrencisi Ebru ÖNLER'in yürüteceği 2007/2706 dosya no'lu "Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı anketli tez çalışması ile ilgili, 12.02.2008 tarih ve 14 sayılı Fakültemiz Yönetim Kurulu Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa KEÇER
DEKAN

EK: Yönetim Kurulu Kararı

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Personel D. Başkanlığına	Yazı İşleri ve Genel Evrak Md. Gelen Evrak Sayı: 11113
4.1.2008	

Beleir H

40066-15

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI
05 Mart 2008
7685

FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI

No:14

12.02.2008 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'nun üstlendiği, doktora öğrencisi Ebru ÖNLER'in yürüteceği 2007/2706 dosya nolu "Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı anketli tez çalışması ile ilgili Fakültemiz Etik Kurul Başkanlığı'nın olumlu görüş yazısı müzakere edildi.

Çalışmanın Fakültemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığında görevli Doç. Dr. İlgin ÖZDEN'in gözetiminde **uygulanmasına** karar verildi.

Aslı Gibidir.

Sadettin KILIÇTAŞ
Fakülte Sekreteri



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 21/11/2007

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 11

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Neriman AKYOLCU'nun üstlendiği, doktora öğrencisi Ebru ÖNLER'in yürüteceği 2007/2706 protokol numaralı "Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı anket çalışması kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI

I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL

İç Hastalıkları A.D.

Prof.Dr. Berrin UMMAN

Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Cahide GÖKKUŞU (Katılmadı)

Biyokimya A.D

Prof.Dr. Çiçek BAYINDIR (Katılmadı)

Patoloji A.D. Nöropatoloji B.D.

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ

Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK

İç Hastalıkları A.D.

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (Katılmadı)

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Nöroloji A.D.

Prof.Dr. Pınar SAİP

I.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Sevinç EMRE

Çocuk Sağ. ve Hast. A.D

Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLU (Katılmadı)

Biyokimya A.D

Prof.Dr. Yeşim ERBİL (Katılmadı)

Genel Cerrahi A.D.

Fatma Ceyda DÖNMEZER

Sivil Toplum Örgütü

Av.Dilek Temiz ÖZBEK (Katılmadı)

Avukat



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI



Sayı :

:

6888

Konu :

:

..... / / 200

11609 * 06.03.08

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulunuz Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalında Prof.Dr.Neriman AKYOLCU'nun danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Ebru ÖNLER'in yürüteceği "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezinin Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapılmasının uygun görüldüğü hakkında Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Etik Kurul Başkanlığının yazıları adigeçen Fakülte Dekanlığından alınan 03.03.2008 tarihli 6316 sayılı yazısı ekinde ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.İrfan PAPILA
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: 1 yazı ve eki
1 kapalı zarf

*S.A. Akyolcu'ya
7.03.2008
M. Akyolcu*

349
7.3.2008



CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Konu: Ebru Önler'in doktora
tezi hak.

İstanbul / /

Sayı :
Konu : 6316

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
(Personel Daire Başkanlığına)

03 Mart 2008

İLGİ: 05.10.2007 tarihli, 47510 sayılı yazınıza:

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalında Prof.Dr.NERİMAN AKYOLCU'nun danışmanlığında doktora eğitimine devam eden EBRU ÖNLER'in yürüteceği "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezinin Fakültemizde yapmasının uygun görüldüğü hakkında Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Etik Kurul Başkanlığından alınan yazıların bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

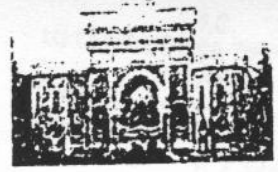
Eki:
1 dosya

Prof.Dr. HALİF YANARDAĞ
Dekan

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısını belirtin. İsteğe bağlı olarak. Tel: (0212)4143000



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



T.C
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı: 4199

Geldiği Tarih: 18 Aralık 2007

İstanbul : 1.6 Kasım 2007

Sayı: 31570

Konu:

Dekanlık Makamına

İLGİ: 11.10.2007 tarihli, 27902 sayılı yazınıza:

Florance Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalında Prof.Dr. NERİMAN AKYOLCU'nun danışmanlığında doktora eğitimine devam eden EBRU ÖNLER'in yürüteceği " Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 06 Kasım 2007 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

EKİ:
1 dosya

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

per: Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel:(0212)4143000

Briyideley

T.C.
I.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI 4800
Sayı:.....
Geldiği Tarih:.....
07 Şubat 2008

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK MÜDÜRLÜĞÜ

07.02.2008

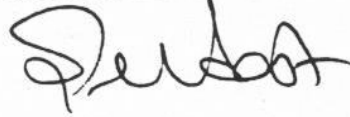
Sayı: 434

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığına
İlgi: 24 Aralık 2007 tarih ve 34969 sayılı yazı hk.

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Anabilim Dalında doktora eğitimine devam eden Ebru ÖNLER'in yürüteceği " Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezini Fakültemizde yapmasında tarafımızca sakınca yoktur.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.

Uz. Hem. Şerife KARTAL ERDOST
Hemşirelik Hizmetleri Müdür Vekili



CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

2008/1

İlgi: 8 Şubat 2008 Tarih 4115 sayılı yazınız hk.

Monoblok Ameliyathane sorumlusu Nihat Yavuz ve Başhemşire Aslı Öz'ün 25.2.2008 tarihli yazıları hk.

Monoblok "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın Monoblok Ameliyathane de yapılmasının uygun görülmesi hakkında Ameliyathane Sorumlusu Prof.Dr.Nihat Yavuz ve Başhemşire Aslı Öz'ün konuyla ilgili yazıları ilişikte olup,gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.İrfan PAPILA
Cerrahi Tıp Bilimleri
Bölüm Başkanı -

Br. Melik

25.02.2008

CERRAHI TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞINA

11.02.2008 tarih 127 sayılı Cerrahi Tıp Bil. Böl. Başkanlığı'nın yazısında bahsi geçen "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın Monoblok Ameliyathanede yapılması uygun görülmüştür. Gereğini saygılarımızla bilgilerinize arz ederiz.

Prof. Dr. Nihat YAVUZ
Monoblok Ameliyathane
Sorumlusu

Aslı ÖZ
Monoblok Ameliyathane
Başhemşiresi

Subject: RE: Safety Attitude Questionnaire-Operating Room Version

Date: Wed, 12 Sep 2007 16:06:52 -0500

From: "Thomas, Eric " <Eric.Thomas@uth.tmc.edu>  Add to Address Book  Add Mobile Alert

To: "ebru onler" <ebru_onler@yahoo.com>

Yes, you can use it. You should be able to download it from the website. Thank you for your interest in our survey.

Regards,

Eric

Eric J Thomas MD MPH
Associate Professor of Medicine
University of Texas Medical School at Houston
6431 Fannin MSB 1.122
Houston TX 77030
713-500-6702

From: ebru onler [mailto:ebru_onler@yahoo.com]

Sent: Wednesday, September 12, 2007 3:51 PM

To: Thomas, Eric

Subject: Safety Attitude Questionnaire-Operating Room Version

Dear Thomas,

I am a student in the doctorate programme of Istanbul University , Florence Nightingale School of Nursing in Turkey . I am going to examine patient safety in ORs that depends on Ýstanbul University in Turkey . I recieved your mail adress from 'http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/survey&tools.htm' in online.

So I need Safety Attitude Questionnaire-Operating Room Version.I want to validate it and also test its reliability in Turkey . Will you allow to use it?

Thank you in advance. Sincerely.

Catch up on fall's hot new shows on Yahoo! TV. Watch previews, get listings, and more!

DeleteReplyForwardSpamMove...

Previous | [Next](#) | [Back to Messages](#) [Save Message Text](#) | [Full Headers](#)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ebru	Soyadı	Önler
Doğ.Yeri	Çatalca	Doğ.Tar.	15.05.1979
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	59596042796
Email	ebru_onler@yahoo.com ebruonler@gmail.com	Tel	05427652518

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.	2005
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2002
Lise	Bakırköy Hasan Polatkan Anadolu Lisesi	1997

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	67,5 (ÜDS)	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı (2008 İLKBAHAR)	68.956	74.272	78.859
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Önler, E. (2010). Bilim ve sanat disiplini olarak hemşirelik. *Hemşirelik Forumu*, Cilt 13, Sayı 1, 1-5.

Aydın, B., Şahin, D., Kaya, Ö., Önler, E. ve Erdem, İ. (2010). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Pandemik İnfluenza A (H1N1) ve Aşısı ile İlgili Bilgi ve Tutumları, 9. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı (Poster Bildiri), 01-03 Nisan 2010, Fethiye.

Önler, E. ve Varol Saraçoğlu, G. (2010). Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(2), 78-85.

Yıldız, F.Ü., Özbaş, A., Çavdar, İ., Yıldızeli, S.T. ve Önler, E. (2009). Assessment of Stress Coping Strategies of Nursing Students in an Operating Room, 1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice Abstract Book (Poster Presentation), 15th-17th October 2009, Thessaloniki, Greece.

Çelikalp, Ü., Temel, M., Demir, M. ve Önler, E. (2009). Tekirdağ İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Örgütlenmeye İlişkin Bilgi ve Tutumları, 12. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı (Poster Bildiri) ,20-24 Ekim 2009,Sivas.

Çelikalp, Ü., Demir, M., Temel, M. ve Önler, E. (2009). Tekirdağ İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş Memnuniyetlerinin Belirlenmesi ,12. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı (Poster Bildiri) ,20-24 Ekim 2009,Sivas.

Önler, E. ve Akyolcu, N. (2009). Ameliyathanede Hasta Güvenliği, 6.Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı (Poster Bildiri), 3-6 Mayıs 2009, Kuşadası.

Önler, E. ve Yılmaz, A. (2008, Haziran) Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 16, Sayı 62, 114-121.

Kurslar ve Toplantılar

Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı Kursu, Lifelong Learning Programme, Transfer of Innovation, Leonardo Da Vinci projeleri kapsamında (Proje No: DE/08/LLP-LdV/TOI/147180/2009-ABH22796001), 14-16 Nisan 2010, Edirne.

Hasta Güvenliği Kursu, 6.Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi kapsamında, 3-6 Mayıs 2009, Kuşadası.

Önler E. Nursing Education in Turkey, Debrecen University Faculty of Health 5th International Week, 20-24 April 2009, Hungary.

HTT (Hemşire, Tekniker, Teknisyen) - Travma ve Resüsitasyon 2. Eğitim Kursu, 25-27 Nisan 2007, İstanbul.

Kolon, Rektum ve Anüs Hastalıkları 9. Uzmanlık Sonrası Eğitim Kursu, 8-9 Ekim 2004, İstanbul.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Sinema, Müzik, Kitap, Seyahat, Fotoğraf.