



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN HASTA
GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Seren TEMİZ**

**Danışman
Prof. Dr. Nevin KANAN**

Kasım 2021

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN HASTA
GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Seren TEMİZ**

**Danışman
Prof. Dr. Nevin KANAN**

Kasım 2021

15/11/2021

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof. Dr. Nevin KANAN sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Seren TEMİZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini, değerli görüş ve fikirlerini benden esirgemeyen, göstermiş olduğu sabrı, hoşgörüyü ve özveriyi her zaman hissettiren, tezimin olgunlaşmasını sağlayan çok kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Nevin KANAN'a, üzerimde emeği geçen Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üye ve Elemanlarına, çalışmamın gerçekleşmesini sağlayan Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi kurum yöneticilerine ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm ameliyathane hemşirelerine, kalbini ve sevgisini sınırsız sunan, desteğiyle her zaman yanı başımda olan kardeşim Hande ATAL'a, çalışmalarım süresi boyunca her türlü desteği güler yüzüyle sağlayan canım dostum Sonay DUMAN'a, bu süreçte her türlü özveriyi bana gösteren ve beni her anlamda destekleyerek yüreklendiren dostlarıma, varlıkları ile beni ayakta tutan canım aileme, verdiği emeklere ve sonsuz sabrına hayran olduğum İbrahim MERİÇOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Birlikte yapmayı hayal ettiğimiz ne kaldıysa geriye sen sonsuzluk denizinde yüzerken ben de sana buradan eşlik ediyorum... Her gün hayal ettiğimizden daha güzel bir denize girdiğini biliyorum oralarda ve sen yine bunu okuyup gururlanırken içimde büyüyen özleminle sana ithaf ediyorum ANNE...

15/11/2021

Seren TEMİZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ETİK BEYANI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	vii
ÇİZELGELER	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ameliyathane.....	4
2.2. Ameliyathane Genel Özellikleri.....	4
2.3. Ameliyathane Ortamının Hasta Üzerine Etkisi	6
2.4. Ameliyathane Hemşireliği.....	7
2.5. Hasta Güvenliği.....	10
2.6. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	11
2.6.1. Dünyada Hasta Güvenliği	11
2.6.2. Türkiye’de Hasta Güvenliği.....	14
2.7. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)	15
2.7.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin ^{TR} Uygulanması.....	17
2.7.1.1. Klinikten Ayrılmadan Önce	17
2.7.1.2. Anestezi Verilmeden Önce.....	18
2.7.1.3. Ameliyat Kesisinden Önce.....	20
2.7.1.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce	21
2.8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının Önemi ve Amacı	21
2.9. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanmasında Hemşirenin Rolü	25
2.10. Ameliyathanede Hasta Güvenliği	23
2.11. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar	25
2.11.1. Hasta Kimliğinin Doğru Tanımlanmaması	26
2.11.2. İlaç Uygulama Hataları	26
2.11.3. Yanlış Taraf, Yanlış Cerrahi Girişim Hataları	27
2.11.4. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarına Bağlı Hatalar	27
2.11.5. Diatermi Yanıkları	29
2.11.6. Hasta Pozisyonlarına Bağlı Düşmeler.....	30
2.11.7. Hasta İçerisinde Yabancı Cisim Unutulması	30
2.11.8. Hasta Pozisyonlarına Bağlı Basınç Yaraları	31

2.12. Ameliyathane Hemşireliği ve Hasta Güvenliği.....	32
2.13. Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarını Etkileyen Faktörler	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi.....	34
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı.....	34
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Veri Toplama Araçları.....	34
3.5. Veri Toplama Yöntem.....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.7. Çalışmanın Etik Yönü	37
3.8. Tez Çalışmasının Mali Desteği	37
3.9. Veri analizi	37
4. BULGULAR	39
4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	39
5. TARTIŞMA	52
5.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tartışılması.....	52
5.2. Güvenlik Tutumları Ölçeğinin Puan Ortalamalarına Göre Tartışılması	54
6. SONUÇLAR	64
7. ÖNERİLER	67
8. KAYNAKLAR.....	68
9. EKLER.....	80
10. ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR

AORN	: Amerikan Ameliyathane Hemşireliği Birliği (Association of Perioperative Registered Nurses)
CAE	: Cerrahi Alan Enfeksiyonları
CHGS	: Cerrahi Hasta Güvenlik Sistemi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GCKL	: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
GCKL^{TR}	: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin Türkiye'ye Uyarlanmış Hali
HEPA	: High Efficiency Particulate Air
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses)
IOM	: Institute of Medicine
JCAHO	: Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations
JCI	: Joint Commission International
NPSA	: Ulusal Hasta Güvenliği Derneği
NPSF	: National Patient Safety Foundation
SURPASS	: Surgical Patient Safety System
TCK	: Türk Ceza Kanunu
UBK	: Uluslararası Birleşik Komisyonu
WHO	:World Health Organization

TABLÖLAR

Sayfa No

Tablo 2.1. Ameliyathane Hemşirelerinin, Ameliyathane Risklerine Yönelik Görev Yetki ve Sorumlulukları	9
--	---



ŞEKİLLER

Sayfa No

Şekil 2.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	16
Şekil 4.1. Hemşirelerin çalıştığı cerrahi alanlar	41
Şekil 4.2. Hemşirelerin çalışma saatleri dışında yeterince dinlenememelerinin nedenleri	41
Şekil 4.3. Hemşirelerin ekip üyeleriyle olan iş birliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri	43

ÇİZELGELER

Sayfa No

Çizelge 2.1. Ameliyathane Hemşirelerinin, Ameliyathane Risklerine Yönelik Görev Yetki ve Sorumlulukları	9
Çizelge 4.1. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=65).....	39
Çizelge 4.2. Hemşirelerin Güvenlik Tutumları Ölçeği” ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=65)	42
Çizelge 4.3. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)	43
Çizelge 4.4. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	44
Çizelge 4.5. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	44
Çizelge 4.6. Hemşirelerin İş Pozisyonuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	45
Çizelge 4.7. Hemşirelerin Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	45
Çizelge 4.8. Hemşirelerin Gece/Gündüz Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	46
Çizelge 4.9. Hemşirelerin Kendi İsteklerine Göre Ameliyathanede Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	46
Çizelge 4.10. Hemşirelerin Çalışma Saatleri Dışında Yeterince Dinlenebilme Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	47
Çizelge 4.11. Hemşirelerin Çalıştığı Kurumda Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programının Olmasına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	47
Çizelge 4.12. Hemşirelerin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programına Katılma Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)	48
Çizelge 4.13. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Düzenli Olarak Hizmet İçi Eğitim Programı Yapılma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	48
Çizelge 4.14. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hizmet İçi Eğitim Programlarının Belirlenmesinde Ameliyathane Hemşirelerinin Gereksinimleri Dikkate Alınma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	49

Çizelge 4.15. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hasta Güvenliği Eğitim Yapılma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65).....	49
Çizelge 4.16. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)	50
Çizelge 4.17. Hemşirelerin bazı özellikleri ile ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyi (n=65)	51



ÖZET

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta güvenliği, bireylerin görebileceği zararların önlenmesi amacıyla sağlık bakım hizmetleri sistemi içerisinde yer alan önemli bir unsurdur. İlgili bakım sisteminde her bireyin tedavi aşamasında öncelikli amaçlardan biri hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Bu bağlamda, bireylerin güvenli bir sağlık bakım hizmetine ulaşabilmesi için kurumlar tarafından iyi bir biçimde yapılandırılmış olan hasta güvenliği kültürü son derece önem taşımaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması hem sağlık çalışanlarının hem de kurum yönetiminin bir sorumluluğudur. Bu nedenle hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin geliştirilmesi ve çeşitli uygulamalarının yer alması konusunda hem hemşirelere hem de kurum yönetimine önemli bir rol düşmektedir. Mevcut araştırmanın amacı, ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulamaların değerlendirilmesi, ilgili değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda Hamidiye Etfal Hastanesi ve Sarıyer Hamidiye Etfal Hastanesi'nde görev yapan ve ameliyathane ünitesinde hemşire olarak çalışan 65 bireye ulaşılmıştır. Katılımcıların %89,2'si kadın, %10,8'i erkek; %70,8'i bekar, %29,2'si evli bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri, Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathanedeki Uygulaması), Çalışan Bilgi Formu ve Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 23 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası farklılıkların incelenmesi için Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi, Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi; değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, hemşirelerin güvenlik tutumları, medeni durumları, kendi istekleri ile ameliyathanede çalışma durumları, çalışma saatleri dışında dinlenebilme düzeyleri, bulundukları kurumda ameliyathane oryantasyon programı bulunan ve bu program katılıp katılmadıkları, çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde hemşirelerin gereksinimlerinin önemsenme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre, hemşirelerin hastane deneyimleri ile yönetim ile ilgili düşünceler ve gece vaka sayısı ile stres düzeylerinin belirlenmesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Araştırma bulguları alan yazın bağlamında ele alınarak tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Ameliyathane, Ameliyathane Hemşiresi, Hasta Güvenliği*

ABSTRACT

EVALUATION OF OPERATING ROOM NURSES' KNOWLEDGE LEVELS AND PRACTICES ON PATIENT SAFETY

Patient safety is an important element in the health care services system in order to prevent harm to individuals. In the relevant care system, one of the primary goals in the treatment phase of each individual is to ensure patient safety. In this context, a well-structured patient safety culture by institutions is extremely important for individuals to reach a safe health care service. Ensuring patient safety is the responsibility of both healthcare professionals and institution management. For this reason, both nurses and institution management have an important role in improving the level of knowledge about patient safety and inclusion of various applications. The aim of the present study is to evaluate the knowledge levels and practices of operating room nurses on patient safety and to examine the relationships between the relevant variables. For this purpose, 65 individuals working as nurses in the operating room unit and working at Hamidiye Etfal Hospital and Sarıyer Hamidiye Etfal Hospital were reached. 89.2% of the participants were female, 10.8% were male; 70.8% are single, 29.2% are married individuals. The data of the study were collected using the Surgical Safety Checklist, Safety Attitudes Scale (Application in the Operating Room), Employee Information Form and Volunteer Information and Consent Form. Data analysis was done using SPSS 23 package program. Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Mann Whitney U test with Bonferroni correction for examining the differences between groups; Spearman Correlation analysis was used to examine the relationships between the variables. According to the results obtained, nurses' safety attitudes, marital status, working in the operating room with their own will, their level of resting outside of working hours, whether there is an operating room orientation program in their institution and whether they participate in this program are significant in determining the in-service training programs in the institution where they work, according to the importance of nurses' needs. levels differ. According to the results of the correlation analysis, it is seen that there is a positive and significant relationship between the hospital experiences of the nurses and their thoughts about the management, the number of night cases and the determination of stress levels. The findings of the research were discussed in the context of the literature and recommendations were made.

Keywords: *Operation, Operating Room Nurse, Patient Safety*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastanın rutin yaşantısındaki fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilen “kontrollü bir travma” olarak tanımlanan cerrahi girişim, tüm dünyada kabul gören bir tedavi şeklidir (Dağoğlu, 2012; Erdil, 2001; Ögün,2008). Ancak gerekli önlemlerin alınmadığı durumlarda hasta için risk oluşturup en fazla zarar verebilecek tedavi biçimi yine cerrahi girişimlerdir. (WHO, 2008; Ögün, 2008; Çilingir ve ark., 2006). Bununla beraber, cerrahi girişimlere bağlı olarak ortaya çıkan ve sık karşılaşılan istenmeyen etkiler, önemli sağlık problemlerine neden olan bir durumdur (Gökay ve ark., 2016; WHO, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü’ nün (DSÖ) verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 234 milyon insana, travmaya bağlı cerrahi girişim sonrası yaşam kalitesini arttırmak ve onkolojik durumlara bağlı cerrahi girişimle beraber yaşam süresinin uzatılması amacıyla cerrahi girişimler uygulanmaktadır (WHO, 2014; Gökay ve ark. 2016; Ögün, 2008). Yaygın uygulanan ve bir tedavi şekli olarak planlanan cerrahi girişimlerden DSÖ verilerine göre dünyada yaklaşık olarak yılda 7 milyon kişi cerrahi işleme bağlı komplikasyonlardan etkilenmektedir (Gökay ve ark. 2016; Ögün, 2008). Gelişmiş ülkelerde cerrahi girişimlere bağlı komplikasyon oranı %3-16 arasında iken, bunların %0.4-0.8’inin kalıcı herhangi bir sakatlık ya da ölümle sonuçlandığı belirtilmektedir (WHO,2008; Ögün, 2008). DSÖ verilerine göre ise cerrahi işleme bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonların yarısının önlenabilir olduğu ifade edilmektedir (Gökay ve ark. 2016; WHO, 2014).

Dünyada sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin sağlanması ve korunmasında büyük bir öneme sahip olması nedeniyle sağlık hizmetleri gereksinimini doğurmuştur. Sağlık gereksinimlerinin karşılanması için sağlık sektöründe zamanla büyük bir gelişim kaydedilmiş ve bu gelişmeler ciddi güvenlik sorunlarını ortaya çıkarmıştır. Bu güvenlik sorunları da hasta güvenliği konusunda çalışmalar yapılması gerekliliğini gündeme getirmiştir. Hasta güvenliği konusundaki çalışmalar, hasta hakları çalışmalarıyla gündeme gelmekle birlikte, bu konuya dikkatin artması, 1999 yılında Institute of Medicine’nin (IOM) yayınladığı

rapor sayesinde olmuştur. IOM tanımına göre hasta güvenliği; hastaya zarar vermeyi önlemektir (Mitchel, 2008; Sarp, 2018).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerde hasta güvenliği ile ilgili; “yanlış taraf cerrahisi”, “doğum sonrası yenidoğanın yanlış aileye verilmesi”, “hastaya anestezi verilmesi sırasında beynin oksijensiz kalması sonucu beyin hasarı oluşması”, “hasta düşmeleri sonucu sakatlık oluşması, hatta ölümle sonuçlanması”, “hastanede yatan bir hastanın dirençli bir hastane enfeksiyonu sonucu yaşamını yitirmesi”, “kan ve kan ürünlerinin nakli sonucu hastada gelişen AIDS ve hepatitler”, “hatalı numune sonuçlarına bağlı yanlış tanı ve tedaviler” ve “ameliyat sırasında hastanın ameliyat bölgesinde unutulmuş alet, iğne ve gazlı bezler” gibi sorunlar yaşanmaktadır (Gürel, 2012; Makary ve ark. 2006; Önler, 2010; Kırılmaz, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre; gelişmiş ülkelerde her yıl hastaneye yatan hastaların %5-10’u hastane enfeksiyonu, %7,5-10,4’ü ilaçların yan etkisine maruziyet, gelişmekte olan ülkelerde ise, güvenli olmayan kan transfüzyonu, %5-15 HIV enfeksiyonu gibi sağlık hizmetleri kaynaklı hatalardan milyonlarca insan zarar görmektedir. Dünyada steril edilmemiş iğne ve enjektörden bulaşan enfeksiyon oranı ise %5,5 ’dir (WHO,2013; Sarp, 2018).

Çakmak, Konca ve Teleş’in (2018) yapmış oldukları Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaya göre; 23 Mart 2016-31 Aralık 2017 tarihleri arasında Raporlama Sistemi (GRS) üzerinden hata türlerine göre bildirimi yapılan hataların toplam sayısı 155295’tir. Hata türleri arasında en çok bildirimi yapılan hata türü %87,37 ile laboratuvar hatalarıdır. İkinci sırada, %4,90 oran ile cerrahi hata bildiriminin yapıldığı görülmüştür. Bu hata bildirimlerini sırasıyla, ilaç hataları (%4,61) ve hasta güvenliği hataları (%3,12) takip etmektedir. Görülme sıklığı bakımından hata türleri arasında ikinci sırada yer alan cerrahi hataların alt parametreleri incelendiğinde en sık bildirimi yapılan cerrahi hata türünün taraf cerrahisinin (%15,02) yapılmaması olduğu görülmüştür. Bu hata türünü, hasta kimliğinin, ameliyat yeri ve cerrahi işleminin doğrulanmaması (%6,03) takip etmiştir. Bu iki hata türü, cerrahi alanda yapılan hataların yaklaşık beşte birini (%21,05) oluşturmaktadır (Çakmak ve ark. 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliği konusunda dünya çapında çalışmalar yaparak “Temiz bakım güvenli bakım” ve “Güvenli cerrahi hayat kurtarır” sloganlarıyla konuya dikkat çekmiştir (Canbolat, 2011; DSÖ, 2010; Gürel, 2012). Bu bilgiler ışığında bu çalışma ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ameliyathane

Ameliyathane; hastalara konulan tanı sonucunda gerekli olan cerrahi tedavinin, yüksek teknolojik araç ve gereçlerle son literatür kapsamındaki bilgiler ışığında doğru yöntemli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, aseptik ilkeler dikkate alınarak, ekip çalışmasının yapıldığı fiziksel ve işlevsel bir ortam olarak tanımlanabilir (Yayla, 2014; Güner ve Demir, 2005; Arslanoğlu ve Keser, 2020; Aydın, 2020; Gürel, 2012; Gümüşkaya, 2010).

Yapılan ameliyatların kullanılacak tıbbi teknolojiyi en etkili ve en verimli şekilde gerçekleştirilebilmesi için ameliyathanelerin fiziksel özellikleri, teknik yapıları, tıbbi yeterlilik ve sterilizasyon donanımı yönünden yeterli ve nitelikli olmak zorundadır (Uludoğan, 2010; Gürel, 2012).

Ameliyat başlamadan önce, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında her türlü sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemleri, malzeme kullanımı ve malzeme sterilitesi gibi tüm standart ameliyathane uygulamaları ameliyathanelerde yönetsel prosedürler arasında yer alır. Ameliyathanelerin bu prosedürler doğrultusunda diğer birimlerden farklı olarak kendine özgü bir ekip anlayışı içinde organize olabilme yeteneği ile ameliyatların başarıya ulaşması mümkün kılınabilir. Ekibin üyeleri olan anestezi hekimi, anestezi teknikeri, cerrah, ameliyathane skrab ve sirküle hemşireleri ve ameliyathane personeli ekip çalışmasına uygun olmalıdır (Uludoğan, 2010; Gürel, 2012).

2.2. Ameliyathane Genel Özellikleri

Stresli, kapalı alan özellikli, izole ve yoğun bir çalışma temposu gerektiren ameliyathaneler çalışma özellikleri ve donanım yönünden hastanedeki diğer birimlerden farklılık gösterir. Ayrıca ameliyathanede çalışacak bireylerin teknik ve beceri kazanımlarının da olması gerekir. Bu sebeple, bu alanlarda çalışmak daha büyük bir sorumluluk gerektirmekle beraber ortaya çıkabilecek potansiyel risklerden hastalar kadar ameliyathane ekibi de etkilenmektedir. Ameliyathanede var olabilecek

risklerle beraber ameliyathane ekibinin iş doyumu, verimliliği ve direk olarak sağlık faktörünü tehdit eden psikolojik etkilere de neden olabilir. (Uludoğan, 2010; Gürel, 2012; Aydın, 2020).

Ameliyathanelerin konumu ve ameliyat odalarının havalandırma sistemleri, odaların büyüklükleri, zemin yüzeyleri ve ameliyathane kapılarının mimari açıdan enfeksiyona uygun ortam oluşturmayacak şekilde yapılandırılması hasta güvenliği açısından büyük önem taşımaktadır. Nozokomiyal enfeksiyonlara neden olan risklerin başında ameliyathane yapılandırması yer aldığı gibi uygulanan cerrahi girişim yöntemi, vaka esnasında kullanılan alet ve malzemeler, prosedüre uygun strelizasyonun sağlanamaması ve ameliyathane personeli de risk faktörleri arasında yer alır (Öğün, 2008; Gürel, 2010; Arslan, 2004; Uzunköy,2004).

Mimari yönden ve uygun konumlu planlanan ameliyathanelerin, hastane sirkülasyonunun yoğun olmadığı, bodrum ya da çatı katlarında, hastaların transfer edilecekleri cerrahi kliniklere ve yoğun bakımlara yakın konumda olduğu, hastaların ameliyathane içerisine hasta transportları esnasında oluşabilecek enfeksiyon risklerini engellemek için kızaklı sistemlerin kullanıldığı, uygulanan cerrahi girişim sonrası hastaya verilen anestezinin etkisi ortadan kalkana kadar oluşabilecek erken dönem komplikasyonlarının ve vital bulgu takiplerinin yakından izlendiği derlenme ünitelerinin bulunduğu bir konumda olması gerekir (Öğün 2008; Uzunköy 2004; Gürel,2012).

Ameliyathanenin iç mimarisinde olmazsa olmaz özellikler arasında;

- Ameliyathanedeki yüzeylerin girinti ve çıkıntı olmayacak şekilde düz, köşelerin sivri olmayacak şekilde yuvarlatılmış, duvarların ve zeminin yüksek ısıya ve yer-yüzey dezenfektanlarına dayanıklı olması,
- Ameliyat salonlarının zemin ile tavan arası mesafenin üç metre olması,
- Ameliyat salonlarının içerisinde bulunacak malzeme ve cihazların fonksiyonlarına uygun ve oda içerisinde cerrahi ekibin rahatça hareket edebileceği genişlikte, ortalama 18-56 m² arasında olması,
- Ameliyat salon kapılarının güvenli geçişi engellemeyecek şekilde bir buçuk metreden dar olmaması ve kullanılan yer-yüzey dezenfektanlarına dayanıklı olması,

- Ameliyat salon kapılarının, kontrolsüz giriş ve çıkışları engellemek ve hasta mahremiyetini sağlamak açısından fotoselli/ sensörlü ve tek yöne açılır olması,
- Ameliyat salonlarındaki tepe ışıklarının, gölgeyi engelleyip parlamaya neden olmayacak ve insizyon hattına maksimum odaklanıp hastaya ve cerrahi ekibe ısı yaymayacak şekilde olması,
- Ameliyat salon odalarının ısı aralıklarının 18-24°C, nem aralıklarının ise %50-55 arasında bir değerde olması,
- Ameliyathane salonlarındaki hava akımının temiz alandan daha az temiz alana doğru olacak şekilde negatif basınçta kalması,
- Ameliyathane salonundaki havanın saatte 20-25 kere değişecek şekilde ve en az dört kere temiz hava olacak şekilde değişmesi,
- Salondaki havanın akışının tavandan tabana şeklinde dışarıya verilmesi,
- Kalp damar cerrahisi, beyin ve sinir cerrahisi ve ortopedi cerrahisi ameliyat salonlarında bakterilerin, virüslerin ve mantarların 0.5 µ (mikron) çapından büyük partiküllerini %99.97 oranında uzaklaştırma özelliğine sahip “High Efficiency Particulate Air (HEPA)” filtre sistemlerinin kullanımı yer almaktadır (Öğün, 2008; Karadayı ve Aydın, 2007; Gürel, 2012; Şahin, 2004; www.tard.org.tr, Erişim tarihi: 06.08.08; Dramalı, 2001a; Dramalı,2001b; Güner ve Kireker, 2005; Çelik ve Dramalı, 2003; Uzunköy, 2004).

2.3. Ameliyathane Ortamının Hasta Üzerine Etkisi

Ameliyathaneler doğası gereği, otokontrolünün azalması, mahremiyetini koruyamama tedirginliği ve anesteziye bağlı bilinmezlik endişesi nedeniyle hastaların en savunmasız olduğu yerlerdir. Bu bilinmezlik nedeniyle hasta fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel anlamda güven açlığı hisseden özel bir durum içerisinde kalır (Akyüz, 2008; Dramalı ve Demir, 1996; Eskici, 2013).

Kişilerin içinde bulunduğu durum ve olaylara bakış açılarının yarattığı farklı duygulanımlara rağmen hastaların neredeyse tamamı cerrahi işlem öncesi anestezi almaya bağlı ölüm korkusu, ameliyat sonrası sakat kalma, mevcut fonksiyonlarını kaybetme, aile içi süreçlerde rollerini yerine getirememe korkularını yaşamaktadırlar

Kişilerin ameliyathaneye indirilmeden, ameliyat öncesi hazırlık döneminde sağlık profesyonellerinden, ameliyattan önce bekletilmeme, psikolojik açıdan

rahatlatıcı konuşmalar yapılması, ilgi görme ve hoşgörölü davranılması beklentileri olmaktadır. Bu beklentileri yeteri miktarda karşılanmayan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ruhsal ve psikolojik stres yanıtlarına rastlanmakta ve ameliyat sonrası dönemde komplikasyon yaşanma sıklığını arttırmaktadır. Psikolojik desteğe ve güven duygusu hissetmeye ihtiyacı olan hasta, fiziksel, ruhsal, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlarını doyurabileceği birine gereksinim duyar. Bu kişi ameliyathane koşullarında genellikle ameliyathane hemşiresidir (Aksoy ve ark., 2012; Özbayır, 2010; Akyolcu, 2003; Aykent ve ark., 2007; Aksoy, 2003; Demirel ve ark.,2001; Yılmaz ve ark.,2011).

2.4. Ameliyathane Hemşireliğı

Ameliyathane hemşireliğı, 19. yüzyılın başlarından süregelen bir branşlaşma alanı olarak cerrahın uyguladığı girişimlerde görev, yetki ve sorumluluk alan, cerraha vaka süresince alet, malzeme uzatıp spanç, batın gibi malzemeleri veren, vakanın hasta lehine işleyişini sağlamak amacıyla her türlü alet ve malzemelerin bulunmasını sağlayan koordineli çalışan profesyonel bir hemşirelik alanıdır. Ameliyathanelerde, uygulanacak cerrahi girişime ait ameliyat masası ve spesifik malzeme hazırlığı, uygulanan cerrahi girişim süresince hasta bakımının sorumluluğı sağlaması hemşirenin rol ve sorumlulukları içerisinde. Ameliyathane hemşireliğı ilk uzmanlık dalı olarak 19. yüzyılın sonlarına doğru mesleğe olan saygınlık ve hasta bakım rolündeki katılımın artmasıyla beraber branşlaşma olarak kabul edilmiştir. Bu dönem itibari ile, ameliyathane hemşirelerinin, cerrahi girişim ile ilgili malzemeleri hazırlayıp öngörölüleriyle malzeme tedarikini sağlayan, hasta bakımına katılan, hastaların güvenliğini sağlayan ve oluşabilecek herhangi bir enfeksiyon riskini engelleme gibi sorumlulukları olduğu belirtilmiştir (Gümüşkaya, 2010; Gürel, 2012; Eskici, 2013; Spry, 2008; McGarvey ve ark., 2000).

1969 yılında tanımlanan Profesyonel Ameliyathane Hemşireliğinin göre ise, hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini belirleyerek, gereksinim ihtiyaçlarına göre hemşirelik uygulamalarının koordinasyonu ve hasta merkezli planlanan hemşirelik bakım prosedürlerinin uygulanmasıdır (Gürel, 2012; Eskici, 2013; McGarvey ve ark., 2000; Gümüşkaya, 2010).

Amerikan Ameliyathane Hemşireliğı Birliğı (AORN- Association of Perioperative Registered Nurses) ameliyathane hemşireliğini, uygulanan büyük ve

küçük cerrahi girişimler sebebiyle koruyucu refleksleri veya kendine bakım yeterliliğini sağlayamayan hastaların ihtiyacı oldukları gereksinimleri karşılamak için hemşirelik süreci doğrultusunda bu gereksinimleri tanımlayan, planlayan, uygulayan ve değerlendirerek koordine eden profesyonel bir hemşirelik alanı olarak tanımlamaktadır (Gürel, 2012; Eskici, 2013; Gümüşkaya, 2010; Uludoğan, 2010; Atkinson ve ark.,1996; The Mosby, 2007; AORN, 2009; Kanan, 2011).

Ameliyathane hemşireleri, hemşireliğin diğer branşlarından farklı olarak birime özel dinamiği olan profesyonel bir sağlık ekibidir. Bu profesyonel sağlık ekibinin; hızlı öğrenme, öğrendiklerini uygulamaya yansıtabilme, hızlı aksiyon alıp organize edebilme, sonuçları değerlendirip denetleme rolleriyle birlikte dikkatli, sağduyulu, kişiler arası ilişkilerde başarılı, iyi bir gözlemci ve sabırlı olma yetkinliklerine de sahip olmalıdır (Eskici, 2013; Aksoy, 1996; Gümüşkaya, 2010; Atkinson ve Fortunate, 1996).

Hastaların anestezi almalarına bağlı ameliyathanedeki süreçlerinin uzun bir döneminde bilinçsiz olmasından kaynaklı, hastanın mahremiyetinin korunması ameliyathane hemşiresinin sorumluluğundadır. Bu sorumluluğu üstlenen ameliyathane hemşiresi, cerrahi tedavi sebebiyle hastaneye yatışı yapılan hastanın, ameliyathaneye kabul edilmesinden cerrahi servisine alınmasına kadar geçen süreçte hastanın ihtiyaç duyduğu tüm fiziksel, psikolojik ve bilişsel ihtiyaçlarını ve bakımını nitelikli bir şekilde etik ilkeler doğrultusunda karşılamakla yükümlüdür (Coşkun ve Akbayrak, 2001; The Mossby, 2007; Eskici, 2013).

Profesyonel ameliyathane hemşiresi, yükümlü olduğu rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi için bilim ve teknoloji ışığında uzmanlık alanındaki bilgi ve becerilerle donanmış olmalıdır (Yıldırım, 2000; Eskici, 2013; Gürel, 2012).

Ameliyathane hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları 25 Nisan 2007 tarihli ve 5634 sayılı hemşirelik kanunda tanımlanmıştır. 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı resmi gazete yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te ise yapılan tanımlar detaylandırılmıştır. Bu tanımlamalara göre, dolaşan (sirküle) hemşire, hastaya kendini tanıtır, cerrahi işlem uygulanacak hastaya kimlik doğrulaması yapar, hastadan sözel yanıtlar alır ve hasta bilgileriyle dosyasını eşleştirir. Hastanın bilgi güvenliğini sağladıktan sonra hastanın ameliyat masasına alınmasını sağlayıp cerrahi işleme uygun pozisyon verilmesine ve mahremiyetinin korunmasına yardımcı olur. Steril (scrub) hemşire, steril alanda enfeksiyon bulaşını

önlemeye yönelik aseptik tekniklere uyar, hasta güvenliği ilkelerine yönelik önlemler alır, hastanın steril örtülmesini sağlar, cerrahi işlem öncesi, sırası ve sonrasında spanç, kompres ve vaka içerisinde kullanılan tüm malzemeleri ve aletleri sayar ve sirküle hemşireyle birlikte kaydedilmesini sağlar, cerrahi işlem sırasında hastadan alınan dokuya ait numuneleri tanımlayarak sirküle hemşireye güvenli teslimini sağlar (T.C. Resmi Gazete, 25 Nisan 2007, sayı:5634; T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı: 27910; Aktaş,2007; Conner, 2009; Meeker ve Rothrock, 1999; The Mossby, 2007; Eskici, 2013; Gürel,2012).

19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı resmi gazetede yayımlanan hemşirelik yönetmeliğe göre ameliyathane hemşirelerin ameliyathane risklerine görev yetki ve sorumlulukları Tablo 2.1’de yer almaktadır.

Tablo 2.1. Ameliyathane Hemşirelerinin, Ameliyathane Risklerine Yönelik Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelik Girişimi	Hemşirelik Kararı ile Uygulanır	Hekim Kararı ile Uygulanır	Hekim ile Birlikte Yapar
Hasta güvenliği açısından ameliyat öncesi kontrollerinin yapılması (doğru hasta, doğru ameliyat yeri vb)	X		
Ameliyat öncesi ameliyathanede uygulanan girişimler			
Ameliyat odasının kontrolü (Ameliyat odasının hazırlanmasının sağlanması, ameliyat için gerekecek cihaz ve malzemeler, masa, pozisyon, aksesuar hazırlığı ve kontrolü)	X		
Steril ve steril olmayan malzemelerin kontrol edilmesi ve aseptik tekniğe uygun olarak açılması	X		
Ameliyathaneye hasta kabulü (hastanın kimliğinin ve dosyasının kontrolü vb.)	X		
Hastanın vücut traşının kontrol edilmesi	X		
Hastanın ameliyat masasına alınması (hastaya güvenli pozisyon verilmesi ve uygun şekilde örtülmesi)	X		
Skrab hemşire ve cerrahın steril koşullara uygun şekilde giyinmesine yardımcı olunması	X		X
Cilt temizliği için aseptik solüsyon verilmesi	X		
Ameliyat sırasında kullanılacak malzemelerin bağlantısının yapılması ve kullanıma hazır hale getirilmesinin sağlanması (ışık, ayak pedalt, koter vb.)	X	X	X
Ameliyat sırasında uygulanan girişimler			
Cerrahi işlem sırasında hastanın yaralanmasının önlenmesi	X		
İntraoperatif dönemde infeksiyon kontrolü	X		
Cerrahi işlem sırasında işleme katılım		X	X
Cerrahi işlem boyunca steril ortamı izleme ve devamlılığını sağlama	X		X
Cerrahi işlem boyunca gerekli malzemelerin uygun şekilde kullanılmasına destek olma	X		

Tablo 2.1. (devam) Ameliyathane Hemşirelerinin, Ameliyathane Risklerine Yönelik Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelik Girişimi	Hemşirelik Kararı ile Uygulanır	Hekim Kararı ile Uygulanır	Hekim ile Birlikte Yapar
Ameliyat sonrasında uygulanan girişimler			
Ameliyat sonunda spanç, alet, iğne sayımlarını güvenli bir şekilde yapımı ve kaydetme	X		
Odanın ve malzemelerin bir sonraki vakaya hazırlanmasının sağlanması	X		

Kaynak: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>

2.5. Hasta Güvenliği

Söz konusu insan olduğunda güvenlik hayati bir önem taşımaktadır. İnsanların güvenli bir ortamda huzurlu bir şekilde yaşayabilmeleri için vücut bütünlüklerinin tam ve sağlıklı olması ve korunması tarihin eski çağlarından günümüze kadar farklı yaptırımlarla güvence altına alınmıştır. Bu güvence, insana verilen en tabi ve vazgeçilmez hak olan yaşama hakkından temel alır (Usta, 2018; Korkmaz, 2012).

Hasta güvenliğini temel alan birçok tanım bulunmaktadır. Hepsinin temelinde hastaya zarar vermeme ilkesi yer alır. Hasta güvenliğine yönelik en sık kullanılan tanım “sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmeti alan kişiye verilebilecek olası zararları önlemek amacıyla alınan tedbirlerdir” olarak ifade edilir (Güven, 2007; Usta, 2008; Güven, 2013).

NPSA (Ulusal Hasta Güvenliği Derneği); hastalara yönelik risk değerlendirme, hasta ilişkili risklerin tanılanması ve yönetilmesi, tekrarlayan risklerin azaltılması, raporlanması ve analiz edilmesi, bunlara yönelik çözümlerin uygulamaya yansıtılması sonucu hastaya güvenli bakım verme sürecini hasta güvenliği olarak tanımlamıştır (Belgin, 2018; ICN, 2018).

Uluslararası Hemşireler Birliği, (International Council of Nurses; ICN) hasta güvenliğini; sağlık bakım profesyonellerinin işe alınma süreci, eğitimi, mesleğe kazandırılması, performanslarının yükseltilmesi, güvenli ilaç kullanımı, başarılı klinik uygulamalar, cihaz güvenliği, enfeksiyonlarla mücadele, bakım ortamlarının sağlıklı olması, bilimsel bilgi ve liderliğe dayalı hasta güvenliğine odaklı alt yapı

hizmetlerinin bütünsellik içinde bir araya getirilmesi olarak tanımlamıştır (Belgin, 2018; ICN, 2018; Ongün, 2015).

World Health Organization (WHO)'ya göre ise; hasta güvenliği sağlık bakımı sürecinde hastaya önlenebilir zararın olmaması şeklinde kısaca tanımlanmaktadır (WHO, 2004).

NPSF (National Patient Safety Foundation)'nin tanımına göre hasta güvenliği; sağlık hizmetleri kaynaklı hastaya zarar veren nitelikte önlenebilir herhangi bir istenmeyen sonuçtan kaçınılması anlamındadır (ICN, 2018; Ongün, 2015).

2.6. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği, en eski tarihi dönemlerden günümüze kadar önemli bir kavram olmuştur ve yazıya dökülmüştür. Milattan Önce (MÖ) 1700'li yıllarda yazılı hale getirilen Hammurabi Kanunları'nda “Bir hekim birisine bronz ameliyat bıçağı ile tehlikeli bir yara açar ve öldürürse veya bir abse açar ve gözünü harab ederse iki eli kesilir” ifadesi yer alır. Tıp biliminin değerli bilim insanlarından biri olan Galen, “Primum non nocere” (önce zararlı olma) ilkesini öne sürmüştür. 1883 yılında İngiltere kanunları arasında “Tıbbi ihmal” kavramı yer almıştır. Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale hasta güvenliğine ve hastane ilişkili enfeksiyonlara dikkat çekmek için “Bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor... Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır” cümlelerini dile getirmiştir (Önler, 2010; Gürel, 2012; Usta, 2018; Ovalı, 2010).

2.6.1. Dünyada Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği evrensel nitelikte bir sorun olması nedeniyle dünya ülkelerinin birçoğu hasta güvenliği sorunlarının çözülmesine yönelik birtakım bildirim sistemleri geliştirmişlerdir. Bazı ülkeler bu bildirim sistemlerini zorunlu kılarken bazıları ise gönüllülüğe dayandırmıştır. Örneğin; Çek Cumhuriyeti'nde tıbbi ekipman hataları, kan transfüzyonuna bağlı reaksiyonlar, ilaç etkileşimleri ve yan etkileri, hasta bakım ilişkili enfeksiyonların bildiriminin sağlık çalışanları tarafından yapılmasını zorunlu kılarken Danimarka'da özellikle ilaç yan etkilerinin bildirilmesi mecburi kılınmıştır. İngiltere'de hasta güvenliğinde yol göstermesi açısından Ulusal Hasta Güvenliği Derneği tarafından Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi

kurulmuştur. Hollanda’ da ise diğer ülkelerin aksine cezaya dayandırılmayan gönüllü raporlama sistemi mevcuttur. Yalnızca ölümle sonuçlanan durumlarda raporlama yapmak zorunlu kılınmıştır (Belgin, 2018; Ongün, 2015).

ABD Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine) hasta güvenliğine yönelik önerdiği amaçlar güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında verilen verimli ve eşit dağıtılan sağlık hizmeti olarak belirtilmiş; nitelikli bir sağlık sistemi sunan sağlık kurumları için hasta güvenliğini ilk sırada tutmuştur (Salman, 2019; IOM, 2004; Önler, 2010).

DSÖ yaptığı çalışmalar sonucunda hasta güvenliği ile ilgili 8 gerçek üzerinde durmuştur (WHO, 2013). Bunlar;

1. Hasta güvenliğinin tüm dünyada yaşanan önemli bir sorun olması,
2. 10 hastadan bir tanesinin hastanedeyken zarar görüyor olması,
3. Hastane enfeksiyonlarının, kabul edilen her 100 hastanın 14’ünü etkiliyor olması,
4. Çoğu insanın uygun tıbbi cihazlara erişememesi,
5. Güvenli olmayan enfeksiyonların 2000’den 2010’a kadar %88 oranında azalması,
6. Güvenli ameliyatın sağlanmasının ekip çalışması yaklaşımını gerektirmesi,
7. Yetersiz sağlık bakımı nedeniyle tüm sağlık harcamalarının yaklaşık %20-40’ının boşa harcanması,
8. Sağlık hizmetlerinde tutulan güvenlik kaydının yetersiz ve zayıf olmasıdır.

Hasta güvenliğinde önleyici ve düzenleyici yaklaşımlar söz konusu olmalıdır. Bu süreçte oluşabilecek riskler üzerinde çalışmalar yapılmalıdır. Hasta güvenliğinde sıfır hata ile çalışma hedeflerine ulaşmak için uluslararası hedefler ve kriterler geliştirilmiştir. Joint Commission International (JCI) tarafından 2011 yılında güncellenen “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri” buna hizmet etmektedir (JCI, 2017; Sarp, 2015; Sarp, 2018).

Uluslararası hasta güvenliği hedefleri:

Hedef 1: Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi: Her türlü tedavi ve prosedürün uygulanmasında hastaya ait en az iki kimlik bilgisi kullanılmalıdır. Hastanın oda numarası asla hasta kimliklendirmede kullanılmaz.

Hedef 2: Etkili İletişimin Artırılması: Sözel ya da telefon direktiflerinin alınmasına ya da kritik test sonuçlarının raporlanmasına yönelik bir süreçtir. Bu süreçte bilgiyi alan kişi tarafından test sonucunun ya da direktifin geri okunarak doğrulanması gerekir.

Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi: Konsantre elektrolitlerin hasta bakım alanlarında bulunmamasıdır.

Hedef 4: Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisinin Sağlanması: Cerrahi uygulama öncesinde, doğru uygulamanın, doğru hastaya ve doğru taraf cerrahisine yapılmasını sağlamak için “son kontrolü” içeren bir kontrol listesinin kullanılmasıdır. Cerrahi işlemde ihtiyaç duyulacak tüm dokümanların ve ekipmanın mevcut olduğunun, doğruluğunun, fonksiyonel uygunluğunun kontrol edilmesi; ameliyat edilecek tarafın işaretlenmesi, ameliyat sonrası malzeme sayımının sağlanmasıdır.

Hedef 5: Sağlık Bakımı İlintili Enfeksiyonların Azaltılması: Genel olarak kabul görmüş ve güncel el hijyeni rehberlerine uyulmasıdır.

Hedef 6: Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması: Hastaların almış olduğu ilaçlara bağlı olarak taşıdıkları potansiyel risk göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ve belirlenen riskleri azaltacak veya ortadan kaldıracak önlemlerin alınmasıdır. (JCI, 2017; Sarp, 2018).

Hasta güvenliği hedeflerine yönelik Gürel’in yaptığı ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşiresinin rolü ile ilgili çalışmada araştırmanın yapıldığı kurumda çalışan ve hasta güvenliği uygulama ve çalışmaları eğitimi alan hemşirelerin bu yöndeki yaklaşım ve tutumlarının olumlu olduğu görülmüştür (Gürel, 2012).

Ameliyathanedeki tüm hasta güvenliği uygulamaları hatayı en aza indirmeyi ve hastanın iyilik halini olabildiğince artırmayı hedeflemektedir. Özellikle ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin savunuculuk ve güvenli çevre oluşturma rolü, bu konuda ön plana çıkmaktadır (Önler, 2010; Canpolat, 2011; Gürel, 2012). Ameliyat sırası dönemde hemşirelik bakımı, hasta güvenliğini ve iç dengesini

sürdürmeye, hastaya en uygun güvenli pozisyon vermeye ve hastaya psikolojik destek olmada rol oynar. Hemşirelik girişimlerinde bilimselliğe dayanarak, bakım ve rahatlatıcı davranışlar ameliyathane hemşiresinin merkezinde yer almaktadır (Çil Eyi, 2012).

Dolayısıyla bu kadar kilit bir role sahip ameliyathane hemşirelerinin güvenli cerrahi uygulamalarında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu noktadan hareketle araştırma, ameliyathane hemşirelerinin cerrahi güvenlik formuna ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

2.6.2. Türkiye’de Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği ile ilgili Türkiye’de henüz yapılandırılmış bir sistem mevcut değildir. Fakat hasta güvenliğine yönelik alınması gereken önlemler için uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilmekte olan kurumlarda belirlenmiş standartlar içerisinde, hasta güvenliğini riske sokacak durumların izlemi, kaydı ve iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Kurumlar arası bildirim kültürlerinin ve kullanılan prosedürlerin birbirine göre farklılık göstermesi ve ortak bir paydada buluşulamaması gözden kaçırılmamalıdır (Türk, 2015; Belgin, 2018).

Hasta güvenliğine yönelik kültür geliştirmek ve yaymak için son yıllarda Türkiye’de sağlıkta kalite standartlarını iyileştirmeyi hedefleyen birtakım dernekler kurulmuştur. Bu dernekler içerisinde Hasta Güvenliği Derneği ve Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği çalışmalarını hala sürdürmektedirler. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı’nın JCAHO (Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations) ile yürüttüğü çalışmalarda hasta güvenliğine yönelik hedefler programı, hasta güvenliği bildirim sistem uygulamaları ve hasta güvenliğine yönelik hataların iyileştirilmesi çalışmaları pilot hastanelerde uygulanmaya başlanmıştır (Kırılmaz, 2010; Arslan ve ark., 2009; Türk, 2015).

Türkiye’de hasta güvenliği ile ilgili 6 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile “Sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet

sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasların düzenlendiği” ibaresi ile sağlanmaktadır (T.C.Resmi Gazete, 6 Nisan 2011, sayı: 27897; Usta, 2018).

2.7. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)

Hasta güvenliği hedefli ilk uygulama UBK (Uluslararası Birleşik Komisyonu) tarafından belgelendirilip ilk olarak Evrensel Protokol (Universal Protocol) ile 2003-2004 yılları arasında 2257 tane ABD’de bulunan hastanelerde daha sonrasında Cerrahi Hasta Güvenlik Sistemi (CHGS) ile 2007-2009 yılları arasında 16 tane Hollanda da bulunan hastanede Surgical Patient Safety System (SURPASS) ile uygulanması sağlanmıştır. (Vries, Dijkstra et al. 2010; Treadwell, Lucas et al. 2014; Candaş ve Gürsoy, 2015).

Hasta güvenliğini temel alan uygulamalar sürdürülürken, Dünya Hasta Güvenliği İttifakı (The World Alliance for Patient Safety) “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” sloganına dikkat çekerek cerrahi işlemlere bağlı hataları engellemeyi amaç edinmiştir. Hedeflenen bu uygulama ile; hastanın kimlik doğrulaması, hastaya doğru taraf cerrahisi uygulanması, anestezi öncesi ve sonrası solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesi, hastadan alınan doku örneklerinin açık ve net şekilde kaydedilmesi, oluşabilecek herhangi bir enfeksiyon riskinin ortadan kaldırılması gibi temel hedefler başarılı bir ekip çalışması ile temellendirilir (Catalano 2009; National Patient Safety Agency, 2009; Beaumont, Russell et al., 2012; Candaş ve Gürsoy, 2015).

DSÖ, temellendirilmiş bu proje ile 9 Şubat 2009 tarihinde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) uygulamasını, anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyattan çıkmadan önce ibareleriyle üç bölümde oluşturmuştur. GCKL uygulaması ile cerrahi işlem öncesi ve cerrahi işlem sonrası hasta güvenliğini tehdit eden komplikasyonlar %11’den %7’ye düştüğü, ölüm oranlarının ise %1.5’ten %0.8’e düştüğü belirlenmiştir (Anonymous 2009; Catalano, 2009).

DSÖ, pilot uygulama olarak İngiltere ve Galler’de GCKL’si uygulamasını, lokal anestezi alan hastalar dahil her türlü cerrahi işlem yapılacak hastalara 1 Şubat 2010 tarihi ile uygulamaya başlatmıştır (News Medical, 2008; Catalano 2009; Candaş ve Gürsoy, 2015).

DSÖ'nün "Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir" olarak tanımladığı ifadede yola çıkarak GCKL'ni, her ülke kendi düzenlemesi ile tekrardan uygulamaya koymuştur. Türkiye'de de bu doğrultuda Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, DSÖ tarafından kabul edilen üç bölümden oluşan GCKL'ni Türkiye'ye uyarlayarak bu üç bölüme ek olarak "Hasta güvenliği hasta ameliyathaneye gelmeden başlar" ifadesi üzerine hastanın klinikten ayrılmadan önce takibinin yapılmasını sağlamak amacıyla dördüncü bölümü eklemiştir (Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (b); Candaş ve Gürsoy, 2015; Bozkurt, 2019).

Türkiye'ye uyarlanan GCKL (Şekil 2.1) 2009 yılında dört bölüm esasında uygulanmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (b)).

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ			
		Hastanın Adı	
		Ameliyat Bölgesi	
		Ameliyat Tarihi	

I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesisinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce
1. Hastanın; ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı 2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi? ☐ Evet ☐ Evet ☐ Hayır 3. Hasta aç mı? ☐ Evet ☐ Hayır 4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Gerekli değil 5. Hastada makyaj/öje, protez, değerli eşya var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkartılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? ☐ Lavman ☐ Mesane kateterizasyonu ☐ Varis Çorabı ☐ Özel tedavi protokolü ☐ Diğer ☐ Hayır 8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? ☐ Evet	10. Hastanın kendisinden; ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat bölgesi ☐ Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı? 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☐ Var ☐ İşaretleme uygulanmaz 12. Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlandı mı? ☐ Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? ☐ Evet ☐ Hastanın risk değerlendirmesi 14. Hastanın bilinen alerjisi var mı? ☐ Yok ☐ Var 15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Gerekli değil 16. Hastada kan kaybı riski var mı? ☐ Yok ☐ Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.	17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? ☐ Evet 18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? ☐ Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? ☐ Tahmini ameliyat süresi ☐ Beklenen kan kaybı ☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar ☐ Olası anestezi riskleri ☐ Hastanın pozisyonu 20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? ☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı ☐ Kullanılmaz 21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? ☐ Evet ☐ Hayır 22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır 23. Kan şekeri kontrolü uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır 24. Antikoagulan kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır	26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak; ☐ Hasta ☐ Yapılan ameliyat ☐ Ameliyat bölgesi teyit edildi. 27. Alet, spaç / kompres ve iğne sayımları yapıldı. ☐ Evet/Tam ☐ Hayır ☐ Sayım uygulanmaz 28. Hastadan alınan numune etiketinde ☐ Hastanın adı doğru yazılı ☐ Numunenin alındığı bölge yazılı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? ☐ Anestezi uzmanı önerileri ☐ Cerrahin önerileri 30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? ☐ Evet
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza

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

Şekil 2.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

GCKL'nin her aşamasında cerrahi ekip üyeleri, kendileriyle ilgili doldurdukları bölüme geçerken bir önceki aşamada bölümün doldurulup doldurulmadığını teyit etmeli ve diğer bölüme geçiş bu şekilde sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (b); Candaş ve Gürsoy, 2015; World Health Organisation, 2008).

2.7.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin^{TR} Uygulanması

GCKL^{TR}, hastanın klinikten ayrılmadan önce, anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyattan çıkmadan önce olacak şekilde toplam dört aşamadan oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (c); Candaş ve Gürsoy, 2015).

2.7.1.1. Klinikten Ayrılmadan Önce

Bu bölüm, hastanın ameliyathaneye transferi sağlanmadan önce cerrahi hemşiresi tarafından cerrahi serviste doldurulan alandır. Bu bölümde dokuz güvenlik adımı mevcuttur (Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 c; Bozkurt, 2019; Candaş ve Gürsoy, 2015).

Bu güvenlik adımları;

1. Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi kontrol edilmesi,
2. Hastanın cerrahi işlemle ilgili rızası olup olmadığını ispatlayan onamların varlığı,
3. Hastanın açlık durumunun uygunluğu,

Hastaların açlık durumları ile ilgili olarak Amerikan Anestezi Birliği, (ASA, The American Society of Anesthesiologists) altı saat önceye kadar katı gıdaların, iki saat önceye kadar ise berrak sıvıların kesilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hastaların kusup bunu aspire etme risklerinin durum değerlendirmesi anestezi ekibi tarafından yapılmalıdır. 2005 yılında İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji, (The Royal College of Nursing) cerrahi işlem öncesi aç kalma süresini sağlıklı çocuklar, sağlıklı yetişkinler, yüksek risk taşıyan bireyler ve planlı cerrahi uygulanacak hastalar şeklinde gruplamıştır. Elektif cerrahi uygulanacak hastalar için, iki saate kadar su tüketimi, altı saate kadar ise, katı gıda tüketimi sona ermiş olmalıdır (Bozkurt, 2019 ; WHO, 2019; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012 ; Candaş ve Gürsoy, 2015).

4. Ameliyat bölgesi tıraşının yapılıp yapılmadığının kontrolü, (ameliyat bölgesi saha temizliği cerrahi işlem uygulanmadan hemen öncesinde yapılır) (WHO, 2019; Bozkurt, 2019; Candaş ve Gürsoy, 2015).
5. Hasta üzerinde makyaj, oje, protez olup olmadığının sorgulanması, Hastada bulunan takı, metal içerikli değerli eşyalar çıkarılır. Cerrahi işlem sırasında hemostazı sağlamak için kullanılan elektrokoter cihazları hastalarda yanıklara sebep olabilir (Bozkurt, 2019; WHO,2019; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012).
6. Hastaya ait tüm kıyafetlerin çıkarılıp (alt iç çamaşırı hariç) ameliyat önlüğü giydirilmesi ve bonesinin takılması, Hasta üzerinde ne kadar fazla kıyafet olursa sterilizasyon güvenliği o kadar tehlikeye girer (WHO, 2019; Bozkurt, 2019).
7. Cerrahi işlem öncesi hastanın herhangi bir özel işleme ihtiyacı olup olmadığının sorgulanması, Yapılacak cerrahi işlem için, cerrahi işlem öncesinde vakaya özgü ve özel herhangi bir girişime ihtiyaç olup olmadığı belirlenir. Örneğin yapılacak kolon ameliyatlarında, bağırsağın boşaltılmasını sağlamak amacıyla hastaya lavman işleminin yapılması, hastada emboli atma riskinin yüksek olduğu vakalarda ve uzun süreli hareketsiz kalan hastaya ameliyat öncesinde antiembolik çorap (varis çorabı) giydirilmesi, hastanın özel tedavi protokolüne ihtiyacı olup olmamasının sorgulanması (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Bozkurt, 2019).
8. Uygulanacak cerrahi işlem için spesifik malzeme teminine ihtiyaç olup olmadığı, hastaya implant, protez gibi özellikli malzeme temini, hastanın kan ve kan ürünlerinin hazırlığının yapılıp yapılmadığının sorgulanması, (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Bozkurt, 2019; Candaş ve Gürsoy, 2015).
9. Hastaya ait radyoloji görüntüleme tetkikleri ve laboratuvar bulguları sonuçlarının hasta dosyası içerisinde mevcut durumunun kontrolü, (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Bozkurt, 2019).

2.7.1.2. Anestezi Verilmeden Önce

Bu bölüm, cerrahi servisten ameliyathaneye gelen hastanın anestezi teknikleri, anestezi uzmanı ve cerrahi ekip üyelerinden en az biri ile oluşturulan hasta

güvenliğine yönelik yedi adımı karşılamaktadır. (Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011(c), Catalona, 2009; Candaş ve Gürsoy, 2015).

Bu bölüm basamakları şu şekildedir:

1. Hastanın kimlik bilgileri kontrolü, yapılacak ameliyatın ne olduğu, ameliyat bölgesi, uygulanacak cerrahi işlem için hastanın rızasının kontrolünün sağlanması, (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Bozkurt, 2019).

2. Hastanın taraf cerrahisine ait ameliyat bölgesinde işaretleme olup olmadığının belirlenmesi, Taraf bölgesi işaretlemesi, hekim tarafından hasta ameliyathaneye indirilmeden önce cerrahi servisinde yapılmalıdır. Taraf bölgesinin teyidi hasta tarafından da doğrulanmalıdır. Eğer cerrahi işlem uygulanacak birden fazla taraf varsa her tarafın işaretlenmesi sağlanmalıdır. İstisnai durum olarak, tek organ vakalarında işaretlenme uygulanmayabilir. Örneğin, baypass, sectio vakaları gibi. (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012).

3. Anestezi güvenlik kontrol listesinin tamamlanmasının sağlanması, Anesteziye ait cihazların çalışır olma durumları, hastanın zor entübasyon açısından değerlendirilmesinin sağlanması, aspirasyon risk değerlendirilmesi yapılması, yüksek riskli ilaçların kontrolünün sağlanması) (WHO, 2019; Bozkurt, 2019; Candaş ve Gürsoy, 2015)

4. Pulse oksimetrenin hastaya bağlı olmasının ve çalışır olma durumunun değerlendirilmesi, (Cherkashi ve ark., 2016; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Zingiryan ve ark., 2017)

5. Hastanın alerji durumunun risk değerlendirilmesi,

6. Görüntüleme cihazlarına ulaşabilirlik durumunun değerlendirilmesi, (ameliyatların planlanmasına ve kritik karar verme sürecinde etkili olan görüntüleme sistemlerinin organize edilebilme durumları)

7. Hastanın kanama riski değerlendirilip, 500 ml ya daha fazla kan kaybı olup olmayacağı durumunun olup olmamasına bağlı olarak, damar yolu ve sıvı erişiminin sağlanması, (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Bozkurt, 2019).

2.7.1.3. Ameliyat Kesisinden Önce

Bu bölümde, cerrahi işlem için insizyon hattı oluşturmada hemen önce, hastaya anestezi verilip ekipteki tüm üyelerin cerrahi mola (time out) zamanını kapsar (Catalano 2009; Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 c; Bozkurt, 2019; Candaş ve Gürsoy, 2015). Bu bölüm aşamaları:

1. Ekip üyelerinin kendilerini isim, soyisim ve görevleri ile tanıtımını sağlamaları,
2. Ekip üyelerinden birinin son kez sesli olarak hastanın bilekliği ile dosyayı eşleştirip kimlik doğrulamasını, yapılan ameliyatı ve cerrahi insizyon kesisinin bölgesinin teyidini sağlaması,
3. Yapılacak ameliyata bağlı olası komplikasyon riskinin değerlendirilmesi, (travma riski, yanıklar, tahmini ameliyat süresinin uzaması, kan kaybının olması, anestezi risklerinin yaşanması, hastanın pozisyonunun durumu)
4. Hastanın muhtemel etkenlere yönelik cerrahi profilaksisinin uygulanma durumunun sorgulanması,
5. Enfeksiyon riskini engellemek için, anestezi hekimi tarafından cerraha son 60 dakika içinde hastaya antibiyotik uygulanıp uygulanmadığı sorulur. Eğer hastaya antibiyotik uygulanmamış ise anestezi hekimi ve cerrahın sözel onaylarıyla hastaya antibiyotik uygulanır. Cerrahi işleme bağlı antibiyotik profilaksisi ek dozu istenirse, cerrah onayıyla hastaya uygulama yapılır. İnsizyon kesisi yapılmayan kontamine olacağı düşünülmeyen vakalarda ise antibiyotik uygulanmayabilir (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Bozkurt, 2019).
6. Cerrahi işlem için ameliyat malzemelerinin hazır olma durumlarının sorgulanması,
7. Ameliyatta kullanılacak malzemelerin, vaka için açılan her paketin sterilizasyona uygunluğunun değerlendirilmesi,
8. Kan şekeri kontrolüne ihtiyacın olup olmamasının değerlendirilmesi
9. Hastanın kanama riskini arttıracak antikoagülan kullanımının sorgulanması,
10. Hastanın derin ven trombozu riskinin değerlendirilmesi şeklindedir (Catalano 2009; Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 c; WHO, 2019; Bozkurt, 2019; Candaş ve Gürsoy, 2015; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012).

2.7.1.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Bu bölümdeki değerlendirme, insizyon hattı kapanıp son cilt süturu atılana kadar sayımların gerçekleşmesi, hastanın transfer edileceği cerrahi klinik ya da yoğun bakımdaki postop süreçte hasta bakımındaki önemli basamakları barındırır (Catalano, 2009; Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (c); Candaş ve Gürsoy, 2015; Bozkurt, 2019; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012).

Bu bölümde:

1. Gerçekleştirilen ameliyatın son kez sözel olarak doğrulanması, (hastanın kimliği, yapılan ameliyat ve ameliyat bölgesi teyidi)
2. Ameliyat sırasında kullanılan alet, spanç, batın ve iğne sayılarının tam olup olmamasının değerlendirilmesi, (Ameliyat başlamadan önce, ameliyat sırasında ve hasta kapatılırken sayımlar tekrarlanması ve son yapılan sayımın bilgisinin cerrahi ekibe verilmesi) (Kowalski ve Anthony, 2017; Bozkurt, 2019; WHO, 2019)
3. Hastadan alınan numune örneklerinin etiketindeki ad soyad eşleştirmesi ve alınan doku örneğinin nereden alındığının bilgisinin tam ve eksiksiz verilmesi,
4. Ameliyat sonrası cerrahi ve anestezi açısından hastayla ilgili kritik olabilecek risk değerlendirilmesinin yapılması,
5. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölümün değerlendirilmesinin yapılması, şeklindedir (Bozkurt, 2019; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; WHO, 2019; Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (c)).

2.8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının Önemi ve Amacı

GCKL'nin koordinasyonun sağlanabilmesi için ekip içinde iletişimin iyi ve yeterli olması, sürecin kontrollü ve doğru bir şekilde ilerlemesi gerekmektedir. Uygulanan her işlem basamağında bir önceki sürecin tam ve eksiksiz olduğu, ilgili ekip üyeleri tarafından (hatta mümkünse sesli ve sözel) onay alındıktan sonra bir sonraki basamağa geçiş sağlanmalıdır. Güvenli cerrahi kontrol listesinin tam ve eksiksiz kullanılmasıyla cerrahi işlemlere bağlı ölüm oranının azaldığı, hataların engellendiği ve oluşabilecek ciddi komplikasyonları önlemede etkin bir role sahip olduğu bildirilmiştir (Bozkurt, 2019; Candaş ve Gürsoy, 2015; Pauniahoe ve ark., 2009; Treadwell ve ark., 2014).

GCKL kullanımı ile ilgili Bliss ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, komplike ve yüksek risk içeren cerrahi işlemlere bağlı ölüm oranlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir başka çalışma olarak Askarian ve arkadaşları (2011), GCKL uygulamalarının tam ve eksiksiz kullanılmasıyla cerrahi işlemlere bağlı oluşabilecek komplikasyonların, %22.9'dan %10'a düştüğünü ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra Borchord ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada GCKL'nin üçüncü aşaması olan "Ameliyat Kesisinden Önce" bölümündeki kullanım durumu ve ekibin uygunluğu %70'ten %100'e yükseldiği belirtilmiştir (Askarian ve ark., 2011; Borchord ve ark., 2012; Bliss ve ark., 2012; Candaş ve Gürsoy, 2015; Hannam ve ark., 2014).

Yapılan bu çalışmalarla beraber GCKL uygulamaları, cerrahi işlem uygulanacak hastalar için, hasta güvenliğine yönelik kültürü geliştirip, oluşabilecek tıbbi hataları önlemede ve cerrahi ekip arasında ekip çalışmasının geliştirilmesini sağlar (Leape ve ark., 1998; WHO, 2019; Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi Kontrol Listesi, 2012; Weiser ve ark., 2010; Uğurlu ve ark., 2012; Candaş ve Gürsoy, 2015).

GCKL'nin uygulanma sürecinde hasta güvenliğine ait işlem başmaklarının kontrolü, cerrahi ekip üyelerinden birinin koordinatörlüğü şeklinde olmalıdır. Genellikle bu kişi anestezi teknikeri veya uzmanı, sirküle (dolaşan) hemşire, cerrahi teknisyen tarafından gerçekleştirilir. Her sürecin doğrulamasını kontrol eden koordinatör, tüm cerrahi ekibin her adımı tamamlamasını sözlü olarak sağlayabilir. Tekrarlayıcı aşamaları olan GCKL, cerrahi ekibin doğru prosedürleri gerçekleştirmesini sağlamasına yardımcı olur ve hata oranları minimalizme yaklaşır (WHO, 2019; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Weiser ve ark., 2010; Candaş ve Gürsoy, 2015; Bozkurt, 2019).

Cerrahi ekip üyeleri, GCKL'ni tam ve eksiksiz, multidisipliner bir yaklaşım ile uygulayarak tutarlılığın sağlanmasına ve hasta güvenliğine yönelik güvenli cerrahinin kalitesini arttırmaya yardımcı olurlar. Yapılan cerrahi girişimin başarı oranı, ekip tabanlı iletişimin kalitesine ve başarısına bağlıdır. (Bozkurt, 2019; Çakır ve Kırılmaz, 2009; Saturnove ark., 2014; WHO, 2019; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2012; Candaş ve Gürsoy, 2015).

2.10. Ameliyathanede Hasta Güvenliği

Ameliyathaneler, yüksek düzey teknolojik ve cerrahi teknik uygulamalarının kullanıldığı, son literatür kapsamındaki bilgilerin teorik ve pratik uygulamaya yansıtıldığı, ekip çalışmasıyla alınan kararların hızlı ve doğru yöntemlerle uygulandığı alanlardır. Ameliyathane sürecindeki alınan bu kararların hızlı ve kontrollü sağlanmaya çalışıldığı durumlarda bazı riskler ortaya çıkmıştır. Ameliyathanelerin karmaşık yapıları, günlük yapılan ameliyat sayısının ve sirkülasyonun yoğun olması, meslek gruplarındaki çeşitlilik hasta güvenliğini etkileyecek birçok faktörü barındırmaktadır (Canbolat,2011; Usta,2018; Çobanoğlu,2009; Sönmez,2009; Salman, 2009; Ongün, 2015; Gürel,2012).

Uluslararası bir kavram olarak nitelendirilip, önemli bir konu haline gelen hasta güvenliği uygulamaları, yapılabilecek her türlü hatayı minimuma indirmeyi ve hastaların iyilik hallerini arttırmayı amaçlar (Canbolat, 2011; Usta, 2018; Gürel, 2012).

Hasta güvenliği uygulamaları dünya çapında odak haline geldiğinden bu konuyla ilgili birçok veri hazırlanmıştır. DSÖ'nün verilerine göre, her yıl yaklaşık olarak, Dünyada 1.5 milyara yakın cerrahi girişim uygulanmaktadır. Yaklaşık olarak travmatik yaralanmalardan 63 milyon kadar hasta, malignite şüpheli lezyonlardan 31 milyon hasta ve doğum eylemi sebebiyle acil ya da elektif planlanan girişimler ile 10 milyon kadar insana cerrahi girişim uygulanmaktadır (Akalin ve ark., 2012; Candaş ve Gürsoy, 2015; Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 a; Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2017).

2011 yılında Zahirî ve arkadaşları tarafından ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin incelenen 2851 makalenin 807'sinde hasta güvenliğini sağlayamamaktan endişe duyulduğu belirtilmiştir. Bu nedenlere bakıldığında en önemli beş unsur olarak; ameliyathane sirkülasyonunun yoğunluğu, oluşabilecek enfeksiyonlar ve komplikasyonlar, ameliyathanede çıkabilecek yangın, ekip içi iletişim ve ekip çalışması, hasta içerisinde yabancı cisim unutulması gelmektedir (Zahirî ve ark., 2011; Salman, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Safety Foundation) 'nın yapmış olduğu tıbbi hata tanımı; kasıt olmadan hastaya verilen sağlık hizmetindeki aksamalar ve bu aksamaların istenmeyen sonuçları şeklindedir

(Akalin,2014). Türkiye’ de kapsamlı olarak tıbbi hatalarla ilgili araştırma olmadığından, alınan gazete kaynaklı haberlerle yapılan araştırmalarda, %43.6 oranında tıbbi hataların en çok ameliyathanelerde olduğu ve bu orana bağlı cerrahi işlem uygulanan hastaların %19.8’inde yapılan cerrahi işlemlerin hatalı olduğu belirtilmiştir. %8.1 oranında ise hataların anestezi kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Doğru, güvenilir ve kapsamlı prosedürler ile uygulanan hasta güvenliği uygulamaları olabilecek hataları minimuma indirmeyi ve hastaların iyilik durumunu sürdürmelerini amaçlar (Canbolat, 2011; Ertem ve ark., 2009; Salman, 2019).

İkinci Küresel Hasta Güvenliği Mücadele Toplantısı kapsamında küresel ve ulusal ölçekte, “Güvenli Müdahale Hayat Kurtarır” çağrısıyla üç temel başlık ile düzenleme yapılmıştır. Bu kapsamda en önemli ve ilk unsur olarak geniş kapsam standartlarıyla bu çağrının gerekli fiziksel ortam, araç-gereç ve donanım, doğru ve güvenilir sterilizasyon uygulamaları ile nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi, ekip üyelerinin hizmet içi eğitim programlarını yaygınlaştırılması sayılabilir. İkinci olarak bu çağrının kampanyalarının düzenlenmesi, üçüncü ve son olarakta taahhüt altına girecek üye devletlerin eylem planlarını hazırlayıp bu çalışmaların yaygınlaştırılmasıdır (WHO Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi, 2011).

2006 yılında Makary ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışların uygulamaya yansıtılmasının sağlanması için, ekip çalışması ve ekip iletişiminin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla yapılacak eğitimlerin önemi vurgulanmıştır (Makary ve ark., 2006; Ongün, 2015). Yapılan feedback dönütü sonrasında verilen bu eğitimlerin ekip içi iletişimi ve ekip çalışmasını olumlu yönde etkileyip kişilerin ekibin bir parçası olduklarını benimsemelerini sağladığı belirtilmiştir (Makary ve ark., 2006; Bethune ve ark., 2011; Ongün, 2015).

Catchpole ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları bir başka çalışmada, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine dair en fazla ekip çalışması ve ekibin uyumuna duyarlı oldukları belirlenmiştir (Catchpole ve ark., 2007).

2004 ile 2012 yılları arasında JCI tarafından yayımlanan raporda, beklenmeyen hata oranlarının %65’inin iletişim eksikliğine bağlı hataların yer aldığı belirtilmiştir (JCI, 2012; Ongün, 2015).

Hasta güvenliğini tehdit eden hatalar, kasıtsız ve istemeden yapılsa dahi Türk Ceza Kanunu (TCK)'na göre suç unsuru olarak teşkil edilebilir. TCK kusur türlerini kasıtlı ve taksiri olmak üzere ikiye ayırmıştır. Kasıtlı olarak ifade edilen suçlarda kişi, yaptığı eylemin ve hareketin sonucunu bilerek, isteyerek ve kabul ederek gerçekleştirir. Taksirli olarak ifade edilen suçlarda ise kişi, yaptığı eylemin sonucunu istemez, öngöremez ve gerekli olabilecek önlemleri alamaz. Tıbbi girişimler ile hastaya zarar veren ve ölümlü sonuçlanan durumlarda TCK madde 455' te ifade edilen “Tedbirsizlik veya dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik veya nizamata ve evâmîr ve talimata riayetsizlik ile, bir kimsenin ölümüne sebebiyet veren şahıs 2 seneden 5 seneye kadar hapse ve ağır para cezasına mahkum olur” ifadeleri yer almaktadır (TCK Madde 455, 1926; Belgin, 2018).

Yapılan tıbbi hataların zamanında fark edilip önlenmesi sağlanacağı gibi önlenememesi gibi durumlarda sakatlık, yaralanmalar ve bunlara bağlı olarak iş gücü kaybı, sağlık harcama maliyetlerinin artması hatta ölümlere sebep olabilirler. Bunun yanı sıra tıbbi hataların sonuçları arasında, hastanın hastanede yatış süresinin uzaması, mortalite ve morbidite durumundaki artış, hasta ve yakınlarının etkilenme durumlarına bağlı oluşabilecek zararlar ve bu zararların hukuksal boyutları şeklindedir (İOM, 2008; Yıldırım, 2005; Güven, 2007; Öğün, 2008).

2.9. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanmasında Hemşirenin Rolü

Ameliyathaneler, cerrahi işlem uygulanacak hastalar için hiç bilmedikleri bir ortam, yalnız kalma duygularını yoğun yaşadıkları ve savunmasız kaldıklarını düşündükleri alanlardır. Bu sebeple ameliyathane hemşireleri cerrahi süreçte hasta güvenliğini tam anlamıyla sağlamalı, hasta bakımına dikkat çekerek bakımın kalitesini arttırmalıdır. “Hastalara zarar verme” ilkesi doğrultusunda hasta güvenliğini sağlayarak ekibin bilincini arttırmalı ve ekip içinde iletişimi güçlendirmelidir (Türk, 2015; Bozkurt, 2019; Belgin, 2018; ICN, 2006; Akalın ve ark., 2012; Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2013; Toprak, 2018).

2.11. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar

Ameliyathanede yaşanan hasta güvenliği konuları arasında; yanlış hasta, hastaya uygulanan yanlış cerrahi girişimler, hatalı organ transplantasyonları, cerrahi insizyon hattına bağlı enfeksiyonlar, diatermi yanıkları, hasta içerisinde yabancı

cisim unutulması, transfüzyon hataları, ilaç hataları, hasta pozisyonuna bağlı düşmeler yer almaktadır (Aren, 2008; Ongün, 2015).

2.11.1. Hasta Kimliğinin Doğru Tanımlanmaması

Cerrahi işlem uygulanacak hastaların ameliyathane sürecinde stres yönetimini sağlayamamalarına bağlı ajitasyonlar, anestezi girişimlerine bağlı sedatize ve disoryante olma durumları veya duyuşsal herhangi bir kayıp yaşamaları yapılan tıbbi kayıtların eksik, okunaksız yazı ve yetersiz yapılmasına bağlı hata oranları risk artışı paralellik gösterir (Kaymakçı,2001; Öğün,2008; Yıldırım,2005; JCI,2011; Uluslararası Birleşik Komisyon, 2002; Güven, 2007).

Uygulanacak cerrahi işlem öncesi hastalardan aydınlatılmış onam alınması zorunludur. Aydınlatılmış onam ile hastaya uygulanacak cerrahi girişim planının neden yapılacağı, bu cerrahi girişimin neden gerektiği, cerrahi girişimden yarar sağlanabileceği gibi zarar verebilecek herhangi bir durumla karşılaşılabilceği ve oluşabilecek komplikasyonların seyri, cerrahi işlem uygulanmaz ise hastanın yaşayacağı sıkıntıları hastaya açık ve yalın bir şekilde ifade edilip imzası ile forma kaydedilir (Değerli,2002; Öğün, 2008).

Hastaların cerrahi işlem basamaklarına başlamadan önce, hastanın kliniğe yatışıyla birlikte hastaya bileklik takılır. Takılan bileklik ile dosya eşleştirilmesi ve sözel yanıtlarla desteklenme sağlanır. Hasta için yapılan eksiksiz ve doğru kayıt sistemiyle beraber DSÖ tarafından da kabul gören “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” uygulamaları ile herhangi bir basamağın atlanmaması sağlanır (WHO, 2008; Öğün, 2008).

2.11.2. İlaç Uygulama Hataları

İlaç uygulama hataları, ilaçların doğru ilkelere göre izlenmesi, uygulanması ve yönetimi esnasında istenmeyen hatalar şeklinde tanımlanır (European Medicines Agency,2021; Aslan ve Ünal, 2005).

Ameliyathanelerde yaşanan ilaç uygulama hataları en çok hastanın alerjisinin sorgulanmaması ve aşırı duyarlılık gösterdikleri ilaçların bilinmemesine bağlı olarak ve verilen sözel orderların yazılı isteme dökülmemesinden kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra benzer isimli ilaçların ilaç etiketi yapıştırılmamasına bağlı karıştırılması, ilaçların yalnız doz hazırlanması da ilaç hatalarına zemin hazırlamaktadır (Aslan ve Ünal, 2005; WHO,2009; AORN,2013; Demir ve Dramalı,

2005). Yüksek risk içeren ilaçların listelenip konsantrasyonlarının standartta uygun yönetilip sınırlama getirilmesi, tüm ilaçların tanımlanarak etiketli şekilde sınıflandırılması ve düzenli aralıklarla takibinin sağlanması halinde depolanması, hizmet içi eğitim programlarıyla değişen literatür kapsamındaki taze bilgilerle eğitim planlaması yapılmalıdır (JCI, 2008; Ögün,2008; Demir ve Dramalı, 2005).

İlaç uygulamalarında 5D (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol ve doğru zaman) ilkesine uygun hareket edilmelidir (Demir ve Dramalı, 2005).5D ilkesiyle beraber ilaç kullanımının yönetim düzeninde ise; izleme, dönüştürme, hazırlama, tedarikini sağlama ilkeleri mevcuttur (AORN, 2013).

2.11.3. Yanlış Taraf, Yanlış Cerrahi Girişim Hataları

Uygulanacak cerrahi girişimlerin yanlış insizyon alanda uygulanması halinde oluşan hatalar yanlış taraf cerrahisi olarak tanımlanır (NHS, 2010; Ongün, 2015).

Ameliyathanelerin yoğun sirkülasyon durumları, karmaşık yapıları ve stres yönetiminin zor sağlanması sebebiyle hasta güvenliği prosedürleri tam ve eksiksiz sağlanmalıdır. Bu risk faktörlerinin yanı sıra, cerrahi girişim uygulanacak acil vakalar, uygulanacak prosedürlerin başlatılması ve uygulanması için zaman sıkıntısı, cerrahi müdahalelerin çoklu olması, fiziksel yaşanan deformiteler, cerrahi girişimde kullanılması planlanan alet ve malzemelerin değişiklik göstermesi sayılabilir (JCI,2006; Ongün, 2015; Ebik,2017).

Uygulanacak cerrahi girişim öncesi mutlaka hastaya kimlik doğrulaması, uygulanacak cerrahi girişim adı ve taraf sorgulaması yapılmalıdır. Bu doğrulama sürecinden ameliyatta bulunan tüm ekip sorumludur. Evrensel Protokol başlığı altında taraf cerrahisi, cerrahi girişim öncesi uygulama süreci, alanının işaretlenmesi ve cerrahi işlem başlamadan önce time-out yapılarak cerrahi girişim ve taraf doğrulanması şeklindedir (Giersbergen ve Kaymakçı, 2015).

DSÖ tarafından standartize edilmiş ve dört aşamadan oluşan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” ’nin tam ve eksiksiz uygulanması yanlış taraf ve yanlış cerrahi girişim uygulama riskini azalttığı belirtilmiştir (DSÖ, 2008; Güven,2014).

2.11.4. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarına Bağlı Hatalar

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), patojen özellikteki mikroorganizmaların insizyon yüzeyindeki açıklıktan vücuda girip hastanın dokularını saran, ciddi ve

mukozal bariyerleri saran ve toksinlere karşı dinamik yanıt oluşturan bir durumdur (JCI,2007; Belgin,2018; Giersbergen ve Kaymakçı, 2015). Uygulanan cerrahi girişim sürecinde implant kullanılmamışsa 30 gün, implant kullanılan vakalar sonrasında ise bir yıl içerisinde doku ve organlarda görünen enfeksiyonlar olarak tanımlanabilir. Bu enfeksiyonlar cilt ve cilt altını tutarsa yüzeysel enfeksiyon, derin ve yumuşak dokuları (fasia gibi) tutarsa derin enfeksiyon olarak tanımlanır (Mangham ve ark.,1999).

CAE'ları nozokomiyal enfeksiyonların %14-16'sını oluşturmaktadır. CAE'larının engellenmesindeki ilk adım hastanın ameliyathaneye indirilmeden profilaktik antibiyotik uygulamasının yapılmasıyla başlar. Bunun yanı sıra hastanın cilt traşının yapılması, vücut ısısının (36-38 °C) ve kan glikoz düzeyinin (200 mg/dL'nin altında) normal sınırlarda tutularak hastanın hemodinamiği sağlanmalıdır (Daniels,2007; Solmaz,2001). Ameliyat öncesinde başlayıp prospektif gözlem ve izlemle devam eden bu süreç ameliyat sırası ve sonrasını da kapsamaktadır. CAE'nda etkili olan faktörler; hastaya ait risk faktörleri ve hastanın preoperatif, intraoperatif ve postoperatif risk faktörleri olarak tanımlanabilir (CDC,2003). Hastaya ait risk faktörleri arasında hastanın yaşı, kronik hastalık durumu, morbidite ve mortalite durumları, steroid ve immunosupresif ilaç kullanımı, hastanede uzun yatış hikayesi, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon öyküsü, sigara kullanma durumu, beslenme alışkanlıkları, şişmanlık sayılabilir. Hastanın preoperatif risk faktörleri arasında; kan transfüzyonları, anemi durumu, malignite durumu, oral kontraseptif kullanımı, staphylococcus aureus kolonizasyonu, arteriyel oksijen basıncı değeri insidansı sayılabiliyorken, intraoperatif risk faktörleri arasında ise, cerrahi aletlerin ve malzemelerin sterilizasyonu, ameliyathanelerin mimari yapılarının uygunluğu, havalandırma durumları ve ısı- nem aralıklarının durumları, cerrahi el yıkama prosedürlerinin uygulanma durumu, ameliyat yapılacak alanın hazırlanması sırasında insizyon bölgesinin kıllardan temizlenip antiseptik solüsyonlarla boyanması ve cerrahi örtüm prosedürlerinin sterilizasyon uygunluklarına göre yapılması, ameliyathane personeli, cerrahi kıyafet uygunluğu, uygulanan cerrahi teknikler, kullanılan cerrahi suture materyalleri, dren kullanımı ve operasyon süresinin uzaması sayılabilir. Postoperatif risk faktörleri arasında ise, kullanılan pansuman materyalleri, aseptik koşullarda yapılması gereken pansumanlar sayılabilir (JCI,2015; Çelik ve ark., 2006; Karahocagil ve ark., 2011; Uzunköy, 2005).

Uygulanan cerrahi girişim sırasında kullanılan aletlerin sterilliği, dezenfeksiyonu ve dekontaminasyon aşamaları enfeksiyonları önlemede kritik önem taşımaktadır. Bu süreçler içerisinde standartlara uygun malzemelerin paketlenmesi, uygunluklarından emin olunan strelizasyon yöntemleri sonrasında paketlenmeleri ve son kullanma tarihleri kontrol altında tutularak depolanmaları sağlanmalıdır (Dramalı, 2001b; Arslan, 2004; Dramalı, 2003).

2.11.5. Diatermi Yanıkları

Çok sayıda tıbbi teknolojik aletlerin kullanıldığı ameliyathanelerde, alkol bazlı antiseptikler, ortamdaki oksijen gazlarının yanıcı özelliği, kullanılan elektrokoter cihazları, hastayı ısıtmak için kullanılan ısıtıcılar, endoskopik cihazlarda kullanılan fiber optik ışık kaynakları ve onlara ait kabloların aşırı ısınmasına bağlı durumlar kimyasal ve elektrik yanıklarına sebep olurlar (Dallı,2001; Nishiyama ve ark.,2010; Tooher ve ark.,2004; Öğün,2008).

Uygulanacak cerrahi girişimlerde en temel olarak kullanılan elektrokoter cihazları, dokuyu diseke etmek ve hemostazı sağlamak için kullanılır. Bu cihazların uygun standartlarda kullanılmaması durumlarında hastalarda ciddi yanıklar meydana gelebilir. Çoğunlukla bu yanıklara sebebiyet veren en temel dönüş, hastaya koter plağının takılmamasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Kahrıman,2018). Bu tür yanıkları engellemek için hastanın vücudundaki tüm metal içerikli takılar çıkartılmalı ve koter plağı hastaya uygun seçilip hastanın vücudundaki doku bütünlüğüne bağlı olarak yerleştirilmelidir. Genellikle seçilecek olan alan kalın kas tabakası üzerinde, tüysüz bir yere ve dolaşım sirkülasyonunun iyi olduğu bir bölgeye teması tam olacak şekilde yerleştirilmelidir (Tuncel ve Özgenel 2005, Nishiyama ve ark., 2010; Kaymakçı, 2001).

Cerrahi işleme başlamadan önceki cilt hazırlığında insizyon alanını boyamak için kullanılan antiseptik solüsyonların hastanın altında birikmesine bağlı ıslak kalması, kullanılan kimyasal maddelerin bir başka kimyasal madde ile etkileşimi sonrasında toksik etki yaratmasına bağlı olarak cilt bütünlüğünü bozan ekzotermik yanıklara sebep olabilirler (Isır ve ark., 2009; Giersbergen ve Kaymakçı, 2015 ; Belgin, 2018).

Ameliyathanelerde elektrik düzeneklerine bağlı oluşabilecek hatalarda elektrik yanıkları da ikinci sırada yer almaktadır. Bu hataları önlemek için yanıcı

maddelerin taşınması, muhafaza edilmesi sırasında önlem alınmalı, personellere yangın güvenliğini sağlama koşulları hakkında eğitim verilmelidir (Tuncel ve Özgenel 2005; Gürlek ve ark.,2011; Kaymakçı, 2011).

2.11.6. Hasta Pozisyonlarına Bağlı Düşmeler

Düşme, hastaların herhangi bir nesne üzerinde beklenmedik bir zamanda yer değiştirmesi olarak tanımlanabilir. 2004-2012 yılları arasında JCI tarafından verilen raporlarda en fazla beklenmeyen ve ramak kala olaylarında beşinci sırada “düşme” yer almaktadır. Düşmeler için risk oluşturan parametreler; hastanın yaşı (65 yaş ve üstü), daha önce geçirilmiş düşme öyküsü, hastada mevcut olan herhangi bir fonksiyon kaybı ve mobilizasyon sıkıntısı, bilişsel duyusunda azalma, hastanın konfüze olması, hastaya bağlı dren-oksijen tüpü- katater varlığı, hastanın depresyon öyküsü, hastada postural hipotansiyon varlığı, çoklu ilaç kullanımı, görmede ve duymada azalma, denge bozuklukları sayılabilir (JCI, 2012; Erdil, 2001).

İntraoperatif dönemde, cerrahi işlem uygulanacak hastanın ameliyat masasına alınması sırasında ameliyat masasının ve hasta yatağı/sedyenin sabitlenmiş olduğundan emin olunmalı, ameliyat masasının hastaya uygun olup olmadığı değerlendirilmeli, zemin yüzeylerinin ıslak olup olmadığının kontrolü sağlanmalı, hastanın preop aşamada yüksek riskli ilaç alıp almadığı takibi yapıp hastalar ameliyat masasına uç uca kayar sedye kullanılarak alınmalıdır. Oluşabilecek bu kazaların engellenmesindeki en önemli yöntem sorumlu personellerin eğitimidir. Bu eğitimler hasta transfer talimatına ve nakline uygun prosedür ve işleyişlerle sağlanmalıdır (Gürlek ve ark., 2011; Berke ve Aslan, 2010; Bulut ve ark.,2013; Ögün,2008).

2.11.7. Hasta İçerisinde Yabancı Cisim Unutulması

Uygulanan cerrahi girişimler sırasında potansiyel tehlike oluşturan hasta içerisinde yabancı cisim unutulması hasta güvenliğini etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Hasta içerisinde herhangi bir yabancı cismin (alet, spanç, batın, sütür iğnesi gibi) unutulması hastalarda enfeksiyona, enfeksiyonun ilerlemesine bağlı sepsise, hastaya yeniden operasyon planlanmasına, hastanın hastanede yatış süresinin uzamasına, organ kayıplarına hatta ölüme sebep olabilir (Giersbergen ve Kaymakçı, 2015; Belgin, 2018).

Bu riskin önlenmesi için skrab hemşirenin sirküle hemşire şahitliğinde vaka başlamadan önce alet, malzeme, spanç, batın, sütür iğne sayıları, enjektörler ve diğer (tampon, pedi, fındık gibi) kullanılan malzemelerin sayımı yapılmalıdır. Ve yapılan bu sayımı takip eden vaka ortası ve vaka sonrası sayımlarda yapılmalıdır. Sayım süresince iletişim tam sağlanmalı ve ekip içerisinde multidisipliner yönetim ile sağlanmalıdır.

2.11.8. Hasta Pozisyonlarına Bağlı Basınç Yaraları

Cerrahi girişim sırasında uzun ve yoğun basınca bağlı olarak hastaya uygun pozisyon verilmemesine veya verilmesi gereken pozisyona uygun ekipman mevcut olmamasına bağlı olarak hastada sürtünme, aşınma, ezilme ve çürüme gibi üçüncü ve dördüncü evreye kadar uzayan bası yaraları oluşabilmektedir (Karadağ ve Sayın, 2002; Ögün, 2008).

Basınç yaralarının oluşumunda, birinci evrede basınca maruz kalan bölgede renk değişikliği ve kızarıklık, ikinci evrede yüzeysel deri kayıpları, üçüncü evrede sübkutan doku nekrozu, dördüncü evrede ise kas-kemik destek dokuların hasarı sonucu tam doku kaybının olduğu ve bunların tedavi edilmediği takdirde enfeksiyon ve sepsis gelişebileceği belirtilmektedir (Karadağ ve Sayın 2002, Şahin 2004).

Hastanın immobil kalmasına bağlı olarak dokuların uzun süreli basınca maruz kalacağı düşünülerek hastanın diğer risk grupları kapsamında değerlendirilmesi sağlanmalıdır (Karadağ ve Sayın, 2002).

Hastanın uygun prosedürler kapsamında ameliyat masasına alındıktan sonra ameliyat durumuna göre uygun pozisyon verilmeli, hastanın tüm vücut boşlukları desteklenmeli, hastanın hemodinamisini engelleyecek pozisyonlardan kaçınılmalı, masa tespit bantları hastayı çok sıkmamalı, hastanın kas ve kemik çıkıntıları silikon yastıklarla desteklenmelidir. Hastanın kolları ve bacakları masa dışına sarkıtılmamalı ve vücut yükü tek bir tarafa bırakılmamalıdır. Bu şekilde uygun pozisyon verilen hastaların postop aşamalarında ağrılarının azaldığı, enfeksiyon risklerinin düştüğü, iyileşmenin hızlandığı ve sinir ve kas hasarlarının engellenmesi sağlanır (Erdil, 2001; Ellsworth ve Iverson, 2006; Ögün, 2008).

2.12. Ameliyathane Hemşireliği ve Hasta Güvenliği

Ameliyathane hemşireliği, yüksek teknolojik araç ve gerecin kullanıldığı, cerrahi ve bir takım invaziv girişimlerin uygulandığı, yeni literatür kapsamındaki bilgilerle yeni ameliyat tekniklerinin denendiği, ekip çalışmasının en üst düzeyde sağlandığı, özel alana ait bilgi, beceri, hızlı düşünme ve karar verme yetisine sahip olduğu, hastanın mahremiyetini koruyarak ortamın güvenliğini sağlayan dinamik, yorucu ve sirkülasyonun hızlı yaşandığı bir çalışma alanıdır (Kaymakçı, 2014; Yezülcan ve ark., 2009; Usta, 2018).

Hastanın cerrahi işlem uygulanacağı masaya alınmadan önce hastaya kendini tanıtır hastaya psikolojik destek sağlayarak hastanın bakımı ve güvenliği için tüm basamakları eksiksiz tamamlamak ameliyathane hemşiresinin görevleri arasında sayılır. Ameliyathane hemşiresi cerrahi işlem süresi boyunca aseptik teknik ilkeleri doğrultusunda oluşturulmuş steril alan bölgesini koruyarak cerrahi ekibi de bu ilkeler doğrultusunda yönlendirerek etkili iletişimi ve koordinasyonu sağlar. Sağlanan bu koordinasyon ile hasta güvenliğini tehdit eden risk faktörleri azaltılabilir (Kaymakçı, 2014; Usta, 2018; Belgin, 2018).

Canbolat'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada, ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden en önemli risk faktörü olarak %50 ile enfeksiyon riskinin, hastanın transferi sırasında yaşanan sıkıntıların ise %50 ve %35 ile doğru hasta, doğru taraf cerrahisi ve doğru cerrahinin yapılamamasına bağlı olduğu belirtilmiştir (Canbolat, 2011).

2.13. Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarını Etkileyen Faktörler

JCHAO 'nun 2014 yılında yaptığı çalışmada, hasta güvenliğinde en çok risk oluşturan durumun iletişim yetersizliği olduğu belirtilmiştir. Ameliyathanedeki ekibin kalabalık ve karmaşık olması iletişimde yaşanabilecek aksaklıklara sebep olmaktadır. Ekip içi iletişimin eksiksiz ve sıkıntısız sağlanmasında ameliyathane hemşiresinin rolü büyüktür. Etkili ve güçlü bir iletişim ile ameliyathanede yaşanabilecek hata oranları azaltılabilir (JCHAO, 2014; Öğün, 2008).

Hasta güvenliğinin sağlanması konusunda ICN hemşireye düşen sorumlulukları şu şekilde tanımlamıştır:

- Ramak kala ve beklenmeyen olaylarda ilgili birimlere dönütler sağlanmalıdır.

- Ameliyathane hemşireleri hasta güvenliğinin sağlanması hususunda bakıma aktif olarak katılmalı ve hasta güvenliği aşamalarının her sürecinde rol almalıdır.

- Ekipler arası iletişimin tam ve eksiksiz olmasını sağlamalıdır.
- Cerrahi girişim uygulanacak hastaya gerekli ve yeterli bilgileri vermelidir.
- Hasta güvenliğini tehdit eden hataları en aza indirmek için uygun prosedür ve politikalarla bu protokollerin standartize edilmesini sağlamalıdır.

- Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla arttırıcı tedbirlerin kapsamlarını genişletip, oluşabilecek risklere karşı eğitim programları sık aralıklarla desteklenip yapılmalıdır (ICN, 2018; Belgin, 2018).

Hemşireler, bireylerin ve toplumun sağlığını koruma, iyileştirme, geliştirme ve yaşam kalitesini önemli ölçüde yükseltme amacıyla, ekip işbirliğine dayalı hasta güvenliği prosedürleri baz alınarak sağlıklı çevre oluşturmayı sağlayan sağlık bakım profesyonelleridir (British Association of Critical Care Nurses, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi ve Sarıyer Hamidiye Etfal Hastanesi'nde 1 Nisan 2021- 01 Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi ve Sarıyer Hamidiye Etfal Hastanesi'nin ameliyathanelerinde çalışan 65 ameliyathane hemşiresi oluşturdu. Araştırmada, evrenin tamamına ulaşılması hedeflendiği için örneklem hesaplamasına gidilmedi.

Örneklem Kriterleri:

- Ameliyathane hemşiresi olarak çalışması
- Görsel, işitsel ve zihinsel herhangi bir sorunun olmaması
- Türkçe konuşabilmesi
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

3.4. Veri Toplama Araçları

Ek 1: Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathanedeki Uygulaması)

Ek 2: Çalışan Bilgi Formu

Ek 3: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Ek 4: İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Tez Çalışma İzni

Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ek 1): Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ (Safety

Attitudes Questionnaire-SAQ Operating Room Version) Teksas Üniversitesinde, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla Sexton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçektir.

Ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları ve stres düzeyinin belirlenmesi gibi güvenliğin sağlanmasıyla ilgili 6 alanda veri toplamamızı sağlayan ölçek, organizasyonların kendilerini diğer organizasyonlarla karşılaştırmalarında, güvenlik tutumlarını geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanmasında ve bu girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Sexton ve ark. 2006).

Kaya ve ark. “Güvenlik Tutumlarının Türkçe Versiyonu” anket çalışmasında psikometrik özellikler ve temel veri uygulamalarının güvenirliğini test etmek amacıyla 2010 yılında ölçeği çalışmıştır (Kaya ve ark., 2010).

Sexton ve arkadaşları tarafından geliştirilen Güvenlik Tutumları Ölçeği 2010 yılında Öner tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçekte altı alt boyut içerisinde toplam 58 madde yer almaktadır. Bu alt boyutlar “ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi” şeklindedir.

Kaya ve ark. “Güvenlik Tutumlarının Türkçe Versiyonu” anket çalışmasında psikometrik özellikler ve temel veri uygulamalarının güvenirliğini test etmek amacıyla 2010 yılında ölçeği çalışmıştır (Kaya ve ark., 2010).

Alt boyutların tanımı aşağıda verilmiştir:

Ekip çalışması iklimi: Personeller arası algılanan iş birliği kalite seviyesi.

İş doyumu: İş deneyimi hakkındaki pozitiflik seviyesi.

Yönetimle ilişkin algılar: Yönetimsel hareketlerin kabul seviyesi.

Güvenlik iklimi: Güvenlik için etkin ve güçlü kurumsal bağlılık.

Çalışma koşulları: Çevresel koşulların ve lojistik desteğin kalitesi.

Stresin kabulü: Stres faktörleri tarafından nasıl etkilendiğinin belirlenmesidir.

Ölçeğin her versiyonunda ölçeğe ek olarak; hasta güvenliğinin geliştirilmesiyle ilgili görüş isteyen açık uçlu ve çalışanlar arasındaki iş birliği 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 (Belgin, 2018; Önler, 2010; Sexton ve ark., 2006).

Yapılan çalışmalarda, ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0,7 ve üzerindedir (Sexton ve ark. 2006).

Çalışan Bilgi Formu (Ek 2): Formda, çalışmanın bağımsız değişkenleri olan ameliyathane çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mezuniyet yılı, iş yerindeki pozisyonu, çalışma alanı, çalışma durumu, ortalama çalışma saatleri, gece-gündüz çalışma durumu, 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 22 soru bulunmaktadır.

3.5. Veri Toplama Yöntem

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatür doğrultusunda hazırlanan ve çalışanların tanıtıcı özelliklerini belirleyen, Çalışan Bilgi Formu ve ameliyathane çalışanlarının, hastaların cerrahi güvenliğinin sağlanmasına yönelik tutumlarını değerlendirmek için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılan, Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu) kullanılmıştır. Veriler Mart 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında, Şişli Hamidiye Etfal ve Sarıyer Hamidiye Etfal Hastanelerinde ameliyathane çalışanları ile bire bir görüşülerek toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çalışanlara, çalışmanın amacı ve formların doldurulması ile ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra, aynı gün çalışanların formları bireysel olarak doldurmaları sağlanacak ve doldurulan formlar araştırmacı tarafından geri toplanmıştır. Veri toplama aracının doldurulması yaklaşık 15-20 dakikalık bir süreyi kapsamıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, lisanslı IBM SPSS 23 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma, median ve çeyrekler arası testler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Shapiro-Wilk testi

kullanılmıştır. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile ölçek skorları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde normal dağılım özelliğine sahip olup olmamasına göre Anova testi, post-hoc testleri ya da Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi, ki-kare testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Ameliyathane hemşirelerinin güvenlik tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Hangi bağımsız değişkenin modele dâhil edileceğini karar vermede (çoklu bağıntı olup olmadığını belirlemede) tolerans, VIF ve condition index değerleri kullanılmıştır. VIF değerinin 10 altında, tolerans değerinin 0.2 üstünde ve condition index değerlerinin 15 altında olan bağımsız değişkenler regresyon analizine dâhil edilmiştir. Sonuçlar %95’lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Çalışmanın Etik Yönü

Güvenlik Tutumları Ölçeği-Ameliyathane Versiyonu’nun kullanımı için geliştiren kişilerden izin alınarak işbirliği ile sağlanmıştır (Ek 2). Çalışmanın yapılacağı Şişli Hamidiye Etfal ve Sarıyer Hamidiye Etfal Hastanelerinin Etik Kurulundan izin alınmıştır (Ek-5). Çalışmaya katılan ameliyathane çalışanlarından sözel ve yazılı izinler (Ek-4) alınmıştır. Gizlilik ilkesi doğrultusunda ameliyathane hemşirelerinin isimleri kullanılmamıştır ve hemşirelerin istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları belirtilmiştir.

3.8. Tez Çalışmasının Mali Desteği

Tez çalışmasının mali harcamalarını araştırmacının kendisi karşılamıştır.

3.9. Veri analizi

Veri analizi için SPSS 23 version kullanıldı (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Normal dağılıma uygunluğu değerlendirmek amacıyla Shapiro Wilk testi kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin analizinde normal dağılım için yüzde, standart sapma, ortalama; medyan 25. ve 75. çeyrek değerleri de normal dağılım özelliği göstermeyen verilerin analizinde kullanıldı. Ölçek puan ortalamalarının varyans homojenliği sonuçlarına göre non-parametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı özelliklerle ölçek skorları arasındaki

ilişkilerin incelenmesinde Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ve spearman korelasyon analizi kullanıldı. Spearman korelasyon analizinde; 0.00-0.25=ok zayıf, 0.26-0.49=zayıf, 0.50-0.69=orta, 0.70-0.89=yksek, 0.90-1.00=ok yüksek ilişki korelasyon katsayıları esas alındı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



4. BULGULAR

Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, aşağıdaki bulgular saptandı.

4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Çizelge 4.1. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=65)

Değişkenler	Ort ± SS	
Hastane deneyimi (yıl)	6,03 ± 6,31	
Ameliyathane deneyimi (yıl)	6,23 ± 6,31	
Haftalık çalışma saati	40,83 ± 2,33	
Gündüz vaka sayısı	31,95 ± 25,73	
Gece vaka sayısı	5,76 ± 1,81	
Yaş	n	%
18-29	44	67,7
30-39	11	16,9
40-49	8	12,3
50 ve üzeri	2	3,1
Cinsiyet		
Kadın	58	89,2
Erkek	7	10,8
Medeni durum		
Evli	19	29,2
Bekar	46	70,8
Eğitim düzeyi		
Lise	3	4,6
Ön lisans	6	9,2
Lisans	56	86,2
Çalıştığı pozisyonu		
Ameliyathane hemşiresi	63	96,9
Ameliyathane sorumlu hemşiresi	2	3,1
Çalışma durumu		
Kadrolu	25	38,5
Sözleşmeli	40	61,5
Gece gündüz çalışma durumu		
Gündüz	10	15,4
Gece/Nöbet + Gündüz	55	84,6
Ameliyathanede kendi isteğiyle çalışma durumu		
Evet	55	84,6
Hayır	10	15,4

Çizelge 4.1. (devam) Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=65)

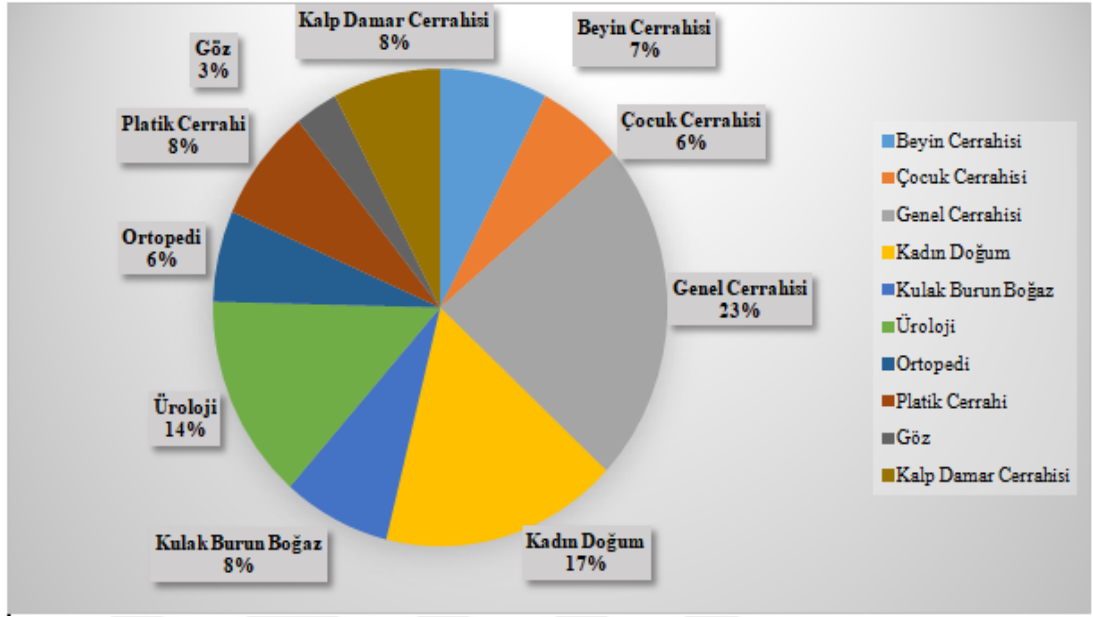
Çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme durumu		
Evet	37	56,9
Hayır	28	43,1
Hastanenizde ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı var mı?		
Evet	59	86,2
Hayır	9	13,8
Ameliyathane hemşireliği oryantasyon programına dahil olma durumu		
Evet	56	86,2
Hayır	9	13,8
Kurumunuzda düzenli olarak hizmet içi eğitim programı yapılma durumu		
Evet	62	95,4
Hayır	3	4,6
Hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde ameliyathane hemşirelerinin gereksinimlerinin dikkate alınma durumu		
Evet	57	87,7
Hayır	8	12,3
Kurumunuzda hasta güvenliği konusunda eğitim yapılma durumu		
Evet	62	95,4
Hayır	3	4,6
Kurumunuzda hasta güvenliği konusunda yapılan eğitime katılma durumu		
Evet	60	92,3
Hayır	5	7,7

Ort: Ortalama; SS: Standard Sapma

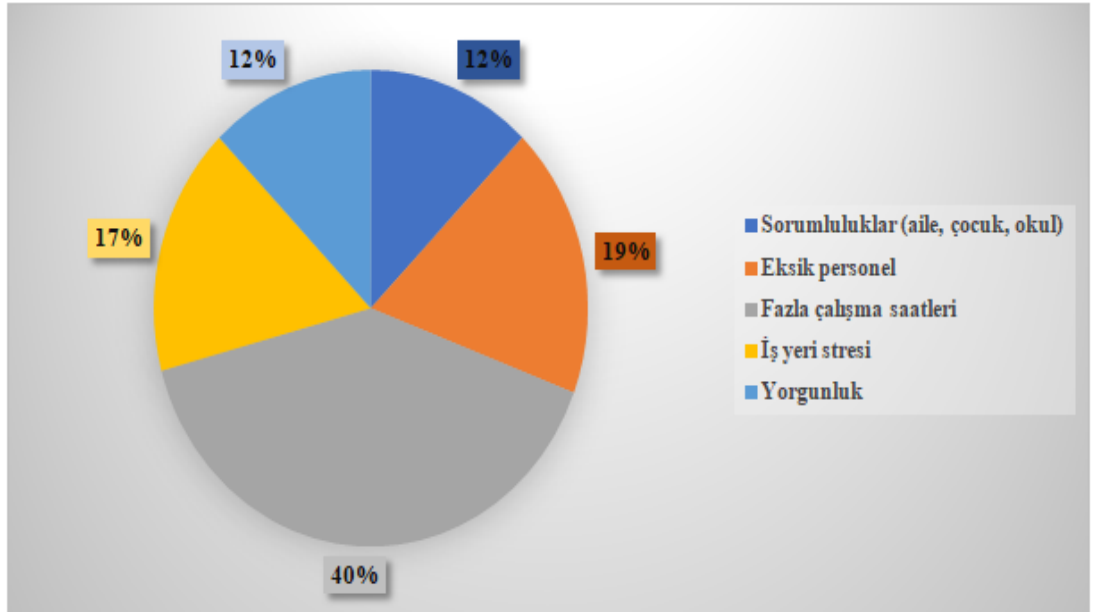
Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine Çizelge 4.1'de yer verilmiştir. Hemşirelerin %67,7'si 18-29 yaş grubunda, %89,2'si kadın, %70,8'i bekar, %86,2'si lisans mezunuydu. Hemşirelerin çalışma deneyimleri ortalama $6,03 \pm 6,31$ yıl, ameliyathane deneyimleri ortalama $6,23 \pm 6,31$ yıl, haftalık ortalama çalışma saatleri $40,83 \pm 2,33$, ameliyathanede günde ortalama vaka sayısı $31,95 \pm 25,73$, gündüz ise $5,76 \pm 1,81$ idi. Hemşirelerin %96,9'su ameliyathane hemşiresi olarak, %23'ü genel cerrahi masasında (Şekil 1), %84,6'sı nöbet usulü ve %61,5'i sözleşmeli olarak çalışmaktaydı. Hemşirelerin %43,1'i çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemediklerini ve %40 bunun nedeni olarak fazla çalışma saati olarak belirtti (Şekil 4.2).

Hemşirelerin %86,2'si kurumlarında ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı olduğunu, %86,2'si bu oryantasyon programına dahil olduğunu belirtti. Hemşirelerin %95,4'ü kurumlarında düzenli olarak hizmet için eğitim programlarının olduğunu, %87,7'si hizmet içi eğitim programlarının hazırlanmasında ameliyathane hemşirelerinin gereksinimlerinin dikkate alındığını ifade etti. Hemşirelerin %95,4'ü

kurumlarında hasta güvenliği konusunda eğitim yapıldığını ve %92,3'ü bu eğitimlere katıldıklarını belirtti (Çizelge 4.1).



Şekil 4.1. Hemşirelerin çalıştığı cerrahi alanlar



Şekil 4.2. Hemşirelerin çalışma saatleri dışında yeterince dinlenememelerinin nedenleri

Ameliyathane hemşirelerinin “Güvenlik Tutumları Ölçeği” ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 2’de yer verilmiştir. Hemşirelerin “Güvenlik Tutumları Ölçeği” ve alt boyutlarından aldıkları puanlar; genel toplam ölçek puan ortalaması için $3,27 \pm 0,26$, ‘Ekip iş birliği’ alt boyutu için $3,44 \pm 0,32$, ‘İş memnuniyeti’ alt boyut için $3,43 \pm 0,53$, ‘Yönetim ile ilgili düşünceler’ alt boyutu

için $3,10 \pm 0,60$, ‘Güvenli ortam’ alt boyutu için $3,37 \pm 0,33$, ‘Çalışma koşulları’ alt boyutu için $3,43 \pm 0,57$, ‘Stres düzeyinin belirlenmesi’ alt boyutu için $3,07 \pm 0,45$ puan idi.

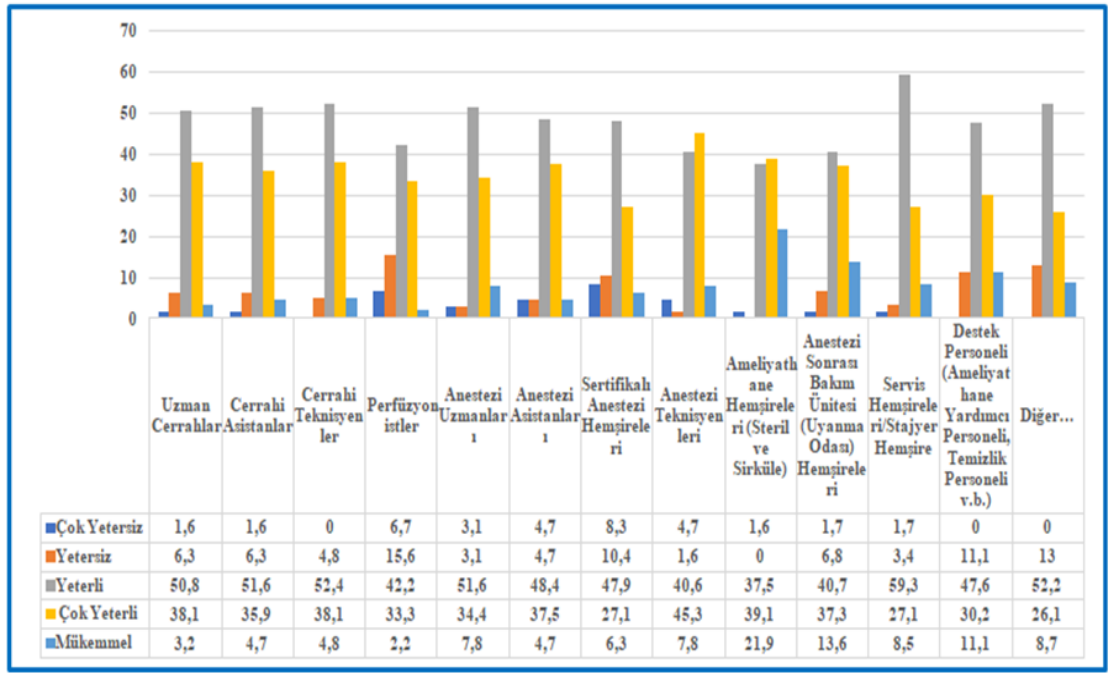
Çizelge 4.2. Hemşirelerin Güvenlik Tutumları Ölçeği” ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=65)

ALT BOYUTLAR	Ort $\pm$ SS	Medyan (Min-max)
Ekip iş birliği	$3,44 \pm 0,32$	3,42 (2,71-4,50)
İş memnuniyeti	$3,43 \pm 0,53$	3,40 (2,40-5,00)
Yönetim ile ilgili düşünceler	$3,10 \pm 0,60$	3,28 (1,71-4,43)
Güvenli ortam	$3,37 \pm 0,33$	3,41 (2,53-4,12)
Çalışma koşulları	$3,43 \pm 0,57$	3,33 (2,33-4,67)
Stres düzeyinin belirlenmesi	$3,07 \pm 0,45$	3,30 (2,00-4,00)
Genel toplam ölçek puanı	$3,27 \pm 0,26$	3,08 (2,81-3,95)

Ort: Ortalama; SS: Standard Sapma; Min: Minimum; Max: Maximum

Ameliyathane hemşirelerinden ekip üyeleriyle iletişim ve iş birliğini değerlendirmeleri istendiğinde, %50,8’inin uzman cerrahlarla; %51,6’sının cerrahi asistanları ile; %52,4’ünün cerrahi teknisyenleri ile; %42,2’sinin perfüzyonistler ile; %51,6’sının anestezi uzmanları ile; %48,4’ünün anestezi uzmanları ile; %47,9’unun sertifikalı anestezi hemşireleri ile; %40,6’sının anestezi teknisyenleri ile; %37,5’inin ameliyathane hemşireleri ile; %40,7’sinin anestezi sonrası bakım ünitesi (uyanma odası) hemşireleri ile; %59,3’ünün servis hemşireleri ile; %47,6’sının destek personeli ve %52,2’sinin diğer sağlık profesyonelleri ile olan iletişim ve işbirliği düzeyini yeterli ve çok yeterli olarak tanımladığı belirlendi (Şekil 4.3).

Hemşirelerin yaşlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.3’te yer verilmiştir. Hemşirelerin yaşları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).



Şekil 4.3. Hemşirelerin ekip üyeleriyle olan iş birliği ve iletişimlerinin kalitesini değerlendirmeleri

Çizelge 4.3. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	YAŞ KATEGORİSİ				Test	
	18-29	30-39	40-49	50 ve üzeri	Z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,46(3,28-3,57)	3,40(3,14-3,42)	3,25(3,07-3,50)	3,85(3,65-3,85)	2,087	0,113
İş memnuniyeti	3,41(3,00-3,80)	3,25(3,00-3,40)	3,57(3,40-4,00)	4,30(4,00-4,30)	6,694	0,082
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,05(2,64-3,28)	2,89(2,42-3,42)	3,46(3,00-4,00)	3,92(3,85-3,92)	7,433	0,059
Güvenli ortam	3,36(3,11-3,58)	3,26(3,00-3,47)	3,42(3,23-3,58)	3,91(3,82-3,91)	6,562	0,087
Çalışma koşulları	3,45(3,00-3,83)	3,27(3,00-3,66)	3,27(2,66-3,75)	4,33(4,00-4,33)	5,532	0,137
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,12(2,91-3,41)	2,93(2,66-3,16)	2,85(2,16-3,25)	3,58(3,50-5,58)	7,804	0,050
Genel toplam ölçek puanı	3,27(3,16-3,42)	3,16(2,89-3,32)	3,26(3,10-3,46)	3,85(3,84-3,85)	6,639	0,084

Z; Kruskal Wallis H test, $p < 0,05$

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.4'te yer verilmiştir. Hemşirelerin cinsiyetleri ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.4. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Cinsiyet		Test	
	Kadın	Erkek	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,50 (2,86-3,57)	160,500	0,666
İş memnuniyeti	3,40(3,00-3,60)	3,40(3,20-4,00)	147,500	0,311
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,71-3,43)	3,14 (2,86-4,00)	174,000	0,733
Güvenli ortam	3,38(3,12-3,65)	3,41(3,06-3,59)	155,500	0,635
Çalışma koşulları	3,33(3,00-3,67)	3,33(3,33-3,33)	152,500	0,386
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,17(2,92-3,42)	3,00(2,33-3,17)	135,000	0,220
Genel toplam ölçek puanı	3,31(3,12-3,44)	3,25(3,10-3,31)	112,500	0,386

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin medeni durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.5’te yer verilmiştir. Hemşirelerin medeni durumları ile ‘Yönetim ile ilgili düşünceler’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,038). Evli olan hemşirelerin “Yönetim ile ilgili düşünceler” alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi.

Çizelge 4.5. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Medeni durum		Test	
	Evli	Bekar	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,21-3,61)	3,43 (3,29-3,57)	335,500	0,993
İş memnuniyeti	3,40 (3,20-4,00)	3,40 (3,00 -3,60)	310,00	0,247
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (3,00-3,57)	3,14 (2,50-3,29)	245,500	0,038
Güvenli ortam	3,47 (3,24-3,62)	3,35 (3,12-3,59)	280,500	0,398
Çalışma koşulları	3,50 (3,33-3,83)	3,33 (3,00-3,67)	292,000	0,309
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,08 (2,92-3,33)	3,13 (2,92 -3,42)	352,500	0,729
Genel toplam ölçek puanı	3,25 (3,15- 3,47)	3,31 (3,04- 3,42)	250,00	0,553

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin iş pozisyonlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.6’da yer verilmiştir. Hemşirelerin iş pozisyonlarına ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Çizelge 4.6. Hemşirelerin İş Pozisyonuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	İş Pozisyonu		Test	
	Ameliyathane Hemşiresi	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,64 (3,43-3,86)	31,500	0,294
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,70)	3,60 (3,20-4,00)	46,500	0,586
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,71-3,43)	3,29 (2,86-3,71)	48,500	0,669
Güvenli ortam	3,41 (3,12-3,59)	3,32 (3,12-3,53)	49,000	0,794
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	3,17 (2,67-3,67)	43,500	0,544
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,08 (2,92-3,33)	3,33 (3,25-3,42)	32,500	0,282
Genel toplam ölçek puanı	3,31 (3,10-3,42)	3,39 (3,19-3,59)	36,500	0,477

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin çalışma durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.7’de yer verilmiştir. Hemşirelerin çalışma durumları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p> 0,05).

Çizelge 4.7. Hemşirelerin Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Çalışma Durumu		Test	
	Kadrolu	Sözleşmeli	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,36 (3,14-3,71)	3,43 (3,29-3,57)	374,500	0,595
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,70)	3,40 (3,20-3,80)	403,000	0,438
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,86-3,64)	3,14 (2,57-3,29)	339,500	0,121
Güvenli ortam	3,47 (3,06-3,71)	3,38 (3,12-3,59)	335,000	0,361
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-4,00)	3,33 (3,00-3,67)	420,000	0,932
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,31 (3,10-3,42)	3,31 (3,15-3,43)	374,500	0,303
Genel toplam ölçek puanı	3,08 (2,58-3,29)	3,17 (2,92-3,42)	348,500	0,951

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin gece/gündüz çalışma durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.8’de yer verilmiştir. Hemşirelerin gece/gündüz çalışma durumları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p> 0,05).

Çizelge 4.8. Hemşirelerin Gece/Gündüz Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Gece/Gündüz Çalışma Durumu		Test	
	Gündüz	Nöbetli (Gece+Gündüz)	z	p
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,21-3,64)	3,43 (3,29-3,57)	209,500	0,812
İş memnuniyeti	3,40 (3,40-4,00)	3,40 (3,00-3,60)	176,000	0,206
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,43 (3,00-3,71)	3,14 (2,57-3,36)	148,000	0,078
Güvenli ortam	3,53 (3,24-3,59)	3,35 (3,09-3,59)	170,500	0,318
Çalışma koşulları	3,67 (3,33-4,00)	3,33 (3,00-3,67)	191,500	0,425
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,25 (3,08-3,33)	3,08 (2,92-3,38)	196,500	0,444
Genel toplam ölçek puanı	3,37 (3,15-3,53)	3,31 (3,07-3,41)	143,500	0,171

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin kendi isteklerine göre ameliyathanede çalışma durumuna göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.9’da yer verilmiştir. Hemşirelerin kendi isteklerine göre ameliyathanede çalışma durumları ile ‘Yönetim ile ilgili düşünceler’ ve ‘Stres düzeyinin belirlenmesi’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,018; p=0,005). Kendi istekleri ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin ‘Yönetim ile ilgili düşünceler’ alt boyut puan ortalamaları daha düşük iken, ‘Stres düzeyinin belirlenmesi’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi.

Çizelge 4.9. Hemşirelerin Kendi İsteklerine Göre Ameliyathanede Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Kendi İsteklerine Göre Ameliyathanede Çalışma Durumu		Test	
	Evett	Hayır	z	p
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,61 (3,29-3,86)	116,00	0,305
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,60)	3,70 (3,10-4,40)	162,500	0,255
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,14 (2,71-3,29)	3,71 (3,29-4,43)	85,500	0,018
Güvenli ortam	3,35 (3,12-3,59)	3,56 (3,00-3,88)	124,00	0,450
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	4,00 (3,67-4,00)	136,500	0,051
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,17 (3,00-3,42)	2,67 (2,17-2,92)	66,500	0,005
Genel toplam ölçek puanı	3,31 (3,12-3,43)	3,38 (3,02-3,42)	133,500	0,772

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.10’da yer verilmiştir. Hemşirelerin çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme durumları ile ‘Yönetim ile ilgili düşünceler’ ve ‘Stres düzeyinin belirlenmesi’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,018; p=0,005). Çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilen hemşirelerin ‘Yönetim ile ilgili düşünceler’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi. Çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemeyen

hemşirelerin ‘Stres düzeyinin belirlenmesi’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi.

Çizelge 4.10. Hemşirelerin Çalışma Saatleri Dışında Yeterince Dinlenebilme Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Çalışma Saatleri Dışında Yeterince Dinlenebilme Durumu		Test	
	Evet	Hayır	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,50 (3,36-3,71)	3,32 (3,14-3,46)	116,000	0,305
İş memnuniyeti	3,40 (3,20-3,80)	3,30 (3,00-3,60)	162,500	0,255
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,86-3,57)	3,14 (2,50-3,29)	85,500	0,018
Güvenli ortam	3,50 (3,18-3,65)	3,24 (3,06-3,59)	124,00	0,450
Çalışma koşulları	3,67 (3,33-4,00)	3,33 (2,67-3,67)	136,500	0,051
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,08 (2,92-3,33)	3,17 (2,92-3,38)	66,500	0,005
Genel toplam ölçek puanı	3,37 (3,25-3,44)	3,17 (2,97-3,41)	133,500	0,772

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin çalıştığı kurumda ameliyathane hemşireliği oryantasyon programının olma durumuna göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.11’de yer verilmiştir. Hemşirelerin çalıştığı kurumda ameliyathane hemşireliği oryantasyon programının olma durumu ile ‘Çalışma koşulları’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,028). Çalıştığı kurumda ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı olmayan hemşirelerin ‘Çalışma koşulları’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi.

Çizelge 4.11. Hemşirelerin Çalıştığı Kurumda Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programının Olmasına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Çalıştığı Kurumda Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programının Olma Durumu		Test	
	Evet	Hayır	Z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,54 (3,36-3,79)	127,000	0,457
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,80)	3,40 (2,80-4,40)	190,000	0,955
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,21 (2,86-3,43)	3,29 (2,29-4,00)	180,000	0,838
Güvenli ortam	3,41 (3,12-3,59)	3,24 (2,94-3,88)	168,500	0,874
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	4,00 (3,33-4,67)	91,500	0,028
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,13 (2,92-3,33)	3,00 (2,25-3,50)	167,500	0,626
Genel toplam ölçek puanı	3,31 (3,10-3,42)	3,17 (3,17-3,39)	117,000	0,870

Z; Mann-Whitney U testi p <0.05

Hemşirelerin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programına katılma durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.12’de yer

verilmiştir. Hemşirelerin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programına katılma durumları ile ‘Çalışma koşulları’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,036$). Çalıştığı kurumda ameliyathane hemşireliği oryantasyon programına katılmayan hemşirelerin ‘Çalışma koşulları’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi.

Çizelge 4.12. Hemşirelerin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programına Katılma Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı ($n=65$)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programına Katılma Durumu		Test	
	Katıldı	Katılmadı	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,64 (3,36-3,86)	118,000	0,147
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,80)	3,40 (2,80-4,00)	186,500	0,892
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,14 (2,71-3,43)	3,43 (2,57-3,71)	145,500	0,322
Güvenli ortam	3,41 (3,12-3,59)	3,35 (2,94-3,88)	173,500	0,971
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	3,67 (3,33-4,33)	129,500	0,036
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,13 (2,92-3,33)	3,00 (2,67-3,50)	176,500	0,777
Genel toplam ölçek puanı	3,31 (3,10-3,42)	3,20 (3,17-3,59)	153,000	0,767

Z; Mann-Whitney U testi $p < 0.05$

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim programı yapılma durumuna göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.13’te yer verilmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim programı yapılma durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.13. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Düzenli Olarak Hizmet İçi Eğitim Programı Yapılma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı ($n=65$)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Düzenli Olarak Hizmet İçi Eğitim Programı Yapılma Durumu		Test	
	Evet	Hayır	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,32 (3,29-3,36)	37,000	0,416
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,80)	3,30 (3,20-3,40)	54,500	0,824
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,86-3,43)	2,29 (2,14-2,43)	11,500	0,053
Güvenli ortam	3,41 (3,12-3,59)	3,03 (2,76-3,29)	24,000	0,178
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	2,67 (2,67-4,33)	63,000	0,439
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,08 (2,92-3,33)	3,21 (2,67-3,75)	50,000	0,715
Genel toplam ölçek puanı	3,31 (3,12-3,43)	3,03 (2,81-3,25)	22,000	0,169

Z; Mann-Whitney U testi $p < 0.05$

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde ameliyathane hemşirelerinin gereksinimleri dikkate alınma

durumuna göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 14’te yer verilmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde ameliyathane hemşirelerinin gereksinimleri dikkate alınma durumu ile ‘Güvenli Ortam’ alt boyut ve ‘Genel Toplam Ölçek’ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,026$). Çalıştığı kurumda hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde ameliyathane hemşirelerinin gereksinimleri dikkate alındığını belirten hemşirelerin ‘Güvenli Ortam’ alt boyut ve ‘Genel Toplam Ölçek’ puan ortalamaları daha yüksek idi.

Çizelge 4.14. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hizmet İçi Eğitim Programlarının Belirlenmesinde Ameliyathane Hemşirelerinin Gereksinimleri Dikkate Alınma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hizmet İçi Eğitim Programlarının Belirlenmesinde Ameliyathane Hemşirelerinin Gereksinimleri Dikkate Alınma Durumuna		Test	
	Evett	Hayır	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,36 (2,93-4,07)	159,500	0,649
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,80)	3,20 (2,80-4,00)	154,000	0,386
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,86-3,43)	2,71 (2,14-3,29)	140,000	0,264
Güvenli ortam	3,44 (3,12-3,62)	2,94 (2,76-3,12)	51,000	0,026
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	3,00 (2,67-3,67)	114,000	0,230
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,31 (3,14-3,44)	2,89 (2,85-3,03)	136,500	0,233
Genel toplam ölçek puanı	3,17 (2,92-3,42)	2,92 (2,58-3,33)	20,500	0,009

Z; Mann-Whitney U testi $p < 0.05$

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği eğitimi yapılma durumuna göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.15’te yer verilmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği eğitimi yapılma durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.15. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hasta Güvenliği Eğitim Yapılma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hasta Güvenliği Eğitim Yapılma Durumu		Test	
	Evett	Hayır	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,32 (3,29-3,36)	37,000	0,416
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,80)	3,30 (3,20-3,40)	54,500	0,824
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,86-3,43)	2,29 (2,14-2,43)	11,500	0,053
Güvenli ortam	3,41 (3,12-3,59)	3,03 (2,76-3,29)	24,000	0,178
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	2,67 (2,67-4,33)	63,000	0,439
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,08 (2,92-3,33)	3,21 (2,67-3,75)	50,000	0,715
Genel toplam ölçek puanı	3,31 (3,12-3,43)	3,03 (2,81-3,25)	22,000	0,169

Z; Mann-Whitney U testi $p < 0.05$

Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimine katılma durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının dağılımına Çizelge 4.16'da yer verilmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimine katılma durumları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.16. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=65)

ÖLÇEK PUANLARI	Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimine Katılma Durumu		Test	
	Katıldı	Katılmadı	z	P
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)		
Ekip iş birliği	3,43 (3,29-3,57)	3,32 (3,29-3,36)	37,000	0,416
İş memnuniyeti	3,40 (3,00-3,80)	3,40 (3,20-4,80)	64,500	0,425
Yönetim ile ilgili düşünceler	3,29 (2,86-3,43)	2,43 (2,14-4,43)	69,000	0,546
Güvenli ortam	3,41 (3,12-3,59)	3,03 (2,76-3,29)	24,000	0,178
Çalışma koşulları	3,33 (3,00-3,67)	3,50 (2,67-4,50)	105,500	0,845
Stres düzeyinin belirlenmesi	3,13 (2,92-3,33)	2,92 (2,67-3,75)	81,500	0,854
Genel toplam ölçek puanı	3,31 (3,12-3,43)	3,03 (2,81-3,25)	22,000	0,169

Z; Mann-Whitney U testi $p < 0.05$

Hemşirelerin bazı özellikleri ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye Çizelge 4.17'de yer verilmiştir. Hemşirelerin hastane deneyim süreleri ile 'Yönetim ile ilgili düşünceler' alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu belirlendi ($r=0,252$ $p=0,050$). Hemşirelerin hastane deneyimleri arttıkça Yönetim ile ilgili düşünceler' alt boyut puan ortalamalarının arttığı belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları ameliyathanedeki gece vaka sayısı ile 'Stres düzeyinin belirlenmesi' alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu belirlendi ($r=0,262$ $p=0,041$). Hemşirelerin çalıştıkları ameliyathanedeki gece vaka sayısı arttıkça 'Stres düzeyinin belirlenmesi' alt boyut puan ortalamalarının arttığı belirlendi.

Çizelge 4.17. Hemşirelerin bazı özellikleri ile ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyi (n=65)

Değişkenler		Ekip iş birliği	İş memnuniyeti	Yönetim ile ilgili düşünceler	Güvenli ortam	Çalışma koşulları	Stres düzeyinin belirlenmesi	Genel toplam ölçek puanı
Haftalık ortalama çalışma saati	r_s	,174	,037	,102	,060	-,019	-,084	,103
	p	,191	,775	,435	,660	,883	,522	,460
Hastane deneyim süresi	r_s	-,211	-,048	,172	,166	-,061	-,025	,030
	p	,111	,712	,185	,217	,644	,850	,832
Ameliyathane deneyim süresi	r_s	-,111	,025	,252*	,177	,017	,023	,144
	p	,406	,846	,050	,188	,899	,860	,298
Gündüz vaka sayısı	r_s	,213	-,039	,211	,213	-,034	-,200	,165
	p	,108	,762	,102	,112	,794	,122	,232
Gece vaka sayısı	r_s	-,132	-,043	-,097	-,241	-,050	,262*	-,104
	p	,321	,739	,455	,071	,702	,041	,453

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, ameliyathanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulgularının literatür ışığında tartışılmasına yer verildi.

Bulgular aşağıda verilen iki başlık altında tartışıldı:

- Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre tartışılması,
- Güvenlik tutumları ölçeğinin puan ortalamalarına göre tartışılması.

5.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tartışılması

Yapılan çalışmaya katılan hemşirelerin %67.7'si 18-29 yaş grubunda yer almaktaydı. %89.2'si kadın, %70.8'i bekar olarak bulundu. Hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında %86.2'si lisans mezunuydu. Hemşirelerin bu kurumda çalışmadan önceki deneyimleri ortalama 6 yıl yine ameliyathane deneyimleri ortalama 6 yıl idi. Hemşirelerin ortalama çalışma saatleri 41 saat olarak bulundu. Günde aldıkları ortalama vaka sayısı 32 ile 26 arasında değişmekteydi. Bunların 2 ile 6 arasında vakaları gündüz alınmaktaydı. Hemşirelerin %96.9'u ameliyathane hemşiresi, diğerleri ameliyathane sorumlu hemşiresi olarak çalışmaktaydı. Ameliyathane hemşirelerinin %23'ü genel cerrahi masasında görev almaktaydı. Hemşirelerin çoğu nöbet usulü ve sözleşmeli olarak çalışmaktaydı. Hemşirelerin %43.1'i çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemediklerini ve bunun nedeninin mesai saatleri içindeki yorgunluk olduğunu belirtti. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun kurumlarında ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı olduğunu ve bu programa dahil olduğunu belirtti. Hemşirelerin neredeyse tamamı kurumlarında düzenli olarak hizmet içi eğitim programlarının yapıldığını %87.7'si hizmet içi programların hazırlanmasında ameliyathane hemşirelerinin gereksinimlerinin dikkate alındığını ifade etti. Çalışmaya katılan hemşirelerin %95.4'ü kurumda hasta güvenliği konusunda eğitim yapıldığını ve neredeyse tamamı bu eğitimlere katıldığını belirtti.

Gürel'in (2012) yapmış olduğu "Ameliyathanede Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşiresinin Rolü" isimli çalışmada hemşirelerin %40'ının 30-39 yaş

grubunda yer aldığı, %30'unun bekar olduğu, %15'inin sağlık meslek lisesi, %58.8'inin ön lisans ve %17.5'inin lisans mezunu olduğu, %88.8'inin hemşire ve %26.3'ünün 21 yıl ve üstü mesleki deneyimin olduğu bulunmuştur. Ameliyathane deneyimlerinin ise %26.3'ünün 1-5 yıl %22.5'inin 21 yıl ve üstü süredir bulundukları kurumda, %33.8'inin 1-5 yıldır ameliyathane hemşireliği pozisyonunda çalıştığı bulunmuştur. Gürel'in bu çalışması haftalık çalışma saati ve çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemediği hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldıkları konularında çalışmamızla benzer özellikler taşımaktadır. Çalışmanın aksine hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadrolu hemşire olduğu bulunmuştur (Gürel, 2012).

Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler Trabzon ili örneğini çalışan Usta'nın (2018) ameliyathane hemşireleri kapsamında 52 hemşireye ilişkin tanımlayıcı özelliklere bakıldığında bu hemşirelerin cinsiyetleri, yaş grupları, haftalık çalışma saatleri ve eğitim durumları açısından çalışmamızla benzer özellikte olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak %73.1'i evli, deneyim süreleri 10 yıl ve üzeri ve büyük çoğunluğunun nöbet usulü çalışmadığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelerin %59.6'sının çalışma saatleri dışında yeterince dinlenememelerini ifade etmeleri açısından çalışmamızla benzer özellikte olmasının yanı sıra dinlenememe nedenlerinin çalışma saatleri içinde yetiştiremedikleri işleri tamamlamaya çalışmaları ve dinlenebileceği ortamın olmaması ya da ortamın uygun olmamasını ifade ettikleri bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısının kurumda oryantasyon eğitimi aldıklarını %61.5'inin çalıştıkları ameliyathanede düzenli olarak hizmet içi eğitim yapıldığını ve büyük çoğunluğunun hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını ifade ettikleri bulunmuştur (Usta, 2018).

Belgin'nin (2018) yapmış olduğu “Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi” isimli çalışmada çalışanların 26-30 yaş grubunda olduğu %51.6'sının kadın, %72'sinin evli, %30.3'ünün ameliyathane hemşiresi, %40.2'sinin çalışma süresinin 2-8 yıl grubunda olduğu bulunmuştur. Çalışanların eğitim durumları açısından çalışmamızdaki eğitim durumlarıyla ve nöbetli çalışma sistemi açısından benzer olduğu, kadrolu çalışma sistemi ve oryantasyon eğitimi almamaları açısından farklı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki katılımcıların %62.2'sinin hizmet içi eğitim aldığı, %62.6'sının hasta güvenliği eğitimi aldığı bulunmuştur (Belgin, 2018).

Türk'ün (2015) ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek için yapmış olduğu çalışmada, ameliyathane hemşirelerinin çoğunun 26-30 yaş aralığında olduğu %82'sinin kadın ve çoğunun evli olduğu bulunmuştur. Türk'ün yapmış olduğu bu çalışma, hemşirelerin yaş aralığı, cinsiyeti, eğitim durumları açısından çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Türk, 2015).

Sonuç olarak, çalışma, hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri bakımından diğer çalışmalarla benzer özellikte olup tanımlayıcı özelliklerle hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu.

5.2. Güvenlik Tutumları Ölçeğinin Puan Ortalamalarına Göre Tartışılması

Ameliyathane hemşirelerinin “Güvenlik Tutumları Ölçeği” ve alt boyutlarından aldıkları puanlara bakıldığında; genel toplam ölçek puan ortalaması $3,27 \pm 0,26$, “ekip işbirliği” alt boyutu puanı $3,44 \pm 0,32$, “iş memnuniyeti” alt boyutu puanı $3,43 \pm 0,53$, “yönetim ile ilgili düşünceler” alt boyutu için $3,10 \pm 0,60$, “güvenli ortam” alt boyut için $3,37 \pm 0,33$, “çalışma koşulları” alt boyutu için $3,43 \pm 0,57$, “stres düzeyinin belirlenmesi” alt boyutu için ise $3,07 \pm 0,45$ puan idi (Tablo 2). Literatürde hasta güvenliğinin geliştirilmesiyle ilgili görüş isteyen açık uçlu ve çalışanlar arasındaki iş birliği ve iletişimi sorgulayan 5 puanlı likert ölçek tipinde soruları içeren puanlama sistemi mevcuttur. Bu puanlama sistemine göre 1= Çok Kötü, 2=Kötü 3=Orta 4= İyi 5=Çok iyi anlamlarını taşımaktadır. Puanlar 100'lük sisteme çevrildiğinde; 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100 olarak hesaplanmaktadır (Shteynberg ve ark. 2005; Makary ve ark., 2006; Sexton ve ark. 2006).

Usta'nın (2018) yılında “Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler” isimli çalışmasında, hemşirelerin “Güvenlik Tutumları Ölçeği” puan ortalaması $61,4 \pm 9,3$ 'tür. Alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında; iş memnuniyeti puan ortalaması $60,7 \pm 21,5$; ekip iş birliği puan ortalaması $58,8 \pm 9,5$ yönetimle ilgili düşünceler puan ortalaması $52,1 \pm 18,1$; güvenli ortam puan ortalaması $57,6 \pm 10,5$; çalışma koşulları puan ortalaması $60,9 \pm 19,8$; stres düzeyinin belirlenmesi puan ortalaması $68,0 \pm 14,9$ 'dır. Çalışma, Usta'nın çalışmasındaki puan ortalamaları ile benzer özellik göstermektedir.

Türk'ün (2015) “Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları” isimli çalışmasında “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” ve bu ölçeğe ait alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında; ekip işbirliği alt

boyutundan $49,46 \pm 8,14$ puan, iş memnuniyeti alt boyutundan $17,87 \pm 3,45$ puan, yönetimle ilgili düşünce alt boyutundan $22,64 \pm 5,49$ puan, güvenli ortam alt boyutundan $53,39 \pm 8,98$ puan, çalışma koşulları alt boyutundan $9,89 \pm 2,7$ puan ve stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutundan da $41,9 \pm 7,86$ puan olarak hesaplanmıştır. Ekip iş birliği, iş memnuniyeti, stres düzeyi ve çalışma koşulları alt boyutları çalışmamızla karşılaştırıldığında benzer özelliklere sahip olmadığı görülmekle birlikte güvenli ortam alt boyutu açısından benzer özellik göstermektedir.

Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada, ölçek toplam puan ortalamasının $49,99 \pm 12,24$; ekip işbirliği ortalama puanının $59,27 \pm 13,91$; iş memnuniyeti ortalama puanının $57,74 \pm 22,01$; yönetimle ilgili düşünceler ortalama puanının $44,59 \pm 22,47$; güvenli ortam ortalama puanının $53,35 \pm 13,97$; çalışma koşulları ortalama puanının $51,57 \pm 22,45$; stres düzeyinin belirlenmesi ortalama puanının $33,94 \pm 15,44$ olduğu hesaplanmıştır. Ongün'ün (2015) yaptığı bu çalışmanın ölçek toplamı, yönetimle ilgili düşünceler ve stres düzeyinin belirlenmesi puan ortalamaları çalışmamızla benzer puanları yansıtmamaktadır. Ekip iş birliği, iş memnuniyeti, güvenli ortam ve çalışma koşulları puan ortalamaları bakımından benzer puanları yansıtmaktadır.

Belgin'in (2018) "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi" isimli çalışmasında çalışanların güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; toplam puan ortalamasının $49,85 \pm 12,67$; ekip işbirliği alt boyut puan ortalamasının $58,52 \pm 13,63$; iş memnuniyeti alt boyut puan ortalamasının $59,82 \pm 22,41$; yönetimle ilgili düşünceler alt boyut puan ortalamasının $44,35 \pm 22,99$; güvenli ortam alt boyut puan ortalamasının $50,97 \pm 15,21$; çalışma koşulları alt boyut puan ortalamasının $51,35 \pm 25,01$; stres düzeyinin belirlenmesi alt boyut puan ortalamasının $36,83 \pm 16,14$ olduğu belirtilmiştir. Belgin'in yaptığı bu çalışmanın ölçek toplamı, yönetimle ilgili düşünceler, stres düzeyi benzer puanları yansıtmazken, ekip iş birliği, iş memnuniyeti, güvenli ortam, çalışma koşulları puan ortalamaları benzer puanları yansıtmaktadır.

Sexton ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada, 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. Çalışma koşulları alt boyutu ile stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutu puan ortalamaları benzerlik gösterirken, ortalama puan, iş memnuniyeti alt boyutu, ekip iş birliği alt boyutu, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam alt boyutu puan ortalamaları ise benzer puanları yansıtmamaktadır. Bu çalışmada, en yüksek puan ekip iş birliği ve çalışma koşulları iken, stres düzeyinin puan ortalaması en düşüktür.

Elde edilen sonuca göre, hemşirelerin yaşları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmada, hasta güvenliğine ait alt boyutlardan olan yönetim ile ilgili düşüncelere ilişkin puanların hemşirelerin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre, evli olan hemşirelerin yönetim ile ilgili düşünceler boyutundan daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde, yapılan çalışmalarda çeşitli bulguların yer aldığı görülmektedir. Balık (2014) ve Özsayın Susam (2015) tarafından yapılmış olan iki ayrı çalışmada katılımcıların güvenlik tutumlarının medeni duruma göre anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte, Türk (2015)'ün yapmış olduğu bir çalışmada da medeni duruma göre yönetimle ilgili düşünceler alt testine ilişkin anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde hasta güvenliğine ilişkin tutumların, hemşirelerin medeni duruma göre farklılaşmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Behlül ve Bayraktar, 2017; Korkmaz, 2012; Özsayın Susam ve Özbayır, 2016). Bir diğer açıdan, mevcut çalışmanın verileri ile uyumlu olacak şekilde, hasta güvenliğine ilişkin tutumların medeni duruma göre farklılaştığını gösteren ve evli olan hemşirelerin yönetim ile ilgili düşünceler boyutundan daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Ongun, 2017). Alanyazında yer alan ve bu araştırma ile elde edilen sonuçlar ele alındığında, evli bireylerin bekar olan bireylere kıyasla görece daha fazla sorumluluk alıyor olmaları, kendilerinin olaylar karşısında çözüm üretebilme becerilerinin gelişmesine ve hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının da olumlu bağlamda etkilenmesine fayda sağlıyor olabildiği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda özellikle yönetim ile ilgili olan hasta güvenliğinin iyileştirilmesi, güvenli

ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanması gibi faaliyetlerin, evli hemşireler tarafından hasta güvenliğini teşvik eden ve destekleyen bir tutum olarak benimsemeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Elde edilen bir diğer sonuca göre, hemşirelerin kendi istekleri ile ameliyathanede çalışma durumlarının hasta güvenliği tutumlarından yönetim ile ilgili düşünceler alt boyutundan daha düşük; stres düzeyi alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Çalışanların yaptıkları işi gönüllülük dâhilinde ve severek yapıyor olmaları, yapılan işi daha başarılı bir biçimde sonuçlanmasına da katkı sağlamaktadır (akır 2007). nler'in (2010) yaptığı bir çalışmada, ameliyathanede çalışma durumunun çalışanların kendi isteği olup olmadığı sorgulanmıştır. Sonuçlara göre çalışanların %75.2'sinin kendi isteği ile ameliyathanede çalıştığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, aynı çalışmada elde edilen sonuca göre, çalışanların güvenlik tutumlarının kendi isteği ile ameliyathanede çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, kendi isteği ile çalışan hemşirelerin güvenlik tutumları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışmaya katılan hemşirelerin %84'ünün kendi isteği ile ameliyathanede çalıştıkları sonucu ele alındığında, hemşirelerdeki stres düzeyi üzerinde hasta güvenliğine ilişkin tutumlar kadar, çalışma koşullarının da etkili olabildiği düşünülmektedir. Bir diğer açıdan, kendi isteği ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin güvenlik tutumlarından yönetim ile ilgili düşüncelerin daha düşük puan ortalamasına sahip olmasının, hemşirelerin ameliyathanede gönüllü olarak çalışmaları ve böylece sahip oldukları yüksek motivasyon düzeyi ile mevcut eksikliklere karşı daha duyarlı olmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bir diğer ifadeyle, kendi isteği ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin, bulundukları birimde gönüllü bir işi yaptıkları duygusunun yanı sıra, hasta güvenliğine ilişkin daha yüksek bir hassasiyet geliştirmiş olabilecekleri düşünülmektedir. Bu nedenle, kendi isteğiyle ameliyathanede çalışan hemşirelerin, kendi istekleri dışında çalışanlara göre yönetim ile ilgili konularda daha olumsuz güvenlik tutumlarına sahip oldukları değerlendirilmektedir.

Hemşirelerin güvenlik tutumlarının çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme düzeyleri açısından anlamlı şekilde farklılaştığı bir diğer sonuç olarak elde edilmiştir. Bu sonuca göre yeterince dinlenebildiğini belirten hemşirelerin yönetim ile ilgili düşünceler alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları grlmektedir. 12 saatten fazla nöbet tutmanın, haftada 40 saatten fazla mesai yapmanın, hemşireler açısından hata yapma olasılığını ve hasta güvenliğine ilişkin tehlikelerin artmasına

yol açtığı bilinmektedir (Rogers vd., 2004). Bununla birlikte yoğun çalışma saatleri, uzun nöbetler ve yorgunluk gibi faktörlerin hasta güvenliği açısından risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Arda vd., 2007; Filiz, 2009). Yoğun çalışma saatlerinin ardından dinlenemeyen hemşirelerin, hastane yönetimine ilişkin daha düşük düzeyde bir güvenlik tutumuna sahip olmalarının, çalışma koşullarını hastane yönetiminin sorumluluğunda olan bir durum olarak görülmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Bir diğer sonuca göre, çalışma saatleri dışında dinlenemeyen hemşirelerin güvenlik tutumlarından stres düzeyi alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Yoğun çalışma temposu ardından dinlenmeden tekrar mesai yapmanın, hemşirelerde hem fiziksel hem psikolojik olarak yorgunluğa yol açıyor olabileceği, böylece hemşirelerin güvenlik tutumlarından stres düzeyinin daha yükselmiş olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştığı kurumda ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı bulunan ve bu oryantasyon programlarına katılan hemşirelerin, güvenlik tutumlarından çalışma koşulları alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Ameliyathane, çeşitli teknik araçların yer aldığı, işleyiş bakımından karmaşık öğelere sahip olan, özel bilgi, donanım ve beceri gerektiren bir birim olması nedeniyle, hemşireler açısından oryantasyon eğitimi önemli bir rol oynamaktadır (Lipponen, Turunen ve Tossavainen, 2002). Hemşirelerin ameliyathane ortamında gerekli bilgi ve becerilerle çalışmaları için uyum ve oryantasyon programları gerekmektedir (Aksoy ve Akyolcu, 2000). Bu bağlamda araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin çalışma koşullarını daha olumlu değerlendiriyor olmaları beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Ameliyathane hemşiresi olarak çalışmanın çeşitli zorluklar ve hasta güvenliği açısından belli sorumluluklar içerdiği ele alındığında, oryantasyon eğitiminin hemşirelerin uyumu ve hasta güvenliğine ilişkin tutumların geliştirilmesi açısından oldukça önemli olduğu değerlendirilmektedir. Bu nedenle kurumlarında oryantasyon eğitimi bulunan ve bu eğitime katılan hemşirelerin, hasta güvenliğine ilişkin olarak çalışma koşullarını olumlu değerlendirmiş oldukları düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada, hasta güvenliğine ait alt boyutlardan olan yönetim ile ilgili düşüncelere ilişkin puanların hemşirelerin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre, evli olan hemşirelerin yönetim ile ilgili düşünceler boyutundan daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu

görülmektedir. İlgili çalışma incelendiğinde, yapılan çalışmalarda çeşitli bulguların yer aldığı görülmektedir. Balık (2014) ve Özsayın Susam (2015) tarafından yapılmış olan iki ayrı çalışmada katılımcıların güvenlik tutumlarının medeni duruma göre anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte, Türk (2015)'ün yapmış olduğu bir çalışmada da medeni duruma göre yönetimle ilgili düşünceler alt testine ilişkin anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde hasta güvenliğine ilişkin tutumların, hemşirelerin medeni duruma göre farklılaşmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Korkmaz, 2012; Özsayın Susam ve Özbayır, 2016; Behlül ve Bayraktar, 2017). Bir diğer açıdan, mevcut çalışmanın verileri ile uyumlu olacak şekilde, hasta güvenliğine ilişkin tutumların medeni duruma göre farklılaştığını gösteren ve evli olan hemşirelerin yönetim ile ilgili düşünceler boyutundan daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Filiz ve Bodur, 2009; Ertürk, Dönmez ve Özmen, 2016; Ongun, 2017). Alanyazında yer alan ve bu araştırma ile elde edilen sonuçlar ele alındığında, evli bireylerin bekar olan bireylere kıyasla görece daha fazla sorumluluk alıyor olmaları, kendilerinin olaylar karşısında çözüm üretebilme becerilerinin gelişmesine ve hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının da olumlu bağlamda etkilenmesine fayda sağlıyor olabildiği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda özellikle yönetim ile ilgili olan hasta güvenliğinin iyileştirilmesi, güvenli ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanması gibi faaliyetlerin, evli hemşireler tarafından hasta güvenliğini teşvik eden ve destekleyen bir tutum olarak benimsemeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Elde edilen bir diğer sonuca göre, hemşirelerin kendi istekleri ile ameliyathanede çalışma durumlarının hasta güvenliği tutumlarından yönetim ile ilgili düşünceler alt boyutundan daha düşük; stres düzeyi alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Çalışanların yaptıkları işi gönüllülük dâhilinde ve sevak yapıyor olmaları, yapılan işin daha başarılı bir biçimde sonuçlanmasına da katkı sağlamaktadır (Çakır 2007). Önler'in (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, ameliyathanede çalışma durumunun çalışanların kendi isteği olup olmadığı sorgulanmıştır. Sonuçlara göre çalışanların %75.2'sinin kendi isteği ile ameliyathanede çalıştığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, aynı çalışmada elde edilen sonuca göre, çalışanların güvenlik tutumlarının kendi isteği ile ameliyathanede çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, kendi isteği ile çalışan hemşirelerin güvenlik tutumları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Mevcut çalışmaya katılan hemşirelerin %84'ünün kendi isteği ile ameliyathanede çalıştıkları sonucu ele alındığında, hemşirelerdeki stres düzeyi üzerinde hasta güvenliğine ilişkin tutumlar kadar, çalışma koşullarının da etkili olabildiği düşünülmektedir. Bir diğer açıdan, kendi isteği ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin güvenlik tutumlarından yönetim ile ilgili düşüncelerin daha düşük puan ortalamasına sahip olmasının, hemşirelerin ameliyathanede gönüllü olarak çalışmaları ve böylece sahip oldukları yüksek motivasyon düzeyi ile mevcut eksikliklere karşı daha duyarlı olmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bir diğer ifadeyle, kendi isteği ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin, bulundukları birimde gönüllü bir iş yaptıkları duygusunun yanı sıra, hasta güvenliğine ilişkin daha yüksek bir hassasiyet geliştirmiş olabilecekleri düşünülmektedir. Bu nedenle, kendi isteğiyle ameliyathanede çalışan hemşirelerin, kendi istekleri dışında çalışanlara göre yönetim ile ilgili konularda daha olumsuz güvenlik tutumlarına sahip oldukları değerlendirilmektedir.

Hemşirelerin güvenlik tutumlarının çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme düzeyleri açısından anlamlı şekilde farklılaştığı bir diğer sonuç olarak elde edilmiştir. Bu sonuca göre yeterince dinlenebildiğini belirten hemşirelerin yönetim ile ilgili düşünceler alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. 12 saatten fazla nöbet tutmanın, haftada 40 saatten fazla mesai yapmanın, hemşireler açısından hata yapma olasılığını ve hasta güvenliğine ilişkin tehlikelerin artmasına yol açtığı bilinmektedir (Rogers ve ark., 2004). Bununla birlikte yoğun çalışma saatleri, uzun nöbetler ve yorgunluk gibi faktörlerin hasta güvenliği açısından risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Arda ve ark., 2007; Filiz, 2009). Yoğun çalışma saatlerinin ardından dinlenemeyen hemşirelerin, hastane yönetimine ilişkin daha düşük düzeyde bir güvenlik tutumuna sahip olmalarının, çalışma koşullarını hastane yönetiminin sorumluluğunda olan bir durum olarak görülmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Bir diğer sonuca göre, çalışma saatleri dışında dinlenemeyen hemşirelerin güvenlik tutumlarından stres düzeyi alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Yoğun çalışma temposu ardından dinlenemeden tekrar mesai yapmanın, hemşirelerde hem fiziksel hem psikolojik olarak yorgunluğa yol açıyor olabileceği, böylece hemşirelerin güvenlik tutumlarından stres düzeyinin daha yükselmiş olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştığı kurumda ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı bulunan ve bu oryantasyon programlarına katılan hemşirelerin, güvenlik

tutumlarından çalışma koşulları alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Ameliyathane, çeşitli teknik araçların yer aldığı, işleyiş bakımından karmaşık öğelere sahip olan, özel bilgi, donanım ve beceri gerektiren bir birim olması nedeniyle, hemşireler açısından oryantasyon eğitimi önemli bir rol oynamaktadır (Lipponen ve ark., 2002). Hemşirelerin ameliyathane ortamında gerekli bilgi ve becerilerle çalışmaları için uyum ve oryantasyon programları gerekmektedir (Aksoy ve Akyolcu, 2000). Bu bağlamda araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin çalışma koşullarını daha olumlu değerlendiriyor olmaları beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Ameliyathane hemşiresi olarak çalışmanın çeşitli zorluklar ve hasta güvenliği açısından belli sorumluluklar içerdiği ele alındığında, oryantasyon eğitiminin hemşirelerin uyumu ve hasta güvenliğine ilişkin tutumların geliştirilmesi açısından oldukça önemli olduğu değerlendirilmektedir. Bu nedenle kurumlarında oryantasyon eğitimi bulunan ve bu eğitime katılan hemşirelerin, hasta güvenliğine ilişkin olarak çalışma koşullarını olumlu değerlendirmiş oldukları düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada, çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde hemşirelerin gereksinimlerinin dikkate alınması durumunda, hemşirelerin güvenlik tutumlarından güvenli ortam alt boyutunun ve güvenlik tutumları ölçeğinden aldıkları toplam puanın anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık personellerinin hizmet içi eğitimler almaları ile kurum içinde güvenlik kültürünün gelişmesi arasında ilişki olduğu bilinmektedir (Bodur, Filiz, Çimen ve Kapçı, 2012). Dünya sağlık örgütü, güvenli bir sağlık hizmetinin ve kaliteli hasta güvenliğinin kurumların en temel sorumlulukları arasında yer aldığını, bunun geliştirilmesi için kurum içi eğitim uygulamalarının oldukça önemli olduğunu bildirmiştir (WHO, 2004). Kurum içi eğitimlerin eksikliğinde sağlık hizmetlerinde görülen aksaklıkların arttığı bilinmektedir (Sandars ve Cook, 2007, s. 6). Yetersiz eğitim ve donanım, düşük kalite standartları, yetersiz teknoloji ve ekipman durumu, zaman baskısı, personelin tecrübesiz olması gibi faktörlerin, kurumlardaki güvenlik tutumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Çırpı ve diğerleri (2009), hizmet içi eğitimlerde çalışanların performanslarını iyileştirmelerine yardımcı olacak şekilde, ilaçların, cihazların kullanımı ve emniyeti, çevre güvenliği, çeşitli klinik uygulamalar gibi konuların yer almasının önemli olduğunu belirtmektedir. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde, gereksinimlerin önemsendiği ve eğitimlerin bunlar doğrultusunda düzenlendiği kurumlardaki hemşirelerin çalıştıkları ortamı daha güvenli bir ortam

olarak nitelendirdikleri görülmektedir. Çalışanların desteklenmesi gereken durumların tespit edilmesi ve ilgili tespitler yapılırken çeşitli ihtiyaçların temel alınması, hemşirelerin kurumlarına ilişkin güvenlik algısını yükselttiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle kurumlarda yapılacak olan hizmet içi eğitimlerde personellerin gereksinim duyduğu alanlarda eğitimlerin verilmesini önemi bir kez de daha ortaya çıkmaktadır. Bu sayede kurumlardaki politikaların ve çalışma koşullarının güncellenmesi, tek düze ve standart uygulamalar yerine çalışanların gereksinimlerine yönelik hizmet içi eğitimlerin belirlenmesi ile hasta güvenliğine ilişkin tutumların da gelişmesinin destekleneceğini söylemek mümkündür.

Araştırma kapsamında yapılan korelasyon analizi bulgularına göre, hemşirelerin hastane deneyim süreleri ve yönetim ile ilgili düşünceler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde, hemşirelerin çalışma yılları ve deneyim süreleri arttıkça yönetim anlayışı ve hasta güvenliği tutum düzeylerinin de arttığı gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Blot ve ark., 2014; Hwang, 2015; Özdemir ve ark., 2015; Özmen ve Başol, 2010). Ongun ve Intepeler (2017), yaptıkları çalışmada deneyim süresi arttıkça hasta güvenliği düzeylerinin de pozitif yönde arttığını göstermiştir. Mevcut çalışma sonucu ve literatürdeki çalışmalarda her ne kadar yönetim anlayışının deneyim süresine bağlı olarak daha olumlu değerlendirildiği görülsede, yüksek beklentilerin, çalışma motivasyonlarının yıllar içinde azaldığı da bilinmektedir (Kahraman ve ark., 2011). Bununla birlikte deneyim süresi arttıkça, güvenlik tutumlarından olan stres düzeyinin belirlenmesi ve çalışma koşulları alt ölçek boyutlarında azalma olduğu da bilinmektedir (Bodur ve Filiz, 2009; Karaca ve Arslan, 2014; Özşaker ve Tehçi, 2016; Karayurt vd., 2017). Mevcut çalışmada mesleki deneyimin artmasına bağlı olarak güvenlik tutumlarından yönetim ile ilgili düşüncelerin olumlu yönde artmış olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç ele alındığında deneyim ve çalışma süresinin artması ile hemşirelerin çalıştıkları kurumun yönetim anlayışına ve çalışma ortamına ilişkin algılarının da olumlu yönde arttığını söylemek mümkündür. Bu olumlu artış bağlamında, yönetim ile ilgili düşünceler içerisinde yer aldığı değerlendirilen, hasta güvenliğine yönelik acil durumlara karşı hazırlıklı olma, hastane içerisindeki tehlikeli atıkların kontrolünü sağlamak amacıyla yapılan kimyasal temizlikler, iş kazaları gibi faktörler hemşirelerin deneyimleri süresince olumlu algıladıkları unsurlar olarak değerlendirilmektedir. Hastane içerisinde yönetimin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve uygulamalarında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir.

Bir diğerk açıdan Adıgüzel (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, yönetici kültürü ile hasta güvenliği uygulamaları arasında olumlu bir ilişkinin olduğu görölmektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin deneyim süresi ile hasta güvenliğine ilişkin yönetim ile ilgili düşünceleri arasındaki olumlu ilişkinin, bulundukları kurumdaki yönetici kültürü ile açıklanabileceğı düşünölmektedir.

Korelasyon analizi sonucunda elde edilmiş olan bir diğerk bulguya göre hemşirelerin ameliyathanede çalıştıkları sürede gece boyunca ilgilendikleri vaka sayısı ile stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yoğun nöbetler ve nöbetlerdeki yorgunluk düzeyi nedeniyle hemşireler arasındaki iletişim sürecinin ve buna bağılı olarak hasta güvenliğinin olumsuz etkilendiğı bilinmektedir (Arda ve ark., 2007). Benzer şekilde Filiz (2009) tarafından yapılan bir diğerk çalışmada da hemşirelerin uzun çalışma saatleri ve vaka yoğunluğunun yorgunluk ve strese yol açması nedeniyle hasta güvenliğini olumsuz etkileyebildiğı görölmektedir. Özata ve Altunkan (2010) ise sağıık personelleri için hasta güvenliğine ilişkin risklerin ortaya çıkmasına yol açan en önemli faktörlerden birinin iş yükünün yoğunluğu olduğunu bildirmiştir. Bu doğrultuda mevcut araştırma sonucunda ameliyathane hemşirelerinin gece nöbetlerinde ilgilendikleri vaka sayısı ile algıladıkları stres düzeyinin ve buna bağılı olarak güvenlik tutumlarının da etkilendiğini söylemek mümkündür. Ameliyathane birimi doğası gereğı sınırlı bir iletişim ortamına sahiptir. Bu nedenle vaka yoğunlu ile birlikte ameliyathane hemşirelerinin duygusal olarak yalnız hissetmeleri ve güvenlik tutumlarından stres düzeylerinin bu yönde yükselmiş olmasının, tükenmişlik, yorgunluk gibi duyguların artmasından kaynaklanıyor olabileceğı değerlendirilmektedir.

6. SONUÇLAR

Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunun 18-29 yaş aralığında (%6,7'si), %89,2'sinin kadın, %70,8'inin bekar, %86,2'sinin lisans mezunu olduğu,
- Hemşirelerin kurumdaki çalışma deneyimlerinin ve ameliyathane deneyimlerinin ortalama 6 (kurumdaki toplam çalışma deneyimi $6,03 \pm 6,31$ yıl, ameliyathane çalışma deneyimi $6,23 \pm 6,31$ yıl) yıl olduğu,
- Haftalık ortalama çalışma sürelerinin 41 ($40,83 \pm 2,33$) saat olduğu,
- Ameliyathanedeki günde alınan vaka sayısının ortalama $31,95 \pm 25,73$ vaka, gündüz alınan vaka sayısının ise $5,76 \pm 1,81$ vaka olduğu,
- Hemşirelerin %96,9'unun ameliyathane hemşiresi, ameliyathane hemşirelerinin %23'ünün genel cerrahi masasında çalıştığı,
- Hemşirelerin %84,6'sının nöbet usulü, %61,5'inin sözleşmeli çalıştığı,
- Hemşirelerin %43,1'inin çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemediği, çoğunun sebebinin mesai saatleri içindeki yorgunluk olduğu,
- Hemşirelerin çoğunun (%86,2) kurumlarında ameliyathane oryantasyon programının olduğunu ve hepsinin bu programa dahil olduklarını ifade ettiği,
- Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun (%95,4) kurumlarında düzenli olarak hizmet içi eğitim programlarının düzenlendiğini ve %87,7'sinin bu programların hazırlanmasında ameliyathane hemşirelerinin gereksinimlerinin dikkate alındığını ifade ettiği,
- Hemşirelerin %95,4'ünün kurumlarında hasta güvenliği konusunda eğitim yapıldığını ve %92,3'ünün bu eğitimlere katıldıklarını belirttiği,
- Ameliyathane hemşirelerinin ekip üyeleriyle iletişim ve iş birliği düzeylerinin yeterli ve çok yeterli olduğu,

- Hemşirelerin ekip üyeleriyle iletişim ve iş birliği düzeylerinin yaş ile ilişkisi arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$),
- Hemşirelerin cinsiyetleri ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı,
- Evli olan hemşirelerin “yönetim ile ilgili düşünceler” puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve anlamlı fark bulunduğu ($p=0,038$),
- Hemşirelerin iş pozisyonları ile ölçek toplam puan ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$),
- Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma durumları ile ölçek toplam puan ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin gece/gündüz çalışma durumları ile ölçek toplam puan ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$),
- Kendi istekleri ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin “yönetim ile ilgili düşünceler alt boyut puan ortalamalarının daha düşük ($p=0,018$) iken, “stres düzeyinin belirlenmesi” alt boyut ortalamalarının daha yüksek ($p=0,005$) olduğuna ait anlamlı fark bulunduğu,
- Çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilen hemşirelerin “yönetim ile ilgili düşünceler alt boyut puan ortalamalarının ($0,018$) ve çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemeyen hemşirelerin olduğu “stres düzeyinin belirlenmesi” alt boyut ortalamalarının ($p=0,05$) daha yüksek olduğuna ait anlamlı fark bulunduğu,
- Çalıştığı kurumda oryantasyon programı olmayan hemşirelerin “çalışma koşulları” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek ($p=0,028$) olduğuna ait anlamlı fark bulunduğu,
- Çalıştığı kurumda oryantasyon programına katılmayan hemşirelerin “çalışma koşulları” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek ($p=0,036$) olduğuna ait anlamlı fark bulunduğu,

- Hemşirelerin çalıştıkları kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim programı yapılma durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$),
- Çalıştığı kurumda hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde ameliyathane hemşirelerinin gereksinimleri dikkate alındığını belirten hemşirelerin “Güvenli Ortam” alt boyut ($p=0,026$) ve genel toplam ölçek ($p=0,009$) puan ortalamalarının daha yüksek olduğuna ait anlamlı fark bulunduğu,
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği eğitimi yapılma durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği eğitimine katılma durumları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin hastane deneyimleri arttıkça “yönetim ile ilgili düşünceler alt boyut puan ortalamalarının arttığına ait anlamlı fark bulunduğu, ($r=0,252$ $p=0,050$)
- Hemşirelerin çalıştıkları ameliyathanedeki gece vaka sayısı ile “stres düzeyinin belirlenmesi” alt boyut puan ortalamalarının arttığı ($r=0,262$ $p=0,041$) bulundu.

7. ÖNERİLER

Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapılan bu çalışmada araştırma sonuçları doğrultusundaki öneriler aşağıda verilmiştir.

- Hasta güvenliğinin öneminin kavranması ve gerekliliklerinin yerine getirilmesi,
- Hasta güvenliğine yönelik olumsuz, istenmeyen durum ve olayların belirlenerek önlem alınması,
- Çalışanların çalışma alanlarının belirlenmesinde istekliliğin dikkate alınarak önceliklendirilmesi,
- Hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin standartize edilerek sürekliliğinin sağlanması,
- Hasta güvenliğine yönelik kalite iyileştirme çalışmalarının yapılması,
- Kurumlarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve uygulamalara yansıtılması,
- Tüm ameliyathane hemşirelerinin çalışmaya başlamadan önce oryantasyon eğitimlerini alması,
- Ameliyathanelerin hasta güvenliği açısından kritik alanlar olduğu göz önünde bulundurularak, güncel yayınlar ve kılavuzlar rehberliğinde, düzenli ve sürekli hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Abbasoğlu A., Uğurlu Z., Işık SA, Karahan A., Ünlü H., Özhan-Elbas N., (2012) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Etkin Kullanılma Durumu ve Hemşirelerin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 18(1): 53-62.

Adıgüzel O. (2010) Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 28: 159-170.

Akalın HE. (2014) Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 32: 64-67.

Akalın Z., Tekin DE., Civil SO., (2012) Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Aksoy G. (2003) Perioperatif Hemşirenin Eğitim ve Oryantasyonu. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı, İzmir, 119.

Aksoy G. (1996) Ameliyathane Hemşireliğinde Sürekli Eğitim. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu, Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 27-34.

Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N. (2012) Cerrahi Hemşireliği. 1.Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Aktaş ÖE. (2007) Ameliyathane Hemşireliği ve Yasal Sorumluluk. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı (Uluslararası katkı), Ege Üniversitesi, Gaziantep.

Akyolcu N. (2003) Perioperatif Hasta ve Ailesinin Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı, İzmir, 97-108.

Akyüz EB. (2008) Ameliyat Olan Hastalarda Hemşirelik Bakım Uygulamalarının Mahremiyete/Kişisel Gizliliğe Etkileri Konusunda Hastaların ve Hemşireleri Görüşleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Firdevs Erdemir).

Arda H., Ertem B., 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.

Aren A. (2008) Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği. İstanbul Tıp Dergisi, 3: 141-145.

Arsalan B., Kısa S., Hisar F. (2009) Ankara'da Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hasta Güvenliğine İlişkin Algılama ve Görüşleri. 12. Ulusal-Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas.

Arsalan N. (2004) Cerrahi Uygulamalarda Steril Alan Oluşturma İlkeleri. 2. Uluslararası Perioperatif Hemşirelik Kongresi Programı, Özet Kitabı, İstanbul, 44-45.

Arslanoğlu A., Köser E., (2020) Ameliyathane Hemşirelerinin Sorunlarını İnceleyen Nitel Bir Araştırma. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 2(1): 1-14.

Askrian, M., Kouchak F., Palenik. C.J. (2011) Effect of Surgical Safety Checklists on Postoperative Morbidity and Mortality rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1-Year Study. Quality Manage Health Care, 20(4): 293-297.

Aslan Ö., Ünal Ç. (2005) Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi, 47 (3): 175-178.

Atkinson L.J., Fortunate N. (1996) Operating Room Technique. USA, The Mosby.

Aydın MA. (2020) Mardin İli Kamu Hastanelerinde Görev Yapan Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanenin Yönetimine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Prof. Dr. Ayla Yava).

Aykent R., Kocamanoğlu S., Üstün E., Tür A., Şahinoğlu H. (2007) Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation, 5(1): 7-13.

Balık H. (2014) Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Hülya Kaya).

Beaumont K., Russell J. (2012) Standardising for Reliability: the Contribution of Tools and Checklists. Nursing Standard, 26(34):35-39.

Behlül, S., Bayraktar Ö. (2017) Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Üniversite Hastanesi Örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4(3): 202-206.

Belgin B. (2018) Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Doç. Dr. Sevban Arslan).

Berke D., Aslan FE. (2010) Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4): 72-77.

Bethune A., Sasirekha G., Sahu A., Cawthorn S., Pullyblank A. (2011) Use of Briefings and Debriefings as a Tool in Improving Team Work, Efficiency and Communication in the Operating Theatre. Postgrad Med Journal, 87(1027): 331-334.

Blot S., Afonso E., Labeau S. (2014) Insights and Advances in Multidisciplinary Critical Care: a Review of Recent Research. American Journal of Critical Care, 23(1): 70-80.

Bodur S., Filiz E. (2009) A Survey on Patient Safety Culture in Primary Healthcare Services in Turkey. International Journal for Quality in Health Care, 21(5): 348-355.

Bodur S., Filiz E., Çimen A., Kapçı C. (2012) Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. Genel Tıp Dergisi, 22(2): 37-42.

Borchard A., Schwappach DL., Barbir A. (2012) A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery. *Annals of Surgery*, 256(6): 925–933.

Bozkurt S. (2019) Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala Olayların İncelenmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hilal Tüzer).

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

Burlingame BJ., Kleiner C., Pashley HS., (2007) Standards Recommended Practices, and Guidelines. Eds: Conner R: Aorn Perioperative Nursing Practice, London, 15-16.

Canbolat Ç. (2011) Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Sultan Ayaz).

Candaş B., Gürsoy A. (2015) Cerrahide Hasta Güvenliği: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1):40-48.

Castle NG. and Sonon KE. (2006) A Culture of Patient Safety in Nursing Homes. *Quality and Safety in Health Care*, 15(6): 405-408.

Catalano (2009) Hand-off Communication Does Affect Patient Safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4): 266-270.

Cherkashin M., Berezina N., Serov A., Fedorov A., Andreev G., Kuplevatsky V. (2016) Safety Management for MR-Guided Interventions. *Investigative Magnetic Resonance Imaging*, 20(3): 152-157.

Chiin, Raymond YW., Sehulster, Lynne. (2003) Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities; Recommendations of CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).

Coşkun H., Akbayrak N. (2001) Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2): 63-68.

Çakır A. (2008) Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Özkan Tütüncü).

Çakır Z., Kırılmaz H. (2009) Hasta Gözüyle Hasta Güvenliği. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, Ankara, 2: 145.

Çakmak C., Konca M., Teleş M. (2018) Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3) :423-448.

Çelik GO., Dramalı A. (2003) Ameliyathane Tasarımı. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 333-337.

Çelik İ., Şenol A., Karlıdağ GE., İnci NA. (2009) Fırat Üniversitesi Hastanesi 2006 Yılı Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sonuçları. Fırat Tıp Dergisi, 14(4): 242-246.

Çırpı F., Doğan Merih Y., Yaşar Kocabey M. (2009) Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3): 26-34.

Çil Eyi S. (2012) Ameliyat Sırasında Uygulanan Hemşirelik Bakımının Hasta ve Hemşireler Tarafından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan).

Çilingir D., Bayraktar N. (2006) Günübirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 13(1): 69–81.

Çobanoğlu A. (2009) Ameliyathane Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Sağlık Çalışanı Güvenliği. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı, Meta Basım, İzmir, Eds: Yavuz M., Özbayır T., Korkmaz FD., Kaymakçı Ş. 258.

Çullu M. (2007) Hastaların Cerrahi Gerişim Öncesi Dile Getirmedikleri Düşünce ve İstekleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Saadet Ülker).

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

Dallı D. (2001) Manisa İlindeki Hastanelerde Ameliyathane Donanımına İlişkin Durum Saptama. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 229-238.

Daniels SM. (2007) Protecting Patients From Harm: Improving Hospital Care For Surgical Patients. Nursing, 37 (8): 36-41.

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

Demir F, Dramalı A. (2005) Ameliyathanelerde İlaç Hataları. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 165-177.

Demirel N., Taşpınar A., Akış Ş., Tosun A., Atlan Ö. (2001) Manisa İlinde Kamuya Ait Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İşlevlerini Algılama Durumları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi, (4): 62-65.

Dramalı A. (2001a) Ameliyathanede Mimari. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 87-92.

Dramalı A. (2001b) Merkezi Sterilizasyon Bölümünün Organizasyonu. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1-9.

Dramalı A., Demir F. (1996) Ameliyathane Hemşirelerinin Gelişen Teknolojiye Uyumu. 1. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 107-114.

Ebik GE. (2017) Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Puan Ortalaması Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur).

Ellsworth WA., Iverson RE. (2006) Patient Safety in The Operating Room. *Seminars in Plastic Surgery*, 20 (4): 214-218.

Erdil F. (2001) Cerrahi Hemşireliği. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Aydoğdu Ofset, Ankara, Eds: Erdil F., Elbaş NÖ. (4):97-136.

Ertem G., Oksal E., Akbıyık A. (2009) Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1): 1-10.

Ertürk C., Dönmez P., Özmen D. (2016) Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1): 19-33.

Eskici V. (2013) Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Ameliyathane Hemşireliği ve Ameliyathane Ortamına Yönelik Düşüncelerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Nadiye Özer).

Filiz E. (2009) Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Said Bodur).

Giersbergen MYV., Kaymakçı Ş. (2015) Ameliyathane Hemşireliği. Meta Basım Evi, İzmir, s: 75-177.

Gökay P., Taştan S., Ayhan H., İyigün E., Can M. (2016) Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımı: Sistemik İnceleme. *Gülhane Tıp Dergisi*, 6(58): 136-142.

Gümüşkaya O. (2010) Ameliyathane Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Güler Aksoy).

Güner İC., Demir F., (2005b) Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 55-266.

Güner İC., Kireker HD. (2005a) Gaziantep İli Hastanelerinde Ameliyathanelerin Donanımına İlişkin Durum Saptama. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 325-336.

Gürel A. (2012) Ameliyathanede Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşiresinin Rolü. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan).

Gürlek Ö., Kanber AN., Çevik GC. (2011) Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüş ve Uygulamalarının İncelenmesi. 11. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, 1: 307-317.

Güven M. (2014) Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanımlıkları.

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. M. Fikret Gezgin).

Güven R. (2007) Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 411-422.

Isır AB., Akbaba M., Coşkun AG., Dülger HE. (2009) Diatermi Yanığına Adli Tıp Bakışı (İntraoperatif Diatermi Yanığı). Gaziantep Tıp Dergisi, 15(1): 63- 66.

Joint Commission International (2011). Accreditation Standards for Hospitals, U.S.A.

Hwang JI. (2015) What Are Hospital Nurses' Strengths and Weaknesses in Patient Safety Competence Findings From Three Korean Hospitals. International Journal for Quality in Health Care, 27(3): 232-238.

Kahraman G., Engin E., Dülgerler Ş., Öztürk E. (2011) The Job Satisfaction of Intensive Care Unit Nurses and Affecting Factors. Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal, 4(1): 12-18.

Kahraman EE. (2018) Ameliyathanede Lazer ve Koter Kullanımında Güvenlik. 4.Sterilizasyon, Ameliyathane, Dezenfeksiyon Sempozyumu, 47-51.

Kanan N. (2011) Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, İstanbul, 19(3): 180.

Kanan N., Aksoy G., Akyolcu N. (2000) Ameliyathane Hemşireliğinde Oryantasyon Programlarının Önemi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3(6): 8-11.

Karaca A., Arslan H. (2014) Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1): 9-18.

Karadağ M., Sayın YY. (2002) Ameliyathane ve Cerrahi Servislerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Sırasında Oluşan Bası Yaralarının Önlenmesinde İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Hemşirelik Forumu, 5(3): 104-112.

Karadayı A., Aydın K. (2007) İdeal Hastane Mimarisinde Sterilizasyon Ünitesi, Yoğun Bakım Ünitesi ve Ameliyat Şekil 1: MSÜ Bölümleri Odasının Mimari Yapısı ve Enfeksiyon İlişkisi. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Trabzon, 4-8.

Karahocagil MK., Yaman G., Göktaş U., Sünnetçioğlu M. (2011) Hastane Enfeksiyon Etkenlerinin ve Direnç Profillerinin Belirlenmesi. Van Tıp Dergisi, 18(1): 27-32.

Karayurt Ö., Turhan Damar H., Bilik Ö., Özdöker S., Duran M. (2017) Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017(1): 16-23.

Kaya S., Barsbay S., Karabulut E., (2010) The Turkish Version of the Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties and Baseline Data. Qual Saf Health Care, 19(6): 572-577.

Kaymakçı Ş. (2001) Ameliyathanede Karşılaşılan Yasal Sorunlar. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 45-50.

Kaymakçı ŞÖ. (2014) Ameliyathanede Hemşirenin Görevleri: Ekip Çalışması ve İletişim. 2. Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 148-153.

Kırılmaz H. (2010) Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 1. Ankara.

Korkmaz O. (2012) Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(4): 91-112.

Korkmaz O. (2012) Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(4): 91-112.

Kowalski SL., Anthony M. (2017). CE: Nursing's Evolving Role in Patient Safety, AJN The American Journal of Nursing, 117(2):34-48.

Ladden CS. (1999) Concepts Basic to Perioperative. In: Nursing Care of the Patient in Surgery, Eds: MH Meeker, JC Rothrock, p: 3-19.

Leape LL., Woods DD., Hatlie MJ., Kizer KW., Schroeder SA., Lundberg GD. (1998) Promoting Patient Safety by Reventing Medical Error. Journal of the American Medical Association, 280(16): 1444-1447.

Makary, MA., Sexton, JB., Freischlag, JA., Millman, A., Pryor, D., Holzmüller, CG. (2006) Patient Safety in Surgery. Annals of Surgery, 243: 5.

Mangram J., Horan C., Pearson ML., Silver LC. (1999) Guideline for Prevention of Surgical Site İnfection. Infection Control and Hospital Epidemiology, 20(4): 247-278.

Margulescu AD. (2009) Implementation of a 19- Questions Checklist Leads to a Significant Decrease of Mortality in Surgical Patients. A Journal of Clinical Medicine, 4(1): 75.

McGarvey HE., Chambers MGA., Boore JRP. (2009) Development and Definition of the Role of the Operating Department Nurse: a Review. Journal of Advanced Nursing, 32(5): 1092-1100.

Mitchell PH. (2008) Defining Patient Safety and Quality Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Ed: Hughes RG, Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (US), Apr. Chapter.

Morgül D. (2016) Ameliyathane Hemşirelerinin Uyguladığı Hemşirelik Bakımın ve Ameliyathane Ortamının Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Kamil Uslu).

Nishiyama K., Komori M., Kodaka M., Tomizawa Y. (2010) Crisis in the Operating Room: Fires, Explosions and Electrical Accidents. Journal of Artificial Organs, 13(3): 129-133.

Ongün P. (2015) Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler).

Ongün P., Intepeler SS. (2017) Operating Room Professionals' Attitudes Towards Patient Safety and the Influencing Factors. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 33(5): 1210.

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

Öğün B. (2008) Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Fatma Eti Aslan).

Önler E. (2010) Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu).

Özata M., Altunkan H. (2010) Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması. İçinde: TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, 1: 415-431.

Özbayır T. (2010) Ameliyat Dönemi Bakımı. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A., Eti Aslan F. Nobel Kitabevi, Adana, s: 309-344.

Özmen S., Başol O. (2010) Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa'da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 28: 81-97.

Özsayım FS. (2015) Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Türkan Özbayır).

Özsayım FS., Özbayır T. (2016) Attitudes of Operating Theater Workers Toward Patient Safety. *Int J Antisep Disinfect Steril*, 1(1): 1-6.

Özşaker E. (2016) Cerrahi Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2): 71-8.

Pauniahho S., Lepojarvi M., Peltomaa K., Saario I., Isojarvi A., Malmivaaro AA. (2009) Surgical Checklist Increases Patient Safety. *Suomen Lääkärilehti*, 49(64): 4249-4254.

Phillips N. (2007) Berry and Kohn's Operating Room Technique. Missouri, The Mosby, s:178-191.

Rogers AE., Hwang WT., Scott LD., Aiken LH., Dinges DF (2004) The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4): 202-212.

Salman S. (2019) Ameliyathanede Görevli Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerilerinin Hasta Güvenliği Tutumuna Etkisinin Belirlenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İlknur Çalışkan).

Sandars J., Cook G. (2007) ABC of Patient Safety, 1 st Edition. U.S.A: BMJ Books.

Sandars J., Cook G. (Eds.) (2009) ABC of Patient Safety (Vol. 72). John Wiley & Sons.

Sarp, N. (2018) Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü ve Katılımının Sağlanması. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1(2): 22-29.

Sarp, N. (2015) “Sağlık Hukuku” Yayınlanmamış Ders Notları.

Saturno P.J., Soria-Aledo V., Gama ZADS., Lorca-Parra F., Grau-Polan M. (2014) Understanding, WHO Surgical Checklist Implementation: Tricks and Pitfalls. An Observational Study. World Journal of Surgery, 38(2): 287-295.

Sewell M., Adebibe M., Jayakumar P. (2010) Use of the WHO Surgical Checklist in Trauma and Orthopaedic Patients. International Orthopaedics, 35(6): 897-901.

Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilans, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, C. (2006) The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data and Emerging Research. BMC Health Services Research, 6(1): 1-10.

Silén-Lipponen M., Turunen H., Tossavainen K (2002) Collaboration in the Operating Room: The Nurses Perspective. The Journal of Nursing Administration, 32(1): 16-19.

Solmaz S. (2001) Ameliyathane Enfeksiyonları ve Önleme Kuralları. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s:55-61.

Sönmez M., Yavuz M. (2009) Ameliyathanede Personel Güvenliği. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı, Meta Basım, İzmir, Eds: Yavuz M., Özbayır T., Korkmaz F.D., Kaymakçı Ş. 255- 257.

Spry C. (2008) Essentials of Perioperative Nursing. Jones and Bartlett Learning, s:2-20.

Şahin A. (2004) İntraoperatif Pozisyona Bağlı Komplikasyonların Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Fatma Eti Aslan).

T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19.4.2011. Sayı: 27910.

Toohar R., Maddern G.J., Simpson J. (2004) Surgical Fires and Alcohol-Based Skin Preparations. Journal of Surgery, 74(5): 382-385.

Toprak A. (2018) Hemşire Yetkinlik Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Gerçeklilik ve Güvenirlilik Çalışması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Manar Aslan).

Treadwell J.R., Lucas S., Tsou A.Y. (2014) Surgical Checklists: A Systematic Review of Impacts and Implementation. BMJ Qual Saf, 23(4): 299- 318.

Tuncel U., Özgenel G.Y. (2005) Thermal Injury Due to Electrosurgery. Ulusal Travma Dergisi, 11(1): 76-77.

Türk S. (2015) Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ayfer Özbaş).

Uludoğan S. (2010) Ameliyathane Hemşirelerinin Yönetmelik Sorunlarının İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nefise Bahçecik).

Uluslararası Birleşik Komisyon, (2002) Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları Kitabı. İçinde: Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, Oakbrook Terrace, ABD.

Usta GÖ. (2008) Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler (Trabzon İli Örneği). Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, (Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Ulutaşdemir).

Uzunköy A. (2004) Cerrahi Alan Enfeksiyonlarında Ameliyathanenin Rolü. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1: 38-48.

Uzunköy A. (2005) Cerrahi Alan Enfeksiyonları: Risk Faktörleri ve Önleme Yöntemleri. Ulusal Travma Dergisi, 11(4): 269-281.

Vries EN., Dijkstra L., Smorenburg SM. (2010) The Surgical Patient Safety System (SURPASS) Checklist Optimizestiming of Antibiotic Prophylaxis. Patient Safety in Surgery, 4(1): 6.

World Health Organization (2013) Patients for Patient Safety, Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

Yayla İ. (2014) Ameliyathanede Doğru Bildiğimiz Yanlış Gereksiz Uygulamalar, Ameliyathanelerde Doğru Bildiklerimizi Her Zaman Uyguluyor Muyuz? 2. Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 17-19.

Yerzülcan S., Babuşcu S., Üzel E., Maden S., Aren A (2009) Ameliyathane Ortamında Sirküle ve Scrub Hemşire Koordinasyonunun Gerekliliği ve Ameliyat Başarı Gaz Sayımına Etkisi. İstanbul Tıp Dergisi, 4: 188.

Yıldırım A., Bakır S. (2000) Ameliyathane Hemşireliği. Öz Aşama Matbaacılık, Ankara.

Yıldırım Ö. (2005) Akreditasyon ve Hasta Güvenliği. SB Diyalog Dergisi, 2 (15): 34-38.

Yılmaz M., Sezer H., Gürler H., Beker M. (2011) Predictors of perioperative anxiety in surgical inpatients. Journal of Clinical Nursing, 21(7-8): 956-964.

Zahiri HR., Stromberg J., Skupsky H., Knepp EK., Folstein M., Silverman R., Singh D. (2011) Surgical Innovation, 18(1): 55-60.

Zingiryan A., Paruch JL., Osler TM., Hyman NH. (2017) Implementation of the Surgical Safety Checklist at a Tertiary Academic Center: Impact on Safety Culture and Patient Outcomes. The American Journal of Surgery, 214(2):193-197.

İnternet Kaynakları

AORN, (2013) Perioperative Standards and Recommended Practices. <https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/aorn-standards> Erişim Tarihi: 05 Mayıs 2021

Çetinalp H. (2016) Tarihte Hekim Sorumluluğu. <https://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hekimsorumlulugu/> Erişim Tarihi: 05 Ocak 2018

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır”. 2012.0020 3516,210720

15guvenlicerrahiuygulamarehberipdf.pdf (saglik.gov.tr) Erişim Tarihi: 05 Nisan 2019

ICN. Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır (2006).
<https://www.icn.ch/search?q=sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1+istihdam+hayat+kurtar%C4%B1r> Erişim Tarihi: 05 Mayıs 2018

IOM, (2018) <http://www.iom.edu/> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2008

Joint Commission International (2014) Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 5th Edition.
<http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>. Erişim Tarihi: 28 Kasım 2017

Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (a) Cerrahide Bilinen 10 Gerçek. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-9088/cerrahide-bilinen-10-gercek.html#> Erişim Tarihi: 18 Ocak 2018

Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (b) Güvenli Cerrahi. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3747/0/0901guvenlicerrahipdf.pdf> Erişim Tarihi: 08 Ocak 2013

Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2018) Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi.
<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3516/0/21072015guvenlicerrahiuygulamarehberipdf.pdf> Erişim Tarihi: 16 Mayıs 2020

Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2018) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi,
<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/4334/0/guvenlicerrahikontrollistesi.pdf> Erişim Tarihi: 16 Mayıs 2020

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, (2018) <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/15113/0/sbajansdergi15pdf.pdf> Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2021

Shteynberg G., Sexton B. ve Thomas E. (2005) Test Retest Reliability of the Safety Climate Scale. Technical Report.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010

T.C. Resmi Gazete, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Sayı:27897 <https://www.resmigazete.gov.tr/> Erişim Tarihi: 04 Nisan 2011

T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Kanunu. Sayı:5634
<https://syo.karabuk.edu.tr/yuklenen/pdf/kanun.pdf> Erişim Tarihi: 25 Nisan 2007

URL 1 : https://academic.oup.com/ijcoms?gclid=EAIaIQobChMI3M35vqXg8AIVC6h3Ch3G2wbwEAAAYASAAEgIt7fD_BwE Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2014

URL 2 : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44> Erişim Tarihi: 17 Aralık 2008

- URL 3 :** <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medication-errors> Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2021
- URL 4 :** https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf Erişim Tarihi: 02 Ağustos 2012
- URL 5 :** <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/5.3.765.pdf> Madde 455 – (1/3/1926 tarih ve 765 sayılı Kanunun hükmüdür.) Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2021
- URL 6 :** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/> Erişim Tarihi: 19 Haziran 2017
- URL 7 :** <https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/society/ssnmar10-pg25-27.pdf> Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2021
- URL 8 :** <https://www.tard.org.tr/> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2008
- URL 9 :** https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/news/en/ Erişim Tarihi: 16 Mayıs 2017
- URL 10 :** <https://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/> Erişim Tarihi: 05 Kasım 2017
- WHO Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi (2015)** <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/4113/0/kureselhastaguenligipdf.pdf> Erişim Tarihi: 06 Mart 2018
- WHO, (2008) Surgical Safety Checklist.** https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2021
- WHO, (2018).** <https://www.who.int/> Erişim Tarihi: 05 Mayıs 2018
- WHO, (2019).** <http://www.who.int/iris/handle/10665/44185>. 1 Nisan 2019. WHO Patient Safety & World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery. Erişim Tarihi: 01 Nisan 2019
- World Health Organization (WHO). (2004).** World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005. Erişim Tarihi: 12 Ocak 2021
<http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr2003.pdf>.
http://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_SAQ30.pdf

9. EKLER

EK 1: Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathanedeki Uygulaması)

Bu araştırma, ameliyathanede güvenli, etkin tedavi ve bakım girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağı düşünülerek, ameliyathane hemşirelerinin cerrahi güvenlik kontrol listesi formuna ilişkin bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı çalışma olarak planlanmıştır. Tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Ankete zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

SEREN TEMİZ
HALİÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS
ÖĞRENCİSİ

ÖLÇEĞİ KULLANARAK AŞAĞIDAKİ KİŞİLERLE
DENEYİMLEDİĞİNİZ İLETİŞİM VE İŞBİRLİĞİNİN
KALİTESİNİ TANIMLAYINIZ.

	ÇOK YETERSİZ	YETERSİZ	YETERLİ	ÇOK YETERLİ	MÜKEMM EL	DEĞERLE NDİRİLEM EDİ
1.UZMAN CERRAHLAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.CERRAHİ ASİSTANLAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.CERRAHİ TEKNİSYENLER	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.PERFÜZYONİSTLER	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.ANESTEZİ UZMANLARI	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6. ANESTEZİ ASİSTANLARI	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7. SERTİFİKALI ANESTEZİ HEMŞİRELERİ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8.ANESTEZİ TEKNİSYENLERİ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9.AMELİYATHANE HEMŞİRELERİ (STERİL VE SİRKÜLE)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10.ANESTEZİ SONRASI BAKIM ÜNİTESİ (UYANMA ODASI) HEMŞİRELERİ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11.SERVİS HEMŞİRELERİ/STAJYER HEMŞİRE	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12.DESTEK PERSONELİ (AMELİYATHANE YARDIMCI PERSONELİ, TEMİZLİK PERSONELİ V.B.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13.DİĞER...	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

**LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI BU
AMELİYATHANEDEKİ
DENEYİMLERİNİZE GÖRE
YANITLAYINIZ.**

	ÇOK YETERSİZ	YETERSİZ	YETERLİ	ÇOK YETERLİ	MÜKEMMEL	DEĞERLENDİRİLEM EDİ
1.BU AMELİYATHANEDE GENELLİKLE İŞ YÜKÜ AĞIRDIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2. İŞİMİ SEVEREK YAPARIM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3. AMELİYATHANEDE HEMŞİRENİN HASTA BAKIMINA KATKI SAĞLAMASI İYİ KARŞILANIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4. BURADA BİR HASTA OLARAK TEDAVİ GÖRSEYDİM KENDİMİ GÜVENDE HİSSEDERDİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5. BU HASTANEDE TIBBİ HATALAR ¹ KURALLARA UYGUN ŞEKİLDE İNCELENİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6. BU HASTANEDE YENİ PERSONEL İYİ EĞİTİLİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7. BİR İŞLEME BAŞLAMADAN ÖNCE GEREKLİ BİLGİLERİN TÜMÜNE ULAŞILABİLİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8. BU HASTANEDE ÇALIŞMAK BÜYÜK BİR AİLENİN PARÇASI OLMAK GİBİDİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9. BU HASTANENİN YÖNETİMİ BAŞARILIDIR/İYİ İŞ YAPAR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10. HASTANE YÖNETİMİ, GÜNLÜK ÇABALARIMI DESTEKLER.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11. PERFORMANSIM HAKKINDA UYGUN GERİ BİLDİRİM ALIRIM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12. AMELİYATHANEDE HATALARI TARTIŞMAK ZORDUR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13. CERRAHİ BİR GİRİŞİM ÖNCESİ AMELİYATHANE PERSONELİNİ BİLGİLENDİRMEK İÇİN KISA TOPLANTILAR YAPMAK, HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ÖNEMLİDİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14.AMELİYATHANEDE KISA BİLGİLENDİRME TOPLANTILARI YAPILMASI OLAĞANDIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15. BU HASTANE ÇALIŞMAK İÇİN İYİ BİR YERDİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16. ACİL DURUMLARDA, YORGUNLUK PERFORMANSIMI DÜŞÜRÜR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17. HASTANE YÖNETİMİ, HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA, BİLEREK TAVİZ 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 AŞAĞIDAKİ SORULARI BU AMELİYATHANEDEKİ DENEYİMLERİNİZE GÖRE YANITLAYINIZ.

	ÇOK YETERSİZ	YETERSİZ	YETERLİ	ÇOK YETERLİ	MÜKEMMEL	DEĞERLENDİRİLEMEZ
18.AMELİYATHANELERİMİZDEKİ ÇALIŞANLARIN DÜZEYLERİ, HASTA SAYISINI İDARE ETMEK İÇİN YETERLİDİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19.AMELİYATHANEDE KARAR ALINIRKEN, İLGİLİ PERSONELDEN ALINAN BİLGİLERDEN YARARLANILIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20.HASTA GÜVENLİĞİYLE İLGİLİ HERHANGİ BİR ENDİŞEMİ RAPOR ETMEM İÇİN, ÇALIŞMA ARKADAŞLARIM TARAFINDAN DESTEKLENİRİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. BU AMELİYATHANELERİN KÜLTÜRÜ, BAŞKALARININ HATALARINDAN DERS ÇIKARMAMIZI KOLAYLAŞTIRIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. BU HASTANE, SORUNLU HEKİMLER VE ÇALIŞANLARLA YAPICI BİR ŞEKİLDE İLGİLENİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. BU AMELİYATHANELERDE TIBBİ ARAÇ VE GEREÇLER YETERLİDİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. BU AMELİYATHANELERDE, HASTA BAKIMIYLA İLGİLİ FARKINA VARDIĞIM BİR SORUNU KONUŞMAK ZORDUR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25. İŞ YÜKÜM AŞIRI OLDUĞUNDA PERFORMANSIM DÜŞER.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26.HASTANEDE İŞİMİ ETKİLEYEBİLECEK OLAYLAR KONUSUNDA YETERİNCE VE ZAMANINDA BİLGİLENDİRİLİRİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27. BAŞKALARININ HASTALARA ZARAR VERME OLASILIĞI OLAN HATALARINI GÖRDÜM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28. BU AMELİYATHANELERDE, HASTA GÜVENLİĞİYLE İLGİLİ SORULARI YÖNELTECEĞİM UYGUN KANALLARI BİLİRİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29. BU AMELİYATHANELERDE, HASTA GÜVENLİĞİYLE İLGİLİ SORULARI YÖNELTECEĞİM UYGUN KANALLARI BİLİRİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30. BU AMELİYATHANELERDEKİ ANLAŞMAZLIKLAR UYGUN ŞEKİLDE ÇÖZÜLÜR. (ÖR: KİMİN HAKLI OLDUĞU DEĞİL NEYİN HASTA İÇİN DOĞRU OLDUĞU?)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31. YORULDUĞUMDA İŞTE DAHA AZ FAYDALI OLURUM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32. GERGİN YA DA SALDIRGANCA DURUMLARDA, HATA YAPMA OLASILIĞIM DAHA FAZLADIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

**LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI BU
AMELİYATHANEDEKİ DENEYİMLERİNİZE
GÖRE YANITLAYINIZ.**

	ÇOK YETERSİZ	YETERSİZ	YETERLİ	ÇOK YETERLİ	MÜKEMMEL	DEĞERLENDİRİLE MEDİ
33.KİŞİSEL SORUNLARDAN KAYNAKLANAN STRES, PERFORMANSIMI OLUMSUZ YÖNDE ETKİLER.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
34.HASTALARA BAKIM VERMEK İÇİN DİĞER PERSONELDEN GEREKSİNİM DUYDUĞUM DESTEĞİ ALIRIM	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
35. BU AMELİYATHANELERDE GÖREV YAPAN PERSONEL ANLAMADIKLARI BİR ŞEY OLDUĞUNDA RAHATLIKLA SORU SORABİLİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
36. BAKIMIN SÜREKLİLİĞİNDEKİ KESİNTİLER (ÖR: NÖBET DEĞİŞİMLERİ, HASTA TRANSFERLERİ) HASTA GÜVENLİĞİNE ZARAR VEREBİLİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
37. ACİL DURUMLARDA, DİĞER PERSONELİN BİR SONRAKİ AŞAMADA NELER YAPACAĞINI TAHMİN EDEBİLİRİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
38. HEKİMLER VE HEMŞİRELER, BURADA İYİ KOORDİNE EDİLMİŞ BİR EKİP OLARAK ÇALIŞIRLAR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
39.KADROLU/GEÇİCİ GÖREVLENDİRİLMİŞ HEKİMLERLE OLAN ANLAŞMAZLIKLARIMI, İFADE ETMEKTE ÇOĞU KEZ YETERSİZ KALIRIM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
40.GERÇEK PROFESYONELLER, ÇALIŞIRKEN BİREYSEL SORUNLARINI GERİDE BIRAKABİLİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
41. BU AMELİYATHANELERDE, AHLAKİ DEĞERLER YÜKSEKTİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
42. SORUMLULUĞUMDAKİ STAJYERLER YETERİNCE GÖZETLENİP, DENETLENİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
43. SON MESAİMDE, BİRLİKTE ÇALIŞTIĞIM TÜM ÇALIŞANLARIN ADLARINI VE SOYADLARINI BİLİRİM	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
44. HASTALARA ZARAR VERME OLASILIĞI OLAN HATALARIM OLDU.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
45. BU AMELİYATHANELERDEKİ KADROLU/GEÇİCİ GÖREVLENDİRİLMİŞ HEKİMLER, İŞLERİNİ BAŞARIYLA YAPIYORLAR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
46. BU AMELİYATHANELERDEKİ BÜTÜN PERSONEL HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA SORUMLULUK ALIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
47. SABAH KALKTIĞIMDA VE İŞYERİNDE BİR GÜN DAHA GEÇİRECEĞİMİ DÜŞÜNDÜĞÜMDE, KENDİMİ YORGUN HİSSEDERİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

**LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI BU
AMELİYATHANEDEKİ DENEYİMLERİNİZE
GÖRE YANITLAYINIZ.**

	ÇOK YETERSİZ	YETERSİZ	YETERLİ	ÇOK YETERLİ	MÜKEMMEL	DEĞERLENDİRİLE MEDİ
48. BU AMELİYATHANELERDE, ÖNCELİKLİ OLARAK HASTA GÜVENLİĞİ SÜREKLİ GÜÇLENDİRİLİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
49. İŞİM NEDENİYLE KENDİMİ TÜKENMİŞ HİSSEDERİM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
50. NÖBET/VARDIYA DEĞİŞİMLERİNDE, ÖNEMLİ KONULAR İYİ BİR ŞEKİLDE İLETİLİR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
51. BURADA, HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ KLİNİK REHBERLERE VE KANITA DAYALI KRİTERLERE, GENELLİKLE UYULUR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
52. İŞİMİN BENİ ENGELLEDİĞİNİ DÜŞÜNÜYORUM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
53. İŞİMDE, AŞIRI ÇALIŞTIĞIMI DÜŞÜNÜYORUM.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
54. BU AMELİYATHANELERDE, KAZA RAPORU BİLGİLERİ, HASTA BAKIMINI DAHA GÜVENLİ KILMAK İÇİN KULLANILIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
55. ACİL DURUMLARDA, (ÖR: ACİL RESÜSİTASYONLARDA), DENEYİMSİZ YA DA DAHA AZ BECERİKLİ PERSONELLE ÇALIŞMAK PERFORMANSIMI ETKİLEMEZ.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
56. ÇALIŞANLAR, AMELİYATHANE İÇİN OLUŞTURULAN KURALLARI YA DA REHBERLERİ (ÖR: EL YIKAMAK, TEDAVİ PROTOKOLLERİ/ALGORİTİMLER-İŞLEM YOLLARI, STERİL ALAN V.B.) ÇOĞU KEZ ÖNEMSEMEZ.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
57. CERRAHİ GİRİŞİM SIRASINDA, KADROLU YA DA GEÇİCİ GÖREVLENDİRİLMİŞ CERRAH, AMELİYATHANE PERSONELİNDEN RESMEN SORUMLU OLMALIDIR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
58. CERRAHİ GİRİŞİMLERE BAŞLAMADA, GECİKMELERE NEDEN OLAN İLETİŞİM BOZUKLUKLARI SIK SIK OLUR.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
59. BU ANKETİ DAHA ÖNCE DOLDURDUNUZ MU? 1.EVET 2.HAYIR 3.BİLMİYORUM						

EK 2. Çalışan 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) Mezuniyet yılınız?
- 6) İş yerindeki pozisyonunuz nedir?
1) Ameliyathane Hemşiresi (Steril ve sirküle) 2) Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi
- 7) Çalışma alanınız? (Örn: Genel Cerrahi Masası)
.....
- 8) Çalışma Durumunuz:
1) Kadrolu 2) Sözleşmeli
- 9) Haftalık ortalama çalışma saatiniz:
- 10) Gece-gündüz çalışma durumunuz?
1) Gündüz 2) Gece/Nöbet+Gündüz
- 11) Çalışmakta olduğunuz hastanedeki deneyim süreniz:
- 12) Ameliyathanede çalışma süreniz:
- 13) Ameliyathanede çalışmak kendi isteğiniz miydi?
1) Evet 2) Hayır
- 14) Çalıştığınız ameliyathanede günde ortalama kaç cerrahi girişim gerçekleştiriliyor?
Gündüz:..... Gece:.....
- 15) Çalışma saatleriniz dışında yeterince dinlenebildiğinizi düşünüyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
- 16) 14. soruya yanıtınız olumsuz ise nedenleri nelerdir?.....
- 17) Bu hastanede çalışmaya başlarken ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı yapılıyor mu?
1) Evet 2) Hayır
- 18) Ameliyathane hemşireliği oryantasyon programına dahil oldunuz mu?
1) Evet 2) Hayır
- 19) Kurumunuzda düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapılıyor mu?
1) Evet 2) Hayır
- 20) 17. soruya yanıtınız evet ise hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde ameliyathane hemşirelerinin gereksinimleri dikkate alınıyor mu?
1) Evet 2) Hayır
- 21) Kurumunuzda hasta güvenliği konusunda eğitim yapılıyor mu?
1) Evet 2) Hayır
- 22) 19. soruya yanıtınız evet ise bu eğitime katıldınız mı?
1) Evet 2) Hayır

EK-3: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

Değerli Katılımcı;

“Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” konulu bir çalışma yapılacaktır. Araştırmaya katılımınız bizim için değerlidir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bana sorabilirsiniz. Hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Araştırma sonucunda sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için lütfen soruları dikkatlice okuyunuz ve samimi cevaplar veriniz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formdan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup elde edilen veriler toplu olarak değerlendirileceği için kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılım ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Araştırma Sorumlusu: Seren TEMİZ

İmza:

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nevin KANAN

İmza:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sayın Seren TEMİZ tarafından Prof. Dr. Nevin KANAN danışmanlığında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ameliyathane hemşireleri ile ilgili "*Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi*" konulu bir çalışma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı Soyadı: Seren TEMİZ

İmzası:

EK 4: Tez Çalışması İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TESCİL BİRİMİ
20/01/2021 17:38 - E-15916306 - 604.01.02 - 391



Sayı : E-15916306-604.01.02
Konu : Seren TEMİZ Tez Çalışması İzni (Tez
Başlığı Düzeltme)

HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 18/01/2021 tarihli ve 79341859-799-E-79341859-799-1241 sayılı yazınız.
b) 13/01/2021 tarihli ve 15916306-604.01.02-02-246 sayılı yazınız.

İlgi (a) sayılı yazınıza istinaden tarafımızca yapılan kontrol neticesinde ilgi (b) sayılı yazınızda tez başlığına sehven "*Acil Servis Hemşirelerinin, İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi*" yazıldığı anlaşılmış olup Hastanenizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Seren TEMİZ'in Prof. Dr. Nevin KANAN danışmanlığında yürüteceği "*Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi*" başlıklı tezin saha çalışmasını kurumunuzda yapma talebi Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı *Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 07.01.2021 tarih ve 2021/01 sayılı kararınca* uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

EK 5. Etik Kurul Onayı



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Tarih: 26.11.2020

Sayı: 184

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Seren Temiz,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Prof.Dr. Nevin Kanan'ın danışmanlığında planladığınız **"Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi"** başlıklı araştırmanız kurulumuzun 26.11.2020 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL
Tel: 0 212 924 2444 /2704 Faks: 0 212 343 0878
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr

10. ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Seren TEMİZ
2. **Unvanı:** Hemşire
3. **Öğrenim Durumu**

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (Tezli)	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018- halen
Lisans	Hemşirelik	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011-2015
Lise		Nimet Fahri Öksüz Lisesi	2006-2010
İlköğretim		Fatih Sultan Mehmet İ.Ö.O	1999-2007

4. İş Deneyimi

- Özel Akademi Hastanesi (Temmuz 2015-Kasım 2015)
- Mersin Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2015-2018)
- Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2018- halen)

5. Eğitim/Sertifikalar

- Pedagojik Formasyon Eğitim Sertifikası
- Etkili İletişim, Beden Dili, Diksiyon Sertifikası
- Doula Koçluğu, Doğum Koçluğu Eğitici Eğitimi Sertifikası
- Ameliyat Hemşireliği Sertifikası

6. Bildiği Diller/ Bilgisayar Programları:

İngilizce (orta seviye)

Arapça (iyi seviye)

M.S. Office Programları (ileri seviye)