

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ VE
AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ TUTUMUNUN
İNCELENMESİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NESLİŞAH AYSEL SARI

TEZ DANIŞMANLARI

Doç. Dr. İtir ERKAN

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Vedat OFLUOĞLU

İSTANBUL, 2021

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ VE
AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ TUTUMUNUN
İNCELENMESİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NESLİŞAH AYSEL SARI

TEZ DANIŞMANLARI

Doç. Dr. İtir ERKAN

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Vedat OFLUOĞLU

İSTANBUL, 2021

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ONAY BELGESİ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı 19111103022 numaralı yüksek lisans öğrencisi Neslişah Aysel SARI'nın “Ameliyathanede Hasta Güvenliği ve Ameliyathane Çalışanlarının Tutumunun İncelenmesi: Özel Hastane Örneği” başlıklı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 18/10/2021 tarih 2021/14 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/10/2021

Öğretim Üyesi Ünvanı - Adı ve Soyadı		İmzası
Tez Danışmanı	Doç. Dr. İtir ERKAN	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Emel Hülya YÜKSELOĞLU	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Şeyda SAYDAMLI	

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu projede;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

01/10/ 2021

Neslişah Aysel SARI

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve bu tez çalışmam boyunca bana danışmanlık yapan ve tüm çalışmalarımı deneyimi ile bana yol gösteren, ilgi ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. İtir ERKAN'a,

Çok değerli vaktini anket çalışmalarımı takip edip destek vererek beni cesaretlendiren Sayın Dr. Öğretim Üyesi Hasan Vedat OFLUOĞLU'na,

Bana her konuda desteğini esirgemeyen ve hep arkamda duran Sayın Yıldız ATILGAN UZUN'a,

Anket çalışmamda benimle iş birliği yapan tüm sağlık çalışanlarına ve arkadaşlarıma,

Annem Neslihan SARI'ya ve kardeşlerime,

Ve en önemlisi eğer hayatta olsaydı benimle bir kez daha gurur duyacak olan, okumanın ve öğrenmenin yaşı yoktur öğretisiyle bizi yetiştiren, hayattaki en değerli varlığım, benim buralara gelmeme vesile olan en büyük yol göstericim, ışığım, hayatta bu kadar dik durmama vesile olan canım babam İbrahim SARI'ya

Teşekkürlerimi sunarım.

Neslişah Aysel SARI

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata Kavramı	3
2.2. Dünyada Hasta Güvenliği Kavramının Gelişimi	6
2.3. Türkiye'de Hasta Güvenliğinin Gelişimi ve Hasta Güvenliği Mevzuatı.....	12
2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları	15
2.5. Tıbbi Hata Kavramı.....	20
2.5.1. Tıbbi hataların sınıflandırılması	22
2.5.1.1. Medikasyon\İlaç hataları.....	23
2.5.1.2. Cerrahi hatalar	25
2.5.1.3. Tanı koymada kaynaklanan hatalar.....	26
2.5.1.4. Sistemden kaynaklanan hatalar	27
2.5.1.5. Diğer hatalar	29
2.6. Hasta Güvenliği Algısı-Kültürü	29
2.6.1. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği algısının ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulması.....	31
2.6.2. Hastaların hasta güvenliğinde sorumluluğu	33
2.7. Ameliyathane	35
2.7.1. Ameliyathane ekibi.....	36
2.7.2. Ameliyathanede hasta güvenliği.....	37
2.7.3. Ameliyathanede yaşanan hasta güvenliği sorunları.....	39

2.7.4 Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörler	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1. Evren ve Örneklem.....	49
3.2. Verilerin Toplanması	50
3.2.1. Güvenlik tutumları ölçeği (GTÖ).....	50
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	52
3.4. Araştırmanın Model ve Hipotezleri.....	53
3.5. Araştırmanın Yöntemi	56
4. BULGULAR.....	59
4.1. Katılımcıların Demografik ve İş ile İlgili Değişkenlerinin Dağılımlarına İlişkin Bulgular	59
4.2. Demografik değişkenler bağlamında güvenlik tutum ölçeği açısından farklılıkların karşılaştırması.....	65
4.3. İlişki (Korelasyon) Analizleri	74
4.4. Etki (Regresyon) Analizleri	78
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	79
KAYNAKLAR	88
EKLER.....	106
EK-1. Etik Kurul Onayı	106
EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu	107
EK-3. Anket Soruları.....	108

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. SKS 5. Versiyonuna Ait Standartlar	12
Tablo 3.1. Evren Büyüklükleri İçin Gerekli En Düşük Örneklem Sayıları.....	49
Tablo 3.2. Güven Tutum Ölçeği	51
Tablo 3.3. Verilerin Geçerlilik Testleri Kolmogorow– SmirnovTest Değerleri	57
Tablo 3.4. Güvenilirlik ve Skewness- Kurtosis Test Değerleri	57
Tablo 3.5. Güvenilirlik Test Değeri Cronbach's Alpha Test Değerleri	58
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlerinin Dağılımları.....	59
Tablo 4.2. Katılımcıların Çalışma Yılı (Mesleki Tecrübe) Dağılımları	60
Tablo 4.3. Katılımcıların Kurumdaki Pozisyon Dağılımları	60
Tablo 4.4. Katılımcıların Çalışma Saatleri Dağılımları	60
Tablo 4.5. Katılımcıların Haftalık Çalışma Saati Dağılımları.....	60
Tablo 4.6. Katılımcıların Uzmanlık Alanındaki Deneyim Dağılımları.....	61
Tablo 4.7. Katılımcıların Ameliyathanede Kendi İsteği ile Çalışıp Çalışmadığına Göre Cevaplarının Dağılımları	61
Tablo 4.8. Katılımcıların Çalışma Saatleri Dışında Yeterince Dinlenebilme Açısından Cevaplarının Dağılımları.....	61
Tablo 4.9. Katılımcıların Hastanede Çalışmaya Başlarken Oryantasyon Programına Katılıp Katılmadığı Açısından Cevapların Dağılımları	61
Tablo 4.10. Katılımcıların Kurumlarında Düzenli Olarak Hizmet İçi Eğitim Programları Yapılıp Yapılmadığına Göre Cevapların Dağılımları	62
Tablo 4.11. Katılımcıların Hizmet İçi Eğitim Programlarının Belirlenmesinde Katılımcıların Gereksinimleri Dikkate Alma Açısından Cevapların Dağılımları	62
Tablo 4.12. Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Programına Katılıp Katılmadığına Göre Cevapların Dağılımları	62
Tablo 4.13. Katılımcıların Derlenme Ünitesi Olup Olmadığına Göre Cevaplarının Dağılımları.....	62
Tablo 4.14. Katılımcıların Ameliyat Odalarının Kapıları Elektronik Olup Olmadığına Göre Cevapların Dağılımları	63

Tablo 4.15. Katılımcıların 27897 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” Hükümlerine Verdikleri Cevapların Dağılımı	64
Tablo 4.16. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Farklılık Analizleri.....	65
Tablo 4.17. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	66
Tablo 4.18. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Çocuğunun Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	66
Tablo 4.19. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Çalışma Saatleri Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	67
Tablo 4.20. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Ameliyathanede Kendi İsteğiyle Çalışıp Çalışmaması Değişkenine Göre Farklılık Analizleri.....	67
Tablo 4.21. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Yeterince Dinlenip Dinlenemedikleri Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	68
Tablo 4.22. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Oryantasyon Programı Yapılıp Yapılmadığı Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	68
Tablo 4.23. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Düzenli Olarak Hizmet İçi Eğitim Programları Yapılıp Yapılmadığı Değişkenine Göre Farklılık Analizleri.....	69
Tablo 4.24. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Hizmet İçi Eğitim Programlarında Katılımcıların Gereksinimlerini Dikkate Alma Değişkenine Göre Farklılık Analizleri.....	69
Tablo 4.25. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Ameliyathanede Jeneratör Varlığı Değişkenine Göre Farklılık Analizleri.....	70
Tablo 4.26. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Programına Katılma Durumu Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	70
Tablo 4.27. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Bir Ameliyathanede Derlenme Ünitesi Olup Olmamasına Göre Farklılık Analizleri	71
Tablo 4.28. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Ameliyat Odalarının Kapılarının Elektronik Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	71

Tablo 4.29. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Pozisyonu Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	72
Tablo 4.30. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	73
Tablo 4.31. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Ameliyat Oda Isısı Derecesi Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	73
Tablo 4.32. Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Ameliyat Oda Nemi Derecesi Değişkenine Göre Farklılık Analizleri	74
Tablo 4.33. Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulanması ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	74
Tablo 4.34.İlaç Güvenliğinin Sağlanması ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	75
Tablo 4.35. Cerrahi Güvenliğin Sağlanması ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	76
Tablo 4.36. Hasta Düşmelerinin Önlenmesi ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	76
Tablo 4.37. Engelli Hastalara Yönelik Düzenlemelerin Yapılması ileGüvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	77
Tablo 4.38. Enfeksiyona Bağlı Sağlık Bakım Risklerinin Önlenmesi ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	78
Tablo 4.39. Güvenlik Tutum Ölçeği Yargı Cümlelerinin Enfeksiyona Bağlı Sağlık Bakım Risklerinin Önlenmesi Üzerine Etki Analizi	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli	53
--------------------------------------	----



KISALTMALAR LİSTESİ

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
CHSS	: Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GCKL	: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
GTÖ	: Güvenlik Tutumları Ölçeği
HEPA	: High Efficiency Particulate Arresting
IOM	: Institute of Medicine
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NPSF	: National Patient Safety Foundation
RG	: Resmi Gazete
SAQ	: Safety Attitudes Questionnaire
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
WHO	: World Health Organization
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

ÖZET

AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ VE AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ TUTUMUNUN İNCELENMESİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

Bu çalışmanın amacı; ameliyathanelerde hasta güvenliğinin irdelenmesi ve ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesidir.

Çalışmanın örneklemini İstanbul ilinde bulunan 3 özel hastanenin ameliyathanelerinde görev yapan 140 çalışan oluşturmaktadır. Anket soruları literatürden elde edilen bilgilerden oluşan sosyo demografik özelliklerden ve Güvenlik Tutum Ölçeği'nden oluşmaktadır. Elde edilen verilerin analizi SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, puan ortalaması; verilerin güvenilirliği için Cronbach's Alpha testi, normal dağılım gösteren veriler için t testi, ANOVA, Pearson korelasyon testi; normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal-Wallis ve Tukey testi yapıldı.

Çalışmada elde edilen sonuçlar neticesinde çalışma hipotezlerinden 9 tanesi ret, 13 tanesi kısmen kabul ve 1 tanesi kabul edilmiştir. Bu sonuçlar ışığında; hasta güvenliğine yönelik yapılacak çalışmalarda yönetim desteğinin sağlanması, hasta güvenliği eğitimine katılımın artırılması için daha fazla çaba sarf edilmesi ve çalışanların moral ve motivasyonunu arttırmak için çalışanların iş koşullarının düzeltilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, Güvenlik, Hasta Güvenliği

Neslişah Aysel SARI, 2021

ABSTRACT

PATIENT SAFETY IN THE OPERATING ROOM AND EXAMINATION OF THE ATTITUDE OF OPERATING ROOM EMPLOYEES: A PRIVATE HOSPITAL CASE

The aim of this study; The aim of this study is to examine patient safety in operating rooms and to evaluate the attitudes of operating room personnel towards patient safety.

The sample of the study consists of 140 employees working in the operating rooms of 3 private hospitals in Istanbul. The questions of the survey which comes from information obtained from the literature consist of sociodemographic characteristics and the Safety Attitude Scale. The analysis of the obtained data was analyzed by using the SPSS 22.0 program. Number, percentage, mean score for descriptive statistics; Cronbach's Alpha test for data reliability, t test for data with normal distribution, ANOVA, Pearson correlation test; Kruskal-Wallis and Tukey tests were performed for data that did not show normal distribution.

As a result of the results obtained in the study, 9 of the working hypotheses were rejected, 13 of them partially accepted and 1 of them accepted. In the light of these results; It is recommended to provide management support in studies on patient safety, to make more efforts to increase participation in patient safety training, and to improve the working conditions of employees in order to increase employee morale and motivation.

Keywords: Operating Room, Safety, Patient Safety

Neslişah Aysel SARI, 2021

1. GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada toplumun her konuda olduğu gibi sağlık hizmetleri konusunda da kaliteli hizmet beklentilerinin artması sonucunda bu beklentiye yönelik çalışmalar da artış meydana gelmiştir. Sağlığına kavuşmak veya rehabilite olmak için sağlık kuruluşlarına başvuran hastaları sağlığına kavuşturmaktan daha önemlisi hastaların bu süreçte önlenmesi mümkün tıbbi hatalardan kaynaklı zarar görmesini önlemektir (Sur, 2016).

Sağlık sektöründe tedavi ve bakım süreçleri ile ilgili yöntemler, teknikler teknolojik ve bilimsel gelişmelerle birlikte sürekli değişmekte ve gelişmektedir (Grabana, 2011). Ancak bu süreç hasta güvenliğinin sağlanmasından bağımsız bir süreç olarak düşünülmemektedir (Kowalczyk, 2007).

Hastanelerin giderek modernleşmesi ile birlikte hasta sayısının giderek artması süreçleri daha karmaşık hale getirmekle birlikte birçok olumsuz sonuca neden olmaktadır (Mucuk, 2013). Enfeksiyon, yanlış işlem, dikkatsizlik gibi birçok çoğaltılabilecek örnekler ile hasta güvenliği ihlalleri hastaların fiziksel ve psikolojik olarak zarar görmesine, hastanede kalış süresinin uzamasından maddi zarara ve hatta hastaların ölmesine yol açabilecek birçok olumsuz sonuca neden olmaktadır (Sur, 2016).

Hastanelerde bir hata ile karşılaşıldığında hatanın nedeninin çalışanların dikkatsizliği ve sorumsuzluğundan kaynaklandığı hatta en tecrübesiz veya performansı düşük çalışanların bu hatalara neden olduğu düşünülmektedir (Şimşek, 2013). Oysaki birçok hata en tecrübeli asla hata yapmayacağı düşünülen çalışanlar tarafından yapılmaktadır (Grabana, 2011). Hatalar belki tamamen önlenemez ancak hasta güvenliği uygulamalarına uyularak birçok hatanın yapılması için süreçler zorlaştırılabilir (Kayral, 2015). Hasta güvenliğinde asıl olan kişileri suçlamak değil süreçten kaynaklı bir hata olup olmadığını, hataların kök nedenini bularak kalıcı çözümler bulmaktır (Sur, 2016).

“Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan hataların önlenmesi ve bu hatalar sonucunda meydana gelen yaralanmalar ve ölümlerin yok edilmesi için bütün sistemin tekrar gözden geçirilmesidir” (TTB, 2011). “Hastaları olumsuz olaylardan korumak ve organizasyon içinde güvenlik düzeyini artırmak için, hasta güvenliğine yönelik kültür ve kültürün oluşturulmasına yönelik altyapı bileşenlerinin sağlık kurumlarında oluşturulması gereklidir (Adıgüzel, 2010)”. “Hasta güvenliği kültürünü oluşturmadan önce çalışanların hasta güvenliğine ilişkin tutumları belirlenerek, güvenlik kültürünü oluşturmak için gerekli stratejilere karar verilebilmektedir” (Baykal vd., 2010).

Bu çalışmanın amacı; ameliyathanelerde hasta güvenliğinin irdelenmesi ve ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata Kavramı

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ve hastaların güvenli bir sağlık bakım hizmeti almasını sağlayan hasta güvenliği kavramı, bir sağlık kuruluşuna hizmetmeye gelen hasta ve hasta yakınları için tıbbi ve fiziksel tüm tehlikelerin önceden belirlenerek hastalara ulaşmadan engellenmesi ve ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir (Balçık, 2010).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi piramidinin temelini oluşturan güvenlik kavramının her alanda olduğu gibi sağlık alanında da karşılanması insanların en büyük ihtiyaçlarından biridir (Aydın, 2009). Bu nedenle hasta güvenliği kavramı sağlık kuruluşundan kaynaklanan nedenlerden dolayı hasta ve hasta yakınlarının zarar görmesini engellemek amacıyla tüm sağlık çalışanları tarafından güvenli bir sağlık hizmeti vermek için alınan önlemlerdir (Kaya ve Güven, 2005).

Tıbbi bakım veren sağlık personeli başta olmak üzere bir sağlık kuruluşundaki bütün çalışanlar hasta güvenliğinin sağlanmasından sorumludur (Sur ve Palteki, 2013). Multidisipliner bir yaklaşım olan hasta güvenliği, küçük bir hatanın bile telafisi olmayan çok ciddi sonuçlar doğurması nedeniyle sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında verilen hizmetlerin hasta ve hasta yakınlarına aynı zamanda çalışanlara da verebileceği zararların önüne geçilmesi için yapılan çalışmalardır (Makary ve Daniel, 2016).

Hasta güvenliğine uyulmadan verilen sağlık hizmetleri hastalık oranlarının artmasına geri dönüşü olmayan sakatlıklara ve dolayısıyla hastanede kalış süresinin artmasına hasta ve hasta yakınlarında psikolojik ve sosyal hasarlara ve en kötüsü hastaların ölümüne sebep olur (TTB, 2011). Tüm toplumun böyle bir hizmet veren sağlık kuruluşuna olan güveni sarsılır ve verdiği bütün hizmetlerin kalite ve güvenliğine olan şüpheleri artar (Kırılmaz, 2009). Sağlık hizmetlerinin öncelikli amacının yarar

sağlamaktan çok önce zarar vermemek olduğu düşünülürse ve ölümlerin büyük bir çoğunluğunun sebebinin güvenli olmayan sağlık hizmetleri sunumundan kaynaklanması hasta güvenliğinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Ovalı, 2010). Hastalara zarar veren bu risklerin ortadan kaldırılarak güvenli bir hizmet sunum ortamının oluşturulması için var olan hasta güvenliği, hastalara zarar verebilecek bu zararların yok edilmesiyle ilgili bir sistem kurulmasıdır (WHO, 2018).

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37. Maddesi olan “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır” ve “Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar” (SB, 2017). Yönetmeliğe dayanan bu maddeler hasta güvenliğinin aynı zamanda bir hasta hakkı olduğunu göstermekte hem de sağlık hizmetlerinin özelliklerinden biri olan güvenli sağlık hizmeti özelliği sağlık kuruluşlarının hasta güvenliğinin sağlamadaki zorunluluğunu göstermektedir (Gül, 2010).

Stepnick ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir tanımda hasta güvenliği doğru işlerin doğru şekilde yapılması olarak tanımlanmışlar (Gülen, 1997). Yani hastalara verilen tüm tıbbi bakımların hastaya gerekli bilgilendirmeler yapılarak onaylarının alınması ve hastaya yapılan tüm tıbbi girişimlerde doğru işlemlerin yapılmasına, hastaya doğru ilacın uygun dozda uygun zamanda verilmesinin sağlanmasıdır (Stepnick vd., 2008).

Hasta güvenliği, hastalara en etkili sonuçları verecek tıbbi bakımın uygulanması için sağlık kuruluşlarında hastaları tehdit eden her türlü risklerin yok edilmesi ve en aza indirilmesi için en iyi yöntemlerin kullanılmasıdır (Davies vd., 2003). Hughes’in yapmış olduğu tanımında hastalara verilen tıbbi bakım sürecinde ortaya çıkan hataların aslında tıbbi bakımla ilgisi olmayan çeşitli sebeplerden dolayı ortaya

çıkıldığını ve hasta güvenliğini de bu hataların tıbbi bakım sürecine yansımalarını engellemek için yapılan çalışmalar olarak tanımlamıştır (Pronovost vd., 2004).

En çok hemşirelik hizmetleri süreçlerinde ortaya çıkan hasta güvenliğinin Uluslararası Hemşireler Konseyi'nde tanımlamıştır (Hughes, 2008). Bu tanıma göre tüm sağlık çalışanlarının işe alınması oryantasyon eğitimleri, performanslarının geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda dahil olmak üzere enfeksiyonların kontrolü ve her türlü tıbbi donanımın güvenliğini sağlanması ve bu sayede güvenli bir hizmet ortamı için hasta güvenliğini sağlamayı kuruluşun en önemli hedefi haline getiren yöneticilerin tüm hizmetleri birbiriyle entegre bir şekilde çalıştırmasıdır (Hughes, 2008).

Tüm dünya da sağlık hizmetlerinde meydana gelen hasta güvenliği ihlallerinden dolayı binlerce insan hayatını kaybetmekte ya da geri dönüşü olmayan ciddi sakatlanmalara neden olmaktadır (Keskin, 2008). Tedavi olup sağlığına kavuşmak için sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar için bu ihlaller ne yazık ki olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. IOM 21.yy'da sağlık hizmetlerine hasta güvenliğini sağlanarak hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için önemli olan unsurlar şu şekildedir (Sur ve Palteki, 2013).

Güvenli: Hasta güvenliğini ifade eden bu kavram hastalara verilen her türlü hizmetin onlara zarar vermemesidir.

Etkili: Uluslararası geçerliliği olan bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp çerçevesinde hizmet sunularak sağlık hizmetlerinin optimum kullanımını sağlamak.

Zamanında: Sağlık hizmetlerine her ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilmesi ve hizmet sunumu sırasında hastalara zarar verici aksamaların olmamasıdır.

Hasta Odaklı: Sunulan sağlık hizmetinde hastanın çıkarları söz konusu olduğu için hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin inanç ve değerlerine uygun bir şekilde karşılanması ve hastaların tüm bakım süreçlerine dâhil edilmesidir.

Verimli: Sağlık kuruluşlarının da çıkarlarının gözetilmesi için hem insan gücü hem de her türlü tıbbi malzeme ve donanımda kaynak israfında kaçınılmasıdır.

Eşitlik ve Hakkaniyet: Sağlık hizmetlerinin hiçbir ayrım gözetmeksizin herkesin ihtiyacı doğrultusunda eşit bir şekilde dağıtımıdır.

2.2. Dünyada Hasta Güvenliği Kavramının Gelişimi

Son yıllar da küresel anlamda tüm sağlık kuruluşlarının en önemli konusu haline gelen hasta güvenliği kavramının tarihi aslında Hammurabi Kanunlarına kadar dayanmaktadır (Çoban, 2004). Bu kanunda tıbbi müdahalelerin bir takım olumsuz sonuçlar doğurabileceğine değinilmiş ve sağlık çalışanları yaptıkları hatalardan sorumlu tutularak hastalara herhangi bir zarar vermeleri halinde meslekten men edilerek cezalandırılacakları belirtilmiştir (Singer vd., 2007).

Hasta güvenliği ile ilgili bir diğer çalışmada Ernest Codman'ın 1955 yılında yapmış olduğu bir çalışmadır. Codman bu çalışmasında verilen sağlık hizmetlerinin hastalardaki durumu ve yan etkilerini incelemiş ve bu sonuçlara göre hasta güvenliğinin geliştirilerek sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hastaların durumlarının incelenerek ölçülmesi ve raporlanmasında öncü olmuştur (Stepnick vd., 2006).

Hasta güvenliği ile ilgili en kapsamlı çalışmanın başlangıcını Kohn ve arkadaşlarının 1999 yılında ABD'de yazdığı ve IOM yayınlanan Türkçesi İnsan Hata Yapar: Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturma anlamına gelen To Err is Human: Buildings Safer Health System adlı rapor oluşturmaktadır (Stepnick vd., 2006; Yang, 2003).

Kohn ve arkadaşlarının hazırlamış olduğu raporda ABD'de ölüm nedenlerinin büyük bir kısmını tıbbi hatalar oluşturup rakam olarak yılda yaklaşık 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmiştir (Byers ve White, 2004). Bu oran dünyada en sık rastlanan trafik kazası ve meme kanserinden bile fazla olup büyük bir çoğunluğu sistemden kaynaklanan önlenabilir nitelikteki hatalardır. Bu raporda belirtilen bu

oranlarla hasta güvenliğinin ne kadar önemli olduğuna değinilerek küresel anlamda farkındalık sağlanmaya çalışılmıştır (Byers ve White, 2004). Raporun en önemli amacı sağlık kuruluşlarının hasta güvenliğini sağlamayı en önemli amaçları haline getirmesidir (Yang, 2003). Bunu sağlayacak standartlar belirleyip tüm dünyada hasta güvenliği ile ilgili yapılan hataların takibini sağlamak amacıyla bir raporlama sistemi kurulması böylece hasta güvenliğinin geliştirilmesini sağlamaktır (İlan ve Fowler, 2005).

1996 yılında JCAHO (Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations) olay raporlama sistemini kurarak hasta güvenliği ile ilgili olayların tamamen gizlilik esasına dayalı bir şekilde bildirimlerin yapılmasını sağlayarak hasta güvenliğine bağlı istenmeyen olayları azaltmak ve önlemek için çalışmalara yapmaya başlamıştır (Kohn vd., 2000). Yine aynı yıl JCAHO'nun sentinel olay adını verdiği istenmeyen olaylarla ilgili Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı kurulmuştur (Kaya, 2005).

JCI (Joint Commission International), tüm dünyada hasta güvenliği ihlallerine bağlı ölümlerin yüksek oranda olması nedeniyle 2006 yılında 6 maddeden oluşan Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'ni yayınlamıştır. Bu hedeflerle sağlık bakımının tüm sürecinde hastalara güvenli bir sağlık hizmeti sunarak kalitenin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır (Kavrakoğlu, 1998). JCI yapmış olduğu araştırmalarda tıbbi hataların en büyük nedenin hasta güvenliği hedeflerinden biri olan sağlık çalışanları arasında etkili iletişimin olmamasından kaynaklandığını tespit etmiş ve hasta güvenliğinin etkili bir şekilde sağlanması için hastaları da bu sürece katan 'Speak Up'adı verilen bir kampanya düzenlemiştir (Altınok, 2005). 2002 yılında düzenlenen bu kampanya ile hastaların yaşadıkları mevcut sorunları sesli bir şekilde dile getirerek yapılacak hataların önüne geçmesi hedeflenmiştir (Keskin, 2008; Sur, 2013).

Speak Up kampanyasının basamakları aşağıdaki gibidir (Keskin, 2008; Sur, 2013; Kohn vd., 2000; Rozovsky, 2005):

SpeakUp (Çekinmeden Konuş): Hastaların akıllarına takılan soruları sormaları eğer anlatılanları anlamadıysa tekrar sormaları gerektiğini her türlü konuda mutlaka sorular sorulması, sağlık çalışanlarının uyarılması gerektiği ile ilgili tavsiyeler vermeleri gerektiğini söyler. Örneğin hasta ameliyat olurken doktorunun ameliyat bölgesini işaretleme gerektiğini, hemşire kendisine, ilaç yaparken ne ilaç yaptığını sorabileceğinin yanlış yaptığını ya da yapacağını düşünüyorsa uyarabileceğinin veya başka bir sağlık çalışanına bu yanlışlığı söyleyebileceği gibi tavsiyeler vermektedir.

Pay Attention (Dikkat Et): Hastalara aldıkları tedavinin ve ilaçların doğru olduğundan emin olmaları için yanlış bir uygulama olduğunu düşündüklerinde bunu mutlaka söylemeleri, her türlü işlemde sağlık çalışanlarının kimlik doğrulaması yapıp yapmadığını kontrol edin ve sağlık çalışanlarının da yaka kartlarından kim olduğuna dikkat edin, tüm sağlık çalışanlarını elini yıkayıp yıkamadığını kontrol edin ve gerekirse uyarın gibi önerilerde bulunmaktadır.

Educate Yourself (Kendini Eğit): Hastalarında tedavisini üstlenen hekimleri tanıtmalarını ve hastalığı konusundaki deneyimini anlatmasını, web sitelerinden hastalıkları ile ilgili araştırmalar yapmaları gerektiği, kendilerine imzalatılan tüm formları okumaları ve soru sormaları gerektiği, evde devam eden tedavi ile ilgili bilgi sahibi olmaları gerektiği konusunda tavsiyeler vermektedir.

Ask (Sor): Mutlaka danışabileceğiniz soru sorabileceğini hatta refakat edebilecek bir yakınları olması gerektiği konusunda bilgilendirmektedir.

Know (Bilmek): Kullanacakları ilaçlar ile ilgili her türlü soruları sormaları gerektiği konusunda bilgiler vermektedir.

Use (Kullan): Sağlık kuruluşlarını seçerken denetlenen, belli standartları karşılayıp karşılanmadığını kontrol edin, diğer kişilere bu kuruluşlar ile ilgili sorular sorun akredite olup olmadığını kontrol edin gibi tavsiyelerde bulunur.

Participate (Katıl): Tedavini her aşamasında alınan kararlara katılması kararlara müdahale edebilecekleri, kendi sağlıkları ile ilgili karar verebilecekleri, isterlerse başka kişilere de danışabilecekleri konusunda önerilerde bulunmaktadır.

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların en önemlisi DSÖ'nün 2004 yılında başlatmış olduğu "Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı" çalışmasıdır (Rozovsky, 2005). Bu çalışma ile tüm dünyada sağlık bakım hizmetlerinin verebileceği istenmeyen olayların önüne geçerek herkesin zarar görmeden güvenli bir sağlık hizmeti almasıdır (Kuş, 1999). DSÖ tüm üyelerin bu ittifaka katılımını sağlamak için World Alliance for Patient Safety birliğini kurmuştur. Her 2 yılda bir yapılan Küresel Hasta Güvenliği faaliyetlerinin gelişimi aşağıdaki gibi açıklanabilir (Ovalı, 2010; WHO, 2018; Gül, 2010; Kohn vd., 2000):

Faaliyvdanı 1: Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi

2005-2006 yılında yapılan toplantıda sağlık hizmetlerinde en önemli sorunlardan biri olan enfeksiyona bağlı zararları azaltmak amacıyla DSÖ, "Temiz Tedavi Güvenli Tedavi" başlığı ile "El Hijyeni Uygulama Kılavuzu"nu yayınladı. Bu kılavuzdaki standartlarla tüm sağlık çalışanlarının el dezenfeksiyonunu sağlayarak enfeksiyondan kaynaklanan zararların azaltılması amaçlandı.

2007-2008 "Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi"nin konusunu cerrahi girişimlerde yanlış taraf cerrahisinin çok sık görülmesi ve cerrahi hatalara bağlı ölümlerin artması nedeniyle "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı" başlığıyla "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi"ni yayınlamıştır. Bu kontrol listesi ile cerrahi girişimlerden önce cerrahi girişim sırasında ve sonrasında uyulması gereken kurallar belirtilmiş böylece doğru hastaya doğru zamanda tıbbi girişimde bulunulması ve hastanın doğru organı ya da uzvuna müdahalede bulunulması ve girişim sırasında hastanın içinde herhangi bir cerrahi alet ya da gazlı bez, tampon kalmaması için uyulması gereken standartları içerir.

2009-2010 yılındaki toplantının konusu ise “Anti Mikrobiyal Dirençle Mücadele” olup bulaşıcı hastaların ve enfeksiyonların tedavisinde kullanılan antibiyotiklerin kullanımını kontrol altına almak ve antibiyotik direnci hakkında farkındalık sağlamaktır.

2011-2012 yılının konusu ise ilaç kullanımını kontrol altına almak için “Akılcı İlaç Kullanımı” başlığı olmuştur.

2015-2016 yılında ise son zamanlarda en büyük tıbbi hatalardan biri olan ilaç hatalarının önüne geçmek için “İlaç Güvenliği” konu başlığı belirlenmiş olup bu konuyla ilgili çalışmaların 2017 yılında başlaması planlanmaktadır.

Faaliyvdanı 2: Hastalarla Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği çalışmalarının başarıyla uygulanabilmesi için hasta ve hasta yakınlarını da bu sürecin merkezine alıp onları her türlü uygulamalar hakkında bilgilendirerek sürece katılımını sağlamaktır. Hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında etkili bir şekilde sağlanabilmesi için tüm sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarıyla birlikte koordineli bir şekilde çalışması gerekir.

Faaliyvdanı 3: Hasta Güvenliği İçin Sınıflandırma (Taksonomi)

Hasta güvenliği ile ilgili meydana gelen olumsuz sonuçları ve başarılı olmayan uygulamaların analiz edilmesi amacıyla uluslararası alanda geçerliliği olan kodlama ve sınıflama sistemi ile hasta güvenliği kavramlarının gruplanmasıdır. Böylece tüm hataların sebepleri belirlenir ve azaltılması için gerekli çalışmalar yapılır.

Faaliyvdanı 4: Hasta Güvenliği için Araştırma

Hastalara zarar veren olayların nedenini belirleme ve verdiği zararın büyüklüğünün ölçmek için yeni yöntemler geliştirip araştırmalar yapılmasıdır. DSÖ, hasta güvenliği

ile ilgili araştırılması gereken önemli konuların önceliğini “Hasta Güvenliği Araştırmaları için Küresel Öncelikler” adı altında belirlemiştir.

Faaliyvdanı 5: Hasta Güvenliği için Raporlama ve Öğrenme

Hasta güvenliği sorunlarının bir raporlama sistemi ile analiz edilmesi ve hataların nedenini belirleyerek iyileştirme çalışmalarının yapılmasına olanak sağlar.

Faaliyvdanı 6: Hasta Güvenliği Çözümleri

JCI ve DSÖ 2007 yılında tüm ülkelerde güvenli bir sağlık hizmeti sunulması için hasta güvenliği hedefleri belirlemiştir. Bu hedefler şu şekildedir:

- Benzer yazılışı ve okunuşu olan ilaç isimlerine dikkat edilmesi
- Hastaların Kimliklendirilmesi
- Sağlık personelinin nöbet değişiminde etkili iletişim sağlaması
- Doğru taraf doğru cerrahi prosedürünün sağlanması
- Konsantre elektrolit çözeltilerinin kontrolünün yapılması
- Hastaların nakillerinde ve tedavilerinin değişimi sırasında ilaçlarının doğru bir şekilde verilmesi
- Kateter ve tüplerin doğru bir şekilde takılması
- Enjektörlerin her hastaya özel, tek kullanımlık olması
- Sağlık bakımından kaynaklanan enfeksiyonların önlenmesi için tüm sağlık çalışanlarının el hijyenini sağlaması

2.3. Türkiye'de Hasta Güvenliğinin Gelişimi ve Hasta Güvenliği Mevzuatı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili çalışmalara 2003 yılında SDP (Sağlıkta Dönüşüm Programı) ile başlandı (Sarp, 2018). Sağlık Bakanlığı’nın bu program doğrultusunda sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişiminin sağlanması amacıyla 2005 yılında başladığı ve en son revizyonu 31.03.2016 tarihinde yapmıştır (SB, 2017). SKS (Sağlıkta Kalite Standartları) 5.versiyonunda yer alan standartların büyük bir çoğunluğu hasta ve çalışan güvenliğinin sağlık kuruluşundaki tüm süreçlerde sağlanmasına yönelik standartlardır (SEHA, 2012).

“31.03.2016 tarihli SKS 5. Versiyonuna ait standartlar Tablo 2.1’de gösterilmiştir gibidir” (SEHA, 2012; Sarp, 2018). Bu standartların bir kısmı doğrudan hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olup bir kısmı da dolaylı yoldan da olsa hasta güvenliği ilgilendiren standartlardır.

Tablo 2.1: SKS 5. Versiyonuna Ait Standartlar

Kurumsal Hizmetler	Kurumsal yapı Kalite yönetimi Doküman yönetimi Risk yönetimi Güvenlik ve raporlama sistemi Acil durum ve afet yönetimi Eğitim yönetimi Sosyal sorumluluk
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	Hasta deneyimi Hizmete erişim Yaşam sonu hizmetler Sağlıklı çalışma yaşamı

Sağlık Hizmetleri	Hasta bakımı Psikiyatri hizmetleri Biyokimya laboratuvarı Mikrobiyoloji laboratuvarı Patoloji laboratuvarı Doku tiplene laboratuvarı Diyaliz ünitesi İlaç yönetimi Enfeksiyonların önlenmesi Sterilizasyon hizmetleri Transfüzyon hizmetleri Radyasyon güvenliği Acil servis Ameliyathane Yoğun bakım ünitesi Yeni doğan yoğun bakım ünitesi Doğum hizmetleri Diyaliz ünitesi
Destek Hizmetler	Tesis yönetimi Otelcilik hizmetleri Bilgi yönetim sistemi Malzeme ve cihaz yönetimi Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri Atık yönetimi Dış kaynak kullanımı
Gösterge Yönetimi	Göstergelerin izlenmesi Bölüm bazlı göstergeler Klinik göstergeler
Ekler	Düşme riski ölçekleri Hata sınıflandırma sistemleri Tanımlayıcı figürler Güvenli cerrahi kontrol listesi Güvenli doğum kontrol listesi Patoloji laboratuvarında tanı doğruluğunun izlenmesi

Sağlık kuruluşlarındaki risklerin azaltılarak hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik 29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” resmî gazetede yayınlanmıştır (Korkmaz, 2018). 06.04.2011 tarihinde ise “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir (Korkmaz, 2018). Bu yönetmelik tüm özel, kamu ve üniversite hastaneleri başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşları için geçerli olup sağlık hizmetlerinin güvenli bir ortamda sunulması için risklerin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik yapılması gereken çalışmaları içermektedir.

“Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”te yer alan hasta güvenliği uygulamaları aşağıdaki gibidir (Sarp, 2018):

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılmasıdır.

Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik bir diğer çalışmada 2006 yılında kurulan Hasta Güvenliği Derneği tarafından yürütülen çalışmalardır (Yılmaz, 2010). Bunun dışında Sağlıkta Kalite Derneği ve Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği hasta güvenliği konusunda farkındalık sağlamak ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması için hasta güvenliği çalışmalarına destek vermektedir (RG, 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafında sağlık kuruluşlarında yapılan hataların analiz edilmesi ve bu hatalara yönelik gerekli iyileştirmelerin yapıp hasta güvenliğinin sağlanabilmesi amacıyla 2016 yılında Güvenlik Raporlama Sistemi oluşturulmuştur (Bulun, 2007a). Bu sistemde hata yapan sağlık personelinin kimliği gizli olup hata bildirimlerinin arttırılması hedeflenmektedir (Bulun, 2007b). İlaç hataları, laboratuvarda gerçekleşen hatalar ve cerrahi hataların bu sisteme bildirimini yapılmakta olup yapılan analizlerle hem sağlık kuruluşunda hem de ülke genelinde yapılan hataların farkına varılması ve önlenmesine yönelik gerekli iyileştirme çalışmaların yapılmasına olanak sağlar (Bulun, 2007a).

2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları

Tüm dünyada güvenli ve kaliteli bir sağlık hizmeti için yaygın bir şekilde kullanılan JCI 2016 Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri aşağıdaki gibidir (TTB, 2010; GRS, 2017):

Hedef 1: Hasta Kimliğinin Doğru Belirlenmesi

Hasta güvenliğini sağlamada ilk basamak olan ve hem ayaktan hem de yatarak tedavi gören hastalara verilen hizmetler ve yapılan her türlü müdahalede doğru işlem ve tedavinin doğru hastaya yapılması için hasta kimliğinin doğru ve eksiksiz bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hatalar yalnızca tıbbi bakımdan kaynaklanan enfeksiyon, yanlış ameliyat yapılması ya da ameliyat sırasında hastanın içinde alet unutulmasından kaynaklanmaz. Tıbbi hataların büyük bir çoğunluğu ilk aşama olan hasta kimliğinin yanlış tanımlanmasıdır. Bu da beraberinde de teşhis ve tedavinin yanlış yapılmasına cerrahi girişimde yanlış hastaya müdahale edilmesine ya da hastaya yanlış ilaç verilmesi gibi geri dönüşü olmayan ve çok ciddi kalıcı hasarlara neden olan sonuçlar doğurabilir.

Hasta kimliğinin tanımlanması ilk olarak hasta kaydının yapılmasında başlar. Hasta kabulünde 3 parametre vardır. Bunlar; hastanın adı soyadı, doğum tarihi ve baba adıdır bu bilgilerin hepsi eksiksiz bir şekilde sorularak hasta kabulü yapılır.

Yatan hastalarda ise bilinci açık hastada kimlik doğrulaması yapılırken hastanın kol bandında yazılı olan ad-soyad ve hasta numarası kontrol edilir ayrıca hastanın kendisine adı soyadı ve doğum tarihi sorularak teyit yapılır. Hastanın bilincinin kapalı olması durumunda kimlik doğrulaması varsa yakınları tarafından eğer yakınları yoksa bilgilere ulaşana kadar geçici bir süre hasta numarası, tanısı ve isim yerine verilen geçici bir kod ile yapılır. Bebeklerde kimlik doğrulaması yapılırken bebeğin kol bandında yazan bebeğin adı soyadı, doğum tarihi ve bebeğin hasta numarası bilgileri dosyadaki bilgiler ile karşılaştırılır eğer bebek Yeni doğan Yoğun

Bakım Ünitesinde ise bebeğin yattığı kuvöze annenin adı soyadı, bebeğin doğum tarihi ve bebeğin hasta numarasının yazılı olduğu kart asılır.

Sağlık kuruluşları bütün çalışanların erişebileceği kimlik doğrulamasının nasıl yapılacağı ve nelere dikkat edilmesi ile ilgili gerekli dokümanlar hazırlar ve bütün sağlık çalışanlarının bu kurallara uygun bir şekilde kimlik doğrulaması yapması gerekir. Hastalara yapılan her türlü cerrahi müdahale öncesinde, müdahale sonrasında da bütün tetkik ve tahlillerin yapılmasında, kan ve kan ürünleri verilmesinde kısacası bütün süreçlerde hasta kimliğinin kurallara uygun bir şekilde doğru ve eksiksiz tanımlanması gerekir.

Hedef 2: Etkili İletişimin Sağlanması

Sağlık bakım hizmeti veren çalışanlar arasındaki iletişim bozuk olması beraberinde hataları getirir. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için çalışanların hem sözel hem de yazılı iletişiminin güçlü olması gerekmektedir. Sağlık bakım hizmetlerinde en çok çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği, hastaların tedavileriyle ilgili istemlerin telefon ya da sözlü olarak yapılmasından dolayı sorunlar yaşanmaktadır. Çalışanların nöbet değişimi sırasında hastayla ilgili bilgileri diğer çalışana aktarırken çeşitli çevresel nedenlerden ya da çalışanın yorgunluğundan dolayı bilgiler yanlış aktarılabilir ya da karşı taraf bunu yanlış anlayabilir. Yine hastaya verilecek bir ilacın telefonla bildirilmesi benzer isimli ilaçların birbirine karışması ya da dozunun yanlış anlaşılmasına neden olabilir. Bunu önlemek için mümkün olduğunca istemler yazılı ortamda ve okunaklı bir şekilde yapılmalı eğer sözel istem yapılmışsa en kısa sürede yazılı veya elektronik ortama kaydedilmelidir. Telefonla yapılan iletişimlerde mutlaka karşı tarafın verdiği bilgi tekrar edilerek doğru anlaşılıp anlaşılmadığı teyit edilmelidir.

Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Sağlanması

Hasta bakımının en önemli süreçlerinde biri olan ilaç tedavilerinin uygun bir şekilde yapılması hasta güvenliğinin en önemli hedeflerinden biridir. Hastanelerde yazılışları, okunuşları ve ambalajları bakımından birbirine benzeyen ilaçlar yüksek riskli ilaç grubuna girmekte olup hata yapmaya en müsait olan ilaçlardır.

ABD’de her yıl yaklaşık 1 milyondan fazla ilaç hatası yapıldığı ve bu hataların büyük bir kısmının ölümle sonuçlandığı tespit edilmiştir (GRS, 2017). Bu hataların büyük bir kısmı ilaç istemleri yapılırken hekimin yazdığı reçetenin okunaksız olması ya da sözel istem yapılması durumunda çalışanlar arasında iletişim eksikliğinin olması bu hataların oranını arttırmaktadır.

İlaç uygulama süreci hekimin ilaç istemi yapması ile başlar ve ilacın eczaneden temin edilip hemşirenin ilacı sisteme kaydetmesi ve hastaya uygulaması ve uygulandıktan sonra yan etkilerinin takibi ile devam eder. Bu süreçte yapılacak en küçük bir hata hastanın ölümüne yol açabilecek olumsuz sonuçlar doğurur. Sağlık kuruluşları bu hataların önüne geçerek ilaç yönetimini sağlamak için birtakım prosedürler ve kurallar oluşturur. Sağlık kuruluşunun ilaç güvenliğini sağlamak için ilk önce yüksek riskli ilaçların neler olduğunu belirten bir liste yapması gerekir. Bu ilaçların saklama koşulları, eczaneden transferi ve hastaya uygulanmasıyla ilgili gerekli açıklamalar prosedürlerde belirtilir.

İlaçların hastaya doğru bir şekilde uygulanmasındaki bir diğer husus ise hasta güvenliğinin ilk hedefi olan hasta kimliğinin doğru tanımlanmasıdır. Hekimin ilaç istemini doğru hastaya ve doğru dozda yapması eczanenin de bu ilacı doğru bir şekilde hazırlayıp doğru hasta barkodunu ilacın ambalajına etiketlemesi gerekir. İlacı uygulayacak hemşirenin de ilaç üzerinde bulunan barkoddaki bilgilerle hasta kimlik bilgilerini eşleştirdikten sonra ilaç uygulamasını yapması gerekir. Hastalara verilen ilaçların olası yan etkileri dikkate alınmalı ve hastanın o ilaca karşı alerjisinin olup olmadığı tespit edilmelidir.

Sağlık kuruluşlarında ilaç güvenliğinin sağlanması için uyulması gereken 8 doğru ilkesi vardır ve sağlık kuruluşları bu ilkeleri uygun bir şekilde uygularlarsa hasta güvenliğini başarılı bir şekilde sağlamış olur. Bu ilkeler aşağıdaki gibidir:

- Doğru İlaç
- Doğru Hasta
- Doğru Doz
- Doğru Zaman
- Doğru Yol
- Doğru Form
- Doğru Kayıt
- Doğru Etki

Hedef 4: Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Sağlık hizmetlerinde cerrahi hataların sayısının artmasıyla birlikte bu hataların önlenmesi amacıyla doğru taraf, doğru hasta, doğru işlem uygulamasını sağlamaya yönelik prosedürler devreye girmiştir. Cerrahi hataların azaltılarak hasta güvenliğini sağlanmasıyla ilgili uygulamalar ameliyat öncesi dönemi de kapsayıp ameliyat sırası ve sonrasında da uyulması gereken kuralları kapsar. Sağlık hizmeti veren ekip arasında etkili bir iletişimin olmaması, hasta kimliğinin tam ve doğru bir şekilde tanımlanamaması ve ameliyat bölgesiyle ilgili bir işaretleme yapılmaması ve bu konuyla ilgili bir prosedür bulunmaması bu hataların artmasına sebep olmaktadır.

Yanlış taraf ve yanlış hasta cerrahisinin önlenmesi için JCI Evrensel Protokolü'nde 3 süreç yer almaktadır. Bu süreçler;

1. Ameliyat öncesi taraf işaretlemesinin yapılması
2. Ameliyata başlanmadan önce ameliyat yapılacak hastanın kimlik ve ameliyat bölgesinin doğrulamasının yapılması
3. Her işleme başlamadan önce son kontrollerin yapılması\Time out süreci

Ameliyattan önceki ilk aşama olan taraf işaretlemesi hastanın da katılımıyla birlikte ameliyattan bir gün önce ya da ameliyat sabahı “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu” üzerine hastanın ameliyat edilecek bölge ya da organın işaretlemesi yapılır. Ameliyathane de hastaya anestezi verilmeden önce hastanın katılımı ile kimlik ve taraf doğrulması yapılır. Ameliyat kesisinden önceki time out yani mola sürecinde ise ameliyat ekibi doğru işlemde olup olmadığının teyidi için kendilerini tanıtır ve hastanın kimlik doğrulaması ve taraf doğrulamasını tekrar yapar. Son aşama da ise ameliyat kesisi kapatılmadan tekrar bir doğrulama yapılır ve ameliyatta kullanılan tüm ekipman ve cihazların sayımı yapılarak “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”na kaydedilir. Sağlık kuruluşlarında bu aşamaların nasıl uygulanacağı ilgili prosedürlerde belirtilir.

Hedef 5: Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyon Risklerinin Azaltılması

Sağlık kuruluşları verdikleri sağlık hizmetlerinden kaynaklanan enfeksiyonların azaltılması ve yok edilmesi için çalışmalar yapar. Hastanelerde oluşan enfeksiyonlar, hastalar ve çalışanların sağlığı için büyük bir tehdit oluşturmakla birlikte hastaların hastanede kalış süresinin uzamasına, ciddi hastalıkların ortaya çıkmasına hatta ölümüne neden olabilmektedir.

Sağlık kuruluşları enfeksiyonları önlemede en etkili yol olan el hijyeninin doğru bir şekilde uygulanması için gerekli kurallar, prosedürler ve talimatlar hazırlar ve sağlık çalışanlarına el dezenfeksiyonuyla ilgili eğitimler verir.

DSÖ’nün katkılarıyla hazırlanan el hijyeni için beş endikasyon kuralı sağlık kuruluşlarında enfeksiyonların önlenmesinde temel kural olup aşağıdaki gibidir:

1. Her hastayla temastan önce
2. Her hasta ile temas ettikten sonra
3. Vücut sıvıları ile temasta bulunup eldivenleri çıkarttıktan sonra
4. Bütün işlemlerden önce

5. Hastanın çevresinde bulunan eşyalarla temastan sonra eller yıkama talimatına uygun bir şekilde su ya da el antiseptiği ile dezenfekte edilir

Hedef 6: Hastaların Düşmelerden Kaynaklı Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Sağlık kuruluşlarındaki bir diğer sorunda hastaların fiziksel çevre koşulları ya da tıbbi durumları gibi çeşitli nedenlerden dolayı hem yatan hem de ayaktan hastalarda düşme olaylarının yaşanması ve hastaya zarar veren bu durumun yok edilmesi ve verebileceği zararların en aza indirilmesidir. Düşmelerin engellenmesi ve azaltılması için sağlık kuruluşları gerekli kurallar ve prosedürler düzenler ve uygular.

Hastaların ameliyat sonrası anestezinin etkisinde olması ya da kullandığı ilaçlar nedeniyle düşme riski olabilir. Hastalarda bazen sağlık kuruluşuna geldiğinde düşme riski olurken bazılarında bu durum sonradan gelişebilir. Sağlık kuruluşları çeşitli ölçekler kullanarak hastaların düşme riski puanını belirler ve çıkan sonuca göre hastanın düşme riskinin olup olmadığına karar verilir. Düşme riski olan hastaların odasının kapısına dört yapraklı yonca figürü asılarak tüm çalışanların bilgisinin olması sağlanır. Yine düşmelerin önlenmesi için fiziki koşullar hastaların düşmesini önleyecek şekilde düzenlenir.

2.5. Tıbbi Hata Kavramı

Hasta güvenliği kavramının tanımında yer alan sağlık bakımından kaynaklı istenmeyen olaylarla aynı anlama gelen tıbbi hata kavramı NPSF (National Patient Safety Foundation)'nin tanımı da dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastaya müdahalede bulunma yetkisi olan tüm sağlık personelinin herhangi bir kastı olmadan genellikle ihmalinden kaynaklanan nedenlerle meydana gelen beklenmeyen olaylar olarak tanımlanabilir (Balçık, 2010). Bu tanımdan da çıkarılabileceği üzere tıbbi hatalar üç nedene bağlı ortaya çıkabilir. Bu nedenler şu şekildedir (Keskin, 2008; Sur, 2013):

1. İşleme bağlı hatalar: Hastaya verilen sağlık hizmetlerinde yanlış bir işlem yapılmasından kaynaklanan hatalardır.
2. İhmale bağlı hatalar: Hastaların tedavisinde yapılması gereken doğru işlemlerin yapılamamasıdır.
3. Uygulamaya bağlı hatalar: Hastalara doğru tedavilerin yanlış yöntemle uygulanmasından kaynaklanan hatalardır.

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapmış olduğu tanıma göre tıbbi hatalar, hekimlerin hastalara verdikleri hizmetleri belirtilen standartlara uygun bir şekilde yerine getirememesi ya da bu hizmetleri hiç vermemesi ve bir takım bilgi eksikliklerinden dolayı hastanın zarar görmesidir (Gözlü, 2011).

Birçok literatürde tıbbi hata kavramı ve malpraktis\kötü uygulama kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır. Aslında iki kavramda aynı anlama gelmekte olup tıbbi hata kavramı malpraktise göre daha geniş bir anlama sahiptir (Bulun, 2007b). Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'n da yapılan tanıma göre malpraktis "Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" olarak tanımlanmaktadır (Polat, 2005). Malpraktis yani kötü uygulama sonucunda hasta mutlaka zarar görürken her tıbbi hata sonunda hasta zarar görmeyebilir. Bu hatalar ramak kala olay olarak adlandırılır ve sağlık hizmetlerinde yapılan hataların son anda farkına varılarak hastaya ulaşmadan ve zarar vermeden önlenmesi anlamına gelir (TTB, 2015).

Institute of Medicine (IOM)'nın tanımına göre tıbbi hata, tedavinin planlanan şekilde yapılmaması ya da istenilen sonuca varılamayan yanlış bir plan veya uygulama ile yapılmasıdır (Karataş ve Yakıncı, 2010). Kısacası tıbbi hata yanlış planlama ve uygulama hatalarından dolayı birtakım zararlara yol açar (Balçık, 2010). Yine IOM'un yapmış olduğu tanımda advers olay ya da diğer tanımıyla yan etki, tıbbi uygulamaların hastanın mevcut durumuna veya hastalığını tetikleyen diğer nedenlere bağlı olmadan verdiği zararlardır (Balçık, 2010; Gökmen, 2001; Karataş ve Yakıncı, 2010).

JCAHO'un yapmış olduğu tıbbi hata tanımının temelini sentinel olay kavramı oluşturmaktadır (Yalçın, 2014). Sentinel olay, sağlık hizmetlerinin hastanın hastalığı ile ilgili olmayan çeşitli sebeplerden dolayı hastalara psikolojik, fiziksel zararlar veren hatta ölümüne yol açan istenmeyen vahim olaylardır (Civaner, 2011). Bu bağlamda JCAHO'nun tıbbi hata tanımı şu şekildedir; sağlık bakım hizmeti veren çalışanların mesleki bilgilerinin yetersiz olması (İnanır, 2009).

2.5.1. Tıbbi hataların sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sunumundaki birçok aşamada ortaya çıkabilen ve büyük bir kısmı alınan önlemlerle ortaya çıkması önlenemeyen tıbbi hatalar, hasta ve hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına çok büyük zararlar veren ve hem hasta hem de sağlık kuruluşu açısından büyük maddi kayıplara neden olan olaylardır (Robinson vd, 2002; Balçık, 2010).

DSÖ'nün 2014 yılında yapmış olduğu bir araştırmada sağlık hizmeti alan her on hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle zarar görmektedir (Civaner, 2015). Johns Hopkins hasta güvenliği uzmanlarının 2016 yılında yapmış olduğu araştırmada ABD'de yılda yaklaşık 250.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2009). Türkiye'de ise tıbbi hatalara bağlı ölüm oranlarıyla ilgili bir çalışma bulunmamakla birlikte sağlık bakanlığının Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)'ne bildiri yapılan çok sayıda tıbbi hata bulunmaktadır (Gözlü, 2011).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında meydana gelebilecek tıbbi hatalar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (WHO, 2009; JHU, 2016):

1. Medikasyon\İlaç Hataları
2. Cerrahi Hatalar
3. Tanı Koymada Kaynaklanan Hatalar
4. Sistemden Kaynaklanan Hatalar
5. Diğer Hatalar (Enfeksiyon, transfüzyon hataları, düşmelerden kaynaklı hatalar)

2.5.1.1. Medikasyon\İlaç hataları

Yatan ve ayaktan sağlık bakım hizmeti alan hastaların tedavilerinin en önemli parçası olan ilaç uygulamaları hem ülkemizde hem de dünyada en sık görülen tıbbi hataların başında gelmektedir (JHU, 2016). Büyük bir çoğunluğu önlenabilir nitelikte olan ilaç hataları sadece ilaçların yanlış uygulanması değil ilaç uygulamalarında 8 doğru olan “Doğru İlaç, Doğru Hasta, Doğru Doz, Doğru Zaman, Doğru Yol, Doğru Form, Doğru Kayıt, Doğru Etki” kuralına uygun olmayan şekilde ilaç uygulamalarının yapılmasından da kaynaklanabilir (WHO, 2009).

DSÖ’nün de yapmış olduğu tanımda ilaç uygulamaları hastaların durumlarında birtakım değişiklikler sağlayıp yarar verme amacıyla uygulanan ürün şeklindeki çeşitli maddelerdir (Keskin, 2008). Temel amacı yarar sağlamak olan ilaç uygulamaları ne yazık ki hastalara çok ciddi zararlar verebilir. Bazen bu ilaçlar hastalarda bir takım yan etkiye sebep olurken bazen de dikkat edilmez ise hastada alerjik reaksiyona sebep olabilir (Sur ve Palteki, 2013).

İlaç uygulamaları hekimin ilaç istemi ile başlar, eczane tarafından hazırlanıp dağıtılması hekim ya da hemşirenin uygulanması ve hastanın takibi gibi süreçleri içerir (JHU, 2016). Bu süreçlerde yaşanacak bir aksaklık ya da yapılacak bir hata hasta güvenliğinin iyi bir şekilde yönetilemediğini ortaya koyar (Akalm, 2004).

Sağlık kuruluşlarında ilaç uygulamaları daha çok hemşireler tarafından yapılmakta olduğu için en çok ilaç uygulama hatası hemşirelik hizmetlerinde yaşanmaktadır (Akalm, 2014). Sağlık kuruluşlarında ilaç hatalarının ortaya çıkmasında hekim hemşire, diğer sağlık personeli ya da hastadan kaynaklanabilecek başlıca hatalar aşağıdaki gibidir (GRS, 2017):

- Hastaya hizmet veren hekim ve hemşirenin hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması
- Hastalarda alerjik reaksiyona sebep olabilecek ilaçlar

- Bazı ilaçların dozlarının ayarlanması için sürekli yapılması gereken tetkiklerin yapılmaması
- İlacın hemşire tarafında yanlış dozda veya yanlış yol ile verilmesi
- Hemşirenin ilacın hastaya uygulanma zamanının geciktirmesi veya erken vermesi
- Hemşirelerin ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olması
- Hekim ve hemşirenin iş yükünün fazla olması ve aynı anda birden fazla işle meşgul olması
- Hekimin ilacın dozunu hastaya uygun ve diğer hastalıklarını dikkate almadan istem yapması
- Sağlık kuruluşunun fiziksel koşullarının eksik olması nedeniyle ses, gürültü, havalandırma sorunlarının olması ve sağlık personelinin stres altında çalışması
- Sağlık çalışanların yorgunluğuna bağlı dikkatsizlik ve ihmali
- Hekim ilaç istemi yapmadan hastaya ilaç uygulanması
- Hekimin yazdığı reçetelerin ve ilaç istemlerinin okunaksız olması
- Sözel istem yapılması sırasında iletişim eksikliğinden kaynaklanan yanlış anlaşılımlar
- İlaçların yazılışları ve okunuşlarının benzer olması
- Ambalajları benzer olan ilaçlar
- Bazı ilaçların çok sık kullanılmaması
- Hastaların bilinçsiz bir şekilde hekimin kendilerine yazmadığı ilaçları kullanması
- Hastaların hekimin verdiği ilacı kullanmaması ve vaktinden önce kullanmayı bırakması

Tıbbi hatalara en müsait alan olan yoğun bakım üniteleri hasta güvenliği ihlallerinin daha fazla yaşandığı alanlardır (WHO, 2009). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalara uygulanan ilaç tedavisinde daha karışık dozlara sahip ilaçlar kullanılmakta ve sözel direktifler doğrultusunda ilaç uygulanmakta olduğu için ilaç hatalarının en sık görüldüğü bölümdür (JHU, 2016).

Sağlık kuruluşlarında ilaç hatalarının önleyerek hasta güvenliğini sağlamak için yapılması gerekenler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Keskin, 2008; Sur ve Palteki, 2013):

- Sağlık kuruluşlarının ilaç güvenliğini sağlamak için yapmaları gereken öncelikli çalışma yüksek riskli ilaçların belirlenmesidir
- İlaçların uygun saklama koşullarında muhafaza edilmesi
- Hekimlerin yazdığı order\isteminin eczacının kontrolünde uygun teknikle eczacı tarafından hazırlanması
- Hekimler sözel ilaç isteminden kaçınılmalı mutlaka istemlerini elektronik ortamda yapmalıdır
- Sağlık kuruluşu tarafından ilaç hazırlama protokolleri oluşturulmalı ve ilacı uygulayan yetkili sağlık personeli bu protokollere uygun ilaç hazırlamalıdır
- İlaç paketlenmesi yapılırken hasta adına yapılması
- Bütün ilaç ve enjeksiyonlara ayrı ayrı hasta bilgilerinin bulunduğu etiket yapıştırılması
- İnsülin serum gibi uzun süreli kullanılacak olan ilaçların üzerine açılış saat ve tarihini belirten etiket yapıştırılması
- İlaçların alerjik reaksiyon oluşturabilme ihtimaline karşı ilaçların kullanılan diğer ilaçlar veya besinlerle olan etkileşimlerinin takibi
- İlaçların olası yan etkilerinin takip edilmesi
- Hasta ve hasta yakınlarına taburculuktan sonra kullanılacak ilaçlar hakkında eğitim verilmesi

2.5.1.2. Cerrahi hatalar

Önlenebilir nitelikteki tıbbi hataların bir diğer nedeni de cerrahi hatalardır (Rogers vd., 2004). Yanlış hasta, yanlış taraf cerrahisinden kaynaklanan bu hatalarda genellikle hastanın yanlış organı veya uzvunun ameliyat edilmesi, ameliyat sırasında hastanın içinde yabancı cisim unutulması ya da kimlik doğrulamasının yanlış

yapılmasından dolayı yanlış hastanın ameliyat edilmesi gibi sonuçlar ortaya çıkabilir (Dalbay, 2002).

Yanlış taraf ve yanlış hasta cerrahisini önlemek için JCI Evrensel Protokolü geliştirilmiştir (Avcı ve Aktan, 2015). Aynı zamanda DSÖ cerrahi uygulama hatalarını en aza indirmek için bütün cerrahi süreçlerinde kullanılan “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”nu oluşturmuştur. Böylece taraf işaretlemeleri ve kimlik doğrulamaları ile cerrahi müdahalenin hazırlık ve uygulama olmak üzere tüm aşamalarında hasta güvenliği sağlanır (Rogers vd., 2004).

Sağlık Bakanlığının 2009 yılında DSÖ’nün kontrol formuna uygun olarak hazırladığı ve 2009 yılında yayınladığı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”de yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi için “Cerrahi/İnvaziv İşlem Doğrulama Formu”nu oluşturmuştur (Avcı ve Aktan, 2015).

2.5.1.3. Tanı koymada kaynaklanan hatalar

Sağlık kuruluşlarında bir hastanın tedavisinin başlayabilmesi için öncelikle o hastalığın doğru bir şekilde tespit edilmesi gerekir (Bodur ve Filiz, 2009). Hastalara konulan yanlış bir tanı beraberinde tedavinin yanlış veya eksik yapılmasına gereksiz tahlil ve tetkiklerin yapılmasına, hastalara yanlış veya eksik ilaçlar verilmesine ve yapılan yanlış tedavi sonucunda hastanın ölümü gibi vahim sonuçlar ortaya çıkabilir (RG, 2009). Hekimlerin hastalığın tanısını koymada en büyük yardımcıları olan tetkik ve tahlillerin yanlış sonuçlar vermesi hekimlerin tanıyı yanlış koymalarına neden olur (Polat, 2005). Bu nedenle tanı koymadaki en büyük hatalar laboratuvar kaynaklı hatalardır (TTB, 2015). Laboratuvar yapılan testlerin kimlik doğrulamasının uygun bir şekilde yapılmaması ve numunelere yanlış hasta barkodu yapıştırılması nedeniyle hastaların tahlil sonuçlarının karışması ya da cihazlarda meydana gelen bir sorunun tahlil sonuçlarını etkilemesi veya sonuçları

değerlendiren teknikerin sonuçları yanlış yorumlaması gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Grabau, 2011).

2.5.1.4. Sistemden kaynaklanan hatalar

Grabau'ın da dediği gibi sağlık bakım hizmeti veren bir kuruluşun hizmet kalitesi tıbbi hataların önlenerek hasta güvenliğinin sağlanmasıdan geçtiğini ve sorunların büyük bir kısmının sistem hatalarından kaynaklandığına değinmiştir (Grabau, 2011). Tıbbi hatalar ve bekleme sürelerinin fazla olması kuruluşun kalite düzeyini düşürmekle birlikte sistemden kaynaklanan bu hataları bir bütün olarak görüp çözmeye çalışmak yerine süreçlere odaklanıp küçük parçalar halinde sistemin iyileştirilmesi gerektiğine değinmiştir (Grabau, 2011). Bu sistemi iyileştirecek olan sağlık personeli sistemi iyileştirirken aynı zamanda kendilerinin de sürekli geliştirmek için uğraşacaktır (Karataş ve Yakıncı, 2010).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan tıbbi hataların nedeninin çoğu zaman çalışanlardan kaynaklandığı düşünölmektedir (Oğu, 2004). Ancak yapılan hatalar tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmadığı için hatanın sorumluluğu çalışanlara yükleyip onları cezalandırmak yerine çalışanları hata yapmaya iten sebebin sistem olduğu ve sistemi iyileştirerek çalışanlardan kaynaklanan zararlarında önlenebileceği yaklaşımı dikkate alınır (Karataş ve Yakıncı, 2010).

Sistemden kaynaklı hataları İsviçre Peyniri Modeli ile açıklamak gerekirse; çalışanların yapmış olduğu hataların büyük bir kısmı fiziksel ve çevresel etmenlerden kaynaklanan ve hatanın yakınında bulunan ve hatayı doğrudan etkileyen mevcut eksikliklerdir ve çoğu zaman çalışanın hatası ve ihmalinden dolayı oluşurlar (Bodur ve Filiz, 2009). Gizli eksiklikler ise hatayı yapmaya tetikleyen çoğu zaman sistemden kaynaklı olan kullanılan ekipmanın yetersiz ya da arızalı olması, yönetimdeki bilgi eksiklikleri ve gerekli dokümantasyon sistemi ve politikaların olmayışı gibi nedenlerden kaynaklanır (Karataş ve Yakıncı, 2010; RG, 2009).

İsviçre Peyniri Model’inde çoklu savunma mekanizmaları sağlık kuruluşlarının hataları önlemek ve azaltmak için aldıkları önlemleri, peynir üzerindeki delikler ise sağlık kuruluşunun aldığı önlemlerdeki eksiklikleri oluşturmaktadır (Reason, 1995). Tehlike ve riskler ise kurumun tıbbi hataları engellemek için aldığı önlemlerdeki eksiklikler nedeniyle hastalara zarar veren istenmeyen olayları ifade etmektedir (Stepnick vd., 2006). Sağlık kuruluşunun aldığı önlemler arttıkça yani savunma mekanizmasını geliştirdikçe tıbbi hata oranları da azalacaktır (Bayram vd., 2007).

JCI’nın Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri bu modele uygun olarak hazırlanmıştır (Lawton ve Paker, 2002). İlaç hatalarının azaltılması, enfeksiyonların önlenmesi, hastaların düşmelerinin önlenmesi, kimlik doğrulamasının sağlanması, yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi için geliştirdiği bu hedefler sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların azaltılarak hasta güvenliğinin sağlanması için geliştirilmiştir (Stepnick vd., 2006). Bu hedeflerle hatayı yapan kişiye değil de alınan önlemlere odaklanılarak hataların önlenmesi için bu hedeflerin iyileştirilmesi yani sistemin iyileştirilmesi üzerine odaklanılır (Karataş ve Yakıncı, 2010).

Agencyfor Healthcare ResearchandQuality sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hataların önlenmesi için sisteme bağlı hataların iyileştirilmesi için birtakım önerilerde bulunmuştur. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)’nın2000 yılında oluşturduğu önerileri şu şekildedir (WHO, 2009; JHU, 2016):

1. İlaçların olası yan etkilerinin bilgisayar sistemleri üzerinden izlenmesi: İlaç yan etkilerinin izlenmesini sağlayan programlar sayesinde kullanılan tüm ilaçlar bilgisayar sistemleri üzerinden izlenerek ilaç güvenliği sağlanır (Reason, 1995).
2. Tanı koymaya yardımcı testleri tekrarlatan sistemlerin geliştirilmesi: Hastaların tedavisinin seyrini belirlemede gerekli olan tanısal testlerin belli süreler içerisinde tekrarlanması gerekir. Hekimlerin bu konudaki en büyük görevi hastalara bu tetkiklerin yapılma zamanını hatırlatması gerekir.

3. Standart Protokoller: Yoğun bakım hastalarına sunulan hizmetlerin daha karmaşık hizmetler olması nedeniyle hastalara verilen ilaçların ve diğer bakımların kanıta dayalı olarak hazırlanan protokollere uygun olarak yapılması ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır (Lawton ve Parker, 2002).

2.5.1.5. Diğer hatalar

Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan, hastane enfeksiyonu, hastaların düşmesi, yanlış kan transfüzyonu gibi diğer tıbbi hatalar da hasta güvenliğini olumsuz ölçüde etkiler (Lawton ve Parker, 2002). Hastaların hastaneye yatışı yapıldığında var olmayan ancak hastanede yattığı dönemde ya da taburcu olduktan sonra hastada meydana gelen enfeksiyonlar hastane enfeksiyonu olarak adlandırılır (AHRQ, 2000). Hastanın sağlık durumunu önemli ölçüde etkileyen, hastanın hastanede kalış süresini arttıran hatta hastanın ölümüne neden olan hastane enfeksiyonları hem kurumun hem de hekimin itibarını sarsmakla birlikte çok ciddi maddi kayıplara neden olmaktadır (Morris, 1993).

Hastanede enfeksiyonlarını önlemede en etkili yöntem olan el hijyeninin sağlanması için sağlık kuruluşları gerekli prosedürleri hazırlar ve tüm sağlık çalışanlarına gerekli eğitimleri vererek el hijyeni konusunda farkındalık sağlar (JHU, 2016).

Hastaların kimlik doğrulamasının kurallara uygun bir şekilde yapılması da transfüzyon hatalarının önüne geçmede dikkat edilmesi gereken önemli bir unsurdur (WHO, 2009).

2.6. Hasta Güvenliği Algısı-Kültürü

IOM, hasta güvenliğini ise sağlık hizmeti alan hastalara zarar verilmemesi olarak tanımlamıştır (Ertem vd., 2009). Aynı zamanda dikkatsizlik ve ihmalkârlıktan dolayı meydana gelen ve hastalara en çok zarar veren ve önlenabilir nitelikteki tıbbi hataları ortadan kaldırmaktır (Yardımcı, 2014). Tıbbi hatalar tamamen ortadan kaldırılamasa

bile en aza indirgeyerek toplumu emniyetine almak ve sağlık sektöründe fiziksel ve psikolojik açıdan güvenli bir ortam yaratmaktır (JCI, 2017).

Hasta güvenliğini başarılı bir şekilde sağlayan sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği zamanla tüm çalışanların tutum ve davranışlarına yansiyarak kurum kültürü haline gelir ve süreklilik kazanır (Öztürkeri, 1998).

Hasta güvenliğini bir kurum kültürü haline getirerek sağlık kuruluşlarında hem hasta güvenliğinin ne ölçüde sağlandığı belirlenebilir (Pronovost vd., 2005). Hasta güvenliği kültürü değerlendirilip ölçülerek hem hasta güvenliğine verilen önem hem de üst yönetimde dâhil olmak üzere tüm kurum çalışanlarının hasta güvenliği algıları analiz edilebilir ve gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılmasına imkân sağlanır (Nieva ve Sorra, 2003). Gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılabilmesi için kurumlarda bildirim sistemlerinin kurulması ve tüm çalışanların bütün hasta güvenliği ihalelerinin bildirimlerini yapabildikleri şeffaf bir kurum kültürü olması ve tüm çalışanlarına bu algıya sahip olmaları gerekmektedir (Singh ve Smith, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için tüm kurum çalışanlarının sahip olması gereken hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliği algısı hastaların tüm tıbbi işlemlerinde en çok rol sahibi olan ve en çok tıbbi hataların meydana geldiği hemşirelerde sağlanması gerekmektedir (Fu vd., 2010).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün ve algısının oluşturulması için olması gereken temel uygulamalar aşağıdaki gibidir (Ovalı, 2010; Fu vd., 2010):

- Sağlık kuruluşlarındaki tüm hatalardan ders çıkartılması gerektiği konusunda bir algı oluşturulmalıdır.
- Yönetim için hasta güvenliğinin sağlamanın en önemli amaçlarından biri olduğu tüm kurum çalışanları aşılmalıdır.
- Kurumlarda risk analizi yapılarak tüm tıbbi süreçlerin sürekli değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

- Kurumlarda hasta güvenliği ihlallerinin bildirimi için bir sistem kurulmalı ve tüm çalışanlar bildirimde teşvik edilmeli ve raporlar tüm çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- Hasta güvenliği konusunda hasta ve hasta yakınlarını bilinçlendirmek için eğitimler verilmelidir.
- Bildirimlerin çalışanlar için cezai bir yaptırımının olmadığı hataların bireysel değil sistematik olduğu ve önlem almaya yönelik olduğu konusunda algı oluşturulmalıdır.

Sağlıklarına kavuşmak için sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar ne yazık ki istenmeyen olaylar olarak da tanımlanan ihmal ve dikkatsizlikten kaynaklı olaylardan dolayı büyük zararlar görmekte olup bu zararların en büyük sonucu hastanın ölümü ile sonuçlanmasıdır (GRS, 2017; Kwaan vd., 2006).

IOM'un yayınlamış olduğu bir raporda ABD'de yaklaşık 44-48 bin kişinin hasta güvenliği ihlallerinden kaynaklı tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybettiği ve bütün ölümler içerisinde en başta olduğu ve hastaneye yatışların %3'ünde tıbbi hata meydana geldiği belirlenmiştir (Adıgüzel, 2010). Bu denli risk altında olan insan hayatı ancak bir takım hasta güvenliği uygulamalarının sağlık kuruluşlarında uygulanması ve tüm çalışanlarda bu algı yaratılarak kurum kültürü haline getirilmesi ile güvenlik altına alınması mümkün olacaktır (Öktemer, 2009).

2.6.1. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği algısının ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulması

Hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliği algısının benimsendiği ve uygulandığı sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ihlallerinden kaynaklanan hataların ve zararların azaldığı görülmektedir (Bulun, 2012).

Sağlık kuruluşlarında oluşturulmaya çalışılan güvenlik kültürünün; tüm çalışanlar arasında etkili bir iletişimin olduğu hataları bildirmenin cezai bir yaptırımının

olmadığı, hataları bildirmenin iyileştirme çalışmalarının başlatılabilmesi için bir araç olduğu algısının yaratılabileceği bir sistem olmalıdır (Bulun, 2008). Çünkü yapılan birçok araştırmada hekimler başta olmak üzere tüm çalışanların tıbbi hataları bildirme konusunda isteksiz olduğu, iş yoğunluklarının fazla olması, ramak kala olayları önemsememeleri, hataları bildirdikleri zaman cezalandırılacakları ya da itibar kaybedecekleri gibi düşüncelerle bildirim yapmadıkların tespit edilmiştir (RG, 2009; Deilkas ve Hofoss, 2008).

Hasta güvenliğinin kurum kültürü haline gelmesi için kurulan sistemin, cezalandırıcı ve suçlayıcı olmaması için hataların bireylerden değil sistemden kaynaklandığını savunana bir sistem olması ve yapılan her hatanın iyileştirmeyi sağlamak için bildiriminin savunan bir sistem olması gerekmektedir (Milligan ve Dennis, 2005). Sağlık tesislerinin güvenli birer kurum haline gelmesi için uyulması gereken hasta güvenliği kurallarının kurum kültürü haline gelmesinde en büyük katkı şüphesiz ki kurum yöneticilerine aittir (Evans ve Martin, 1998).

Hasta güvenliğinin kurum kültürü haline gelebilmesi için yöneticilerde bulunması gereken bir takım davranışsal özellikler olması gerekmektedir (Phillips vd., 2001). Kurum yöneticilerinde bulunması gereken özellikler aşağıdaki gibidir (Ergun, 2005).

- Hasta güvenliğinin tüm çalışanları ilgilendiren ve benimsemeleri gereken bir konu olduğunu hasta güvenliği eğitimleri yolu ile tüm çalışanlarda hasta güvenliği algısının oluşmasını sağlamaları için kaynak ayırmaları
- Tüm çalışanlar arasında iletişim oluşmasının sağlanması ve çalışanlarına birtakım yetkiler ile hasta güvenliğinin tehdit eden olayları tespit etmeleri ve ortadan kaldırmaları için imkanlar sağlanması
- Hasta güvenliği bildirimlerinin raporlanarak tüm çalışanlarla paylaşılması ve başarılı uygulamalar hakkında çalışanların bilgilendirilmesi
- Çalışanların hasta güvenliği ihlallerinin bildirimleri konusunda endişelerinin giderilmesi ve hataların bireysel değil sistemsel olduğu konusunda ikna edilmesi

Hasta güvenliği, yalnızca hataların bildirimi olarak değil bir takım hasta güvenli kurallarına uymayı da kurum kültürü haline getirilmesi ile mümkün olacaktır (Ergun, 2005). DSÖ, Hasta Güvenliği İttifakı ve İş birliği Merkezi hasta güvenliğini iyileştirmek için tıbbi hataları azaltmada bir çözüm paketi yayınlamıştır. Bu maddeler aşağıdaki gibidir (Altındış, 2010).

- Okunuşu, ambalajı benzer ilaçlarının isimlerinin belirtilmesi
- Hasta kimlik doğrulamalarının etkin bir şekilde kuralına uygun olarak yapılması
- Nöbet değişimleri sırasında etkili iletişim
- Doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem uygulamasının etkili bir şekilde yapılması
- Solüsyonların kontrolü
- Hasta transferlerinde kimlik doğrulamanın yapılması
- Hastalara kullanılan enjektörlerin disposable/tek kullanımlık olması
- Enfeksiyonlardan korunmak için el hijyenini sağlanması
- Hastalarda kullanılan tüm kateter ve tüplerin yanlış bağlantısının önlenmesi

Hasta güvenliği ile ilgili bildirimler yapılırken yalnızca gerçekleşen olaylar değil henüz gerçekleşmemiş ancak gerçekleşmesi yakın olan olaylar olarak bilinen ramak kala olayların bildirimi de hasta güvenliği kültürü ve algısının oluşmasında büyük önem taşımaktadır (WHO, 2009). Gerçekleşmeyen ancak gerçekleşme potansiyeli yüksek olan hataların bildirimi ortaya çıkabilecek hataların önceden tahmin edilmesine ve iyileştirme çalışmaları ile gerekli önlemlerin alınmasına fırsat sağlar (Altındış, 2010). Bu da sağlık bakım hizmetlerinden kaynaklanan zararların eliminasyonuna veya azaltılmasına olanak sağlayacak ve çalışanların hataların raporlanmasına olan katkısını büyük ölçüde arttıracaktır (Akalin, 2004).

2.6.2. Hastaların hasta güvenliğinde sorumluluğu

Hastaların sağlık bakım hizmeti alırken güvenliğinin sağlanmasında sağlık çalışanlarının sorumluluğu olduğu kadar hasta ve hasta yakınlarının da sorumluluğun

olduğu ve hastaların da bu sürece katılımının sağlanmasıyla ilgili farkındalık durumu gün geçtikçe artmakta ve gelişmektedir (Türkmen, 2015).

Yapılan birçok araştırmada hastaların tıbbi hataya çok maruz kalındığı ve belirlenen birtakım kurallara uyulması ve dikkat edilmesi sonucunda tamamen önlenmesi bile büyük oranda azaltılabileceği görülmektedir (Altındış, 2014).

Hastaların bir sağlık kuruluşuna başvurmadaki en büyük ve temel amacı sağlığına kavuşmak olup bu süreçte birçoğu karşılaşılabileceği riskleri düşünmemektedir (Kohn vd., 2000). Oysaki hastanın teşhis, tedavi ve bakım sürecinde karşılaşılabileceği tıbbi riskler, komplikasyonlar, tedavinin işe yaramaması gibi birçok durum söz konusudur (Classen vd., 1997).

Hastaların hem hastanede bulunduğu süre içerisinde hem de hastane dışında alacağı tedavi hizmetleriyle ilgili her konuda gerekçesinden, komplikasyonuna, risklerine, yapılan ve yapılabilecek tüm girişimlere kadar her ayrıntısıyla ilgili her konuda bilgilendirilme hem meslek etiği hem hukuksal hem de hasta hakları gereğince zorunludur (Kohn vd., 2000; Rozovsky, 2005). Hastaların tıbbi hatalara maruz kalma oranlarının yüksek olduğu düşünüldüğünde bu konularda bilgilerinin yetersiz olduğu söylenebilir (Kohn vd., 2000). Ancak hastaların bu konuda farkındalığının artırılmasına yönelik yasalarla da desteklenerek, her türlü konuda bilgilendirilme, soru sorabilme, tedavisine dâhil olabilme, karar verebilme, kendisine yapılan her türlü işlemle ilgili kayıtları almasının yasal bir hakkı olduğu konusu giderek önem kazanmaktadır (Classen vd., 1997).

Hastaların farkındalığına yönelik çalışmalar, uluslararası anlamda çok eskilere dayansa da bu konu sağlıkta dönüşüm, 2011 yılında çıkartılan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik” ve sağlıkta kalite standartların hasta güvenliğini sağlamaya yönelik maddelerin uygulanmasıyla yeni yeni farkındalık kazanılmaya başlanmıştır (Kohn vd., 2000). Hastalara hasta güvenliği kapsamında hastane de kalış sürecinde yapılan işlemler hakkında bilgilendirilmesi ve

onamının alınması düşme riskleri konularında eğitilmesi gibi konularda eğitimler ile hem bilgilendirilmekte hem sürece katılımı sağlanarak sorumluluk paylaşılmakta hem de farkındalıkları arttırılmaktadır (Singer vd., 2003).

Tıbbi hatalar ile ilgili sayıların giderek artması ve bunların büyük bir çoğunluğunun ilaçlar ile ilgili süreçlerde önlenabilir hatalardan kaynaklı ciddi zararlardır (Kohn vd., 2000). Hastalarda hasta güvenliği ile ilgili farkındalık kazandırmak için uluslararası anlamda çalışmalar mevcuttur. Bunlardan birincisi DSÖ'nün "Hasta Güvenliği için Hastalar" isimli çalışması olup bu çalışma kapsamında hastaların sürece katılımını sağlayarak farkındalık sağlanması için "Ellerinizi Yıkayın" projesi gibi çeşitli projeler geliştirmişlerdir (Öktemer, 2009). Bir diğeri ise JCI'nın 2002 yılında hazırladığı ve akredite ettiği hastanelerin kullandığı "SPEAK UP" ismini verdiği harflerinde bir akrostiş yaparak açıklamalarında hastalara sürecin bir parçası olmaları için öneriler verdiği bir uygulamadır (Altındış ve Devebakan, 2008).

Uluslararası anlamda yapılan bu çalışmalarla birlikte hastaların tüm süreçlere aktif katılımı, bilgilendirilmesi, sorumluluk almalarının sağlanması ile birlikte hasta güvenliğinin tam anlamıyla sağlanması hedeflenmektedir (Bulun, 2008).

2.7. Ameliyathane

Ameliyathaneler, ekip çalışmasının yoğun görüldüğü, hasta bağımlılığının tam olduğu, bilimsel ve teknoloji gelişmelerin gerçekleştiği, güvenli, bilgi ve becerinin en üst seviyede olması gereken hatanın kabul edilemeyeceği bir alan olarak görülmektedir (Kılıç, 2012). Yüksek teknolojik araç ve gereçlerin ışığında, hızlı ve doğru kararların alınmasının çok önemli olduğu alanlardır (Karacaköylü, 2012). Ameliyat dönemi, hastanın ameliyat için hazırlık birimine gönderilmesiyle başlar; ayılma, servis veya yoğun bakım ünitesine gönderilmesiyle biter (Komşuk, 2013).

Ameliyathanelerde çalışmak, yüksek oranda sorumluluk gerektirmektedir. Yoğun çalışma temposunun yanında, stresli ve izole ve teknik bir alandır. Böyle bir ortamda

çalışmak iş görenleri fazlasıyla etkilemektedir (Kutlu, 2007). Ameliyathane çalışma sistemi bir ekip çalışması olup, bu çalışma sistemi, iletişimi, becerileri artıran, eğitim ve uygulamalar ve aynı zamanda karar verme etkinliğini artırmakta ve hata oluşumu riskini azaltmaktadır (Övler, 2010). Ekip için ve sağlık çalışanları için uygun çalışma ortamı oluşturmak, trafik kontrolünü sağlamak açısından önemli olup, güven verici de olmalıdır (Aydın, 2008).

2.7.1. Ameliyathane ekibi

Ameliyathane ekibi cerrah, bir ya da iki asistan, steril hemşire, sirküle hemşire, ameliyathane teknikeri, anestezi uzmanları uygulayan anestezi ve anestezi teknikerinden oluşur. Ekibe gerektiğinde radyoloji uzmanı veya teknisyeni de katılabilmektedir (Karacaköylü, 2012)

Cerrahi girişimdeki başarıyı ve hasta güvenliğini olumlu veya olumsuz etkileyen durumlar genellikle ekip içi ya da ekipler arasındaki iletişimin düzeyidir. Örneğin, ekip üyelerinin verdiği yanlış mesajlar ile ortaya çıkan yanlış alan cerrahisi gibi (Övler, 2010). Ekip üyeleri arasındaki etkin iletişim ve uyumlu bir ilişki verilen hizmetin kalite düzeyini yükseltir ve başarıya ulaştırır (Koraş, 2011).

Ameliyat ekibinde aşağıdaki üyeler yer alır:

Cerrah: Tıbbi uygulama ve cerrahi girişimle ilgili kararlardan öncelikli olarak sorumlu kişidir yani ekibin başıdır (Komşuk, 2011).

Asistan doktor: Cerrah yönetimindeki ameliyat bölgesinin aspirasyonunu ve tamponajını yapar, süturları atar (Yalçınkaya, 2010).

Anestezi uzmanı: Hastanın ameliyata alınıp alınmayacağını anestezi açısından değerlendirir, gerekli ilaçların uygulanmasını ve hastanın uyutulmasını, ağrısının giderilmesini, hastanın entübe edilerek hava yolu açıklığının sağlanmasını, sıvı takibini ve fizyolojik durumunun izlenmesini, olası komplikasyonlara karşı cerrahı

uyarmakla görevlidir. Cerrahi işlem sonunda hastayı ekstübe eder, uyandırır, derlenme ünitesinde hastanın durumunu gözlemler (Komşuk, 2013).

Anestezi teknisyeni/teknikeri: Anestezi uzmanının gözetiminde ameliyathanede görevli sağlık personelidir. Ameliyat olacak hastanın anestezi öncesinde ameliyata hazır hale getirilmesini sağlar. Gerekli malzemeleri hazırlar, hastanın monitorizasyonunu sağlar, anestezi uzmanının gözetiminde hastaya anestezi uygulanmasına yardımcı olur. Hastayı ameliyat süresince takip eder, olası aksi durumlarda anestezi uzmanına haber verir (YTKİY, 1983).

Ameliyathane hemşireliği: Ameliyathane hemşirelerinin, standartlar ışığında en üst seviyede hizmet verirken performans göstereceği, kurumlarında nitelik düzeyini yükseltecekleri üzerinde durulmaktadır (Kılıç, 2012). Dolaşıcı (sirküle) ve steril (scrub) hemşire olarak çalışmaktadırlar. Ameliyat sırasında, cerrahi bölgenin kontrolünü sağlanması, steril malzemenin açılması, ameliyat masasında cerrahi aletlerin verilmesi ve steriliteye dikkat edilmesi, pozisyonlara ve cerrahinin güvenliği vb. gibi fiziki faktörlere odaklanır (MEB, 2012).

2.7.2. Ameliyathanede hasta güvenliği

Ameliyathaneler yüksek düzeyde teknolojik araç ve gerecin kullanıldığı, güncel ve gelişmiş bilgilerin ışığında birbirinden farklı cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulandığı ünitelerdir (Çobanoğlu, 2009; Sönmez ve Yavuz, 2009).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığınca hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5) hazırlanarak ülkemizde sağlık hizmeti veren tüm hastanelerin kullanımına uygun hale getirilmiştir. SKS-Hastane’de yer alan ameliyathaneye ilişkin standartlara göre ameliyathanedeki alanların en az üç farklı kategoride ele alınması gereklidir (SHGM, 2016):

Birinci (Steril) Alan: Ameliyat yapılan odalar ve cerrahi el yıkama yapılan alanlardır.

İkinci (Temiz) Alan: Steril ve non-steril alanlar arasında kalan kısımdır.

Üçüncü (Steril olmayan/kirli) Alan: Ameliyathane ile diğer bölümler arasında bağlantının sağlandığı alandır.

Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş-çıkış kuralları, çalışanların alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir (SHGM, 2016). Kirli malzemeler steril veya temiz malzemelerin taşındığı koridorlardan taşınmamalıdır (Başkan, 2003).

Hasta güvenliği bakımından ameliyathanelerin mimari yapısı, havalandırması, sıcaklığı ve nemi önemli yer tutmaktadır (AORN, 2014). Modern bir ameliyathane yapılandırması için birbirinden farklı mimari projeler kullanılabilir. Bir kurumdan diğerine farklılık gösterebilse de ameliyathaneler için oluşturulan tüm mimari projelerde en önemli unsur; hasta güvenliğinin ve kolay bir iş akışının sağlanması olmalıdır (Şardan Çetinkaya, 2005). Ameliyathane için kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyona ve temizlemeye uygun nitelikte olmalı, ameliyat odalarında; duvar kesişim noktalarının düzgün, köşesiz ve çıkıntısız olmasına dikkat edilmelidir (SHGM, 2016).

Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23 °C olmalı, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26°C arasında değiştirilebilmelidir. Bağıl nem ise en az %30, en çok %60 olmalıdır (SHGM, 2016; Eti Aslan ve Kan Öntürk, 2011).

Ameliyathanede uygun havalandırma sistemlerinin kullanılması enfeksiyon riskini azaltır (AORN, 2014). Steril alanlarda HEPA (High Efficiency Particulate Arresting-Yüksek Etkinlikte Partikül Yakalayıcı) filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır. Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı). Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riski bulunan operasyonlar laminar hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.

Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 kere filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunların en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır (SHGM, 2016; Eti Aslan ve Kan Öntürk, 2011).

Elektrik enerjisinin kesintisiz şekilde kullanımı sağlanmalıdır. Gaz kontrol panosu ve anestezi cihazı üzerinden tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç seviyeleri kontrol edilmelidir. Cerrahi uygulama ile ilgili tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak açısından eksiksiz şekilde tutulmalı, cerrahi işlem sırasında tanı amaçlı alınan doku materyali eksiksiz bir şekilde (hasta adı-soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, örnek alınan organ/bölge, örneğin alınış şekli) etiketlenmelidir (SHGM, 2016).

2.7.3. Ameliyathanede yaşanan hasta güvenliği sorunları

Ameliyathaneler yüksek düzeyde teknolojik araç ve gerecin kullanıldığı, güncel ve gelişmiş bilgilerin ışığında birbirinden farklı cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızlı bir şekilde alınarak uygulamaya geçilmesinin önemli olduğu çalışma ortamlarıdır. Ameliyathanelerde seri karar verilmesini gerektiren, önemli ve dikkat gerektiren girişimlerin uygulanıyor olması bazı riskleri ortaya çıkarır (Çobanoğlu, 2009; Sönmez ve Yavuz, 2009).

Ameliyathaneler karmaşık yapıları, kullanılan teknolojik cihazlar, farklı meslek gruplarının bir arada çalışmasıyla birlikte hasta güvenliğini etkileyebilecek birçok unsuru içinde barındırmaktadır.

Ameliyathanede hasta güvenliği sorunları (Aren, 2008);

- Yanlış taraf cerrahisi
- Transfüzyon hataları
- Cerrahi yanıklar
- Cerrahi alan enfeksiyonları

- Ölümcül düşmeler
- Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması
- İlaç hataları
- Kesici-delici alet yaralanmaları
- Hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi
- Bebeğin yanlış aileye verilmesi şeklinde sıralanabilir.

Tıbbi hatalar, planlanmış bir tıbbi uygulamanın amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya yanlış plan yapılması ve uygulanması (planlama hatası) olarak tanımlanmaktadır (IOM, 2000). Tıbbi hatalar ile çağdaş tıbbi uygulamaların doğal parçası olarak görülecek kadar sık karşılaşılmaktadır (TTB, 2011).

Tıbbi hatalar, sağlık sistemi için büyük bir yük haline gelen ve hasta güvenliği politikalarının etkili bir şekilde uygulanması halinde genellikle önlenabilir olan yaygın bir sorundur (Murphy vd., 2007). Colorado ve Utah'ta hasta yaralanmasının maliyetini araştırıldığı bir çalışmada 14.732 tıbbi kayıt incelenmiş, 459'unda advers olay gerçekleştiği, bunların 265'inin önlenabilir olduğu tespit edilmiştir (Thomas vd., 2000). Tıbbi hataların azaltılması ve elimine edilmesi hasta güvenliğinin temel hedefidir (Seren ve Dursun, 2012).

Bilimsel veriler incelendiğinde tıbbi hataların, kişilerden görece bağımsız, kurgulanmış şekilde ya da daha kötü ihtimalle kendi kendine sistem sorunu olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Hatalar kötü, yetersiz ve aralıklarla hata üretmek üzerine tasarlanmış süreçlerle ilişkili olarak ortaya çıkmaktadırlar (TTB, 2011).

Adams ve Garber (2007)'e göre, tıbbi hataların iki ana kaynağı vardır; sistem hataları ve insan hataları. Sistemden kaynaklanan hatalar, insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. İnsan faktöründen kaynaklanan hatalar incelendiğinde sadece %1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99'nun

ise çok iyi niyetle işini yapmaya çalışan ve görevlerinde başarılı olan çalışanlardan kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Dhankhar vd., 2007).

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları günümüz sağlık sistemlerinin en önemli sorunlarının başında gelmektedir (TTB, 2011). Bu insanlık trajedisine bir de mali kayıplar eklendiğinde tıbbi hatalar hızla yaygın kamu sorunlarının en üst sıralarına yükselmesi kaçınılmaz olmuştur. Tıp Enstitüsü 2000 yılında yayınladığı raporunda hasta güvenliğine ilişkin sorunun önemini ulusal ve uluslararası düzeyde vurgulamıştır. Bu rapor ABD’de tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybedenlerin sayısının motorlu araç kazaları, meme kanseri veya Acquired Immune Deficiency Syndrome’den (AIDS) ölenlerin sayısından daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (IOM, 2000).

Konuyla ilgili çalışmaların yayınlanmasının ardından özellikle tıbbi uygulama hatalarının azaltılması için yoğun şekilde arayışa girilmiştir. Bütün çabalara rağmen hasta güvenliğinde hangi boyutta iyileşme sağlandığı veya tıbbi uygulama hatalarında azalmanın ne kadar olduğu tartışmaları sürmektedir (TTB, 2011).

Ameliyathanede hasta güvenliği kapsamına giren konular, yanlış taraf cerrahisi, ameliyat sırasında hastada yabancı cisim unutulması, transfüzyon hataları, kontamine ilaç veya kan kullanımı, ameliyat komplikasyonları, hava embolisi, düşmeler, bebeğin yanlış aileye verilmesi, hastane enfeksiyonları, infüzyon pompa sorunları, cerrahi yanıklar, hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi, görünüşü okunuşu benzer ilaçlar, iğne-kesici alet yaralanmaları, tehlikeli kısaltımlar, ventilatör ile ilgili problemler olarak sıralanabilir (Aren, 2008). Güvenli ameliyathane ortamının önemi 1900’lü yılların başında gündeme gelmeye başlamış olmasına rağmen, halen önemini korumaktadır. Çünkü çalışma ortamında yaşanan olumsuz olayların motivasyonu azaltarak performansı düşürdüğü bilinmektedir. Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı hayal edildiğinde akla fiziksel ve psikososyal sorunların olmadığı ya da en az olduğu bir ortam gelmektedir. Ameliyathanelerde bu şekilde bir ortamı sağlamak zor olsa da biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal risklerin tespit edilmesi,

etkilerinin bilinmesi ve önlem alınması önemli bir adımdır (Eti Aslan ve Kan Öntürk, 2011).

Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan rapordan sonra hataların önlenmesi ve verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması için gösterilen çabalardan en önemlisi, kültürel değişimin yaşanmasıdır. Suçlayıcı ve cezalandırıcı kültürün yerini anlayışla kabullenme ve düzeltme kültürü almaktadır. Hasta güvenliğini kurum kültürünün en önemli parçalarından biri haline getirebilmek adına sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkmadan ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli bütçe ayırmalıdır (TTB, 2011).

Ülkemizde hata bildirim sistemi Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası düzeydeki gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde tutularak Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi (CHSS) esas alınarak düzenlenmektedir. CHSS’de olması gereken ana parametreler; hatanın gerçekleştiği yer, hata yapan kişi (meslek/unvan), hata zamanı, hatalı işlem olarak belirlenmiştir (SHGM, 2016).

Sağlık sisteminde karşılaşılan tıbbi hatalar, literatürde çoğunlukla ilaç uygulamaları, yanlış taraf cerrahisi, hastane enfeksiyonları, düşmeler vb. olarak ele alınmaktadır (Seren ve Dursun, 2012). Ameliyathane sürecinde yapılabilecek tıbbi hatalar şöyledir (SHGM, 2016):

- Klinik cerrahi işlem hazırlığı sürecinde; ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi, pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi, makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıının teyit edilmemesi, ameliyat için gerekli malzeme, kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması vb.
- Ameliyathaneye transfer ve hasta kabulü sırasında; hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması, hasta transferine sağlık çalışanının eşlik

etmemesi, hastanın sağlık çalışanına teslim edilmesi sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi vb.

- Ameliyathane cerrahi işlem hazırlığı sırasında; ameliyat odası temizliğinin uygun olmaması, cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi, ekipman arızası, prizlerin kesintisiz g kaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi, oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/ kontrol edilmemesi vb.
- Anestezi ncesi hazırlık ve kontroller sırasında; Ameliyat bölgesinin/tafaafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi, alerji durumunun değerlendirilmemesi, kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi vb.
- Ameliyat kesisi öncesi kontroller sırasında; hasta kimlik bilgileri, ameliyatın yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması, ekip üyelerinin kendilerini tanıtmaması, cerrahi kaynaklanabilecek kritik olayların değerlendirilmemesi, anesteziiden kaynaklanabilecek kritik olayların değerlendirilmemesi, malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrolünün sağlanmaması, kan şekeri kontrolü yapılmaması, antikoagülan kullanımının sorgulanmaması, gerekli Derin Ven Trombozu (DVT) profilaksisinin uygulanmaması vb.
- Ameliyat sürecindeki takipler sırasında; kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontrolünün yapılmaması, frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi vb.
- Ameliyat sonu kontroller sırasında; hasta kimliğinin, ameliyatın yeri ve cerrahi işlemin teyit edilmemesi, kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrolünün yapılmaması, alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi, olası cerrahi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi, post-op hastanın transfer edileceği bölümün belirtilmemesi vb.
- Ameliyathaneden hastanın ayrılışı ve transferi sırasında; cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık personeline iletilmesinde eksiklik, hastanın kimliği, yapılan cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması, Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi, hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi.

JCAHO 2003 yılı için hasta güvenliği konusunda gösterdiği 6 hedef arasında yanlış hastada, yanlış bölge ve yanlış cerrahi işlem uygulamalarının elimine edilmesi yer almaktadır (NCPS, 2002).

Sağlık hizmetlerinde olay raporlamanın hasta güvenliğine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, olay raporlamanın hasta güvenliği üzerinde kritik bir etki yarattığı bulunmuştur (Altındış, 2010).

Çalışma ortamının ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği bakımından değerlendirildiği bir çalışmada, kaza ve riskli durumlar sonrasında bildirimlerin hemşireler tarafından yetersiz düzeyde rapor edildiği, nedeninin ise hemşirelerin hataların bildiriminde meslektaşları ve yönetimin yanı sıra hasta ve hekimlerin tepkilerinden çekinmeleri olduğu bulunmuştur (Sezgin, 2007).

Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanması adına, cerrahi işlem öncesinde, bölge işaretlemesi yapılma durumu kontrol edilmelidir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi parametreleri liste sorumlusu tarafından anesteziye başlanmadan önce, ameliyat kesinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce cevaplandırılmalıdır (SHGM, 2016).

Güvenli cerrahi; hastanın kabulünden taburculuğuna kadar olan ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi de içine alan bakım ve tedavi hizmeti sürecinde, hastayı yaşanabilecek tıbbi hatalardan korumak veya hataları en aza indirmek olarak tanımlanabilir (Candaş ve Gürsoy, 2015).

Tıbbi hataların azaltılması, günlük işlevlerin yerine getirilmesi sırasında insan hafızasına dayanan işlemlerin azaltılmasıyla sağlanabilmektedir. Ameliyathane gibi yüksek riskli çalışma ortamlarında, hafızanın yerine kontrol listeleri, protokol ve rehberlerin kullanılması ile hata yapma oranı düşmektedir. Bu bağlamda “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” için uygulama kılavuzu WHO tarafından sağlık kurumlarının kullanımına sunmuş ve sağlık kurumlarının, kılavuzda yer alan

konuları yerel uygulamaları göz önünde tutarak geliştirebilecekleri bildirilmiştir (WHO, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 yılında başlatmış olduğu 'Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır' projesi ışığında, ülkemizde Sağlık Bakanlığınca Hizmet Kalite Standartlarında güvenli cerrahi uygulamalarına yer verilerek cerrahi uygulamalarda güvenliğin sağlanması adına "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" (GCKL) geliştirilmiştir (PYKGDB, 2011). Anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce şeklinde üç bölümden oluşan listeye "Hasta güvenliği hasta ameliyathaneye gelmeden başlar" ifadesi kapsamında hastanın klinikten ayrılmadan önce takibin başlamasını sağlayan dördüncü bölüm eklenerek kullanıma sunulmuştur (Candaş ve Gürsoy, 2015; SHGM, 2015).

Yapılan çalışmalar, güvenli cerrahi kontrol listesinin ekip içerisindeki iletişimi arttırdığını, cerrahiye bağlı ölümleri ve ciddi komplikasyonları önlediğini ve hasta güvenliğinin sağlanmasında büyük oranda etkili olduğunu göstermektedir (Sewell vd., 2010; Treadwell vd., 2014). Çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü'nün Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkili bir şekilde kullanılması halinde ameliyata ilişkin komplikasyonların yarısının önlenildiğini ortaya çıkarmıştır (PYKGDB, 2011).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ameliyathane ekibinin çoğunluğunun (%87,5) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)'nin hasta güvenliğine katkısı olduğuna inandıkları, listenin tüm maddelerinin yanıtlandığını belirten cerrahi ekip üyelerinin çoğunlukta olduğu saptanmıştır (Bektaş, 2015).

Ameliyatın yapılacağı yer hasta ve cerrahi liste ile karşılaştırma yapılır. Hastanın alerji öyküsü ve kan transfüzyonu gibi uygulamalarla ilgili bilgileri sorgulanır ve kayıt altına alınır (MEB, 2012).

Ameliyathane hemşiresi sirküle (dolaşan) ve scrub (steril) hemşirelik şeklinde iki pozisyonda çalışır (RG, 2011; Yezülcan vd., 2009; MEB, 2012). Hastanın ameliyathaneye kabulünden, ameliyat sonrası servis hemşiresine teslimine kadar geçen süreç; iki ameliyathane hemşiresinin uyumlu bir şekilde çalışmasıyla yürütülür (Yezülcan vd., 2009).

Scrub hemşire; ameliyat sırasında steril alan içinde aktif çalışan kişidir. Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular ve kontaminasyonu önlemek için gerekli önlemleri alır. Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular. Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirerek alet ve malzemelerin hazırlığını yapar (RG, 2011). Malzemeleri kolay alınabilecek şekilde düzenler ve işlemin tipine göre cerrahın ihtiyacı olan malzemeyi önceden belirleyerek verir. İşlem bitiminde iğne, alet, kompres ve tamponları sirküle hemşire ile birlikte sayar ve kaydeder. Ameliyat sırasında alınan doku materyalini tanımlayarak dolaşıcı hemşireye güvenli bir biçimde teslim eder (Yezülcan vd., 2009). Ameliyat bittikten sonra malzemelerin steril edilmesini ve tekrar kullanım için hazır bulundurulmasını sağlar (RG, 2011).

Sirküle hemşire; ameliyat için cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar (RG, 2011). Hastaya psikolojik destek sağlar. Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur (RG, 2011; MEB, 2012). Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir. Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur (RG, 2011, MEB, 2012). İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Cerrahi doku materyalini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ve laboratuvara gönderilmesini sağlar. Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder (RG, 2011).

Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşirelerinin görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada, ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden en önemli faktörlerin; enfeksiyon riski (%50), hastanın taşınmasıyla ilgili aksaklıklar

(%50) ve doğru hasta, doğru taraf, doğru cerrahinin sağlanamaması (%35) olduğu belirlenmiştir (Canbolat, 2011).

2.7.4 Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörler

İletişim eksikliği oluşan hataların büyük çoğunda kök neden olarak ortaya çıkmaktadır (Özata ve Aslan, 2010).

JCHAO tarafından yapılan bir araştırmada; hastanelerde oluşan zarar verici olayların büyük bir çoğunluğunun iletişimdeki yetersizlikten kaynaklandığı bildirilmiştir (Makary vd., 2007). Ameliyathanede takım çalışması ve teknik dışı becerilerde yaşanan aksamalar ile hastaların karşı karşıya kaldığı istenmeyen olaylar arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Daha iyi bir takım çalışması, ameliyathanede daha az hata olması anlamına gelmektedir. Başarılı bir ekip çalışması, saygı, paylaşım, güven, duyarlılık ve en önemlisi iyi bir iletişimle sağlanabilir. İyi bir ekip çalışmasının yürütülmesinde ve ekip içinde etkili iletişimin sağlanmasında ameliyathane hemşiresinin sorumluluğu oldukça önemlidir (Kaymakçı, 2014).

Uzun süre yeterli uykuyu sağlamadan ve mola vermeden çalışan sağlık çalışanı verimsiz, dikkatsiz ve hata yapma eğiliminde olabilir. Hasta güvenliğini riske atmamak, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmemek, ancak yöneticilerin mesai saat ve nöbet düzenlemelerini bu konuları dikkate alarak düzenlemeleri ve ara mola saatleri belirlemeleri ile mümkün olacaktır (Özmen ve Başol, 2010).

Günümüz koşullarında, zamanının önemli bir bölümünü iş yerinde geçiren bireyin, iş yaşamı ve özel yaşama dair streslerini birbirinden ayırması da imkânsız olmaktadır. Çalışma yaşamında iş stresi psikolojik, fizyolojik ve örgütsel açıdan önemli bir yer tutmaktadır. Stresin yoğun olduğu çalışma ortamlarında genellikle performansın düştüğü görülmektedir. Bireyin uygun şekilde stresle başa çıkma tutumu göstermesinin, iş yaşamına da olumlu yansımaları olması sebebiyle iş yaşamında

stres ile başa çıkma stratejileri, üzerinde önemle durulması gereken konulardan biri haline gelmiştir (Aslan, 2010).

Sağlık sektöründe görev yapan iş görenlerin üzerinde yapılan çalışmada iş stresi ile hasta güvenliği kültürü arasında negatif, iş doyumu, içsel motivasyon arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre yöneticilerin, hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek ve geliştirmek için iş stresinin ortadan kalkması veya en az seviyeye inmesi için gerekli tedbirleri almaları gerekmektedir (Bektaş, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 01.11.2020-30.11.2020 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan üç özel hastanenin ameliyathane çalışanları ile yapılmıştır. Bu çalışma için İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesinin etik kurul biriminden (2020 10/ 510 sayılı yazı) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan araştırma izni alınmış ve etik kurul onayı Ek-1’de verilmiştir.

3.1. Evren ve Örneklem

Yapılan araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan 3 özel hastanede görev yapmakta olan yaklaşık 180 çalışan oluşturmaktadır. Bu bağlamda anketler rastgele yöntemle ilgili ana kütledeki çalışanların 175’ine anket dağıtılmıştır. Bu anketlerden 141 adedinin dönüşü sağlanabilmiştir. Bunların içerisinde 1 adedi özensiz bir şekilde işaretlendiği için değerlendirme dışı tutulmuştur. Sonuç olarak 140 anket değerlendirmeye alınmıştır.

Aynı çalışma verilerin güvenilirliğini teyit etmek amaçlı bu çalışmadan bağımsız olarak farklı özel hastanelerin 74 ameliyathane çalışanlarına da yapılmıştır.

Bir araştırmada evreni temsil eden örneklem sayısının 0,95 güvenirlilik ve 0,05 örneklem hatası için yeterliliğini istatistiksel olarak belirten Tablo aşağıda Tablo 3.1 da gösterilmiştir (Sekaran, 2003).

Tablo 3.1: Evren Büyüklükleri İçin Gerekli En Düşük Örneklem Sayıları

Evren Büyüklüğü	20	100	500	1000	2000	5000	10000	50000	100000	1000000
Örneklem Sayısı	19	80	217	278	322	357	370	381	383	384

İlgili ana kütle için 140 örneklem sayısı alınan verinin 0,95 güvenirlilik ve 0,05 örneklem hatası şartlarına uygun olarak hastane çalışanlarını temsil edebileceği

anlaşılmıştır. Bu verilere göre araştırmada toplanan 140 verinin ilgili bölge hastane çalışanlarını temsil ettiği söylenebilir.

3.2. Verilerin Toplanması

Tez yürütücüsü tarafından hazırlanan anketler İstanbul ilinde bulunan üç özel hastanede yüz yüze uygulanmıştır. Anketler katılımcılar tarafından tek başına, bir seferde, süre kısıtlaması olmaksızın doldurulmuş ve anket uygulayıcılarına teslim edilmiştir.

3.2.1. Güvenlik tutumları ölçeği (GTÖ)

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

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 ölçeğin, bazı maddeleri (1, 12, 16, 24, 25, 27, 31, 32, 33, 36, 39, 44, 47, 49, 52, 53, 56, 58) olumsuz ifadeler içermektedir. Olumsuz ifadeler ters çevrilerek puanlandığı için; daha yüksek puan, daha olumlu tutumlar anlamına gelmektedir. Ölçek yanıtları için 5 puanlı (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım 4=Kesinlikle Katılıyorum 5= Katılıyorum) likert tipi

bir ölçek kullanılmaktadır. Puanın 100'lük sisteme çevrilmesinde; 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100 olarak hesaplanmaktadır (Shteynberg vd., 2005; Makary vd., 2006; Modak vd., 2006; Pattersonvd., 2007). Ölçekteki her bir maddeye verilen yanıtlar özetlenir, madde sayısına bölünür ve 100'lük sisteme çevrilerek 0-100 arası puan elde edilir (Relihan, 2009). Bir çalışan için ekip iş birliği ölçeğinden alınan puanın hesaplanması şu şekilde formüle edilmiştir. Ekip İş birliği Ölçek Puanı = ((ekip puanlarının ortalaması)-1) x 25) (UTMS, 2003, Pattersonvd., 2007). 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 vd., 2006).

Bu çalışmada Önler (2010)'in çalışmasından faydalanarak Güven Tutum Ölçeği kullanılmış fakat bu çalışma ile ilgisi olmadığını düşünülen Güven Tutum Ölçeği ile ilgili bazı değişiklikler yapılmıştır. Çalışmanın konusuna uygun olmadığını düşündüğümüz ve çok fazla soru olmasından dolayı 3, 6, 8, 16, 18, 19, 22, 29, 31, 37, 38, 40, 43, 45, 52 no'lu sorular ölçekten çıkarılmıştır. Çıkarılan sorulardan sonra yeni Güven Tutum Ölçeği 9 adet Ekip İş birliği, 3 adet İş Memnuniyeti, 5 adet Yönetimle İlgili Düşünceler, 16 adet Güven Ortamı, 2 adet Çalışma Koşulları ve 8 adet Stres Düzeyinin Belirlenmesi alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekte olumsuz ifade içeren sorular 1, 9, 17, 18, 20,27,28, 31, 33,35,38,41,43, olarak değişmiştir. Olumsuz ifadeler ters çevrilerek puanlamaya dahil edilmiştir. Alt boyuttaki soruların dağılımı ise aşağıdaki Tablo 3.2'deki gibi belirlenmiştir.

Tablo 3.2: Güven Tutum Ölçeği

Alt Boyutlar	Soru Adeti	Sorular
Ekip İş birliği	9	10, 11, 17, 22, 25, 26, 28, 36, 43
İş Memnuniyeti	3	2, 12, 29
Yönetimle İlgili Düşünceler	5	5, 6, 7, 13, 19
Güvenli Ortam	16	3, 4, 8, 9, 14, 15, 20, 21, 27, 31, 32, 34, 37, 39, 41, 42
Çalışma Koşulları	2	16, 30
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	8	1, 18, 23, 24, 33, 35, 38, 40

Elde edilen verilerin analizi SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, puan ortalaması; verilerin güvenilirliği için Cronbach's Alpha testi, normal dağılım gösteren veriler için t testi, ANOVA, pearson korelasyon testi; normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal-Wallis ve Tukey testi yapıldı.

Anket çalışmasında, çalışmanın bağımsız değişkenleri olan ameliyathane çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk durumu ve çalışma yılı, gibi 6 adet demografik özellikler, 14 adet mesleki özellikler, 8 adet ameliyathane özellikleri 11 adet hasta güvenliği ile ilgili özellikler ve 10 adet ekip iş birliği 43 adet güven tutum ölçeği olmak üzere toplam 92 adet soru yöneltilmiştir.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Türkiye’de İstanbul ilinde 3 adet özel hastane özelinde yapılmıştır. Bu bağlamda Türkiye’nin her ilindeki hastane çalışanlarına ulaşmanın zorluğu en temel araştırma sınırlılığını oluşturmaktadır.

Katılımcıların anket verilerini özensiz doldurma ihtimalinin olması bir diğer araştırma sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırma zamanının pandemi döneminde olması nedeniyle iş yoğunluğunun artması, bu nedenle de hastane çalışanlarına yüz yüze, e-posta ya da whatsapp gibi iletişim araçlarıyla ulaşamama diğer bir sınırlılıktır.

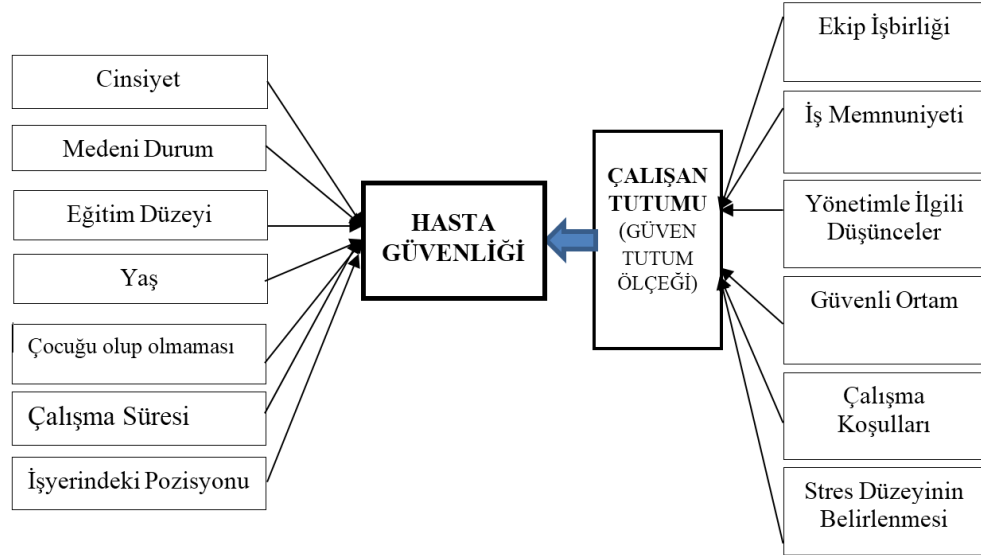
Ayrıca daha fazla veriye ulaşılması istatistiksel açıdan daha anlamlı ve geçerli bulgulara ulaşmayı mümkün kılabilir.

Tüm bu kısıtlarla beraber üç özel hastaneden 140 çalışana ulaşılabilmesi, büyük bir başarı olup, hasta güvenliği noktasında temel bir fikir vermesi bağlamında yeterli olacaktır.

3.4. Araştırmanın Model ve Hipotezleri

Çalışmada karşılaştırmalı araştırma yöntemine bağlı olarak betimsel bir araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırmanın modeli ve hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

Bilimsel araştırma, bir amaca yönelik, belirli aşamalar içerisinde ve bir yöntem dâhilinde yapılan çalışmalardır (Arıkan, 2004). Bu araştırmanın modeli, araştırmanın amacına ve hipotezlerine bağlı olarak aşağıdaki gibi oluşturulmuştur. Model oluşturma; çalışmada geçen kavramların görsellik düzeyinin artırılarak soyut olmaktan uzaklaştırılması yani somutlaştırılması çalışmasıdır. Araştırmanın amacına uygun olarak sonuç elde edilmesinde aşağıdaki model geliştirilmiştir.



Şekil 3.1: Araştırmanın Modeli

Bilimsel araştırma, bir amaca yönelik, belirli aşamalar içerisinde ve bir yöntem dâhilinde yapılan çalışmalardır (Arıkan, 2004). Bu araştırmanın modeli, araştırmanın amacına ve hipotezlerine bağlı olarak aşağıdaki gibi oluşturulmuştur. Model oluşturma; çalışmada geçen kavramların görsellik düzeyinin artırılarak soyut olmaktan uzaklaştırılması yani somutlaştırılması çalışmasıdır. Araştırmanın amacına uygun olarak sonuç elde edilmesinde aşağıdaki model geliştirilmiştir.

Araştırmanın amacı ve modeli doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Güvenlik tutum ölçeği boyutları bağlamında katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır.

H₂: Güvenlik tutum ölçeği boyutları bağlamında katılımcıların medeni durumları bakımından farklılık vardır

H₃: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre farklılık vardır.

H₄: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların İş yerindeki pozisyonuna göre farklılık vardır.

H₅: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Çalışma Saatlerine göre farklılık vardır.

H₆: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Ameliyathanede kendi isteği ile çalışıp çalışmadığı değişkenine göre farklılık vardır.

H₇: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların yeterince dinlenip dinlenemediğine göre farklılık vardır.

H₈: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcılar için oryantasyon programı yapılıp yapılmadığına göre farklılık vardır.

H₉: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Kurumlarında düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapılıp yapılmadığına göre farklılık vardır.

H₁₀: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların hizmet içi eğitim programlarında katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alınıp alınmadığına göre farklılık vardır.

H₁₁: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyathanede jeneratör olup olmadığına göre farklılık vardır.

H₁₂: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından bir ameliyathanede derlenme ünitesi olup olmadığına göre farklılık vardır.

H₁₃: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılıp katılmadığına göre farklılık vardır.

H₁₄: Güvenlik tutum ölçeği boyutları bağlamında katılımcıların eğitim düzeyleri bakımından göre farklılık vardır.

H₁₅: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyat odalarının kapıları elektronik olup olmadığına göre tutumlarda farklılık vardır.

H₁₆: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyat odası ısı değerine göre tutumlarda farklılık vardır.

H₁₇: Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyat oda nemi ortalama değerine göre tutumlarda farklılık vardır.

H₁₈: Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₉: İlaç güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂₀: Cerrahi güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂₁: Hasta düşmelerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂₂: Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂₃: Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma, tür olarak tanımlayıcı bir araştırmadır. Tanımlayıcı araştırma modeli, mevcut durumun analiz edilmesini ve araştırmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırma tümevarım varsayımı ile uygulanmıştır. Tümevarım; bilmek için sınamak, gözlemlemek ve olaylardan gözlem yaparak sonuç çıkarma işlemidir. Başka bir deyişle özelden genele, olay ve örneklerden kanunlara gitme yoludur. Çalışma hipotez içeren araştırma modeli ile gerçekleştirilmiştir. Hipotez içeren araştırmalarda gözlem, deney ya da anket yöntemi kullanılmaktadır (Saruhan ve Özdemirci, 2011).

3.5. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada, İstanbul ilinde bulunan üç özel hastanede istihdam edilen çalışanlara uygulanan anketlerden elde edilen veriler bulunmaktadır. Hazırlanan araştırma soruları iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların demografik özelliklerini ve çalışma şartlarını öğrenmeye yönelik 28 adet sorudan oluşmaktadır. Ayrıca 11 soruluk hasta güvenliği yönergesi soruları değerlendirilmiştir. İkinci bölüm ise; 43 soru ve altı boyuttan oluşan hasta güvenlik tutum ölçeğidir. Toplanan bu veriler istatistik analiz programı SPSS 24,00 ile parametrik test teknikleri (Frekanslar, t testi, Anova (F), Korelasyon ve Regresyon Analizleri) kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Örneklem verilerine analiz geçerliliği açısından parametrik ya da parametrik olmayan test tekniklerinin hangisinin kullanılması gerektiğine karar vermek için Kolmogorow- Smirnov test tekniği kullanılır (Can, 2014).

Tablo 3.3, 3.4 ve 3.5’te verilerin geçerlilik test sonuçları yer almaktadır. Buna göre; Kolmogorov- Smirnov testinin $p < 0,05$ yani anlamlı olması nedeniyle parametrik olmayan testlerin uygulanması gerekmektedir. Ancak Skewness ve Kurtosis değerlerinin (+1.5 – 1.5) aralığında yer alması nedeniyle veri seti için, parametrik test tekniklerinin uygulanacağı kararı verilmelidir. Aynı zamanda veri sayısının 30’dan çok büyük olması ve örneklemin rastgele seçilmesi ve uygulanması nedeniyle de örneklemin normal dağılıma uygun olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 3.3: Verilerin Geçerlilik Testleri Kolmogorov– Smirnov Test Değerleri

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		Ortalama
N		140
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	3,6558
	Std. Deviation	0,43025
Most Extreme Differences	Absolute	0,106
	Positive	0,090
	Negative	-0,106
Test Statistic		0,106
Asymp. Sig. (2-tailed)		,001 ^c
a. Test distribution is Normal.		b. Calculated from data.
c. Lilliefors Significance Correction.		

Tablo 3.4: Güvenilirlik ve Skewness- Kurtosis Test Değerleri

	GORT	BOYUT1	BOYUT2	BOYUT3	BOYUT4	BOYUT5	BOYUT6
N Geçerli	140	140	140	140	140	140	140
Kayıp	0	0	0	0	0	0	0
Skewness	-0,751	-0,150	-1,313	-1,138	-0,589	-1,181	-0,143
Std. Error of Skewness	0,205	0,205	0,205	0,205	0,205	0,205	0,205
Kurtosis	2,850	1,209	1,829	1,100	3,272	1,213	1,259
Std. Error of Kurtosis	0,407	0,407	0,407	0,407	0,407	0,407	0,407

Tablo 3.5: Güvenilirlik Test Değeri Cronbach's Alpha Test Değerleri

Case Processing Summary			Reliability Statistics	
	N	%	Cronbach's Alpha	N of Items
Cases Valid	105	75	0,797	43
Excluded ^a	35	25		
Total	140	100		
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.				

Altunışık vd. (2007)'ne göre Cronbach Alpha değeri (0-1) arası değerler alır ve kabul edilebilir bir değerin en az 0,7 olması arzu edilir. Ancak, inceleme türü çalışmalarda bu değerin 0,6'e kadar makul kabul edilebileceği de bazı araştırmacılarca öngörülmektedir. Yukarıdaki tabloda görülen güvenlik tutum ölçeğinin güvenilirlik katsayısı değeri 0,797 olarak bulunmuştur. Güvenirlik katsayıları değerlendirildiğinde ölçeğin araştırma için yüksek düzeyde uygun olduğu söylenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmaya yönelik olarak toplanan anket formlarında ilk grup sorular katılımcıların demografik özelliklerini içermekte ve çalışanların hasta güvenliğine yönelik davranış ve tutumlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışmanın bu bölümünde hastane çalışanlarının demografik özelliklerine ilişkin yapılan analizlerle elde edilen bulgulara yer verilmiş, frekans analizleri yöntemiyle; frekanslar, yüzdeler ve yorumlama şeklinde yapılmıştır.

Tablo 4.1’de katılımcıların demografik ve iş ile ilgili değişkenlerinin dağılımlarına yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik ve İş ile İlgili Değişkenlerinin Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Değişkenlerinin Dağılımları

Yaş değişkeni	N	%
20-30	72	51,4
31-40	34	24,2
41-50	17	12,1
51-60	16	11,4
61- +	1	0,9
Cinsiyet değişkeni		
Erkek	71	50,7
Kadın	69	49,3
Medeni durum		
Bekar	73	52,1
Evli	67	47,9
Eğitim değişkeni		
Ön Lisans	52	37,1
Lisans	20	14,3
Yüksek lisans	2	1,4
Doktora	5	3,6
Tıpta Uzmanlık	28	20
Diğer Lise	5	3,6
Sağlık Meslek Lisesi	28	20
Çocuk sahipliği		
Evet	58	41,4
Hayır	82	58,6

Katılımcıların mesleki tecrübelerine ilişkin dağılımları Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Tablo 4.2: Katılımcıların Çalışma Yılı (Mesleki Tecrübe) Dağılımları

Çalışma yılı	n	%
0-5 yıl arası	59	42
6-10 yıl arası	36	26
11-15 yıl arası	14	10
16-20 yıl arası	10	7
21-25 yıl arası	7	5
26 yıl ve üstü	14	10

Katılımcıların kurumdaki pozisyonlarının dağılımları Tablo 4.3’te yer almaktadır.

Tablo 4.3: Katılımcıların Kurumdaki Pozisyon Dağılımları

Çalıştığı pozisyon	N	%
Cerrahi Asistanlar	10	7,1
Cerrahi Teknisyen	9	6,4
Perfüzyonist	5	3,6
Anestezi	19	13,6
Anestezi Teknisyeni/ Teknikeri	33	23,6
Ameliyathane Hemşiresi	33	23,6
Diğer	12	8,6
Sorumlu Hemşire	2	1,4
Ameliyathane Sekreter	1	0,7
Cerrah	16	11,4

Katılımcıların Çalışma Saatleri Dağılımları Tablo 4.4’de yer almaktadır.

Tablo 4.4: Katılımcıların Çalışma Saatleri Dağılımları

Çalışma saatleri	n	%
Gece/Nöbet + Gündüz	91	65
Gündüz	49	35

Katılımcıların haftalık çalışma saati dağılımları Tablo 4.5’de yer almaktadır.

Tablo 4.5: Katılımcıların Haftalık Çalışma Saati Dağılımları

Haftalık çalışma saatleri	n	%
10 saat	3	2,1
42 saat	137	97,9

Katılımcıların uzmanlık alanında deneyimi Tablo 4.6 'da yer almaktadır.

Tablo 4.6: Katılımcıların Uzmanlık Alanındaki Deneyim Dağılımları

Uzmanlık alanında kaç yıllık deneyimi olduğu	n	%
1 yıl	62	44,2
6 yıl	42	30
11 yıl	36	25,8

Katılımcıların ameliyathanede kendi isteği ile çalışıp çalışmadığına göre dağılımları Tablo 4.7'de yer almaktadır.

Tablo 4.7: Katılımcıların Ameliyathanede Kendi İsteği ile Çalışıp Çalışmadığına Göre Cevaplarının Dağılımları

Kendi İsteği ile Çalışma	N	%
Evet	127	90.7
Hayır	13	9.3

Katılımcıların çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme açısından dağılımları Tablo 4.8'de yer almaktadır.

Tablo 4.8: Katılımcıların Çalışma Saatleri Dışında Yeterince Dinlenebilme Açısından Cevaplarının Dağılımları

Yeterince dinlenebilme	N	%
Evet	56	40
Hayır	84	60

Katılımcıların hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılıp katılmadığı açısından dağılımları Tablo 4.9'da yer almaktadır.

Tablo 4.9: Katılımcıların Hastanede Çalışmaya Başlarken Oryantasyon Programına Katılıp Katılmadığı Açısından Cevapların Dağılımları

Oryantasyon Programına Katılım	N	%
Evet	104	74,3
Hayır	36	25,7

Katılımcıların kurumlarında düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapıp yapılmadığına göre dağılımları Tablo 4.10'da yer almaktadır.

Tablo 4.10: Katılımcıların Kurumlarında Düzenli Olarak Hizmet İçi Eğitim Programları Yapılıp Yapılmadığına Göre Cevapların Dağılımları

Hizmet İçi Eğitim	N	%
Evet	90	64,3
Hayır	50	35,7

Katılımcıların gereksinimleri dikkate alma açısından dağılımları Tablo 4.11’de yer almaktadır.

Tablo 4.11: Katılımcıların Hizmet İçi Eğitim Programlarının Belirlenmesinde Katılımcıların Gereksinimleri Dikkate Alma Açısından Cevapların Dağılımları

Gereksinimleri Dikkate Alma	N	%
Evet	94	67,1
Hayır	46	32,9

Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Programına Katılıp Katılmadığına Göre Cevapların Dağılımları Tablo 4.12’de yer almaktadır.

Tablo 4.12: Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Programına Katılıp Katılmadığına Göre Cevapların Dağılımları

Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim	N	%
Evet	101	72,1
Hayır	39	27,9

Katılımcıların derlenme ünitesi olup olmadığına göre dağılımları Tablo 4.13’de yer almaktadır.

Tablo 4.13: Katılımcıların Derlenme Ünitesi Olup Olmadığına Göre Cevaplarının Dağılımları

Derlenme Ünitesi	N	%
Evet	135	96,4
Hayır	5	3,6

Katılımcıların ameliyat odalarının kapıları elektronik olup olmadığına göre dağılımları Tablo 4.14’de yer almaktadır.

Tablo 4.14: Katılımcıların Ameliyat Odalarının Kapıları Elektronik Olup Olmadığına Göre Cevapların Dağılımları

Çalışma Saatleri	N	%
Evet	133	95
Hayır	7	5

Tablo 4.15 incelendiğinde katılımcılar hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanmasına ilişkin cevapları değerlendirildiğinde; %57,9'unun her zaman, %40,7'sinin çoğu zaman ve %1,4'ünün ara sıra şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %70,7'sinin her zaman ve %27,9'unun çoğu zaman şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanmasına ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %53,6'sının her zaman, %36,4'ünün çoğu zaman ve %7,9'unun ara sıra ve %2,1'inin çok nadir şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “İlaç güvenliğinin sağlanmasına ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %71,5'inin her zaman ve %26,4'ünün çoğu zaman ve %2,1'i ise ara sıra şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanmasına ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %75'inin her zaman ve %23,6'sının çoğu zaman ve %1,4'ü ise ara sıra şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “Cerrahi güvenliğin sağlanmasına ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %68,6'sının her zaman ve %31,4'ü ise çoğu zaman şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “Hasta düşmelerinin önlenmesine ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %64,3'ünün her zaman ve %33,6'sının çoğu zaman ve %2,1'i ise ara sıra şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “Radyasyon güvenliğinin sağlanmasına ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %59,3’ünün her zaman, %30’u çoğu zaman, %5,7’si ara sıra, %2,9’si çok nadir ve %2,1’i ise hiçbir zaman şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılmasına ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %60,7’sinin her zaman, %27,9’u çoğu zaman, %6,4’ü ara sıra, %2,1’i çok nadir ve %2,1’i ise hiçbir zaman şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “yüksek riskli hastaların belirlenmesine ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %65’inin her zaman, %30’unun çoğu zaman, %2,9’u ara sıra ve %2,1’i çok nadir şeklinde cevaplandırmışlardır.

Katılımcıların “Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesine ilişkin cevaplar değerlendirildiğinde; %60’ının her zaman, %32,1’i çoğu zaman, %5,8’i ara sıra ve %2,1’i ise çok nadir şeklinde cevaplandırmışlardır.

Tablo 4.15: Katılımcıların 27897 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” Hükümlerine Verdikleri Cevapların Dağılımı

27897 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” hükümleri	Hiçbir zaman		Çok Nadir		Ara sıra		Çoğu zaman		Her zaman		Ortalama
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	μ
Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması					2	1.4	57	40,7	81	57,9	4,58
Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması							41	29,3	99	70,7	4,72
Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması			3	2,1	11	7,9	51	36,4	75	53,6	4,45
İlaç güvenliğinin sağlanması					3	2,1	37	26,4	100	71,5	4,71
Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması					2	1,4	33	23,6	105	75	4,71
Cerrahi güvenliğin sağlanması							44	31,4	96	68,6	4,7

Hasta düşmelerinin önlenmesi					3	2.1	47	33,6	90	64,3	4,63
Radyasyon güvenliğinin sağlanması	3	2.1	4	2,9	8	5,7	42	30	83	59,3	4,46
Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması	3	2.1	3	2,1	9	6,4	39	27,9	85	60,7	4,49
Yüksek riskli hastaların belirlenmesi			3	2.1	4	2,9	42	30	91	65	4,62
Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi			3	2,1	8	5.8	45	32,1	84	60	4,52

4.2. Demografik değişkenler bağlamında güvenlik tutum ölçeği açısından farklılıkların karşılaştırması

Tablo 4.16 incelendiğinde; katılımcıların cinsiyet değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$)

Tablo 4.16: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Farklılık Analizleri

Cinsiyet değişkeni		n	Ortalama	S.S.	t	p.
Ekip İş birliği	Kadın	69	3,68	0,52	0,021	0,983
	Erkek	71	3,68	0,64	0,021	0,983
İş Memnuniyeti	Kadın	69	4,19	0,79	-0,786	0,433
	Erkek	71	4,30	0,80	-0,786	0,433
Yönetimle İlgili Düşünce	Kadın	69	4,07	0,87	0,374	0,709
	Erkek	71	4,01	0,88	0,374	0,709
Güvenli Ortam	Kadın	69	3,63	0,44	-0,445	0,657
	Erkek	71	3,67	0,56	-0,447	0,656
Çalışma Koşulları	Kadın	69	4,13	0,92	-0,547	0,585
	Erkek	71	4,22	0,96	-0,548	0,585
Stres Düzeyi	Kadın	69	2,75	0,48	-0,666	0,506
	Erkek	71	2,81	0,44	-0,665	0,507

Tablo 4.17 incelendiğinde; katılımcıların medeni durum değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.17: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Medeni Durum		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Bekar	73	3,70	0,57	0,573	0,567
	Evli	67	3,65	0,61	0,572	0,568
İş Memnuniyeti	Bekar	73	4,25	0,80	-0,020	0,984
	Evli	67	4,25	0,81	-0,020	0,984
Yönetimle İlgili Düşünce	Bekar	73	4,08	0,88	0,610	0,543
	Evli	67	3,99	0,87	0,610	0,543
Güvenli ortam	Bekar	73	3,70	0,42	1,277	0,204
	Evli	67	3,59	0,58	1,261	0,210
Çalışma Koşulları	Bekar	73	4,11	0,97	-0,858	0,392
	Evli	67	4,25	0,91	-0,860	0,391
Stres Düzeyi	Bekar	73	2,76	0,50	-0,402	0,688
	Evli	67	2,80	0,42	-0,405	0,686

Katılımcıların çocuğunun olup olmaması değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Çocuğunun Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Çocuk durumu		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Evet	58	3,63	0,61	0,08116	0,434
	Hayır	82	3,71	0,57	0,0633	0,427
İş Memnuniyeti	Evet	58	4,28	0,81	0,10649	0,719
	Hayır	82	4,23	0,80	0,08852	0,719
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	58	4,06	0,84	0,11124	0,809
	Hayır	82	4,02	0,90	0,09957	0,811
Güvenli Ortam	Evet	58	3,60	0,61	0,08047	0,384
	Hayır	82	3,68	0,42	0,04675	0,354
Çalışma Koşulları	Evet	58	4,24	0,93	0,12251	0,533
	Hayır	82	4,14	0,95	0,10565	0,535
Stres Düzeyi	Evet	58	2,77	0,43	0,05756	0,895
	Hayır	82	2,78	0,48	0,05406	0,897

Katılımcıların çalışma saatleri değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “ekip iş birliği” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=138$; $p<0,05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Çalışma Saatleri Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Genel Çalışma Saatleriniz		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip iş birliği	Gündüz	49	3,83	0,59	-2,227	0,028
	Gece	91	3,60	0,57	-2,248	0,026
İş Memnuniyeti	Gündüz	49	4,28	0,69	-0,386	0,700
	Gece	91	4,23	0,86	-0,362	0,718
Yönetimle İlgili Düşünce	Gündüz	49	4,05	0,68	-0,096	0,924
	Gece	91	4,03	0,96	-0,087	0,931
Güvenli Ortam	Gündüz	49	3,72	0,53	-1,261	0,211
	Gece	91	3,61	0,49	-1,292	0,198
Çalışma Koşulları	Gündüz	49	4,11	0,89	0,657	0,513
	Gece	91	4,21	0,97	0,641	0,523
Stres Düzeyi	Gündüz	49	2,76	0,50	0,336	0,738
	Gece	91	2,79	0,44	0,348	0,728

Tablo 4.20 incelendiğinde; katılımcıların ameliyathanede kendi isteğiyle çalışıp çalışmaması değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “ekip iş birliği” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=137$; $p<0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.20: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Ameliyathanede Kendi İsteğiyle Çalışıp Çalışmaması Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Ameliyathanede çalışmak kendi isteğiniz miydi		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Evet	127	3,72	0,56	-2,043	0,062
	Hayır	12	3,34	0,62	-2,215	0,028
İş Memnuniyeti	Evet	127	4,30	0,77	-1,693	0,115
	Hayır	12	3,83	0,92	-1,957	0,052
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	127	4,06	0,87	-0,591	0,565
	Hayır	12	3,90	0,93	-0,627	0,532
Güvenli Ortam	Evet	127	3,68	0,49	-1,535	0,146
	Hayır	12	3,50	0,38	-1,240	0,217
Çalışma Koşulları	Evet	127	4,22	0,92	-0,865	0,403
	Hayır	12	3,95	1,01	-0,933	0,352
Stres Düzeyi	Evet	127	2,79	0,45	0,568	0,578
	Hayır	12	2,84	0,29	0,398	0,692

Tablo 4.21 incelendiğinde; katılımcıların yeterince dinlenip dinlenemedikleri değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “iş memnuniyeti ($t=136$; $p<0,05$)”, “Yönetimle İlgili Düşünce ($t=136$; $p<0,05$)” ve “Güvenli Ortam ($t=136$; $p<0,05$)” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.21: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Yeterince Dinlenip Dinlenemedikleri Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Çalışma saatleriniz dışında yeterince dinlenebildiğinizi düşünüyor musunuz		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Evet	55	3,78	0,54	-1,790	0,076
	Hayır	83	3,60	0,61	-1,748	0,083
İş Memnuniyeti	Evet	55	4,56	0,47	-4,637	0,000
	Hayır	83	4,02	0,90	-4,124	0,000
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	55	4,30	0,58	-3,316	0,001
	Hayır	83	3,85	0,98	-3,008	0,003
Güvenli Ortam	Evet	55	3,77	0,39	-2,555	0,012
	Hayır	83	3,56	0,56	-2,380	0,019
Çalışma Koşulları	Evet	55	4,28	0,83	-1,093	0,276
	Hayır	83	4,10	1,02	-1,049	0,296
Stres Düzeyi	Evet	55	2,84	0,49	-1,224	0,224
	Hayır	83	2,74	0,45	-1,243	0,216

Tablo 4.22 incelendiğinde; katılımcıların oryantasyon programı yapıp yapılmadığı değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “iş memnuniyeti (t=134; p<0,05)”, “Yönetimle İlgili Düşünce (t=134; p<0,05)” ve “Güvenli Ortam (t=134; p<0,05)” boyutlarında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir.

Tablo 4.22: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Oryantasyon Programı Yapılıp Yapılmadığı Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Oryantasyon programı yapılıyor mu?		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Evet	102	3,73	0,60	-1,306	0,196
	Hayır	34	3,58	0,54	-1,247	0,215
İş Memnuniyeti	Evet	102	4,33	0,74	-1,926	0,060
	Hayır	34	3,99	0,92	-2,144	0,034
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	102	4,17	0,77	-2,287	0,027
	Hayır	34	3,71	1,06	-2,671	0,009
Güvenli Ortam	Evet	102	3,72	0,45	-2,333	0,024
	Hayır	34	3,45	0,63	-2,753	0,007
Çalışma Koşulları	Evet	102	4,21	0,93	-0,634	0,529
	Hayır	34	4,08	0,98	-0,650	0,517
Stres Düzeyi	Evet	102	2,78	0,45	0,301	0,765
	Hayır	34	2,81	0,51	0,321	0,749

Tablo 4.23 incelendiğinde; katılımcıların düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapıp yapılmadığı değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “iş memnuniyeti (t=137; p<0,05)”, “Yönetimle İlgili Düşünce (t=137;

$p<0,05$)” ve “Güvenli Ortam ($t=137$; $p<0,05$)” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.23: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Düzenli Olarak Hizmet İçi Eğitim Programları Yapılıp Yapılmadığı Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapıyor mu?		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Evet	89	3,75	0,54	-1,823	0,072
	Hayır	50	3,56	0,64	-1,908	0,058
İş Memnuniyeti	Evet	89	4,38	0,66	-2,366	0,021
	Hayır	50	4,02	0,96	-2,621	0,010
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	89	4,23	0,64	-2,973	0,004
	Hayır	50	3,72	1,10	-3,416	0,001
Güvenli Ortam	Evet	89	3,74	0,42	-2,470	0,016
	Hayır	50	3,50	0,61	-2,735	0,007
Çalışma Koşulları	Evet	89	4,29	0,83	-1,578	0,118
	Hayır	50	4,01	1,09	-1,705	0,091
Stres Düzeyi	Evet	89	2,78	0,44	0,043	0,966
	Hayır	50	2,78	0,50	0,045	0,965

Tablo 4.24 incelendiğinde; katılımcıların hizmet içi eğitim programlarında katılımcıların gereksinimlerini dikkate alma değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “Ekip İş birliği ($t=113$; $p<0,05$)”, “iş memnuniyeti ($t=113$; $p<0,05$)”, “Yönetimle İlgili Düşünce ($t=113$; $p<0,05$)” ve “Güvenli Ortam ($t=113$; $p<0,05$)” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.24: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Hizmet İçi Eğitim Programlarında Katılımcıların Gereksinimlerini Dikkate Alma Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde katılımcıların gereksinimleri dikkate alınıyor mu?		n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Evet	81	3,77	0,57	-2,837	0,006
	Hayır	34	3,45	0,54	-2,781	0,006
İş Memnuniyeti	Evet	81	4,44	0,64	-2,294	0,027
	Hayır	34	4,00	1,01	-2,734	0,007
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	81	4,29	0,61	-2,459	0,018
	Hayır	34	3,80	1,00	-3,061	0,003
Güvenli Ortam	Evet	81	3,74	0,40	-2,173	0,035
	Hayır	34	3,51	0,57	-2,482	0,015
Çalışma Koşulları	Evet	81	4,30	0,80	-1,556	0,127
	Hayır	34	3,95	1,18	-1,816	0,072

Stres Düzeyi	Evet	81	2,79	0,44	0,132	0,895
	Hayır	34	2,80	0,46	0,134	0,893

Tablo 4.25 incelendiğinde; katılımcıların ameliyathanede jeneratör varlığı değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.25: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Ameliyathanede Jeneratör Varlığı Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Ameliyathanede jeneratör var mı?		N	Ortalama	S.S	t	P
Ekip İş birliği	Evet	135	3,7	0,57	-0,854	0,482
	Hayır	3	3,22	0,97	-1,414	0,160
İş Memnuniyeti	Evet	135	4,26	0,78	-0,268	0,813
	Hayır	3	4,00	1,73	-0,573	0,567
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	135	4,06	0,84	-0,654	0,580
	Hayır	3	3,33	1,94	-1,439	0,153
Güvenli Ortam	Evet	135	3,67	0,48	-0,537	0,644
	Hayır	3	3,43	0,76	-0,833	0,406
Çalışma Koşulları	Evet	135	4,21	0,89	-0,567	0,627
	Hayır	3	3,5	2,17	-1,316	0,190
Stres Düzeyi	Evet	135	2,79	0,45	-0,230	0,838
	Hayır	3	2,75	0,32	-0,170	0,866

Tablo 4.26 incelendiğinde; katılımcıların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılıp katılmama değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “Güvenli Ortam ($t = 137$; $p < 0,05$)” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.26: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Programına Katılma Durumu Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumu	n	Ortalama	S.S.	t	P
Ekip İş birliği	Evet	101	3,72	0,05419	0,149
	Hayır	38	3,54	0,11192	0,106
İş Memnuniyeti	Evet	101	4,31	0,07118	0,206
	Hayır	38	4,08	0,16226	0,139
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	101	4,1	0,07575	0,21
	Hayır	38	3,85	0,18243	0,134
Güvenli Ortam	Evet	101	3,7	0,04233	0,065
	Hayır	38	3,48	0,1068	0,024
Çalışma Koşulları	Evet	101	4,21	0,08424	0,524

Stres Düzeyi	Hayır	38	4,	0,19095	0,459
	Evet	101	2,79	0,04453	0,86
	Hayır	38	2,77	0,08503	0,849

Tablo 4.27 incelendiğinde; katılımcıların bir ameliyathanede derlenme ünitesi olup olmamasına göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.27: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Bir Ameliyathanede Derlenme Ünitesi Olup Olmamasına Göre Farklılık Analizleri

Ameliyathanede derlenme ünitesi var mı?		n	Ortalama	S.S.	T	p
Ekip İş birliği	Var	134	3,68	0,58	-0,221	0,844
	Yok	3	3,63	0,44	-0,171	0,864
İş Memnuniyeti	Var	134	4,28	0,79	-2,056	0,169
	Yok	3	3,44	0,69	-1,791	0,076
Yönetimle İlgili Düşünce	Var	134	4,07	0,85	-0,793	0,51
	Yok	3	3,33	1,6	-1,444	0,151
Güvenli Ortam	Var	134	3,67	0,48	-2,137	0,154
	Yok	3	3,26	0,32	-1,449	0,15
Çalışma Koşulları	Var	134	4,19	0,93	-0,051	0,964
	Yok	3	4,16	1,04	-0,057	0,955
Stres Düzeyi	Var	134	2,8	0,44	-0,041	0,971
	Yok	3	2,79	0,43	-0,04	0,968

Tablo 4.28 incelendiğinde; ameliyat odalarının kapılarının elektronik olup olmaması değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.28: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Ameliyat Odalarının Kapılarının Elektronik Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Ameliyat odalarının kapıları elektronik mi?		N	Ortalama	S.S.	T	p
Ekip İş birliği	Evet	133	3,67	0,59	1,149	0,288
	Hayır	7	3,88	0,47	0,941	0,349
İş Memnuniyeti	Evet	133	4,23	0,8	1,576	0,158
	Hayır	7	4,61	0,62	1,241	0,217
Yönetimle İlgili Düşünce	Evet	133	4,02	0,87	1,292	0,239
	Hayır	7	4,42	0,8	1,192	0,235
Güvenli Ortam	Evet	133	3,64	0,5	0,855	0,423
	Hayır	7	3,84	0,6	1,011	0,314
Çalışma Koşulları	Evet	133	4,15	0,95	1,647	0,143
	Hayır	7	4,64	0,74	1,327	0,187

Stres Düzeyi	Evet	133	2,76	0,46	1,729	0,131
	Hayır	7	3,1	0,51	1,898	0,060

Tablo 4.29 incelendiğinde; katılımcıların pozisyonu değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “ekip iş birliği ($F=2,423$; $p<0,05$)”, “Güvenli Ortam ($F=2,170$; $p<0,05$)” ve “Çalışma Koşulları ($F=1,952$; $p<0,05$)” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde çalışanların pozisyonu değişkenine göre ilgili boyutlardaki farklılığın rastlantısal yani tesadüfi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.29: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Pozisyonu Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Pozisyonun		Ortalama Kare	F	p
Ekip İş birliği	Gruplar arası	0,769	2,423	0,011
	Gruplar içi	0,317		
İş Memnuniyeti	Gruplar arası	0,883	1,410	0,183
	Gruplar içi	0,626		
Yönetimle İlgili Düşünce	Gruplar arası	0,841	1,102	0,366
	Gruplar içi	0,763		
Güvenli Ortam	Gruplar arası	0,520	2,170	0,024
	Gruplar içi	0,240		
Çalışma Koşulları	Gruplar arası	1,631	1,952	0,044
	Gruplar içi	0,836		
Stres Düzeyi	Gruplar arası	0,159	0,711	0,713
	Gruplar içi	0,223		

Tablo 4.30 incelendiğinde; katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “çalışma koşulları ($F=2,813$; $p<0,05$)”, eğitim değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yapılan ileri analizde “çalışma koşulları” boyutundaki farklılığın Doktora, Tıpta Uzmanlık ve Sağlık Meslek Lisesi” mezunları lehine olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.30: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Eğitim Durumu		Ortalama Kare	F	p
Ekip İş birliği	Gruplar arası	0,223	0,627	0,708
	Gruplar içi	0,355		
İş Memnuniyeti	Gruplar arası	1,123	1,802	0,103
	Gruplar içi	0,623		
Yönetimle İlgili Düşünce	Gruplar arası	1,369	1,846	0,095
	Gruplar içi	0,741		
Güvenli Ortam	Gruplar arası	0,370	1,449	0,201
	Gruplar içi	0,255		
Çalışma Koşulları	Gruplar arası	2,329	2,813	0,013
	Gruplar içi	0,828		
Stres Düzeyi	Gruplar arası	0,440	2,111	0,056
	Gruplar içi	0,208		

Tablo 4.31 incelendiğinde; ameliyat oda ısısı derecesi değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.31: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Ameliyat Oda Isısı Derecesi Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Ameliyat oda ısısı derecesi nedir?		Ortalama Kare	F	p
Ekip İş birliği	Gruplar arası	0,053	0,155	0,857
	Gruplar içi	0,343		
İş Memnuniyeti	Gruplar arası	1,333	2,108	0,125
	Gruplar içi	0,632		
Yönetimle İlgili Düşünce	Gruplar arası	2,101	2,802	0,064
	Gruplar içi	0,750		
Güvenli Ortam	Gruplar arası	0,446	1,936	0,148
	Gruplar içi	0,230		
Çalışma Koşulları	Gruplar arası	1,724	2,020	0,137
	Gruplar içi	0,853		
Stres Düzeyi	Gruplar arası	0,361	1,826	0,165
	Gruplar içi	0,198		

Tablo 4.32 incelendiğinde; ameliyat oda nemi derecesi değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.32: Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutlarının Ameliyat Oda Nemi Derecesi Değişkenine Göre Farklılık Analizleri

Ameliyat oda nemi ortalama değeri kaçtır?		Ortalama Kare	F	p
Ekip İş birliği	Gruplar arası	0,314	1,034	0,359
	Gruplar içi	0,304		
İş Memnuniyeti	Gruplar arası	0,392	0,683	0,507
	Gruplar içi	0,574		
Yönetimle İlgili Düşünce	Gruplar arası	0,490	0,687	0,505
	Gruplar içi	0,714		
Güvenli Ortam	Gruplar arası	0,383	2,054	0,132
	Gruplar içi	0,186		
Çalışma Koşulları	Gruplar arası	0,897	1,153	0,319
	Gruplar içi	0,778		
Stres Düzeyi	Gruplar arası	0,321	1,654	0,195
	Gruplar içi	0,194		

4.3. İlişki (Korelasyon) Analizleri

Tablo 4.33 incelendiğinde; korelasyon analizi sonucu hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “ekip iş birliği ($r=0,107$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,141$)”, “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,097$)”, “güvenli ortam ($r=0,219$), yargıları arasında doğrusal, pozitif yönde çok düşük bir ilişki, “çalışma koşulları ($r=0,040$)”, “stres düzeyi ($r=0,915$)” boyutları ile yine pozitif yönde bir ilişki söz konusudur.

Tablo 4.33: Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulanması ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması		HG29						
Ekip iş birliği	r	0,107	1					
	p	0,212						
İş memnuniyeti	r	0,141	0,480	1				
	p	0,097	0,001					
Yönetim hakkında düşünce	r	0,097	0,397	0,765	1			
	p	0,254	0,001	0,001				
Güvenli ortam	r	0,219	0,743	0,614	0,558	1		
	p	0,010	0,001	0,001	0,001			
Çalışma koşulları	r	0,040	0,404	0,654	0,632	0,504	1	
	p	0,640	0,001	0,001	0,001	0,001		
Stres düzeyi	r	0,009	0,158	0,277	0,257	0,254	0,277	1
	p	0,915	0,061	0,001	0,002	0,002	0,001	

Tablo 4.34 incelendiğinde; korelasyon analizi sonucu ilaç güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “iş memnuniyeti ($r=0,150$)”, “güvenli ortam ($r=0,231$)”, “çalışma koşulları ($r=0,118$)”, ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,210$)”, boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde çok düşük bir ilişki, “ekip iş birliği ($r=0,095$)”, ve “stres düzeyi ($r=0,094$)” boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusudur.

Tablo 4.34: İlaç Güvenliğinin Sağlanması ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

İlaç güvenliğinin sağlanması		HG32						
Ekipişbirliği	r	0,095	1					
	p	0,265						
İş memnuniyeti	r	0,150	0,480	1				
	p	0,078	0,001					
Yönetim hakkındaki düşünce	r	0,210	0,397	0,765	1			
	p	0,013	0,001	0,001				
Güvenli ortam	r	0,231	0,743	0,614	0,558	1		
	p	0,006	0,001	0,001	0,001			
Çalışma koşulları	r	0,118	0,404	0,654	0,632	0,504	1	
	p	0,168	0,001	0,001	0,001	0,001		
Stres düzeyi	r	0,094	0,158	0,277	0,257	0,254	0,277	1
	p	0,272	0,061	0,001	0,002	0,002	0,001	

Tablo 4.35 incelendiğinde; korelasyon analizi sonucu Cerrahi güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “ekip iş birliği ($r=0,106$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,124$)”, “güvenli ortam ($r=0,209$)”, ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,189$)”, boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde zayıf bir ilişki, “çalışma koşulları ($r=0,013$)”, ve “stres düzeyi ($r=0,054$)” boyutları ile pozitif yönde bir ilişki söz konusudur.

Tablo 4.35: Cerrahi Güvenliğin Sağlanması ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

Cerrahi güvenliğin sağlanması		HG34						
Ekip iş birliği	r	0,106	1					
	p	0,215						
İş memnuniyeti	r	0,124	0,480	1				
	p	0,146	0,001					
Yönetim hakkında düşünce	r	0,189*	0,397	0,765	1			
	p	0,027	0,001	0,001				
Güvenli ortam	r	0,209	0,743	0,614	0,558	1		
	p	0,014	0,001	0,001	0,001			
Çalışma koşulları	r	0,013	0,404	0,654	0,632	0,504	1	
	p	0,883	0,001	0,001	0,001	0,001		
Stres düzeyi	r	0,054	0,158	0,277	0,257	0,254	0,277	1
	p	0,532	0,061	0,001	0,002	0,002	0,001	

Tablo 4.36 incelendiğinde; korelasyon analizi sonucu Hasta düşmelerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “güvenli ortam ($r=0,331$)” boyutuyla %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde çok orta düzeyde bir ilişki, “ekip iş birliği ($r=0,240$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,210$)” ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,284$)”, “çalışma koşulları ($r=0,117$)” ve “stres düzeyi ($r=0,159$)” boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde bir ilişki söz konusudur.

Tablo 4.36: Hasta Düşmelerinin Önlenmesi ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

Hasta düşmelerinin önlenmesi		HG35						
Ekip iş birliği	r	0,240	1					
	p	0,004						
İş memnuniyeti	r	0,210	0,480	1				
	p	0,013	0,001					
Yönetim hakkında düşünce	r	0,284	0,397	0,765	1			
	p	0,001	0,001	0,001				
Güvenli ortam	r	0,331	0,743	0,614	0,558	1		
	p	0,001	0,001	0,001	0,001			
Çalışma koşulları	r	0,117	0,404	0,654	0,632	0,504	1	
	p	0,170	0,001	0,001	0,001	0,001		
Stres düzeyi	r	0,159	0,158	0,277	0,257	0,254	0,277	1
	p	0,061	0,061	0,001	0,002	0,002	0,001	

Tablo 4.37 incelendiğinde; korelasyon analizi sonucu Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “güvenli ortam ($r=0,443$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,397$)”, ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,409$)” ve “çalışma koşulları ($r=0,310$)” boyutlarıyla %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, “ekip iş birliği ($r=0,230$)” ve “stres düzeyi ($r=0,104$)” boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde zayıf bir ilişki söz konusudur.

Tablo 4.37: Engelli Hastalara Yönelik Düzenlemelerin Yapılması ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması		HG37						
Ekip iş birliği	r	0,230	1					
	p	0,007						
İş memnuniyeti	r	0,397	0,480	1				
	p	0,001	0,001					
Yönetim hakkında düşünce	r	0,409	0,397	0,765	1			
	p	0,001	0,001	0,001				
Güvenli ortam	r	0,443	0,743	0,614	0,558	1		
	p	0,001	0,001	0,001	0,001			
Çalışma koşulları	r	0,310	0,404**	0,654	0,632	0,504	1	
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		
Stres Düzeyi	r	0,104	0,158	0,277	0,257	0,254	0,277	1
	p	0,225	0,061	0,001	0,002	0,002	0,001	

Tablo 4.38 incelendiğinde; korelasyon analizi sonucu Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “ekip iş birliği ($r=0,421$)”; “iş memnuniyeti ($r=0,475$)”, “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,526$)”, “güvenli ortam ($r=0,518$)”, “çalışma koşulları ($r=0,355$)” yargıları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki, “stres düzeyi ($r=0,203$)” boyutu ile yine pozitif yönde zayıf bir ilişki söz konusudur.

Tablo 4.38: Enfeksiyona Bağlı Sağlık Bakım Risklerinin Önlenmesi ile Güvenlik Tutum Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi		HG39						
Ekip iş birliği	r	0,421	1					
	p	0,001						
İş memnuniyeti	r	0,475	0,480	1				
	p	0,001	0,001					
Yönetim hakkında düşünce	r	0,526	0,397	0,765	1			
	p	0,001	0,001	0,001				
Güvenli ortam	r	0,518	0,743	0,614	0,558	1		
	p	0,001	0,001	0,001	0,001			
Çalışma koşulları	r	0,355	0,404	0,654	0,632	0,504	1	
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		
Stres düzeyi	r	0,203*	0,158	0,277	0,257	0,254	0,277	1
	p	0,017	0,061	0,001	0,002	0,002	0,001	

4.4. Etki (Regresyon) Analizleri

Tablo 4.39 incelendiğinde; güvenlik tutum ölçeği yargı cümlelerinin enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi üzerine etkisi çoklu regresyon (etki) analiziyle incelenmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda $p < 0,05$ anlamlılık seviyesinde Güvenlik tutum ölçeği yargı cümlelerinin enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesinde 0,786 (%78,6) oranında, doğrusal ve pozitif yönde güçlü bir şekilde etkide bulunduğu tespit edilmiştir ($R = 0,786$; $R^2 = 0,618$; düzeltilmiş $R^2 = 0,344$; $F = 2,259$; $p < 0,05$).

Tablo 4.39: Güvenlik Tutum Ölçeği Yargı Cümlelerinin Enfeksiyona Bağlı Sağlık Bakım Risklerinin Önlenmesi Üzerine Etki Analizi

Model	R	R^2	Adjusted R^2	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,786 ^a	0,618	0,344	0,514	0,618	2,259	43	60	0,002	2,090

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların %51'inin 20-30 yaş aralığında, %50,7'sinin erkek, %52,1'inin bekar, %37,1'inin ön lisans mezunu, %58,6'sının çocuğunun olmadığı; %42'sinin 0-5 yıl arası mesleki tecrübeye sahip ve %23,6'sının ameliyathane hemşiresi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çalışma şekillerine ve uzmanlık alanlarına bakıldığında; %65'inin gece- gündüz ve nöbet mesaisinde çalıştığı, %97,9'unun ek mesai ile çalıştığı, %44,2'sinin 5 yıl ve altında deneyime sahip, %90,7'sinin kendi isteği ameliyathanede çalıştığı, %90'ının dinlenemediği saptanmıştır. Yılmaz vd. (2017)'nin yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %51,3'ü erkek, %8,2'si hekim ve %50,2'si hemşire meslek gruplarına mensuplardır. Barsbay vd. (2018) tarafından yapılan çalışmada ise bu katılım oranları %25,6'sı erkek, %44,2'si hekim ve %55,8'i hemşiredir.

Önler (2010)'in çalışmasında çalışanların cinsiyetleri açısından güvenlik tutumlarının puan ortalamaları karşılaştırılmış ve kadınların güvenlik tutumlarının puan ortalamasının erkeklerin ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bizim çalışmamızda katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çocuğunun olup olmaması değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kesintisiz hizmet veren kuruluşlardaki çalışanlar, farklı nöbet saatlerinde çalışmak durumundadırlar. Bu çalışma şekli, çalışanların çalışma şartlarını ve iş yüklerini etkileyerek, hasta ve/veya kendi güvenliklerini de tehlikeli bir duruma sokmalarına zemin hazırlamaktadır (Aiken vd., 2002). Gladstone (1995)'un çalışmasında, bir yıl boyunca izlenen kazaların (79 kaza) genellikle 14 ile 22 saatleri arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sarıcaoğlu vd. (2005) yaptıkları çalışmada gece çalışan asistanların hata yapmaya daha yatkın oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Sur vd. (2007) yaptıkları çalışmada, sürekli gündüz çalışanların iş doyumlarının, gündüz ve gece çalışanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Sezgin (2007)'in yaptığı

çalışmada gündüz vardiyasındaki çalışanların iş doyum puan ortalamalarının, gece vardiyasındaki çalışanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Teleş (2011)'in çalışmasında haftalık çalışma saati 60 saatin üzerinde olan çalışanların negatif algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dağdelen (2014)'in yapmış olduğu çalışmada ekip çalışmasına yönelik tutumlarda, 63 haftalık çalışma saatleri 50 saatin üzerinde olan çalışanların, haftalık çalışma saati 40-49 saat arasında olanlara göre daha olumsuz düşüncelere sahip oldukları bulgusuna ulaşılmıştır. Raftopoulos vd. tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada ekip çalışması boyutundaki ifadeleri desteklemeye yönelik ifadeler verilen yanıtlarda çalışma yılı daha az olan ebelerin ($55,37 \pm 18,58$) algılarının, çalışma yılı daha çok olan ebelerin ($64,24 \pm 20,09$) algılarına göre daha olumsuz yönlü olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda katılımcıların çalışma saatleri değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “ekip iş birliği” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) ve farklılığın gündüz mesaisi olanlar lehine, gece mesaisi çalışanları aleyhine olduğu tespit edilmiştir.

Uzun süre kapalı ortamlarda çalışma, çok sık tutulan ve yoğun geçen nöbetler, uykusuzluk, yorgunluk ve yüksek sorumluluk çalışanlarda belirgin bir huzursuzluğa, iş doyumunun azalmasına ve depresyona neden olabilmekte, hastaların ve çalışanların güvenliği açısından risk oluşturabilmektedir (Aiken vd. 2002). Önler (2010)'in çalışmasında kendi isteğiyle ameliyathanede çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları; kendi isteği dışında çalışanların puan ortalamalarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bizim çalışmamızda katılımcıların ameliyathanede kendi isteğiyle çalışıp çalışmaması değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “ekip iş birliği” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) ve farklılığın evet yani ameliyathanede kendi isteğiyle çalışanlar lehine olduğu tespit edilmiştir.

ABD’de 393 hemşireyle yapılan bir araştırma sonucunda; 12 saatin üstünde nöbet tutan ve haftalık çalışma süresi 40 saatten fazla olan hemşirelerin hata yapma ihtimallerinin arttığı saptanmıştır (Rogers vd., 2004). Arda vd. (2007) nöbet sayısının

fazla oluşu, yorgunluk gibi sebeplerin de iletişim sürecini, bununla ilişkili olarak hastaların güvenliğinin olumsuz etkilenebildiği belirtilmiştir. Özmen ve Başol (2010) yaptıkları çalışmada; haftalık çalışma saatinin hasta güvenliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulmamışlardır. Fakat Filiz (2009) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının uzun süre çalışmaları nedeniyle oluşan yorgunluğun ve stresin en önemli tıbbi hatanın nedeni olduğunu belirtmiştir. Aştı ve Kıvanç (2003)’ın hemşirelerin hata yapma sebeplerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada hemşirelerin %23,3’ü çalışma saati sürelerinin fazla olması, %16’sı hemşire sayısının az olmasını yorgunluğa neden olarak gösterdikleri ve hemşirelerin %20’sinin çalışma süreleri içinde ilaç hataları yaptıklarını saptamışlardır. Sezgin (2007)’in çalışmasında ilaç uygulama hatalarında en sık rastlanan nedenlerin dalgınlık ve dikkat dağınıklığı ifadesinin ikinci sırada olduğu saptanmıştır. Önler (2010) yaptığı çalışmada; çalışmaya dahil edilen katılımcıların %75,2’sinin çalışma saatleri dışında yeterli bir şekilde dinlenemediği, yeterli dinlenememe sebebi olarak, %30,9’u iş ile ilgili sorumlulukları, %14,6’sı özel hayatlarıyla ilgili sorumlulukları gösterdiği, katılımcıların dinlenme durumlarının güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; benzer çalışmaların aksine yeterli dinlenen ve dinlenemeyen gruplar arasında güvenlik tutumları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bizim çalışmamızda katılımcıların yeterince dinlenip dinlenemedikleri değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “iş memnuniyeti ($p<0,05$)”, “Yönetimle İlgili Düşünce ($p<0,05$)” ve “Güvenli Ortam ($p<0,05$)” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farklılığın her üç boyut açısından da evet diyenler yani çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebildiğini düşünen çalışanlar lehine olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların oryantasyon programı yapıp yapılmadığı değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “iş memnuniyeti ($t=134$; $p<0,05$)”, “Yönetimle İlgili Düşünce ($t=134$; $p<0,05$)” ve “Güvenli Ortam ($t=134$; $p<0,05$)” boyutlarında istatistiksel olarak fark olduğu ve farklılığın her üç boyut açısından da evet diyenler yani kurum içi oryantasyon programı yapıldığı düşüncesinde olan çalışanlar lehine olduğu tespit edilmiştir.

Yüksek teknoloji araç ve gereçlerin kullanıldığı ameliyathanelerin, yeni bilgiler ışığında çeşitli ameliyat teknikleri uygulanan, ekip çalışmasının ve doğru kararların hızlı alınmasının çok önemli olduğu bir alandır. Böylesine karmaşık, özel bilgi ve yetenek gerektiren bir alanda çalışmaya başlamak, hemşirelerin uyumunu gerektirir (Kanan vd. 2000). Oryantasyon eğitimi, özellikle karmaşık bir yapıya sahip olan, kullanılan araçların teknik açıdan bilgi ve beceriye sahip olunmasını gerektiren alanlarda çalışanlara uyum sağlaması açısından çok önemlidir (Göçmen, 2004). Ülkemizdeyse özellikle ameliyathanede çalışan hemşirelerin oryantasyon eğitimi için yürütülen programlar, genellikle sistematik bir şekilde hazırlanmamakta, çalışmaya yeni başlamış hemşirelerin çoğu zaman tecrübeli bir ameliyathane hemşiresinin denetiminde usta-çırak ilişkisi şeklinde yürütüldüğü bilinmektedir. Oysa olması gereken; ameliyathanede çalışacak hemşirelerin büyük ameliyatlara girebilecek düzeyde eğitilmesi için, sistematik ve etkili bir oryantasyon programından geçmesi elzemdir (Göçmen, 2004). Önler (2010)'ın yaptığı çalışmada yeni işe başlayan çalışanların %57,2'sinin oryantasyon eğitimi programına katıldığı, bu çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; oryantasyon eğitimine katılan ve katılmayan grupların güvenlik tutumları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır ($p>0,05$). Aynı çalışmada çalışanların kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim alan çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamalarının, eğitime katılmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bizim çalışmamızda katılımcıların düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapıp yapılmadığı değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “iş memnuniyeti ($t=137$; $p<0,05$)”, “Yönetimle İlgili Düşünce ($t=137$; $p<0,05$)” ve “Güvenli Ortam ($t=137$; $p<0,05$)” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farklılığın her üç boyut açısından da evet diyenler yani kurum içi düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapıldığı düşüncesinde olan çalışanlar lehine olduğu tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların hizmet içi eğitim programlarında katılımcıların gereksinimlerini dikkate alma değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “Ekip İşbirliği ($t=113$; $p<0,05$)”, “iş memnuniyeti ($t=113$; $p<0,05$)”,

“Yönetimle İlgili Düşünce (t=113; p<0,05)” ve “Güvenli Ortam (t=113; p<0,05)” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farklılığın her dört boyut açısından da evet diyenler yani kurum içinde düzenli olarak hizmet içi eğitim programları kapsamında katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alındığı düşüncesinde olan çalışanlar lehine olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılıp katılmama değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “Güvenli Ortam (t =137; p<0,05)” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farklılığın evet diyenler yani hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılmış olan çalışanlar lehine olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların bir ameliyathanede derlenme ünitesi olup olmaması, kapılarının elektronik olup olmaması ve jeneratör varlığı değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Yılmaz ve ark. (2017)’nin çalışmalarında hemşirelerin iş doyumu boyutundaki algıları diğer meslek grubundaki çalışanlara göre daha olumsuz yönlü olarak bulunmuştur. Chaboyer vd. (2015)’nin ve Gabrani vd. (2015)’nin çalışmalarında da hemşirelerin algıları hekimlere göre daha olumsuz olarak tespit edilmiştir. Özcan vd. (2018)’nin çalışması da bu görüşleri destekler nitelikte olup; hemşirelerin (%47,5) bu ifadeyi destekleme oranları daha düşük oranlarda olmuştur. Calliari (1995) (Akt: Aştı ve Kıvanç, 2003) çalışmasında, hemşirelerin yaptıkları ilaç hatalarının genellikle ilk üç yıl içinde gerçekleştiğini saptamıştır. Önler (2010) yaptığı çalışmada çalışanların alanlarındaki tecrübe sürelerini güvenlik tutumları açısından karşılaştırmış ve grupların puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğunu saptamıştır (p<0,05). Bizim çalışmamızda katılımcıların pozisyonu değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “ekip iş birliği (F=2,423; p<0,05)”, “Güvenli Ortam (F=2,170; p<0,05)” ve “Çalışma Koşulları (F=1,92; p<0,05)” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Yapılan ileri analizlerde çalışanların pozisyonu değişkenine göre ilgili boyutlardaki farklılığın rastlantısal yani tesadüfi olduğu tespit edilmiştir.

Önler (2010) yaptığı çalışmada çalışanların eğitim durumlarıyla güvenlik tutumları puan ortalamalarını karşılaştırmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptamıştır ($p>0,05$). Bizim çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından “çalışma koşulları ($F=2,813$; $p<0,05$)”, eğitim değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Ameliyat oda ısısı derecesi, oda nemi derecesi değişkenine göre güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Literatür taramasında bizim çalışmamıza benzer korelasyon ve regresyon analizi yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır. Yapılan korelasyon analizleri sonucunda hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “ekip iş birliği ($r=0,107$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,141$)”, “güvenli ortam ($r=0,219$)”, yargıları arasında doğrusal, pozitif yönde bir ilişki, “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,097$)”, “çalışma koşulları ($r=0,040$)”, “stres düzeyi ($r=0,009$)” boyutları ile yine pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. İlaç güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “iş memnuniyeti ($r=0,150$)”, “güvenli ortam ($r=0,210$)”, “çalışma koşulları ($r=0,118$)”, ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,231$)”, boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde bir ilişki, “ekip iş birliği ($r=0,095$)”, ve “stres düzeyi ($r=0,094$)” boyutları ile yine pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Cerrahi güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “ekip iş birliği ($r=0,106$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,106$)”, “güvenli ortam ($r=0,124$)”, ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,231$)”, boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif bir ilişki, “çalışma koşulları ($r=0,013$)”, ve “stres düzeyi ($r=0,054$)” boyutları ile yine pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hasta düşmelerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “güvenli

ortam ($r=0,331$) boyutuyla %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde bir ilişki, “ekip iş birliği ($r=0,240$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,210$)”, ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,284$)”, “çalışma koşulları ($r=0,117$)” ve “stres düzeyi ($r=0,159$)” boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif bir ilişki saptanmıştır. Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “güvenli ortam ($r=0,443$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,397$)”, ve “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,409$)” ve “çalışma koşulları ($r=0,310$)” boyutlarıyla %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde bir ilişki, “ekip iş birliği ($r=0,230$)” ve “stres düzeyi ($r=0,104$)” boyutları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif bir ilişki saptanmıştır. Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutlarından “ekip iş birliği ($r=0,421$)”, “iş memnuniyeti ($r=0,475$)”, “Yönetim hakkında düşünceler ($r=0,526$)”, “güvenli ortam ($r=0,518$)”, “çalışma koşulları ($r=0,355$)” yargıları arasında %95 güvenilirlikte doğrusal, pozitif yönde bir ilişki, “stres düzeyi ($r=0,203$)” boyutu ile yine pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda $p<0,05$ anlamlılık seviyesinde Güvenlik tutum ölçeği yargı cümlelerinin enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesinde 0,786 (%78,6) oranında, doğrusal ve pozitif yönde güçlü bir şekilde etkiye bulunduğu saptanmıştır ($R= 0,786$; $R^2= 0,618$; düzeltilmiş $R^2 =0,344$; $F=2,259$; $p<0.05$).

Çalışmamızdaki hipotezlere yönelik sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Güvenlik tutum ölçeği boyutları bağlamında katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.
2. Güvenlik tutum ölçeği boyutları bağlamında katılımcıların medeni durumları bakımından göre farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.
3. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.
4. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Çalışma Saatlerine göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

5. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Ameliyathanede kendi isteği ile çalışıp çalışmadığı değişkenine göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
6. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların yeterince dinlenip dinlenemediğine göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
7. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcılar için oryantasyon programı yapılıp yapılmadığına göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
8. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Kurumlarında düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapılıp yapılmadığına göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
9. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların hizmet içi eğitim programlarında katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alınıp alınmadığına göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
10. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyathanede jeneratör olup olmadığına göre farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.
11. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılıp katılmadığına göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
12. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından bir ameliyathanede derlenme ünitesi olup olmadığına göre farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.
13. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyat odalarının kapıları elektronik olup olmadığına göre farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.
14. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından katılımcıların İş yerindeki pozisyonuna göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
15. Güvenlik tutum ölçeği boyutları bağlamında katılımcıların eğitim düzeyleri bakımından göre farklılık vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
16. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyat odası ısı değerine göre tutumlarda farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.
17. Güvenlik tutum ölçeği boyutları açısından ameliyat oda nemi ortalama değerine göre tutumlarda farklılık vardır” hipotezi ret edilmiştir.

18. “Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi ret edilmiştir.
19. “İlaç güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
20. “Cerrahi güvenliğinin sağlanması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
21. “Hasta düşmelerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
22. “Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
23. “Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi ile Güvenlik tutum ölçeği boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar ışığında; bu tez çalışmasının sonucunda hasta güvenliği açısından,

- Ameliyathane çalışanlarının çalışma sürelerinin düzenlenmesi,
- Bu bölümde çalışacak personelin gönüllülük esasına göre istihdam edilmesi,
- Kurum içinde oryantasyon eğitimlerinin yapılması ve periyodik eğitimlerin düzenlenmesi,
- İlaç güvenliğinin sağlanabilmesi için, benzer isimli, benzer görünümlü ilaçların düzenlenmesinin yapılması,
- Cerrahi güvenliğinin sağlanabilmesi için, aydınlatılmış onamın titizlikle alınmasının,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınarak, risk analizinin yapılmasının,
- Engelli hastalara yönelik fiziksel koşullarının düzenlenmesinin,
- Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınmasının önemi vurgulanmıştır.

KAYNAKLAR

Adams, J.L., Garber, S. (2007). Reducing Medical Malpractice by Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments. Journal of Empirical Legal Studies, 4: 185–222.

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

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2000). Reducing Errors in Health Care, <https://archive.ahrq.gov/qual/errors.htm>.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. The Journal of American Medical Association, 23-30; 288(16):19887-93.

Akalın E. (2004). Hastane Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?. ANKEM Dergisi, 18(2);12-13.

Akalın E. (2014). Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul.

Akalın HE. (2004). Medikasyon Hataları. ANKEM Dergisi, 18(2);10-11.

Akman, A. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurulularında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

Altındış, M. (2014). Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (32): 68-73.

Altındış, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1): 17-32.

Altındış, S., Devedakan, N. (2008). Sağlık Sektöründe Çalışan Güvenliği ve Enfeksiyonlara Maruziyet. II. Uluslararası Katılımlı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Sunum Özetleri, Ankara.

Altınok M. (2005). Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Çerçevesinde İşletmelerde Eğitim İhtiyaçları Tespiti ve Uygulamalı Bir Örnek [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Balıkesir.

Ameliyathane ve Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik, Ankara, 2012, http://megap.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduler_pdf.

AORN (2014). Perioperative Standards and Recommended Practices. Association of Perioperative Registered Nurses. <https://www.aorn.org/guidelines/about-aorn-guidelines>.

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.

Aslan, Ş. (2010). Örgütsel Ortamda Bireysel Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Araştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 67-84.

Aştı, T., Kıvanç, M.M. (2003). Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3):5-9.

Avcı, K, Aktan, T. (2015). Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2):48-54.

Aydın, A. (2008). Ameliyathanelerde Bulunan Anestezi Sonrası Bakım Ünitelerinin Mevcut Durumunun Değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Aydın, B. (2009). Hasta Güvenliği İçin Bilgi Paylaşımı. Hasta Güvenliği Dergisi, Sayı: 2.

Barsbay, S., Parıltı, N., Barsbay, M.Ç. (2018). Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. Journal of Current Researches on Health Sector, 8(2): 67-78.

Başkan, S. (2003). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Koşulları Nasıl Olmalı?. Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 7(4), 161-167.

Baykal, Ü., Şahin, N.H., Altuntaş, S. (2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 7 (1): 39-45.

Bayram, N.D. Thorburn, D, Demirhan H, Bilgel, N. (2007). Quality of Life among Turkish Immigrants in Sweden. Quality of Life Research, 16(8);1319–1333.

Bektaş, G. (2015). Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Konusunda Görüş ve Uygulamalarının Belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.

Bodur, S., Filiz, E. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1);12-14.

Bulun, M. (2007a). Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturmamız Gerekli, 2007, <https://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-dr-bulun-hasta-guvenligikulturu-olusturmamiz-gerekli-676-318-3764.html>. [Erişim Tarihi: 15.07.2021].

Bulun, M. (2007b). JCI 2007 Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri, Hasta Güvenliği Bülteni, Sayı 1, Ocak-Şubat 2007.

Bulun, M. (2008). Tıbbi Hatalar, Ölüm Nedenleri Arasında İlk Beşte, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-tibbi-hatalar-olum-nedenleriarasinda-ilk-beste-2-12-13893.html>. [Erişim Tarihi: 15.06.2021].

Bulun, M. (2012). Hastaneden Canlı Çıkmak, Sage Yayıncılık, Ankara.

Byers, J.F., White, S.V. (2004). Patient Safety: Principles and Practices. Patient Safety Issues, Springer Publishing Company, New York.

Canbolat, Ç. (2011). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Candaş, B., Gürsoy, A. (2015). Cerrahide Hasta Güvenliği: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1): 40-50.

Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Greal, B., Elderkin, T., Brittin, M., Thalib, L. (2013). Safety Culture in Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement. American Journal of Critical Care, 22(2), 93-102.

Civaner, M. (2015) Malpraktis Yerine Hizmet Kaynaklı Zarar. Türk Pediatri Arş. 46(1);6-11.

Classen, D.C., Pestotnik, S.L., Evans, R.S., Lloyd, J.F., Burke, J.P. (1997). Adverse Drug Events in Hospitalized Patients: Excess Length Of Stay, Extra Costs, and Attributable Mortality. AMA. 277(4): 301-306.

Çoban, S. (2004). Toplam Kalite Yönetimi Perspektifinde İçsel Pazarlama Anlayışı. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22;85-98.

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

Dağdelen, Ü.A. (2014). Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Dalbay, Ö. (2002) ISO-9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanesi'nde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Davies, J.M., Hebert, P., Hoffman, C. (2003). The Canadian Patient Safety Dictionary,

https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/patient_safety_dictionary_e.pdf. [Erişim Tarihi: 14.03.2021].

Deilkas, E.T., Hofoss, D. (2008). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). BMC Health Services Research, 8(191).

Dhankhar, P., Khan, M.M., Bagga, S. (2007). Effect of Medical Malpractice on Resource Use and Mortality of AMI Patients. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4: 163–183.

Ergun, Ö.İ. (2005) JCI Standartları ve Uluslararası Kalite. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, 15;30-32.

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

Eti Aslan, F., Kan Öntürk, Z. (2011). Güvenli Ameliyathane Ortamı; Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 133-140.

Evans, M.L., Martin, M.L., Winslow EH. (1998). Nursing Care and Patient Satisfaction. *American Journal of Nursing*, 98(12);57-59.

Filiz, E. (2009). Hastanede Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanlarıyla Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.

Fu, Y., Goodman, S., Chang, W.C., Van De Werf, F., Granger, C.B., Armstrong, P.W. (2010). Time to Treatment Influences the Impact of St-Segment Resolution on One-Year Prognosis: Insights From The Assessment of the Safety and Efficacy of a New Thrombolytic (ASSENT-2) trial. *Circulation*, 104(22);2653-9.

Gladstone, J. (1995). Drug Administration Errors: A Study Into The Factors Underlying The Occurrence and Reporting of Drug Errors In A District General Hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 628-637.

Göçmen, Z. (2004). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1): 12-24.

Gökmen, C. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayınları.

Gözlü, K. (2011) Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Graban, M. (2011). Yalın Hastane, Çev.: Şengözer P, İstanbul Optimist Yayınları.

Gül, İ. (2010). Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2010.

Gülen, K.G. (1997). Kalite Yönetiminde Çelişen Amaçlar. Yönetim. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, 26(8);17-20.

Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) (2017). Hata Sınıflandırma Sistemi Parametre Tabloları https://grs.saglik.gov.tr/BM/BM_HSSTab_IHSS.aspx.

Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS). Güvenlik Raporlama Sistemi'ne Hoş Geldiniz, <http://grs.saglik.gov.tr/>. [Erişim Tarihi: 18.06.2021].

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete, 27910, 19 Nisan 2011. Güncellenme Tarihi: 20.10.2016. [Erişim Tarihi: 18.06.2021].

Hughes, R.G. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency For Healthcare Research and Quality, AHRQ Publication, No.08-0043, Rockville.

Ilan, R., Fowler, R. (2005). Brief History Of Patient Safety Culture and Science. Journal of Critical Care, 20(1);2-5.

Institute of Medicine (IOM) (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press. <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>. [Erişim Tarihi: 11.03.2021].

İnanır, İ., Serbest, ř. (2009). Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı, s.9-10, 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Aydın.

Johns Hopkins University (JHU) (2016). Johns Hopkins Study Suggests Medical Errors are Third-Leading Cause of Death in U.S. <https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/> [Erişim Tarihi: 16.07.2021].

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

Karacaköylü, Ç. (2012). Nöroşirürji Ameliyathane Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimleri [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Karataş, M., Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 17(3);233-236.

Kavrakoğlu, İ. (1998). Kalite Güvencesi ve ISO 9000, KalDer Yayınları, İstanbul.

Kaya, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kaliteyi İyileştirme. Pelikan Yayınları, Ankara.

Kaya, S., Güven, G.S. (2005). Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara.

Kaymakçı, Ş.Ö. (2014). Ameliyathanede Hemşirenin Görevleri: Ekip Çalışması ve İletişim. 2. Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 6-9 Kasım 2014, 148-153.

Kayral, İ.H. (2015). Beklenen-Gerçekleşen-Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite, Detay Yayıncılık, Ankara.

Keskin, Y. (2008). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği s.231-264, Editör: Sur H, Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, 2008.

Kılıç, E. (2012). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Kırılmaz, H. (2009). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Cilt 2, Ankara.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. National Academies Press (US), 2000.

Komşuk, D. (2013). Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerde Uyku Sorunlarının Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi].

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Koraş, K. (2011). Cerrahi Hekimlerin Ameliyathanedeki Gergin Davranışlarının Hemşireler Üzerindeki Etkileri [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Korkmaz, A.Ç. (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 6(1);10-19.

Kowalczyk, L.R.I. (2007). Hospital for Errors in Surgery Boston Globe. http://www.boston.com/news/local/articles/2007/22/27/ri_raps_hospitals_for_errors_in_surgery. [Erişim Tarihi: 19.06.2021].

Kuş, M. (1999). Kalite Kavramı, Avrupa Birliği Kalite Politikası ve Türkiye'deki Kalite Faaliyetleri. T.C. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara.

Kutlu, D. (2007). Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.

Kwaan, M.R., Studdert, D.M., Zinner, M.J., Gawande, A.A. (2006). Incidence, Patterns and Prevention of Wrong-Site Surgery. Archives of Surgery. 141(4);357-58.

Lawton, R., Paker, D. (2002). Barriers to Incident Reporting in a Healthcare System. Quality and Safety in Health Care, 11(1);15-8.

Makary, AM., Daniel M. (2016). Medical Error-The Third Leading Cause of Death in the US, BMJ, 353: i2139.

Makary, M.A., Mukherjee, A., Sexton, J.B., Syin, D., Goodrich, E., Hartmann, E., Rowen, L., Behrens, D.C., Marohn, M., Pronovost, P.J. (2007). Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 204: 236-243.

Milli Eğitim Bakanlığı (2012). Ameliyathane ve Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.

http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ameliyathane%20Ve%20Ameliyathane%20Sonras%C4%B1%20Bak%C4%B1m.pdf.

Milligan, F., Dennis, S. (2005). Building a Safety Culture. *Nurs Stand.* 20(11);48-52.

Morris, A.H. (1993). Protocol Management of Adult Respiratory Distress Syndrome. *New Horizons*, 1(4);593-602.

Mucuk, İ. (2013). *Modern İşletmecilik*, İstanbul: Türkmen Kitapevi.

Murphy, J.G., Stee, Le., McEvoy, M.T., Oshiro, J. (2007). Journal Reporting of Medical Errors: The Wisdom of Solomon, The Bravery of Achilles, and the Foolishness of Pan. *Chest*, 131(3): 890-896.

NCPS (2002). Special Edition: JCAHO Patient Safety Goals 2003. *Topics in Patient Safety*, 2(5): 1-10.

Nieva, V.F., Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for improving Patient Safety In Healthcare Organizations. *Qual Saf Health Care*. 12(2);17-23.

Oğuz Y. (2004). Yüksek Riskli Bir Mekân: Sağlık Kuruluşu. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php>.

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

Öktemer, S. (2009). Hasta Düşmelerini Önleme Programı. İçinde: Hasta Güvenliği İyi Uygulamalar 1. Editör: Bulun M, Sage Yayınları, Ankara, 2009.

Önler, E. (2010). Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

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

Özcan, T.H., Kaya, S., Teleş, M., (2018). Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Çalışanlar Tarafından Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.

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

Öztürker, A, (1998). Hastane Yönetiminin Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2011). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 1-21.

Phillips, J., Beam, S., Brinker, A., Holquist, C., Honig, P., Lee, L.Y., Pamer, C. (2001). Retrospective Analysis of Mortalities Associated with Medication Errors. Am J Health Syst Pharm. 58(19);1835-41.

Polat, M.O. (2005). Tıbbi Uygulama Hataları, Ankara: Seçkin Yayınları.

Pronovost, P.J., Thompson, D.A., Holzmüller, C.G., Lubomski, L.H., Morlock, L.L. (2005). Defining and Measuring Patient Safety. Crit Care Clin. 21(1);1-19.

Pronovost, P.J., Weast, B., Bishop, K., Paine, L., Griffith, R., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, K.B., Davis, R. (2004). Senior Executive Adopt-A-Work Unit: a Model For Safety Improvement. JtComm J QualSaf. 30(2): 59-68.

Raftopoulos, V., Savva, N., Papadopoulou, M., (2011). Safety Culture in the Maternity Units: A Census Survey Using the Safety Attitudes Questionnaire. BMC health services research, 11(1).

Reason, J. (1995). Understanding Adverse Events: Human Factors. QualSaf Health Care. 4(2);80-89.

Resmî Gazete (RG) Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 06.04.2011. Sayı: 27897.

Resmî Gazete (RG) Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29.04.2009. Sayı: 27214.

Robinson, A.R., Hohmann, K.B., Rifkin, J.I., Topp, D., Gilroy, C.M., Pickard, J.A., Anderson, R.J. (2002). Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem Of Medical Errors. Arc Intern Med. 162(19);2186-90.

Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., Dinges, D.F. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. Health Aff (Millwood). 23(4);202-12.

Rozovsky, F.A. (2005). Medical Error Reduction Initiatives Among Accreditation and Standard-Setting Organization. Editör: Rozovsky FA, Woods JR, The Handbook of Patient Safety Compliance, Published by Jossey-Bass, San Francisco.

Sağlık Bakanlığı (SB), <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,8799/sas-hastane-setinin-gelistirilmesi-ve-akreditasyonu-surecinin-ilk-asamasi-tamamlanmistir.html%2030.01.2021>. [Erişim Tarihi: 16.04.2021].

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2016). Sağlıkta Kalite Standartları: Hastane, Versiyon-5; Revizyon-01.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2015). Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi Versiyon 2.0; Revizyon 00, 2.Baskı, Ankara, 1-27.

Sarıcaoglu, F., Akıncı, S.B., Gözaçan, A., Güner, B., Rezaki, M. ve Aypar, Ü. (2005). Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 16;106-112.

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

SEHA. What Is Joint Commission International (JCI) and Why Is Accreditation So Important?

https://legacy.seha.ae/English/aboutus/annualreport/Pages/AR%202012/prevent_infection.html. [Erişim Tarihi: 14.07.2021].

Seren İntepeler, Ş., Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(2);129-135.

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., Jowett, C., Kong, K., Vemulapalli, K., Levack, B. (2010). Use of the WHO Surgical Checklist in Trauma and Orthopedic Patients. International Orthopedics, 35(6):897-901.

Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi

[Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J., Sinaiko, A.D., Howard, S.K., Park, K.C. (2008). The Culture of Safety: Results of an Organization-Wide Survey in 15 California Hospitals. *Qual Saf Health Care*. 12(2);112-8.

Singer, S.J., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., Rosen, A. (2007). Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. *Health Serv Res*. 42(5);1999– 2021.

Singh, P.J., Smith, A. (2006). An Empirically Validated Quality Management Measurement Instrument. *Quality Management*, 13(4);493-522.

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

Stepnick, L., Edgman-Levitan, S., Bonacum, D., Pinakiewicz, D.C. (2008). Annual National Patient Safety Foundation Congress: Conference Proceedings. *Journal of Patient Safety*, 4:129-140.

Stepnick, L., Silow-Carroll, S., Alteras, T. (2006). Patient Centered Care for Underserved Populations: Definition and Best Practices. Washington Dc Economic and Social Research Institute.

Sur, H. (2016). Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim, İstanbul: Avrasya Global Yayınları, 1.Baskı.

Sur, H., Palteki, T. (2013). Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.

Sur, H., Söylemez, D., Taşdemir, M. ve Köprülü, N. (2007). SSK Göztepe Eğitim Hastanesinde Çalışan Personelin İş Doyumunun Değerlendirilmesi. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3560.pdf>.

Şardan Çetinkaya, Y. (2005). Ameliyathanenin Yapılanması Nasıl Olmalıdır? 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 20-24 Nisan 2005, 5-9.

Şimşek, M. (2013). Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul: Alfa Yayınları.

Teleş, M. (2011). Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

The Joint Commission International. Sentinel Event Policy and Procedures, (2017). https://www.jointcommission.org/sentinel_event_policy_and_procedures/.

Thomas, E.J., Studdert, D.M., Burstin, H.R., Orav, E.J., Zeena, T., Williams, E.J., Howard, K.M., Weiler, P.C., Brennan, T.A. (2000). Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah And Colorado. Medical Care, 38(3): 261–271.

Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY (2014). Surgical Checklists: A Systematic Review of Impacts and Implementation. BMJ QualSaf, 23(4):299-318.

Türk Tabipler Birliği (2011). Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2010 Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya (Ed: Çakmakçı M, Akalın E). Birinci baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara; 9-147.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) (2015). Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31.

Türkmen, T. (2015). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.

World Health Organization (2008). The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. [//www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf).

World Health Organization (2018). 10 Facts on Patient Safety, https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/.

World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=91A6FFA50489C8F943F3DC880177980C?sequence=1.

Yalçın, N. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yalçinkaya, A. (2010). Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Yang, C.C. (2003). The Establishment of a TQM System for the Health Care Industry, The TQM Magazine, 15(2);93-98.

Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G., Ersun, A. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi, 8(4);173-179.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY), Resmi Gazete, Tarih; 13.1.1983, Sayı: 17927 Mükerrer.

Yerzülcan, S., Babuşcu, S., Üzel, E., Maden, S., Aren, A. (2009). Ameliyathane Ortamında Sirküle ve Scrub Hemşire Koordinasyonunun Gerekliliği ve Ameliyat Başlı Gaz Sayımına Etkisi. İstanbul Tıp Dergisi, 4: 188- 192.

Yılmaz, A., Işık, O., Akca, N. (2017). Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20(1): 69-80.

Yılmaz, E. (2010). Kütüphanelerde Toplam Kalite Yönetimi: Kısa Bir Gözden Geçirme. Türk Kütüphaneciliği, 24(1);33-62.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



T.C.
İstanbul
YENİ YÜZYIL
ÜNİVERSİTESİ

FEN,SOSYAL VE GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

08.10.2020

İlgi : Etik Kurul Onayı,

Sayın
Neslişah Aysel SARI

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Etik Kurulunun 07.10.2020 tarih ve 2020/ 10-510 sayılı toplantı sonucunda “ **Ameliyathanede hasta güvenliği ve ameliyathane çalışanlarının tutumlarının incelenmesi:Özel hastane örneği**” başlıklı çalışmanız Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurul Kurulumuzca oy birliği ile **UYGUN** bulunmuştur.

Araştırmanız süresince çalışmanızda özellikle gereç ve yöntemler konusu ile ilgili olarak değişiklikler söz konusu olursa tekrar değerlendirilmesi gereklidir.

Not: İşbu belge İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi temelinde kaleme alınmıştır.

İş bu belge kurum onayı dahilinde geçerlidir.

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Fen,Sosyal ve Girişimsel Olmayan
Sağlık Bilimleri Araştırmaları
Etik Kurulu Başkanı

EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu



AYDINLATILMIŞ ONAM

Sayın Katılımcı;

Bu araştırmada elde edilecek bilgiler, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programı öğrencisi Neslişah Aysel SARI'nın "Ameliyathanede Hasta Güvenliği ve Ameliyathane Çalışanlarının Tutumunun İncelenmesi: Özel Hastane Örneği" başlıklı tez araştırmasında kullanılacaktır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar araştırmanın güvenilirliği için büyük bir önem taşımaktadır. Ankette vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak olup, kişi ve kurum bilgisi paylaşılmadan bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Neslişah Aysel SARI

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket sorularına vereceğim cevapların araştırma amaçlı olarak kullanılması konusunda bilgilendirildim ve hiçbir baskı altında kalmadan elde edilen sonuçların anonim bir şekilde bilimsel yayınlarda kullanmalarını **kabul ediyorum.**

Tarih:

İmza:

EK-3. Anket Soruları

Bu çalışma, ameliyathanede güvenli, etkin tedavi ve bakım girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağı düşünülerek, Ameliyathanede Hasta Güvenliği ve Ameliyathane Çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin yapılmasına yardımcı olacak ölçme aracının geçerlik ve güvenilirliğini yapmak amacıyla planlanmıştır. Tüm cevaplar gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya, zaman ayırdığınız ve desteğinizden dolayı teşekkür ederim.

Saygılarımla

Neslişah Aysel SARI

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

A) DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.) Cinsiyetiniz? Erkek () Kadın ()

2.) Medeni Durumunuz? Evli () Bekar ()

3.) Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()

3.) Yaşınız?yaşımdayım.

4.) Eğitim Durumunuz ?

Sağlık Meslek Lisesi() Ön lisans() Lisans () Yüksek
lisans ()

Doktora () Tıpta Uzmanlık ()

5.) Kaç yıldır çalışıyorsunuz?yıl

B.) MESLEKİ ÖZELLİKLER

6.) İş yerinizdeki şu andaki pozisyonunuz nedir?

Cerrah () Cerrahi Asistanlar () Cerrahi Teknisyen ()Perfüzyonist ()

Anestezi ()Anestezi Teknisyeni/ Teknikeri ()Ameliyathane Hemşiresi ()

Destek Ekip (Ameliyathane yardımcı personeli, temizlik personeli v.b.) ()

Diğer: _____

7.) Genel Çalışma Saatleriniz : Gündüz () Gece/Nöbet+Gündüz ()

8.) Haftalık ortalama çalışma saatiniz:.....

9.) Bu uzmanlık alanında kaç yıllık deneyiminiz var? YIL

10.) Ameliyathanede çalışmak kendi isteğiniz miydi? Evet () Hayır ()

11.) Çalıştığınız ameliyathanede günde ortalama kaç cerrahi girişim gerçekleştiriliyor?

Gündüz Sayı:.....

Gece Sayı:.....

12.) Çalışma saatleriniz dışında yeterince dinlenebildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

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

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

15.) Bu hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programı yapılıyor mu?

Evet () Hayır ()

16.) Kurumunuzda düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapılıyor mu?

Evet () Hayır ()

17.) 16.soruya yanıtınız evet ise hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesinde katılımcıların gereksinimleri dikkate alınıyor mu?

Evet () Hayır ()

18.) Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldınız mı?

Evet () Hayır ()

19.) 18.soruya yanıtınız evet ise ne tür bir eğitim programına katıldınız?

Hizmet içi eğitim programı () Kongre ()

Sempozyum () Diğer

C.) AMELİYATHANE ÖZELLİKLERİ

20.) Genel ameliyathanedeki ameliyat oda sayısı:

21.) Genel ameliyathanedeki günlük ortalama ameliyat sayısı:

22.) Derlenme ünitesi var mı?

Var () Yok ()

23.) Ameliyat odalarının kapıları elektronik mi?

Evet () Hayır ()

24.) Ameliyat oda ısısı ortalama kaç derecede tutulmaktadır?

18-20 °C () 20-24°C () 24°C ve üzeri () Ölçüm yapılmıyor ()

25.) Ameliyat oda nemi ortalama değeri kaçtır?

%40-50 () %50- 60 () %60 ve üzeri () Ölçüm yapılmıyor ()

26.) Havalandırma/ basınç sistemi nasıl yapılmaktadır?

Merkezi klima sistemi () Split klima () HEPA Filtre () Laminarakım ()

27.) Ameliyathanede jeneratör var mı?

Evet () Hayır ()

D.) HASTA GÜVENLİĞİ ÖZELLİKLERİ

	Aşağıdaki 11 soruyu 27897 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” uygun olarak doldurunuz. İlgili maddenin uygulanıp uygulanmadığına dair gerekli cevapları veriniz?	Hiçbir zaman	Çok Nadir	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1	Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması	1	2	3	4	5
2	Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması	1	2	3	4	5
3	Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması	1	2	3	4	5
4	İlaç güvenliğinin sağlanması	1	2	3	4	5
5	Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması	1	2	3	4	5
6	Cerrahi güvenliğin sağlanması	1	2	3	4	5
7	Hasta düşmelerinin önlenmesi	1	2	3	4	5
8	Radyasyon güvenliğinin sağlanması	1	2	3	4	5
9	Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması	1	2	3	4	5
10	Yüksek riskli hastaların belirlenmesi	1	2	3	4	5
11	Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerinin önlenmesi	1	2	3	4	5

E.) GÜVENLİK TUTUM ÖLÇEĞİ

	Ölçeği kullanarak aşağıdaki kişilerle deneyimlediğiniz iletişimin ve iş birliğinin kalitesini tanımlayınız	Çok Yetersiz	Yetersiz	Yeterli	Çok Yeterli	Mükemmel
1	Uzman Cerrahlar	1	2	3	4	5
2	Cerrahi Asistanlar	1	2	3	4	5
3	Cerrahi Teknisyenler	1	2	3	4	5
4	Perfüzyonistler	1	2	3	4	5
5	Anestezi Uzmanları	1	2	3	4	5
6	Anestezi Asistanları	1	2	3	4	5
7	Anestezi Teknisyen/Teknikeri	1	2	3	4	5
8	Ameliyathane Hemşireleri (Steril ve sirküle)	1	2	3	4	5
9	Destek Personeli (Ameliyathane yardımcı personeli, temizlik personeli vb.)	1	2	3	4	5
10	Diğer	1	2	3	4	5

	Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Bu ameliyathanede genellikle iş yükü ağırdır	1	2	3	4	5
2	İşimi severek yaparım	1	2	3	4	5
3	Burada bir hasta olarak tedavi görseydim kendimi güvende hissederdim	1	2	3	4	5
4	Bu hastanede tıbbi hatalar kurallara uygun şekilde incelenir	1	2	3	4	5
5	Bir işleme başlamadan önce gerekli bilgilerin tümüne ulaşılabilir	1	2	3	4	5
6	Bu hastanenin yönetimi başarılıdır/iyi iş yapar	1	2	3	4	5
7	Hastane yönetimi, günlük çabalarımı destekler	1	2	3	4	5
8	Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım	1	2	3	4	5
9	Ameliyathanede hataları tartışmak zordur	1	2	3	4	5
10	Cerrahi bir girişim öncesi ameliyathane personeli bilgilendirmek için kısa toplantılar yapmak, hasta güvenliği açısından önemlidir	1	2	3	4	5
11	Ameliyathanede kısa bilgilendirme toplantıları yapılması olağandır	1	2	3	4	5
12	Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir	1	2	3	4	5
13	Hastane yönetimi, hasta güvenliği konusunda, bilerek taviz vermez.	1	2	3	4	5
14	Hasta güvenliğiyle ilgili herhangi bir endişemi rapor etmem için, çalışma arkadaşlarım tarafından desteklenirim.	1	2	3	4	5
15	Bu ameliyathanelerin kültürü, başkalarının hatalarından ders çıkarmamızı kolaylaştırır.	1	2	3	4	5
16	Bu ameliyathanelerde tıbbi araç ve gereçler yeterlidir	1	2	3	4	5

17	Bu ameliyathanelerde, hasta bakımıyla ilgili farkına vardığım bir sorunu konuşmak zordur	1	2	3	4	5
18	İş yüküm aşırı olduğunda performansım düşer	1	2	3	4	5
19	Hastanede işimi etkileyebilecek olaylar konusunda yeterince ve zamanında bilgilendirilirim	1	2	3	4	5
20	Başkalarının hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarını gördüm	1	2	3	4	5
21	Bu ameliyathanelerde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları yönelteceğim uygun kanalları bilirim	1	2	3	4	5
22	Bu ameliyathanelerdeki anlaşmazlıklar uygun şekilde çözülür. (ör: kimin haklı olduğu değil ,neyin hasta için doğru olduğu?)	1	2	3	4	5
23	Gergin ya da saldırganca durumlarda, hata yapma olasılığım daha fazladır	1	2	3	4	5
24	Kişisel sorunlardan kaynaklanan stres, performansımı olumsuz yönde etkiler	1	2	3	4	5
25	Hastalara bakım vermek için diğer personelden gereksinim duyduğum desteği alırım	1	2	3	4	5
26	Bu ameliyathanelerde görev yapan personel anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla soru sorabilir	1	2	3	4	5
27	Bakımın sürekliliğindeki kesintiler (ör: nöbet değişimleri, hasta transferleri) hasta güvenliğine zarar verebilir	1	2	3	4	5
28	Kadro lu/dış hekimlerle olan anlaşmazlıklarımı, ifade etmekte çoğu kez yetersiz kalırım.	1	2	3	4	5
29	Bu ameliyathanelerde, etik değerler yüksektir	1	2	3	4	5
30	Sorumluluğumdaki çalışanlar yeterince gözetlenip, denetlenir	1	2	3	4	5
31	Hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarım oldu	1	2	3	4	5
32	Bu ameliyathanelerdeki bütün personel hasta güvenliği konusunda sorumluluk alır	1	2	3	4	5

33	Sabah kalktığımda ve işyerinde bir gün daha geçireceğimi düşündüğümde, kendimi yorgun hissedirim	1	2	3	4	5
34	Bu ameliyathanelerde, öncelikli olarak hasta güvenliği sürekli güçlendirilir	1	2	3	4	5
35	İşim nedeniyle kendimi tükenmiş hissedirim	1	2	3	4	5
36	Nöbet değişimlerinde, önemli konular iyi bir şekilde iletilir	1	2	3	4	5
37	Burada, hasta güvenliği konusundaki klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere, genellikle uyulur	1	2	3	4	5
38	İşimde, aşırı çalıştığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
39	Bu ameliyathanelerde, sentinel ve ramak kala olayları kayıt altına alınır ve, hasta bakımını daha güvenli kılmak için kullanılır	1	2	3	4	5
40	Acil durumlarda, (ör: acil resüsitasyonlarda), deneyimsiz ya da daha az becerikli personelle çalışmak performansımı etkilemez	1	2	3	4	5
41	Çalışanlar, ameliyathane için oluşturulan kuralları ya da rehberleri (ör: el yıkamak, tedavi protokolleri/algoritmalar-işlem yolları, steril alan v.b.) çoğu kez önemsemez.	1	2	3	4	5
42	Cerrahi girişim sırasında, kadrolu ya da dış cerrah, ameliyathane personelinin resmen sorumlu olmasıdır	1	2	3	4	5
43	Cerrahi girişimlere başlamada, gecikmelere neden olan iletişim bozuklukları sık sık olur.	1	2	3	4	5

Ameliyathanede hasta güvenliği kalitesini artırmak için en önemli önerileriniz nedir?