T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

PINAR ONGÜN

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970081

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PINAR ONGÜN

Danışman Öğretim Üyesi:

DOÇ. DR. ŞEYDA SEREN İNTEPELER

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970081

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans programı öğrencisi Pınar ONGÜN Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler konulu Yüksek Lisans tezini 29.07.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Yücel ARISOY

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Doç.Dr. Murat BEKTAŞ

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr.Özlem BİLİK

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Fatma VURAL

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

İÇİNDEKİLER.....I

TABLO DİZİNİ.....IV

KISALTMALAR.....VI

ÖZET.....1

ABSTRACT.....3

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....4

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....4

1.2. Araştırmanın Amacı 7

1.3. Araştırmanın Hipotezi/Soruları 7

2. GENEL BİLGİLER.....8

2.1. Hasta Güvenliği.....8

2.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü.....11

2.1.2.Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturulması.....13

2.2. Ameliyathanelerin Genel Özellikleri.....16

2.2.1.Havalandırma, Sıcaklık ve Nem.....17

2.2.2. Mimari.....17

2.3. Ameliyathanede Hasta Güvenliği 19

2.4. Ameliyathanelerde Yaşanan Hasta Güvenliği Sorunları.....23

3. GEREÇ VE YÖNTEM 27

3.1. Araştırmanın Tipi 27

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 27

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27

3.4. Çalışma Materyali 28

3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....28

Sayfa No

3.6. Veri Toplama Araçları……..……..…….……..29

3.6.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özelikleri Formu…….…..…….....29

3.6.2. Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu)……..…….....29

3.7. Araştırma Planı…….……..…...32

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi……..…….....….....32

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları …….…….....33

3.10. Etik Kurul Onayı……...…….....…33

4. BULGULAR…….…...…34

4.1. Ameliyathane Çalışanlarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular…….…….....35

4.2. Ameliyathane Çalışanlarının Demografik Özellikleri ile Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması …….……..…...…41

5. TARTIŞMA…….…...55

5.1. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları……..…....…55

5.2. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörler …….…….....57

6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….…...61

7. KAYNAKLAR…….....63

8. EKLER…….…...72

Ek1 Sosyodemografik ve Çalışma Özelikleri Formu……..….72

Ek 2 Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu)…….…….....,.74

Ek 3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu…….……..……77

Ek 4 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden Uygulama İzni……..…...78

Ek 5 Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi……..……..….79

Ek 6 Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi.80

Sayfa No

Ek 7 Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi…..81

Ek 8 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi…….……82

Ek 9 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı.....83

Ek 10 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü….....84

Ek 11 Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin ..85

Ek 12 Özgeçmiş …….……..86

Sayfa No

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler, Yatak Ve Sağlık Çalışanları Sayıları……...…27

Tablo 2 Evren ve Örneklem Sayıları ……..……..…...….28

Tablo 3 Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) Ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı…….……..…..31

Tablo 4: Çalışanların Demografik Özellikleri……..35

Tablo 5: Çalışanların Çalışma Özellikleri…….……...…....37

Tablo 6: Çalışanların Mesleki Yaşam Özellikleri ve Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alma Durumları ……..……...39

Tablo 7: Güvenlik Tutumları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları…….…....41

Tablo 8: Ameliyathane Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..42

Tablo 9: Ameliyathane Çalışanlarının Cinsiyetine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..43

Tablo 10: Ameliyathane Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….……...….43

Tablo 11: Ameliyathane Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….……44

Tablo 12: Ameliyathane Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..……...……45

Tablo 13: Ameliyathane Çalışanlarının Görevlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..……46

Tablo 14: Ameliyathane Çalışanlarının Meslekte,Kurumda ve Birimde Çalışma Süresine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……....…….47

Sayfa No

Tablo 15: Ameliyathane Çalışanlarının Diğer Değişkenlere Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..……..49

Tablo 16: Ameliyathane Çalışanlarının Aldıkları Eğitimlere Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……51

Tablo 17 : Güvenlik Tutumu Puan Ortalaması ile Güvenlik Tutumları Alt Boyutları ve Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişki……53

Tablo 18: Çalışanların Güvenlik Tutumunu Etkileyen Etmenler…….……54

KISALTMALAR

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TDK: Türk Dil Kurumu

JCI: Joint Comission International (Uluslar arası Birleşik Komisyon)

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

AORN: Association of periOperating Registered Nurse (Ameliyat Öncesi Uzman Hemşireler Derneği)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

TEŞEKKÜR

Eğitim, öğretim hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeden sunan, araştırmamım her aşamasında beni teşvik eden, bana sabırla destek olan tez danışmanım sayın *Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e*,

Araştırmam sırasında desteğini esirgemeyen, verilerimin değerlendirilmesinde istatistik konusunda yardım aldığım sayın *Doç. Dr. Murat BEKTAŞ'a*,

Değerli önerileri ve katkıları için
Tez jüri üyelerine,

Araştırma sürecimde beni yalnız bırakmayan ve yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma ve araştırmaya gönüllü olarak katılan ameliyathane çalışanlarına,

Yaşamımın her döneminde sevgileri ve ilgileriyle yanımda olan ve eğitimim sırasında göstermiş oldukları destek için aileme ve
değerli eşim *Şakir ONGÜN'e*
sonsuz teşekkürler.

ÖZET

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Pınar ONGÜN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı

pinar.ongun@yahoo.com

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yürütülen araştırma Mart 2014- Haziran 2015 tarihleri arasında İzmir'deki Üniversite Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde yürütülmüştür. Araştırma örneklemini bu hastanelerin ameliyathane biriminde çalışan; cerrahi anabilim dalı öğretim üyeleri ve asistanlar, hemşireler, anestezi teknikerleri olmak üzere toplam 477 kişi oluşturmuştur. Veriler Sosyodemografik ve Çalışma Özelikleri Formu ile Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu) veri toplama araçları ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ve ileri analiz için scheffle analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları orta düzeydedir. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörler incelendiğinde en yüksek puanı ekip işbirliği; en düşük puanı ise stres düzeylerinin belirlenmesi almıştır. Çalışanların güvenlik tutumlarını yaş, dinlenme durumları, oryantasyon eğitimi, hizmet içi eğitim, meslekte, kurumda ve birimdeki deneyim süreleri ile hasta güvenliği eğitimi alma durumlarının etkilediği saptanmıştır. Regresyon analizi sonucunda da; yaş, erkek cinsiyet ve hasta güvenliği alma durumunun çalışanların güvenlik tutumlarını %15.4 açıkladığı bulunmuştur. En önemli değişken, hasta güvenliği eğitimi alma durumu olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Ameliyathane çalışanlarının güvenlik tutumlarının orta düzeyde belirlendiği ve etkileyen en önemli faktörün hasta güvenliği eğitimi alma durumu olduğu sonucuna

ulaşılmıştır. Bu kapsamda, ameliyathane sorumlularına ve yöneticilere, çalışanların çalışma saatlerinin yasal çerçevede düzenlenmesi, hasta güvenliğine yönelik eğitim programlarının arttırılması, ameliyathaneye özgü oryantasyon eğitiminin yapılması, hasta güvenliği kültürünün kalıcı olması için yönetimin bu anlayışı benimsemesi ve bu konuda çalışanlarını desteklemesi önerilebilir. Ayrıca araştırmacılar için de, farklı kurumlardaki ve farklı meslek gruplarındaki çalışanların güvenlik tutumlarının ayrı ayrı incelenerek literatüre katkı sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği kültürü, tutum, ameliyathane

ABSTRACT

OPERATING ROOM PROFESSIONALS' PATIENT SAFETY ATTITUDES in RELATION to SPECIFIC CONTRIBUTING FACTORS

Pınar ONGÜN

Dokuz Eylül University Nursing Faculty

Nursing Management Department

pinar.ongun@yahoo.com

Purpose: The aim of this study is to determine the contributing factors related to operating room professionals' patient safety attitudes.

Methods: A cross-sectional descriptive design was employed. The study sample comprised 477 operation room professionals (medical doctors -academic board members, research assistants-, nurses and anesthesia technicians) working in both university and training and research hospitals in İzmir (Turkey). The data were collected between March-December 2014. In statistical analysis t-test, one-way analysis of variance in independent groups, scheffle analysis and multiple regression analysis were used.

Results: Operating room professionals' is moderate. patient safety attitude scores were found to be at a moderate level, as contibuting factors. Teamwork climate had the highest score whereas stres recognition had the lowest. Age, resting state, orientation training, in-service training, experience duration in profession, institutions and units were the other factors contibuted to the healthcare professionals' patient safety attitudes**.**

Conclusion: Light of findings above, following actions can be recommended to healthcare managers/leaders within the scope of patient safety improvement: regulating working conditions by offering flexibility and reducing overtime working hours within the legal framework, enhancing patient safety training programmes specific orientation programmes and last but not least adopting a leadership approach that supports health professionals to establish safety culture.

Keywords: attitude, operating room, patient safety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Dünyada hasta güvenliği, ciddi bir sorundur ve bu konuyla ilgili küresel olarak atılan adımlar hız kazanmaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf). Tüm dünyada hasta güvenliğine ait en önemli gelişmeler IOM (2000) "To err human" raporunu yayımlamasıyla başlamış ve hasta güvenliği hakkında çarpıcı sonuçlara ulaşılmıştır. Bunlardan bir tanesi tıbbi hataların en çok ölüme sebebiyet veren beşinci neden olarak yer almasıdır.

Son yıllarda hasta güvenliğini geliştirmenin önemi sağlık bakım profesyonelleri tarafından giderek kabul edilmekte fakat diğer yandan hastalara yarar sağlamaya çalışılırken, sıklıkla zarar verilebilmektedir (IOM, 2000; WHO, 2013). Ölüm ya da sakatlıkla sonuçlanan cerrahi güvenlik ile ilgili zararlar en sık karşılaşılan istenmeyen olaylar olmuştur. Dünya çapında her yıl yaklaşık 234 milyon büyük operasyon yapılmakta 100 milyondan fazla insana farklı nedenlerden dolayı cerrahi tedavi uygulanmaktadır (WHO, 2008; WHO, 2013). Yapılan ameliyat sayılarının artmasıyla birlikte hasta güvenliği riskleri ve beklenmedik olaylar da artmaktadır (Alcan, Tekin ve Civil, 2012).

Ameliyathanelerde risk faktörlerinin fazla olması hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Ameliyathaneler; yoğun teknolojik aletlerin kullanıldığı, uzun ve çoğunlukla zamanı kestirilemeyen çalışma saatleri ile sürece dahil olan farklı meslek gruplarının birçok sıkıntıyla savaştığı ortamlardır (Alcan, Tekin, Civil, 2012). Ameliyathane içindeki hatalar hastalar, aileler, bakım verenler ve kurum için olumsuz birçok sonuçlara neden olmaktadır.

Türkiye'de Ertem, Oksel, Akbıyık (2009) tarafından yapılan retrospektif çalışmada 2000 ve 2007 yılları arasındaki basın yayın organları tıbbi hataları konu alan haberler açısından incelenmiş ve 172 adet haber bulunmuştur. Ameliyathane % 43.6 ile birinci sırada yer almakta, dördüncü sırada ise %8.1 ile ameliyathane anestezi bölümü yer almaktadır. Ameliyathaneyi içeren 85 adet haberin 35 tanesi yanlış alan cerrahisine ilişkin haberlerdir. Yer alan haberlerin % 19.8'i hatalı ameliyatlara aittir (Ertem, Oksel, Akbıyık, 2009). Aynı çalışmada, 1995-2006 yılları arasında beklenmeyen olay raporlarının analizinde istenmeyen olayların sadece %13'ünün yanlış taraf cerrahisi olduğu bulunmuştur (Ertem, Oksel ve Akbıyık, 2009). Uluslararası Birleşik Komisyonun (JCI) 2005'teki raporuna göre yanlış taraf, yanlış alan cerrahisi ve yanlış prosedüre dair 126 olayın analizinde %76 yanlış alan ,%13 yanlış hasta ve %11 yanlış prosedüre bağlı hataların olduğu belirlenmiştir (JCI,

2006). JCI 2005-2012 yılları arasında 772 adet hastada yabancı cisim unutulması raporlanmıştır, 16 adet vaka ölümle sonuçlanmıştır (JCI, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) istatistiklerine göre genel anestezi alan her 150 hastadan biri yaşamını kaybetmiştir (WHO, 2008).

Ameliyathanedeki ekip üyeleri arasındaki iletişim ve işbirliği sorunlarından kaynaklanan tıbbi hatalar ile sık karşılaşılmaktadır. Bunlar; ameliyat sahasında kalmış spançlar, yanlış organ nakli, hatalı kan transfüzyonu ya da yanlış taraf ameliyatları gibi tıbbi hatalardır (Gawandeve, Studdert, Orav, 2003). Güvenli hasta bakımının sağlanmasında ekip performansı önemli yer tutmaktadır (Manser, 2009). Uluslar arası Birleşik Komisyon (Joint Comission International; JCI) 2005 yılında yanlış taraf operasyonlarının en yaygın kök nedenini iletişim eksikliği olarak belirlemiştir (JCI, 2005). Manser'in (2009) 1950-2007 yılları arasındaki kaza ve istenmeyen olay raporlarının analizleriyle ilgili literatür tarama çalışmasında; iletişim ve ekip çalışması eksiklikleri en sık katkıda bulunan faktörler olarak bulunmuştur. Ekip çalışması ve iletişimdeki eksiklikler anlamlı bir şekilde hataları artırmaktadırlar (Manser, 2009; Gürlek, Kanbe, Çevik, 2011). Önler'in (2010) çalışmasında ameliyathane ekibinde yer alan cerrah, hemşire ve anestezistlerin kendi meslektaşları ile daha iyi iletişim ve işbirliği içinde olduğu; cerrahların ise hem kendi meslektaşları hem de hemşirelerle iyi iletişim ve işbirliği içinde oldukları sonucu bulunmuştur.

Ameliyathanede yapılan bir çalışmada, ekibe verilen eğitimlerin; ekip arasındaki sorunu, kişilerarası becerileri ve iletişimi iyileştirmede etkili olduğu (Allard, Bleakley, Hobbs ve Coombes 2011), yapılan bir diğer çalışmada da ekip performansında stresin önemli etkisinin olduğu bulunmuştur (Hull ve ark., 2011). Kurum çalışanlarının kendi içinde iyi bir iletişime sahip olması ve başarılı bir iletişim sisteminin kurulması, çalışanlarda stres düzeyinin azalmasına yardımcı olmaktadır. Stresle mücadele etmenin önemli bir adımı stresin kaynaklarının belirlenmesidir. Stres kaynakları fark edilmezse, etkili bir şekilde stresi kontrol altına almak mümkün olmamaktadır (Tokmak, Kaplan, Türkmen, 2011).

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılamalarına yönelik yapılan bir çalışmada; hasta güvenliğini sağlamada yönetimin desteğinin önemli olduğu bulunmuştur (Gündoğdu, Bahçecik, 2012). Eğitim araştırma ve devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısının araştırıldığı bir çalışmada da, yöneticilerin desteğinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (Çiftlik ve ark., 2010). Yapılan çalışmalarda, çalışanların yöneticilerin cezalandırıcı tutum içerisine girmelerinden dolayı yapılan hataları bildirmediği (Filiz, 2009)

ve hasta güvenliğini geliştirmede yönetimin desteğinin yetersiz olduğu düşüncesinin hakim olduğu bulunmuştur (Filiz, 2009; Çakır, Tütüncü, 2009). Bu tutum kurum içi güvenlik kültürünü ve güvenlik iklimini olumsuz etkilemektedir. Hasta güvenlik kültürü ikliminin oluşturulabilmesi yönetici beklenti ve eylemleri, kurumsal öğrenme, ekip çalışması, açık iletişim, sağlıklı geribildirim, hastane yönetiminin desteği (Birgili, Salış, Çekirdekçi ve Ece, 2010) ve personel eğitimi ile ilişkilidir (Allard, Bleakley, Hobbs, Coombes 2011).

Carney Mills, Bagian, Weeks'in yaptığı bir çalışmada (2010) meslek, cinsiyet ve hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi incelemiş ve hasta güvenliği tutumu ile ilgili altı boyuttan stresi algılama ve çalışma koşulları belirgin farklılıklar göstermiştir. Çalışmada hekimlerin hemşirelere göre çalışma koşulları ile ilgili olumlu algılarının daha fazla olduğu ve hekimlerin stresi algılamalarının hemşirelerin algılamasından daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada tıbbi hatalara neden olan faktörlerden biri de iş stresinin fazla olmasıdır. Diğer çalışmalarda da, yoğun çalışma saatleri hasta güvenliğini tehdit eden etkenler arasında görülmektedir (Filiz, 2009; Işık, Akbolat, Çetin, Çimen, 2012).

Kurumda hasta güvenliği kültürü; yönetimin desteği, ekip çalışması, etkili iletişim, çalışanların katılımı ile güvenli bir sağlık sisteminin kurulmasıyla sağlanabilmektedir. İncelenen literatür bilgileri ışığında hasta güvenliği kültürü kurumda tüm çalışanlar tarafından benimsendiği zaman tıbbi hatalar azalacaktır. Tıbbi hataların en sık yaşandığı ortamlardan biri de ameliyathanelerdir. Ameliyathane çalışanların hasta güvenliğine yönelik tutumlarının belirlenmesiyle elde edilecek veriler; hasta güvenliğinde tehlike yaratan faktörlerin belirlenmesi, kurumlarda farkındalık yaratılması ve önleyici faaliyetler açısından ameliyathane çalışanları ve yöneticilere bilgi kaynağı olması açısından yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Yapılan bu araştırmada ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ / SORULARI

Araştırma soruları aşağıda yer almaktadır;

1) Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları nasıldır?

2)Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırmada kullanılan terimler:

Tutum: Tutum kavramı genel olarak bireyin çevresindeki herhangi bir olgu veya nesneye ilişkin sahip olduğu tepki eğilimini ifade eder. Başka bir deyişle tutum, bireyin bir durum, olay ya da olgu karşısında ortaya koyması beklenen olası davranış biçimi olarak tanımlanabilir (İnceoğlu, 2010)

Davranış: Dışarıdan gözlemlenebilen ve uyaranlar karşısındaki tepkilerin bütünüdür (TDK, 2015)

2. GENEL BİLGİLER

2.1.HASTA GÜVENLİĞİ

Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve hastaların haklarını öğrenmesiyle birlikte, sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik giderek öne çıkmaktadır. Hasta güvenliği kavramı son zamanlarda tıp dünyasının gündeminde yoğun olarak yer almasına rağmen bu yeni bir kavram değildir (Alcan, Tekin, Civil, 2012).

Hasta güvenliğinin farklı tanımları mevcuttur. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses; ICN), hasta güvenliğini; "Profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusuna odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişimini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi" olarak ifade etmektedir (ICN, 2006). Hasta güvenliği kısaca sağlık bakımı süresince hastaya önlenebilir zararın olmamasıdır (WHO, 2004).

Hasta güvenliği ile ilgili etkili yaklaşımlar açık, net hedefleri ve ölçümleri, kanıt bazlı uygulamaları, güvenlik uygulamaları için engellerin kaldırılması ve yenileşim gibi önemli kültürel değişimi gerektirir. JCI hasta güvenliği hedefleri (JCI, 2015);

1. Hastaların doğru tanımlanması,
2. Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması,
3. Yüksek riskli ilaçların kullanım güvenliğinin sağlanması,
4. Ameliyatlarda doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta uygulamasının sağlanması,
5. Sağlık bakımında enfeksiyon riskinin azaltılması,
6. Hasta güvenliği ile ilgili risklerin tanımlanması ve önlenmesi (Düşme, İntihar)
7. Klinik alarm sistemlerine ilişkin zararların azaltılmasıdır.

Türkiye'de 2002 yılından itibaren sağlıkta dönüşüm projesi başlamıştır ve proje kapsamında hasta güvenliği kavramı Mayıs 2007 yılında "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" kurulmasıyla resmiyete geçmiştir. Kasım 2007 tarihinden itibaren "Müstakil Daire Başkanlığı" olarak hizmetini sürdürmüş daha sonra aynı isim ve görevle Eylül 2009 tarihinden itibaren "Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü" bünyesinde çalışmalarını yürütmüştür. Yeni yapılanmalarla beraber 19 Mart 2012 tarihinden itibaren

“Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur (http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14).

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı; insan sağlığını odak noktası yapma, sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme, faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama, sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme, dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük etme ilkeleri çerçevesinde görevini sürdürmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14).

Türkiye’de hasta güvenliği hedefleri Sağlık Bakanlığının “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” kapsamında sağlık kuruluşlarında yapılması gerekenler başlığı altında yer almaktadır;

a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,

b) Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,

c) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,

ç) İlaç güvenliğinin sağlanması,

d) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,

e) Cerrahi güvenliğin sağlanması,

f) Hasta düşmelerinin önlenmesi,

g) Radyasyon güvenliğinin sağlanması,

ğ) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılmasını içermektedir (http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm).

Hasta güvenliği sağlık bakım kalitesinin kritik bir bileşenidir ve karşı karşıya olunan risk, sağlık hizmetlerinin pek çok yönü ile ilişkilidir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf). Hasta güvenliğinin gelişmesi için tüm dünyada yapılan çalışmaların artırılması ve belirlenen hedeflerin uygulanması sağlanmalıdır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi ise en üst seviyede operasyonel sistem ve süreçleri gerektirmektedir (Tütüncü, 2007).

Hasta güvenliğine dair personel eğitimleri, hata raporlama sistemleri, günümüzde artık ramak kala olayların da bildiriminin yapıldığı sistemler kurulmuştur. Hasta güvenliğini geliştirme sağlık çalışanlarının eğitimi, risk yönetimi ve çevre güvenliği, güvenli ilaç

kullanımı, malzeme güvenliği, güvenli klinik uygulama, performans geliştirme, bakım için güvenli çevrenin oluşturulması, altyapı gelişiminin desteklenmesi, hasta güvenliğine odaklı bilimsel bilginin kuruma entegre edilmesi konularını içermektedir (ICN, 2012). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik yapılan bir çalışmada 1995-2004 yılları arasında, Tıp Enstitüsü'e (Institute of Medicine IOM) ait 'Too Err Human' isimli raporun yayımlanmasından önce ve sonra, yayımlanan makaleler araştırılmıştır. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik makale sayısında anlamlı bir artış olmuştur (Stelfox ve ark., 2006).

Avrupa birliği üye devletlerinde tıbbi hata önemlilik oranı araştırıldığında ortalama olarak devletlerin %78'i için önemli bir sorun olarak bildirilmiştir. Türkiye'de ise tıbbi hatalar %88 oranında önemli bir sorun olarak görülmektedir (EU, 2006).

Yargıtay' da tıbbi hatalara ilişkin 1978-2006 yılları arasındaki dosyaların incelendiği bir çalışmada en çok tıbbi hata yapılan alanların kadın doğum ve genel cerrahi olduğu bildirilmiştir (Can, 2011). Tıbbi hatalarla ilgili hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise hataların en önemli sebebinin hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim eksikliğinden ve iş ortamından kaynaklanmakta olduğu bulunmuştur. JCI (2007) hasta güvenliği ile ilgili bir raporunda, hasta güvenliğini korumak için kurumların önceliğinin etkili iletişimin sağlanması olduğu belirtilmiştir. Etkili iletişim ekip çalışmasının güvenlikle ilgili önemli bir bileşenidir. Bunun yanında işbirliğinin kalitesi, uyum, liderlik, paylaşılan bilişsel modeller yer almaktadır (ortak hedefler, ekip yapısının rollerin paylaşıldığının algılanması v.b.). Hasta güvenliği ve ekip çalışmasıyla ilgili 1998-2007 yılları arasındaki, tüm araştırmaların incelendiği bir derlemede; sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin sağlanmasında ekip çalışmasının kritik önemi vurgulanmaktadır (Manser, 2009). Ekip çalışmasının yanı sıra hasta güvenliğinin bileşenleri; hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve sürdürülmesine katkıda bulunulması, etkili iletişimin sağlanması, güvenlik risklerinin yönetilmesi, çevresel faktörleri en uygun hale getirilmesi, istenmeyen olayların açıklanarak nedenlerinin bulunmasını içermektedir.

Hasta güvenliğini etkileyen etmenlerin belirlendiği bir çalışmada en fazla hastane yönetim desteği sonucuna ulaşılmıştır (Tütüncü ve Küçükusta, 2006). Literatürde hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanları için yönetim desteğinin önemli olduğu sonucu bulunmuştur (Etchells, 2001; Vural ve ark., 2006; Hughes, Chang, Mark 2009; Adıgüzel, 2010; Disch ve ark. 2011; Feng ve ark. 2011)

2.1.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Sağlık bakımında son birkaç yıldır güvenlik kültürü üstünde çalışılmaktadır. Hasta güvenliği kültürü sağlık bakım kuruluşlarının en öncelikli konusu ve değeridir. Kurum kültürü, en iyi şekilde sağlık güvenliğinin sağlanmasına uygun ortamın geliştirilmesine katkıda bulunmalıdır (Thompson, 2011).

Çernobil kazasından sonra her çalışma alanı kendi sektöründe güvenlik kültürü üzerinde yoğunlaşmış ve tanımlamıştır. Bu tanımların ortak yönleri aşağıda verilmiştir (Wiegman ve ark., 2002);

1. Güvenlik kültürü, kurum üyeleri ve gruplar arasındaki paylaşılan değerleri ifade eder.
2. Güvenlik kültürü, yalnızca yönetim ve denetim sistemleri ile sınırlı olmayan, kurum içindeki yasal güvenlik sorunlarıyla ilgilidir.
3. Güvenlik kültürü kurumun her düzeyindeki kişilerin katkısını vurgular.
4. Organizasyonun güvenlik kültürünün çalışanların davranışları üzerinde etkisi vardır.
5. Güvenlik kültürü olaylardan, kazalardan ve hatalardan öğrenip gelişmesi için kurumun istekleri yansıtılır.

Güvenlik kültürü; "bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür" şeklinde ele alınmaktadır (ACSNI, 1993)

Güvenli kültür ve çevrenin yaratılması ve olumlu değişimlerin elde edilmesi için en etkili yol farkındalığa odaklanmaktır. Farkındalığı sağlamak ve güvenlik kültürünü oluşturmak için bazı bileşenler bulunmaktadır (JCI, 2006):

- ✓ Rutin raporlama ve istenmeyen olaylar için açık tartışma ortamının sağlanması,
- ✓ Tüm olayların analizinin yapılması,
- ✓ Ekip çalışması,
- ✓ İstenmeyen olayların önlenmesi ve ortaya çıkmadan önce risk değerlendirmesinin yapılması,
- ✓ İstenmeyen olaylara dahil olan personele destek olunması,
- ✓ Bakımın aktif üyeleri olan hastaların cesaretlendirilmesi,

✓ Beklenmeyen sonuçları da içeren, bakımın sonuçları hakkında hastayla iletişim kurulması,

✓ Raporlamanın değerinin gösterilmesi için raporlamayı yapanlara geri bildirim verilmesidir.

Hasta güvenliği kültürü, hataların önlenmesi ve düzeltilmesi için en önemli faktörlerden biridir. Hasta güvenliği kültürünün kurumda sağlanması için literatürde belirtilen, ortak atılması gereken adımlar, tüm çalışanlar arasında hiyerarşi gözetmeksizin etkili ve açık iletişimin sağlanması, liderin güvenlik kültürünü benimsemesi, hatalardan öğrenme, oluşan hataların paylaşımı olarak belirtilir.

Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü hasta güvenliği kültürü, çalışanların tutumlarını, becerilerini ve bilgilerini uygulamadaki kuruma bağlılığı olarak tanımlamıştır (http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/safetycompetencies/documents/safety%20competencies.pdf)

ICN hasta güvenliği kültüründe risklerin erken tanımlanmasının hastada oluşabilecek zararların önlenmesinde önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hastalar için güvenli bir çevrenin sağlanmasında en önemli adımlardan biri hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır (ICN, 2012).

Sağlık kurumu içindeki tüm çalışanların hasta güvenliği ile ilgili bilgilerin paylaşılabilmesi ve kalıcı bir kültür ortamı yaratılabilmesi için Singer ve arkadaşları (2003) tarafından hazırlanan hasta güvenliği kültürü elementleri bulunmaktadır. Tanımlanan bu elementler; hasta güvenliği için örgütsel kaynakların kullanılması, etkili ve açık iletişimin sağlanması, hata ve problemlerin açıkça belirtilmesinin sağlanması, örgütsel öğrenme, güvenliğe öncelik verilmesi, güvenliğe bağlı liderlik ve güvenli olmayan eylemlerin sıklığının incelenmesidir.

2.1.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN OLUŞTURULMASI

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün oluşturulması için önemli ölçüde artan bir farkındalık vardır. Güvenlik kültürünün sağlanması için hasta güvenliği ile ilgili tutum ve davranışların, kurumda önemli olan değerler, inançlar ve normların anlaşılması gereklidir (AHRQ, 2004).

Kurumlarda güvenlik kültürünün oluşmasında aşağıdaki temel adımlardan yararlanılmaktadır (http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5; JCI, 2006):

- Güvenlik kültürü tüm çalışanlara açıklanır.
- Sağlık bakım profesyonellerinin güvenlik çabalarıyla ilgili bilgi paylaşımı yapılır.
- Hasta ve aileleri bakım sürecine katılması için cesaretlendirilir.
- Güvenlikle ilgili güncel literatür araştırılır.
- İstenmeyen olaylardan öğrenme ve bu durum üstünde çalışılır. Bu durumu öğrenmek için fırsat olarak görerek zararların önlenmesi sağlanır.
- Yıllık en az bir yüksek riskli süreç üzerinde çalışılarak risk azaltılabilir.
- İstenmeyen olaylar ve diğer durumlarda iletişim için yasal metotlar geliştirirler ve cesaretlendirirler.
- Bilgi paylaşımı, klinik personel ve liderlerle istenmeyen olayların incelenmesinden öğrenilerek yapılır.
- Güvenlik kültürünün yaratılması için desteklenmesi ve sürekli katılımın sağlanması için sürecin her aşamasına hekimler dahil edilmelidir.
- Tüm çalışanlar arasında açık iletişim sağlanmalı, suçlama yapmadan rahatlıkla soru-cevap yapılabilmelidir ve saygılı davranılmalıdır.
- Personelin eğitim takımları günlük temel uygulamalarla güvenlik kültürü için kurumsal bağlılık bilincini sağlayabilir.

Sağlık kuruluşlarında, hasta güvenlik kültürünün tüm bileşenlerini harekete geçirmek için aktif bir hasta güvenliği programına, işbirliğine ve her şeyin açıkça tanımlanmasına gereksinim vardır. Sammer ve arkadaşları (2010) tarafından hasta güvenliği kültürü atmosferinin oluşturulması için tanımlanan başlıklar; ekip çalışması, kanıt temelli çalışma, liderlik, iletişim, öğrenme, hasta merkezlilik, kültürdür. Bu başlıklar incelendiğinde;

Ekip çalışması: Hasta güvenliğini en uygun duruma getirmek için disiplinler arası ekiplerin çalışmasıdır. Disiplinler arası sağlık ekipleri verimli, etkili ve güvenli işbirliği için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumları göstermelidir (http://www.patientsafetyinstitute.ca/english /toolsresources/safetycompetencies/documents/safety%20competencies.pdf). İlişkiler açık, saygılı, güvenli olmalıdır. Disiplinler arası, hiyerarşinin olmadığı bir ortamda etkili takım çalışması sürdürülmesidir.

Kanıt temelli çalışma: En iyi uygulamalar, standartlar-protokoller-rehberlere dayalı, teknoloji ve otomasyonu içeren çalışma prosedürlerin oluşturulması gerekir.

Liderlik: Güvenlik kültürünün başarılı şekilde gerçekleştirilmesinde lider önemlidir. Güvenlik süreçlerinin yapılarını ve çeşitli stratejiler belirleyerek kültürün oluşmasında ve yerleşmesinde öncülük yaparlar. Açık iletişimin sağlanması, destek, rol model, vizyon ve misyon sahibi lider eşliğinde güvenlik kültürünün benimsenmesinin sağlanması önemlidir.

İletişim: Yüksek kalitede ve güvenli bakım tüm çalışanların birbirleriyle ve hastalarla iyi bir iletişime sahip olmasına bağlıdır (http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/safetycompetencies/documents/safety%20competencies.pdf). Açık iletişim, yapıcı teknikler (SBAR, time-out vs.), kısa toplantılar- bilgi alma, geri bildirim verilerek disiplinler arası yanlış anlaşmazlıkların ortadan kaldırılması ve buna bağlı hataların önüne geçilmesini sağlar.

Öğrenme: Kök neden analizi, hatalardan öğrenme-değerlendirme, izleme- kıyaslama, performansın geliştirilmesi gibi yöntemler kullanarak hatalar önlenir ve hata nedenleri belirlenir.

Hasta merkezlilik: Hasta odaklı, hasta hikayeleri hasta ve aileler bilgilendirilir.

Kültür: Kurumda güven ortamı sağlanır ve suçlama kültürü kaldırılır.

Sağlık kuruluşlarında çalışanların güvenliğe ilişkin tutumlarının belirlenmesi, hasta güvenliği kültürü atmosferinin oluşturulması için önemli bir adımdır. Yapılan çalışmalarda kurumda çalışanların, tutumlarının incelenmesinin kültürü geliştirmede önemli etkisi olduğu bulunmuştur. Hasta güvenliğinin sağlanması ve kültürün oluşması için davranış ve tutum değişimi de belli bir süreci gerekli kılmaktadır (Sexton ve ark., 2006a; Angela ve ark., 2007).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve devam ettirilmesi iki faktöre bağlıdır. İlki kurumun hasta güvenliği kültürünü devam ettirmesi ve çevresel faktörlerin sağlanmasıdır. İkincisi ise o sistem içinde çalışan kişilerin değerleri, davranışları, uzmanlık alanları ve tutumlarıdır. Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenliği kültürünün sağlanması için bu iki koşulun uygunluğu gerekmektedir (http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/safetycompetencies/documents/safety%20competencies.pdf).

Kurumlarda hasta güvenliği kültürünü oluşturmada geçiş aşamaları Fleming ve Wentzell tarafından 2008 yılında patolojik, reaktif, analitik, proaktif ve üretken seviye olarak tanımlanmıştır. **Patolojik** seviyede pozitif hasta güvenliği kültürünü destekleyecek sistem

bulunmamaktadır. **Reaktif** seviyede sistem parçalanmış durumdadır. Güvenliğe ilişkin sıkıntıların çözümü sistem düzenleyicilere ve akreditasyon gereklilerine yanıt olarak geliştirilmiştir. Kültür benimsenmemiştir. **Analitik** seviyede sistematik bir hasta güvenliği yaklaşımı mevcut fakat uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlı bir çerçevede yapılmaktadır. **Pro-aktif** seviyede kapsamlı bir pozitif güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı bulunmaktadır. Kurumdaki uygulamalarda kanıta dayalı bilgiler kullanılmaktadır. Kazaların ve ramak kala olayların raporlanması konusunda cesaretlendirme vardır**.** **Üretken** seviyede örgüt misyonunun merkezinde yaratıcı ve koruyucu bir pozitif güvenlik kültürü hakimdir. Örgüt etkinliği ölçülmekte, başarısızlıklardan öğrenme söz konusudur. Personel, hastalar ve ilgililer aktif olarak desteklenmekte ve örgütte yüksek seviyede açıklık ve güven bulunmaktadır.

Güçlü bir hasta güvenliği kültürü hasta bakım kalitesini geliştirmek ve hasta güvenliğini cesaretlendirmek için gerekli bir bileşendir (Bognar ve ark., 2008). Hasta Güvenliği Kültürü'nün geliştirilmesi için bazı çalışmaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir (TTB, 2011). Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi, hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi gerekmektedir. Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri, hasta güvenliği için kaynak ayrılması, tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitimi sağlanmalıdır.

2.2. AMELİYATHANELERİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Dünyanın her ülkesinde, yılın her günü hastalara yaşam kalitelerini artırmak ya da tedavi olmak için çeşitli cerrahi ve diğer invaziv işlemler uygulanmaktadır. İnvaziv işlemler hastane içerisindeki servislerde, acil servis de ve ihtiyaç duyulan diğer bölümlerde yapılabilmekte fakat en karmaşık işlemler ameliyathanede yapılmaktadır.

Ameliyathane Türk Dil Kurumu sözlüğünde "Hastanelerde hastaların ameliyat edildiği özel bölüm" olarak geçmektedir (TDK, 2015). Ameliyathaneler pek çok karmaşık sistemi bir arada bulundurmakta, kullanılan cihazlar ve malzemeler teknik nedenlerle hastanın ameliyatının sonucunu olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Tababet uzmanlık yönergesinde ameliyathaneler "yataklı kurumlarda, kurumların fonksiyonlarına, modern tıp ve şirürjinin gerektirdiği her türlü hizmete cevap verebilecek fizik ve teknik yapı ve nitelikte ve ameliyat sonrası bakım ve reanimasyon kısımlarını da kapsar" şeklinde ifade edilmiştir (http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content &view=article&id=133:tababet-uzmanlik-yetmel&Itemid=33).

Ameliyathanelerde hasta güvenliğini sağlamadan cerrahi personel sorumludur. Cerrahi personel; ameliyat öncesi sırası ve sonrasındaki periyodlar süresince cerrahi hasta için bakım sağlayan sağlık çalışanlarıdır. Cerrahi ekip üyeleri; cerrahi bakım rolüne sahip ameliyat süresince ameliyat odasındaki sağlık çalışanlarıdır. Cerrahi ekibin üyeleri steril de olabilir, olmayabilir de. Steril üyeler, steril ameliyat alanıyla, steril malzemeyle ya da alanda kullanılacak malzemelerle doğrudan temas kurabilirler (CDC, 1999).

Hasta güvenliği açısından ameliyathanelerin mimari yapısı, havalandırması, sıcaklığı ve nemi önemli yer tutmaktadır. Ameliyathane çevresinden kaynaklı patojenler cerrahi alan enfeksiyonlarına neden olabilirler (AORN, 2013).

2.2.1.Havalandırma, Sıcaklık ve Nem

Ameliyathane alanının, HEPA (High Efficiency Particulate Air) filtreli hijyenik klima sistemi veya benzeri bir sistem ile iklimlendirilmesi ve havalandırılması gerekir (http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceX mlSearch=). HEPA filtreler >0.3 μm çapından daha büyük partikülleri ortamdan uzaklaştırır ve %99,97 oranında etkilidir. Ortopedik cerrahi gibi özellikli birimlerde daha çok tercih edilir

(CDC, 2003). Ameliyathane salonlarında enfeksiyon riskini en aza indirmek için diğer odalardan ve koridorlardan gelen zararlı patojenlerden korumak için pozitif basınç kullanılır. Pozitif basınç temiz alandan, daha az temiz alana doğru hava akımı sağlamaktadır (http://www.fgiguidelines.org/pdfs/2001guidelines.pdf; CDC, 2003).

Sıcaklık standardı; ameliyat salonları ve endoskopi yapılan salonlarda 20-23 derece arasındadır. Hastayı rahatlatma ihtiyacı duyulan alanlarda 24 dereceye kadar çıkabilmektedir (http://www.fgiguidelines.org/pdfs/2001guidelines.pdf). Bu durumların dışında bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak sınırlı alanlarda ortam sıcaklığı değiştirilebilir (CDC, 2003). Nem oranının %30- 60 arasında tutulması çeşitli mikroorganizmaların üremesini engellemek ve cerrahi ekibin konforu açısından gereklidir (http://www.fgiguidelines.org/pdfs/2001guidelines.pdf).

2.2.2. Mimari

Ameliyathaneler, hastanenin merkezi bir yerinde bulunmalı, acil servis, yataklı servisler, kan bankası ve merkezi sterilizasyon gibi ilişkili birimlerden kolayca ulaşılabilir olmalıdır.

Ameliyathane salonu ve yan hacimlerinin bulunduğu tam steril alanlarında, pencere ve kapılar dış ortama açılmaz. Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemeler kullanılarak yapılır (http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=).

Ameliyathane içerisindeki alan üç bölümden oluşmalıdır (http://www.fgiguidelines.org/pdfs/2001guidelines.pdf).

*__Steril bölüm:__ Ameliyat odalarını içeren bölümdür. Cerrahi kıyafet ve bone gereklidir. Açık steril malzelmelerin ya da steril kişilerin bulunduğu odada maske takmak gerekmektedir.

*__Yarı steril bölüm__: Depo için çalışma alanı, temiz ve steril malzemeler için depolama alanına sahiptir ve çevresel destek alanlarını içerir. Bu alan yetkili personel ve hastalar için sınırlıdır. Personel tüm baş ve saçın yüzeyini kapsayacak şekilde cerrahi kıyafetlerini giymek zorundadır.

*__Steril olmayan bölüm__: Personel malzemeler ve hastaların girişlerinin izlendiği merkez kontrol noktasını içeren alandır. Bu alanda sınırlama yoktur.

Genel ameliyathane odaları net en az otuzyedi metrekare; nöroşirurji, ortopedi, kardiyovasküler cerrahi ve diğer geniş ekipmanlara (skopi, pompa cihazı, mikroskop vb.) ve ek personel gerektiren diğer özel bölümler için ameliyat odaları elli beş metrekare; sistoskopi ve diğer endo-ürolojik işlemler için otuz iki metrekare olmalıdır (http://www.fgiguidelines.org/pdfs/2001guidelines.pdf).

Özel hastaneler yönetmeliğinde "ameliyathane salonlarının ölü alan oluşturacak girinti, çıkıntı ve bunlardan oluşan boşluklar ile keskin köşeler haricinde kalan net kübik kullanım alanı en az otuz metrekare, kardiyovasküler cerrahi ve organ nakli ile ilgili ameliyathaneler için en az kırk beş metrekare olur" şeklinde belirtilmiştir (http://www.mevzuat.gov.tr /Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=).

Ameliyathanede net kullanım alanı içinde, kolon ve benzeri hareket kısıtlılığına sebep verecek yapılaşma ile ameliyat ekibinin hareket kısıtlılığına ve sirkülasyonuna engel bir durum olmaması gerekmektedir. Ameliyathane salonlarının taban-tavan arası net yüksekliğinin havalandırma kanalları, asma tavan, HEPA filtreler hariç ameliyat salonunun her noktasında en az üç metre ve ameliyathane kısmında bulunan koridor genişliğinin en az iki metre olmalıdır (http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854& MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=).

Ameliyathane içinde ameliyat öncesi bekleme odası ve anestezi sonrası bakım ünitesi bulunmalıdır (http://www.fgiguidelines.org/pdfs/2001guidelines.pdf).

- Ameliyat öncesi bekleme odasında, sedye ile gelen hastanın yanı sıra ayaktan hasta içinde oturma alanı sağlanmalıdır. Bu bölge hemşire tarafından kontrol altında tutulmalıdır. Her sedye için yedi metrekare alan olmalıdır.
- Anestezi sonrası bekleme odası; ilaç istasyonu, el yıkama alanı, hemşire istasyonu, malzemeler ve sedyeler için depolama alanı, sürgü temizleme bölümünü içerir. Her hasta yatağı için yedi metrekare olmalıdır. Hasta yatakları arasında en az bir buçuk metre olmalıdır. Enfekte hastaları izole etmek için yer hazırlanmalıdır.

Ameliyathane içerisindeki alanların temizliği için kullanılan malzemeler ayrı bir temizlik odasında saklanmalıdır. Bu temizlik odaları ameliyat salonları ya da diğer steril malzemelerin bulunduğu odalarla direk bağlantılı olmamalıdır (http://www.fgiguidelines.org/pdfs/2001guidelines.pdf).

2.3. AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ

Ameliyathaneler karmaşık yapıları, kullanılan teknolojik cihazlar, farklı meslek gruplarının beraber çalışmasıyla beraber hasta güvenliğini etkileyecek çok fazla unsuru içinde barındırmaktadır.

Ameliyathanede hasta güvenliği kapsamına giren konular (Aren, 2008)

*Yanlış taraf cerrahisi
*Transfüzyon hataları
*Cerrahi yanıklar
*Cerrahi alan enfeksiyonları
*Ölümcül düşmeler
*Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması
*İlaç hataları

WHO tarafından hazırlanan hasta güvenliği raporunda gelişmiş ülkelerde bakım alan her 10 hastadan birinin zarar gördüğü belirtilmiştir. Her 100 hastadan 14'ü hastane enfeksiyonundan etkilenmekte ve %50'sini önlenebilir cerrahi alan enfeksiyonları oluşturmaktadır (WHO, 2014). Tahmini olarak yılda 63 milyon insana travmatik yaralanmalar, 31 milyonu kötü huylu tümörler ve 10 milyonu da kadın-doğum hastalıkları nedeniyle cerrahi işlem uygulanmaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf).

Cerrahi işlem güvenliğiyle ilgili olan sorunlar tüm dünyada çok iyi bilinmektedir. Cerrahi işlem, verilmesi en karmaşık ve en maliyetli sağlık hizmetleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır ve yarısından fazlasında önlenebilir hatalar ya da istenmeyen olaylar nedeniyle sakatlık ya da ölümle sonuçlanan durumların meydana geldiği bilinmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf). Hasta bakımının temel ilkesi olan "önce zarar verme" (primum non nocere) söyleminin en önemli konu başlıklarından biri cerrahi güvenliğin sağlanmasıdır. WHO cerrahiden kaynaklanan hataları en aza indirgemek için dünya sağlık güvenliği ittifakını kurmuştur. Bu ittifakın amacı ameliyathanede çalışan cerrah, anestezist, hemşire ve tekniker arasındaki iletişim eksikliğini, önlenebilir cerrahi alan enfeksiyonları gibi önemli güvenlik sorunlarının en aza indirilmesinin sağlanmasıdır.

İkinci Küresel Hasta Güvenliği Mücadele Toplantısı 'Güvenli Müdahale Hayat Kurtarır' başlığıyla üç temel unsurdan oluşmaktadır. Birincisi ve en önemlisi güvenli

müdahaleyi yaygınlaştırmaktır. Bu da fiziksel ortam, donanım ve araç-gereç, cerrahi hijyen ve enfeksiyonların önlenmesi, sağlık çalışanları için sürekli eğitim ve ekip çalışması konusunda eğitim gibi konulara işaret etmektedir. İkincisi Güvenli Müdahale Yaşam Kurtarır kampanyalarının düzenlenmesidir. Son olarakta üye devletlere taahhüt altına girecek biçimde eylem planlarını oluşturmak üzere hazırlanmalarının sağlanmasıdır. (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf).

Makary ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, ekip çalışması ve iletişimin sağlanması için ameliyathanede saygın cerrahların güçlendirilmesiyle güvenli ameliyathane uygulamalarının sağlanmasına yardımcı olabileceği bulunmuştur. Aynı çalışmada hasta güvenliğine yönelik tutum ve davranış değişikliğinin sağlanmasında ekip çalışması eğitiminin önemli yer tuttuğu saptanmıştır.

Ameliyathanede yapılan kısa bilgilendirme toplantıları sonrasındaki geri bildirimlerin iletişim ve ekip çalışmasını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Makary ve ark., 2006; Bethune ve ark., 2011). Bu toplantılarla sağlık çalışanları kendilerini ekibin bir parçası gibi görmektedir. Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada; çalışanların hasta güvenliği ile ilgili en çok ekip çalışması ve uyumuna duyarlı olduğu bulunmuştur (Catchpole, Mishra, Handa, McCulloch, 2007; Adıgüzel, 2010). Ameliyathane içindeki cerrahi çıktıların başarısı ve hasta güvenliğinin temeli iletişimdir (Sexton, Thomas, Helmreich, 2000). JCI tarafından yayımlanan 2004-2012 yılları arasındaki yanlış taraf cerrahisi, ilaç hataları gibi beklenmeyen olay raporlarının %65'inin kök nedeninde iletişim hataları yer almaktadır (JCI, 2012).

Hastanelerde yaşanan iletişim sorunları çalışanlar arasındaki stresi artırmaktadır. Ameliyathanede gözlem metodu kullanılarak yapılan bir çalışmada stres yaratan durumlar incelendiğinde ameliyatı kesintiye uğratan durumlar (telefon çalması gibi), yönetimsel sorunlar, ekip çalışmasıyla ilgili yaşanan problemler, teknik ve malzeme sıkıntıları, eğitimsel sorunlar, hastayla ilgili problemler, personel sıkıntıları bulunmuştur (Arora ve ark., 2010). Ameliyathanede bu sorunlar düşük ve yüksek riskli durumlar olarak tanımlanabilir. En küçük sorunların ve özellikle yüksek riskli durumlar azaldıkça operasyonların yönetimi ve ekibin performansı artacaktır (Catchpole, Mishra, Handa, McCulloch, 2007; Arora ve ark., 2010).

Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün sağlamasında etkili diğer bir unsur da kurumdaki yönetici ve liderlerdir. Yapılan araştırmalarda yönetim desteğinin çalışanlar

tarafından hissedilmesi hasta güvenliğini olumlu yönde etkilemiştir (Filiz, 2009; Disch ve ark. 2011; Feng ve ark. 2011).

Cerrahiden kaynaklı hasta güvenliği sorunlarını en aza indirgemek için WHO tarafından güvenli cerrahi kontrol listesi oluşturulmuştur. Liste ile hastayı doğrulama işlemi ameliyat olmadan ve olduktan sonraki her aşamada yapılmaktadır. WHO tarafından oluşturulan cerrahi kontrol listesi üç adımdan oluşmaktadır (http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf). Bu adımlar; anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, ameliyat salonundan çıkmadan öncedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı WHO'nun çalışmalarını temel almış ancak klinikten ayrılmadan önce adımını da eklemiştir. Türkiye'ye özgü güvenli cerrahi kontrol listesi hazırlanmıştır ve dört bölümden oluşmaktadır. Bunlar (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_2011/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi.pdf);

I. Klinikten ayrılmadan önce: Hastanın kimlik bilgileri, ne ameliyatı olacağı ve ameliyat bölgesinin doğrulaması yapılır. Hastanın onamı kontrol edilir. Hastanın açlığı, ameliyat bölgesi tıraşı, makyaj-ofe, protez, değerli eşya takma durumu, kıyafetlerini çıkarıp ameliyat önlüğü ve bonesi ile ameliyat için bireysel hazır olma durumu kontrol edilir. Ameliyat öncesi uygulanması gereken özel işlem (lavman, mesane kateterizasyonu, varis çorabı, özel tedavisi), ameliyat esnasında gerekli olacak malzeme, implant, kan ve kan ürünlerinin hazırlığının kontrolü, hastanın gerekli radyoloji ve laboratuvar tetkikleri kontrol edilir.

II. Anestezi verilmeden önce: Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ne ameliyatı olacağı ve ameliyat bölgesi, ameliyat onamı doğrulanır. Ameliyat bölgesinde işaretlenmeye bakılır, işaretlenme uygulanamazsa bu belirtilir. Anestezi güvenlik kontrol listesi, pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışma durumu kontrol edilir. Gerekli görüntüleme cihazlarının varlığı, alerji durumu ve beş yüz mililitre ya da daha fazla kan kaybı riski mevcut olma durunu içeren sorular ile hastanın risk değerlendirmesi yapılır.

III. Ameliyat kesisinden önce: Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad, ve görevleri ile kendini hastaya tanıtır. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini kontrol eder. Tahmini ameliyat süresi, beklenen kan kaybı, ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar, olası anestezi riskleri, hastanın pozisyonu gibi kritik durumlar gözden geçirilir. Profilaktik antibiyotik sorgulanır, kullanılacak

malzemelerin durumu kontrol edilir, malzemelerin sterilizasyon uygunluğuna bakılır. Hastanın kan şekeri kontrolü, antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisi uygulama gerekliliği kontrol edilir.

IV. Ameliyattan çıkmadan önce: Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak hasta, yapılan ameliyat, ameliyat bölgesi, kontrol edilir. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları, hastadan alınan numune etiketinde; hastanın adı ve numunenin alındığı bölgenin yazımının doğruluğu kontrol edilir. Ameliyat sonrası kritik gereksinimlerin gözden geçirilme durumunun kontrolü yapılır.

Kontrol listesinin her aşamasının altına liste sorumlusu adını soyadını yazarak imza atar. Sorumlu tarafından liste oluşturulurken her basamak sesli okunarak doldurulur.

2.4. AMELİYATHANELERDE YAŞANAN HASTA GÜVENLİĞİ SORUNLARI

Ameliyathanelerde hasta güvenliğine ilişkin en sık yaşanan durumlar başlıklar altında ele alınmıştır.

Yangın ve Yanıklar

Ameliyathanelerde yangın ve yanıklara en sık baş boyun cerrahisi sırasında, sonrasında ise kolon cerrahisi ve anestezik gazların neden olduğu belirtilmektedir (Nishiyama, 2010). Cihaz ve kullanılan ekipmanlar açısından incelendiğinde en sık elektro cerrahi aletlerin kullanımı sırasında, sonrasında lazer cihazı kullanımı ve cilt antiseptikleri gelmektedir (Tooher, Maddern, Sımpson, 2004).

Baş boyun cerrahisi sırasında yangınları önlemek için cilt eksizyonu yapılırken elekro cerrahi aletlerden, alkol bazlı deri antiseptiklerinden ve oksijenden zengin çevreden kaçınılmalıdır. Anestezistler yüksek oksijen kullanımı sırasında cerrahi ekibi uyarmalıdır. Yangın anında oksijen bağlantısı hemen sonlandırılmalı, yangın su ve salinle söndürülmeli ve trakeostomi tamamlanmalıdır. Bronkoskopi yapılarak termal hasarın derecesine bakılmalıdır (Nishiyama, Komori, Kodaka, Tomizawa, 2010).

Cilt temizliği için solüsyonlar alkol bazlı ve yanıcıdır. Solüsyonlar uygulandıktan sonra önerilen bekleme süresinden (2-3 dk en az) daha uzun süre beklenmelidir; beş dakika tercih edilebilir. Yeterli süre beklenmezse kullanılan elektro cerrahi aletler alkol bazlı

solüsyonla birleşerek yangına sebep olabilir. Hastalarda ciddi yanık vakaları oluşabilmektedir. Elektro cerrahi aletlerde yangın ve aşırı ısınma riskini en aza indirmek için en düşük ayarında kullanılmalıdır (Nishiyama, Komori, Kodaka, Tomizawa 2010). Koter plağının hastanın cildi ile tam temas sağlamaması durumunda yanıkların ortaya çıktığı görülmüştür. Yapılan bir olgu sunumu çalışmasında septum deviasyonu olan hastada ameliyat sırasında elektirik çarpmasına bağlı yanıkların olduğu belirtilmiştir (Isır, Akbaba, Coşkun, Dülger, 2009).

Cerrahi girişime bağlı yanık ve yangınların önlenmesine ilişkin uygulamalar incelendiğinde yangın emniyet planının, yangın söndürme tüplerinin olduğu ve tüplerin kontrollerinin belli aralıklarla yapıldığı, yanıcı maddelerin taşınmasında gerekli güvenlik önlemlerinin alındığı sonucuna ulaşılmıştır (Gürlek, Kanber, Çevik, 2011).

Düşmeler

Düşme zeminden, herhangi bir obje üzerinde kişinin yer değiştirmesine sebep olan beklenmeyen değişimdir. JCI 2004- 2012 yılları arasında en çok raporlanan beklenmeyen olaylar arasında düşmeler beşinci sırada yer almaktadır (JCI, 2012). Düşme riskini azaltmak için her bir hastanın düşme riski düzenli olarak değerlendirilmelidir. Bütün düşmeleri önlemek mümkün olmasa da, ciddi yaralanmalar ve ölümlere neden olacak düşmeler önlenebilir (JCI, 2006).

Hastaların düşmeleri için risk oluşturacak göstergeler (JCI, 2006); düşme hikayesi, yaş (65 yaş üstü) fonksiyonel ve hareket sorunu, bilişsel bozulmalar, konfüzyon, oksijen, göğüs tüpü gibi ekipmana bağlı olanlar, postural hipotansiyon yada vertigo, çok çeşitli ilaç kullananlar, depresyon, beslenme problemleri, görme ve duyma problemi, inkontinans denge bozukluğu periferal duyu azalmasıdır.

Hasta güvenliği kültürü ile ilgili yapılan bir çalışmada hastanede en fazla düşme konusunda raporlamanın yapıldığı bildirilmiştir (Karaca, Arslan, 2014). Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, ameliyathanede hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik hasta güvenliği uygulamaların ilişkin veriler incelenmiş ve hasta transferinin yardımcı personellerin sorumluluğunda gerçekleştiği, hasta transfer talimatının bulunduğu, hastanın ameliyathaneye nakli için ucuca kayar sedye kullanıldığı, hastanın ameliyat mamasına naklinde yeşil örtünün kullanıldığı, her iki hastanede de hasta transferi yapan personellere belli periyodlarla bu konuda eğitim verildiği saptanmıştır (Gürlek, Kanber, Çevik, 2011).

İlaç hataları

İlaç hatası, hasta ve sağlık çalışanlarının kontrolü altındayken ilaçların izlenmesi, reçete edilmesi, uygulanması veya yönetimi sırasında olan istenmeyen hatalardır (http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp).

Hasta güvenliğine yönelik yapılan çalışmalarda hastanelerde en fazla ilaç hatalarının hastanelerde yaşandığı belirlenmiştir (Çırpı, 2009; İstanbullu, Yıldız, Zora, 2012). Kullanılmakta olan 1400'den fazla ilaç görünüşleri ve okunuşları benzediği için tıbbi hatalara sebep olmaktadır. İlaç depolama alanında düzenlemesi yapılarak hem görünüşleri, hem de okunuşları benzeyen ilaçları göz önünde bulundurarak buna göre etkili bir ilaç hata riski azaltma stratejisi uygulanmalıdır. İlaç uygulamalarına ilişkin politik ve prosedürler periyodik olarak düzenlenmeli ve mevcut uygulamalar geliştirilmelidir (AORN, 2013).

Ameliyathanede ilaç güvenliğinin etkili şekilde sağlanması için hastaların aldığı tüm ilaçlar kayıt altına tutulmalıdır. Enjektöre çekilen ilaçlar etiketlenmelidir ve ameliyat sonlandığı zaman boş flakon ve ampüller atılmalıdır. Hastanın alerji öyküsü ve diğer aşırı duyarlılık gösterdiği ilaçlar kayıt edilmelidir (Eren, 2008; WHO, 2009).

Ameliyathanelerde ilaç istemlerinin genellikle sözel olarak verilmesi ile oluşan ilacın isminin ve dozunun maske kullanımına bağlı yanlış anlaşılması ile oluşan iletişim bozulmaları ilaç hatalarına neden olmaktadır. İlaç hatalarının önlenmesi ve ilaç yönetiminin sağlanması için disiplinler arası takım yaklaşımı gerekmektedir. İlaç güvenliği komitesi, ilaç kullanımı sürecini paylaşan kişileri içermelidir. Bu kişiler ilaç kullanımına ilişkin izleme, yönetme, dönüştürme, hazırlama, tedarik etme, ilacı uygulama sürecini içeren, altı aşamanın her biri için risk azaltma stratejisini tanımlayarak ilaç yönetim planlamasını geliştirmelidir. Ameliyat öncesi uygulamalar nasıl uygulanıyorsa cerrahi ve diğer girişimsel işlemlerde de hastalar için aynı bakım standardı uygulanmalıdır (AORN, 2013).

Cerrahi Alan Enfeksiyonları

Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE), zararlı organizmaların ameliyat yerinin yüzeyindeki açıklıktan kişinin vücudunu veya dokularını saran bir durumdur (JCI, 2007). Ameliyattan implant yoksa 30 gün içinde, implant varsa bir yıl içinde ortaya çıkan, cerrahi girişimde bulunulan veya girişim sırasında müdahale edilen organ ve alanlarda gözlenen enfeksiyonlara

CAE denir. Yüzeysel enfeksiyon insizyon yerinin cilt altı dokusu ya da cilt yüzeyindeki içeren enfeksiyondur. Derin enfeksiyon derin yumuşak dokuları (faysa, kaslar vb.) içerir (Mangham ve ark., 1999).

CAE'de etkili faktörler, ameliyat öncesinden başlayıp, ameliyat sırası ve sonrasını da kapsamaktadır. CAE etkin izleme, hasta merkezli ve prospektif gözlem gerektirir (CDC, 2015). CAE gelişimini etkileyen risk faktörleri (Mangham ve ark., 1999);

1) Hastaya ait faktörler: Yaş, beslenme durumu, diyabet, sigara içme, obesite, mikroorganizma kolonizasyonu, ameliyat öncesi hastanede uzun kalma, perioperatif kan transfüzyonu, cerrahi insizyon ve organ/ alan dışında başka bir yerde enfeksiyon varlığı, preoperatif dönemde burunda Staphylococcus aureus kolonizasyonu, değişen bağışıklık sistemini içerir.

2) Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasındaki faktörler: Cilt antiseptiği, ameliyat öncesi cilt hazırlığı ve duş, ameliyat odası havalandırması, malzemelerin sterilizasyonunun yetersizliği, cerrahi alan içerisinde yabancı materyal, cerrahi teknik (kanama kontrolünün yetersizliği, doku travması), cerrahi dren, antimikrobiyal profilaksi, ameliyat süresi, cerrahi personelin enfeksiyon yönetimi, cerrahi kıyafet bütünlüğü, pansuman materyali ve ameliyat sonrası pansumanı içerir.

Cerrahide yaşanan istenmeyen olaylar içinde en sık karşılaşılan sorunlardan biri CAE'dır. CAE önlemek için kanıta dayalı uygulamalar kullanılmalıdır (JCI, 2015). Hastane enfeksiyonu ile ilgili yapılan çalışmalarda enfeksiyon dağılımları incelendiğinde CAE önemli yer tutmaktadır (Çelik, Şenol, Karlıdağ, 2009; Karahocagil ve ark., 2011).

Yanlış Taraf Cerrahisi

Cerrahi müdahalenin yanlış alanda uygulanmasına yanlış taraf cerrahisi adı verilir. Doğru alanda ameliyat yaparken alanın dışına çıkılması ve ameliyat başladıktan sonra olayın belirlenmesi durumudur (NHS, 2010).

JCI 2004-2012 arasında beklenmeyen olay raporlarında birinci sırada yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış prosedür olayı bulunmaktadır (JCI, 2012). Yanlış taraf cerrahisi için acil durumlar, prosedürlerin tamamlanması ya da başlaması için zaman baskısı, çoklu cerrahi müdahale gerektiren durumlar, fiziksel deformite ve morbit obeziteyi içeren alışılmadık fiziksel durumlar, tek vizit sırasında çok fazla prosedür işlerinin yapılması, ameliyathanelerde

alışılmadık malzeme ve durumlar risk faktörü olmaktadır (JCI, 2006). Yanlış taraf cerrahisi ile ilgili yapılan bir çalışmada en fazla yanlış taraf ameliyatı ve işaretlemesi ortopedi el cerrahisi ameliyatlarında meydana geldiği bulunmuştur (Eric, 2003).

Yanlış taraf ameliyatlarının önlenmesi için anesteziden önce ameliyat ekibi hastanın kimliği, ameliyat alanına ilişkin verdiği bilgiler onaylanır; cilt insizyonundan önce anestezi, cerrah ve ameliyathane hemşiresi tarafından doğru alan, doğru hasta doğru prosedür uygulaması olan time- out süreci gerçekleştirilir (WHO, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir ilinde özel hastaneler dışındaki üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde uygulanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kurumlarda yapılan ameliyat sayısının ve komplike vakaların fazla olması nedeniyle çalışma bu hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastaneler, yatak ve sağlık çalışanları sayıları Tablo 1'de sunulmuştur. Araştırma Mart 2014- Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Tablo 1: Araştırmanın yapıldığı hastaneler, yatak ve sağlık çalışanları sayıları (N=1581)

Hastaneler	Yatak sayısı	Öğretim üyesi	Asistan	Ameliyathane Hemşiresi	Derlenme Hemşiresi	Anestezi Teknikeri	TOPLAM
Hastane 1	1001	116	126	44	12	44	342
Hastane 2	1110	108	118	45	20	40	331
Hastane 3	1816	160	182	85	10	56	493
Hastane 4	688	73	40	40	16	35	204
Hastane 5	1103	76	58	42	-	35	211

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Belirtilen hastanelerde ameliyathane bünyesinde çalışanlar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır (N:1581). Hastane 3'de; Anestezi ve Reanimasyon anabilim dalı, Genel Cerrahi Anabilim dalı, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim dalı, Göz Cerrahisi Anabilim dalı (n: 94) başkanları tarafından araştırmanın yürütülmesi için izin verilmemiştir. Kulak Burun Boğaz Cerrahisi Anabilim dalı başkanı öğretim üyeleri (n: 8) için araştırmanın yürütülmesine izin vermemiştir, asistanlar için çalışmanın yürütülmesini uygun bulmuştur. Aynı hastanenin hemşirelik hizmetlerinde; Göz, Genel Cerrahi ve Kalp ve

Damar Cerrahisi kliniklerindeki hemşirelerle (n: 37) araştırmanın yapılmasına izin verilmemiştir.

Çalışmada olasılıksız örnekleme metodu ile çalışmaya katılmayı kabul eden en az altı aydır ameliyathanede çalışan, izinli ve raporlular haricindeki hemşireler, hekimler ve anestezi teknikerleri çalışmanın örneklemini oluşturmuştur (n=477). Çalışmaya dahil edilme kapsamında alınan altı aylık süre örgüt kültürünü ve işleyişi algılama açısından yeterli bir süre olarak değerlendirilmiştir. Benzer çalışmaların yapıldığı literatürde örneklem kapsamına giren en az üç hafta (Relihan ve ark., 2009) en fazla bir yıl çalışanlar (Önler, 2010) dahil edilmiştir.

Tablo 2: Evren ve Örneklem Sayıları

	Öğretim üyesi	**Hemşire**	**Asistan**	**Anestezi teknikeri**	**Toplam**
Kurum izni vermeyenler	**102**	**37**	**92**	**44**	**281**
Raporlu	5	13	12	7	**37**
İzinli	14	18	19	11	**62**
Çalışmaya katılmayı red eden	282	73	284	85	**724**
Çalışmaya katılmayı kabul eden	140	169	117	51	**477**
Toplam	**441**	**273**	**432**	**154**	**1581**

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak anket kullanılmıştır

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarıdır. Bağımsız değişkenleri; ameliyathanede çalışanların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, iş yerindeki pozisyonu, ortalama çalışma saatleri, uzmanlık alanındaki deneyimleri, kurumda hizmet içi eğitimlerin yapılma durumu ve katılma durumu, hasta güvenliğine yönelik eğitim alma durumlarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla Sosyodemografik ve Çalışma Özelikleri formu ve Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathane versiyonu) kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özelikleri Formu (Ek 1)

Bu form araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucunda oluşturulmuştur (Sexton ve ark., 2006a; Sexton ve ark., 2006b; Modak ve ark., 2007; Deilkås 2008; Kaya ve ark., 2010; Lee ve ark., 2010; Allard ve ark., 2011; Profit ve ark, 2012; Göras ve ark., 2013, Hoffmann ve ark., 2013; Zimmerman, 2013). Form; çalışanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, meslekte çalışma süresi, çalıştığı kurumdaki çalışma süresi, çalıştığı birimdeki çalışma süresi, haftalık çalışma saati, ameliyathanede kendi isteğiyle çalışma durumu, çalışma durumu, genel çalışma saatleri, çalışma saatleri dışında yeterince dinlenme durumu, ameliyathane oryantasyon eğitimi alma durumu, ameliyathanede hizmet içi eğitim alma durumu, hasta güvenliği eğitimi alma durumu gibi bilgileri elde etmeye yönelik 19 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu) (Ek 2)

Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ-Operating Room Version) Teksas Üniversitesinde Sexton ve arkadaşları (2006a) tarafından hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, yatan hasta birimleri ve günübirlik bakım üniteleri gibi versiyonlarını geliştirmişler ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. GTÖ'nin her versiyonu için madde içeriği kliniklere özgü küçük değişimlerle beraber aynıdır. Örneğin, "yoğun bakım ünitelerinde hataları tartışmak zordur" "ameliyathanede hataları tartışmak zordur" gibi.

Ölçeğin ameliyathane versiyonunun Türkçe' ye uyarlanması Önler (2010) tarafından yapılmıştır. Geçerlik çalışmaları için, dil, kapsam (uzman görüşü alınması) ve yapı geçerliliği (doğrulayıcı faktör analizi) incelenmiştir.

Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin (GTÖ) Türkçe çevirisi ile İngilizce orijinali arasındaki dil eşdeğerliliğinin saptanması için, ölçek öncelikle, akademik çeviriler yapan kurum tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Orijinal ölçek ile çeviri metni, ölçeğin Türkçe çevirisinde yer alan ifadelerin uygun olup olmadığını değerlendirmeleri için araştırmacı ve danışman tarafından belirlenen, İngilizcesi iyi olan beş uzmanın görüşüne sunulmuştur. Elde edilen ölçek, her iki dili de bilen bir kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Geri çevirisi yapılan ölçeğin ifadelerinde anlam değişikliği olmadığı belirlenmiş ve dil geçerliği onaylanmıştır (Önler, 2010).

Kapsam geçerliliği için hekim, hemşire öğretim üyeleri gibi alanında uzman on kişi belirlenerek görüşlerine başvurulmuş ve bildirilen öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Uzman görüşlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için kapsam geçerlik indeksi kullanılmıştır. Tüm ölçek için madde değerlendirmesinde uzmanların verdiği puan ortalaması, 58 madde için 4 üzerinden 3,49±0,23 (min:2,9; maks:4) bulunmuştur (Önler, 2010).

GTÖ'nün doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünmesiyle çıkan değer; 5254,48/1580= 3,3 olarak bulunmuştur ve ölçeğin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu görülmüştür. Güvenilirlik çalışmaları için ise, test tekrar test güvenilirliği (zamana karşı değişmezlik), iç tutarlılık katsayısı, madde analizi/madde toplam puan korelasyon katsayısı çalışmaları gerçekleştirilmiştir (Önler, 2010).

Test tekrar test güvenilirliğinde zamana karşı değişmezlik için taslak ölçek, 88 kişiye iki hafta arayla iki kez uygulanmıştır. İlk ve ikinci uygulamadan elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi (Student t testi=bağımlı iki grup ortalaması arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırılmış; iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (t=1,396, p=0,167). Ölçeğin güvenirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiş; iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,97, p=0,000) (Önler, 2010).

Önler'in (2010) çalışmasında korelasyon güvenirlik katsayılarının r=0.25-0.60 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı; ölçeğin alt boyutları ile arasındaki korelasyonlarının ise (r=0.86-0.91) pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur. GTÖ'nün alt boyutlarının güvenirlik çalışması için alt boyut maddelerinin alt boyut toplam puanları ile korelasyonları incelendiğinde, korelasyon güvenirlik katsayılarının (Pearson Korelasyonu); ekip işbirliği boyutunda; r=0,33 ile 0,57; iş memnuniyeti boyutunda; r=0,59 ile 0,75; yönetimle ilgili düşünceler boyutunda; r=0,60 ile 0,77; güvenli ortam boyutunda; r=0,44 ile 0,62; çalışma koşulları boyutunda; r=0,67 ile 0,75; stres düzeyinin belirlenmesi boyutunda; r=0,46 ile 0,67 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Ölçekte toplam 58 madde ve altı alt boyut bulunmaktadır. Bunlar, ekip işbirliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları ve stres düzeyinin belirlenmesidir. Alt boyutlar şöyle tanımlanmıştır:

Ekip işbirliği: Personeller arası algılanan işbirliği kalite seviyesi.

İş memnuniyeti: İş deneyimi hakkındaki pozitiflik seviyesi.

Yönetimle ilgili düşünceler: Yönetimsel hareketlerin kabul seviyesi.

Güvenli ortam: Güvenlik için etkin ve güçlü kurumsal bağlılık.

Çalışma koşulları: Çevresel koşulların ve lojistik desteğin kalitesi.

Stres düzeyinin belirlenmesi: Stres faktörleri tarafından nasıl etkilendiğinin belirlenmesidir.

Alt boyut maddeleri ve iç tutarlılık katsayısı değerleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayısı

Ölçek ve Alt Boyutları	**Madde sayısı**	**İç tutarlılık katsayısı (Sexton, 2006)**	**İç tutarlılık katsayısı (Önler, 2010)**	**Mevcut çalışma**
GTÖ	58	0.90	0.92	0.91
Ekip işbirliği (3,13,14,19,24,30, 34,35,37,38,39,43,50,58)	14	0.82	0.92	0.65
İş memnuniyeti (2,8,15,29,41)	5	0.86	0.72	0.76

Yönetimle ilgili düşünceler (7,9,10,17,18,22,26)	7	0.72	0.80	0.85
Güvenli ortam (4,5,11,12,20,21, 27,28,36,44,45,46,48,51,54,56,57)	17	0.76	0.82	0.77
Çalışma koşulları (6,23,42)	3	0.68	0.50	0.56
Stres düzeyi (1,16,25,31,32,33, 40,47,49,52,53,55)	12	0.72	0.80	0.77

Ölçek yanıtları için beşli (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. Ölçek ve alt boyutlarından alınan yüksek puan, daha olumlu tutumlar anlamına gelmektedir. Ölçeğin bazı maddeleri (1,12,16,24,25,27,31,32,33,36,39,44,47,49,52,53,56,58) olumsuz ifadeler içermektedir ve ters çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçekteki her bir maddeye verilen yanıtlar özetlenir, madde sayısına bölünür ve 100'lük sisteme çevrilerek 0-100 arası puan elde edilir. Ölçeğin altında bir adet açık uçlu soru yer almaktadır. Bu soru 'ameliyathanede hasta güvenliğini arttırmaya yönelik en çok önereceğiniz üç şey nedir' şeklindedir. Ancak bu soru çalışmanın amacıyla uyumlu olmadığından çıkarılmıştır ve değerlendirmeye alınmamıştır. Ayrıca ölçeğin kesme noktası yoktur. Puan arttıkça güvenlik tutumu artmaktadır.

Ölçek, çalışanın kendisinin doldurması yoluyla uygulanmaktadır. Doldurulması yaklaşık 20 dakika bir süre almaktadır. Veri toplama araçları, hekimlere, hemşirelere ve anestezi teknikerlerine araştırmacı tarafından elden dağıtılmış ve gizliliğin sağlanması amacı ile isim yazılmadan geri alınmıştır.

3.7. Araştırma Planı

- Literatür Tarama-Tez Önerisi Hazırlama (Aralık 2013-Mart 2014)
- Etik Kurul İzni-Kurum İzni (Mart 2014- Nisan 2014)
- Veri Toplama ve Veri Analizi (Nisan2014- Ocak 2015)
- Rapor Yazımı (Şubat 2015 – Haziran 2015)
- Tez Bitirme Sınavı (Temmuz 2015)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.00 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Ameliyathane çalışanlarının yaşı, eğitim durumları, çalışma pozisyonları, uzmanlık alanındaki deneyim süresi, çalışma süreleri ile güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, ileri analizler için scheffe analizi; Cinsiyeti, çalışma durumu, genel çalışma ve haftalık çalışma saatleri, ameliyathanede kendi isteği ile çalışma durumu, çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme durumu, ameliyathane oryantasyon programına katılma durumu, ameliyathanede düzenli hizmet içi programı yapılması, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumu ile güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t testi analizi, ileri analizler için scheffe analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın kurumlardaki bazı bölümlerden izin alınamamasına bağlı çalışanlara uygulanamaması sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (Ek 4), Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliğinden İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ek 5) ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi için (Ek 6), Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliğinden Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi (Ek 7) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden (Ek 8), Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan izin (18.12.2014, karar no: 2014/37-35) (Ek 9) uygulama izinleri alınmıştır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı (Ek 10) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden (Ek 11) ilgili birimlere ilişkin red cevabı alınmıştır

Araştırma kapsamına alınan bireyler araştırmanın amacı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 3) ile açıklanmıştır, onamları alınmıştır ve veriler gönüllülük esasına göre toplanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında incelenmiştir:

4.1. Ameliyathane Çalışanlarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Ameliyathane Çalışanlarının Demografik Özellikleri ile Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.1.Ameliyathane Çalışanlarının Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; ameliyathane çalışanlarının sosyo demografik çalışma, mesleki yaşam özellikleri ile hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumları incelenmiştir.

Tablo 4: Çalışanların Demografik Özellikleri (n=477)

Özellikler	Sayı	%	$\overline{X}$ ± SS	En düşük	En yüksek
Yaş			***35,16 ±8,68***	***22***	***66***
18-29	152	31,9			
30-39	200	41,9			
40 ve üstü	125	26,2			
Cinsiyet					
Kadın	232	48,6			
Erkek	245	51,4			
Medeni Durum					
Evli	318	66,7			
Bekar	159	33,3			
Eğitim Durumu					
Sağlık Meslek Lisesi	8	1,70			
Ön Lisans	61	12,8			
Lisans	102	21,4			
Yüksek Lisans	36	7,50			
Doktora	2	0,40			
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	129	27,0			
Tıp Uzmanı	139	29,1			
Çalıştıkları Kurum					

Hastane 1	146	30,6
Hastane 2	110	23,1
Hastane 3	101	21,2
Hastane 4	62	13,0
Hastane 5	58	12,2
Görev		
Öğretim Üyesi	140	29,4
Araştırma Görevlisi	169	35,4
Hemşire	117	24,5
Anestezi Teknikeri	51	10,7
Toplam	**477**	**100**

Araştırma grubunun örneklemini oluşturan 477 kişiden, yaş ortalaması 35,16 (SS=8,68), %41,9'u 30-39 yaş grubunda, %51,4'ü erkek, %66,7'si evlidir. Eğitim durumları incelendiği zaman %29,1'i tıp uzmanıdır. Çalışmaya katılanların %30,6'sı hastane 4' de çalışmakta ve %35,4'ü araştırma görevlisidir (Tablo-4).

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

İÇİNDEKİLER.....I

TABLO DİZİNİ.....IV

KISALTMALAR.....VI

ÖZET.....1

ABSTRACT.....3

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....4

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....4

1.2. Araştırmanın Amacı 7

1.3. Araştırmanın Hipotezi/Soruları 7

2. GENEL BİLGİLER.....8

2.1. Hasta Güvenliği.....8

2.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü.....11

2.1.2.Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturulması.....13

2.2. Ameliyathanelerin Genel Özellikleri.....16

2.2.1.Havalandırma, Sıcaklık ve Nem.....17

2.2.2. Mimari.....17

2.3. Ameliyathanede Hasta Güvenliği 19

2.4. Ameliyathanelerde Yaşanan Hasta Güvenliği Sorunları……...23

3. GEREÇ VE YÖNTEM ……..27

3.1. Araştırmanın Tipi ……..27

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ……..…….27

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ……..…….....…….27

3.4. Çalışma Materyali ……..……..……..28

3.5. Araştırmanın Değişkenleri……..……..…...…….....28

Sayfa No

3.6. Veri Toplama Araçları……..……..……..……..29

3.6.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özelikleri Formu…….…..….…....29

3.6.2. Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu)……..…….....29

3.7. Araştırma Planı…….……..…...32

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi……..…….....….....32

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları …….……....33

3.10. Etik Kurul Onayı……...…….....…33

4. BULGULAR…….…...…34

4.1. Ameliyathane Çalışanlarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular…….…….....35

4.2. Ameliyathane Çalışanlarının Demografik Özellikleri ile Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması …….…….……...…...….41

5. TARTIŞMA…….…...55

5.1. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları……..…....…55

5.2. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörler …….…….....57

6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….…...61

7. KAYNAKLAR…….....63

8. EKLER…….…...72

Ek1 Sosyodemografik ve Çalışma Özelikleri Formu……..….72

Ek 2 Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu)…….……....,.74

Ek 3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu…….……..……77

Ek 4 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden Uygulama İzni……..…...78

Ek 5 Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi……..……..….79

Ek 6 Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi.80

Sayfa No

Ek 7 Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi…..81

Ek 8 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi…….……82

Ek 9 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı.....83

Ek 10 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü…...84

Ek 11 Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin ..85

Ek 12 Özgeçmiş …….……..86

Sayfa No

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler, Yatak Ve Sağlık Çalışanları Sayıları……...…27

Tablo 2 Evren ve Örneklem Sayıları ……..……..…...….28

Tablo 3 Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) Ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı…….……..…..31

Tablo 4: Çalışanların Demografik Özellikleri……...…35

Tablo 5: Çalışanların Çalışma Özellikleri…….……...….....37

Tablo 6: Çalışanların Mesleki Yaşam Özellikleri ve Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alma Durumları ……..……...39

Tablo 7: Güvenlik Tutumları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları…….….....41

Tablo 8: Ameliyathane Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..42

Tablo 9: Ameliyathane Çalışanlarının Cinsiyetine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..43

Tablo 10: Ameliyathane Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….……...….43

Tablo 11: Ameliyathane Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….……44

Tablo 12: Ameliyathane Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..……...……45

Tablo 13: Ameliyathane Çalışanlarının Görevlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..……46

Tablo 14: Ameliyathane Çalışanlarının Meslekte,Kurumda ve Birimde Çalışma Süresine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….....…….47

Sayfa No

Tablo 15: Ameliyathane Çalışanlarının Diğer Değişkenlere Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..……..49

Tablo 16: Ameliyathane Çalışanlarının Aldıkları Eğitimlere Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……51

Tablo 17 : Güvenlik Tutumu Puan Ortalaması ile Güvenlik Tutumları Alt Boyutları ve Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişki……53

Tablo 18: Çalışanların Güvenlik Tutumunu Etkileyen Etmenler…….……54

KISALTMALAR

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TDK: Türk Dil Kurumu

JCI: Joint Comission International (Uluslar arası Birleşik Komisyon)

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

AORN: Association of periOperating Registered Nurse (Ameliyat Öncesi Uzman Hemşireler Derneği)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

TEŞEKKÜR

Eğitim, öğretim hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeden sunan, araştırmamım her aşamasında beni teşvik eden, bana sabırla destek olan tez danışmanım sayın *Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e*,

Araştırmam sırasında desteğini esirgemeyen, verilerimin değerlendirilmesinde istatistik konusunda yardım aldığım sayın *Doç. Dr. Murat BEKTAŞ'a*,

Değerli önerileri ve katkıları için
Tez jüri üyelerine,

Araştırma sürecimde beni yalnız bırakmayan ve yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma ve araştırmaya gönüllü olarak katılan ameliyathane çalışanlarına,

Yaşamımın her döneminde sevgileri ve ilgileriyle yanımda olan ve eğitimim sırasında göstermiş oldukları destek için aileme ve
değerli eşim *Şakir ONGÜN'e*
sonsuz teşekkürler.

Tablo 5: Çalışanların Çalışma Özellikleri (n=477)

Çalışma Özellikleri	Sayı	Yüzde	$\overline{X}$ ± SS	En düşük	En yüksek
Çalışma Durumu					
Kadrolu	460	96,4			
Sözleşmeli	17	3,60			
Ameliyathanede kendi isteği ile çalışma					
Evet	453	95,0			
Hayır	24	5,00			
Haftalık Ortalama Çalışma Saatleri			***58,19 ± 24,66***	***40***	***170***
40 saat	205	43,0			
40 saatten fazla	272	57,0			
Meslekte Çalışma Süreleri			***11,16 ± 9,05***	***1***	***42***
0-5 yıl	177	37,2			
6-15 yıl	150	31,4			
15 yıldan fazla	150	31,4			
Bulunduğu kurumda çalışma süresi			***7,71 ± 7,41***	***1***	***37***
0-5 yıl	240	50,3			
6-15 yıl	138	28,9			

15 yıldan fazla	99	20,8			
Bulunduğu birimde çalışma süresi			***6,80 ± 7,05***	***1***	***37***
0-5 yıl	270	56,6			
6-15 yıl	127	26,6			
15 yıldan fazla	80	16,8			
Toplam	**477**	**100**			

Örneklem grubunun %96,4'ü kadrolu, %95'i ameliyathanede kendi isteğiyle çalışmakta, %57'si haftada 40 saatten fazla çalışmakta ve ortalama meslekte çalışma süresi 11,16 (SS=9,05), %37,2'si meslekteki çalışma süresi 0-5 yıl arasındadır. Araştırma grubundakilerin bulundukları kurumda ortalama çalışma süresi 7,71 yıl (SS=7,41), bulundukları birimde ortalama çalışma süresi 6,80 yıl (SS=7,05) olarak saptanmıştır. Haftalık ortalama çalışma süresi ise 58,19 saat (SS=24,66)'tir (Tablo 5).

Tablo 6: Çalışanların Mesleki Yaşam Özellikleri ve Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alma Durumları (n=477)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Çalışma saatleri dışında yeterince dinlenme durumu		
Evet	127	26,6
Hayır	350	73,3
Yeterince dinlenememe nedenleri		
İşi ve sosyal hayatın yorucu olması	144	41,6
Yeterli zaman olmaması	153	44,3
İşin yorucu olması	49	14,1
Ameliyathane oryantasyon programı yapılma durumu		
Evet	154	32,3
Hayır	323	67,7
HİE* yapılma durumu		

Evet	198	41,5
Hayır	279	58,5
HİE programının belirlenmesinde katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alınma durumu		
Evet	156	75,4
Hayır	42	24,6
Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumu		
Evet	222	46,5
Hayır	255	53,5
Toplam	**477**	**100**
Hasta güvenliği konusunda eğitim için HİE programına katılanlar	203	91,4
Hasta güvenliği konusunda eğitim için kongreye katılanlar	15	6,7
Hasta güvenliği konusunda eğitim için sempozyuma katılanlar	4	1,8
Toplam	**222**	**100**

*HİE: Hizmet içi eğitim

Araştırma grubundakilerin %73,3'ü çalışma saatleri dışında dinlenemediği ve bunun nedeni olarak %44,3 dinlenmek için yeterli zaman olmadığı sonucu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %67,7'si ameliyathanede çalışmaya başlarken oryantasyon programı yapılmadığını, %58,5'i ameliyathanede düzenli hizmet içi eğitim yapılmadığını belirtmişlerdir. Hizmet içi programına katılanların %75,4'ü programın belirlenmesinde katılımcıların gereksinimlerinin dikkate alındığını bildirmiştir. Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumları incelendiğinde; sadece %46,5'sinin hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldığı ve bunların %91,4'ünün hasta güvenliği konusunda hizmet içi eğitim programına, %6,7'inin hasta güvenliği konusunda kongreye, %1,8'ünün hasta güvenliği konusunda sempozyuma katıldıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

4.2. Ameliyathane Çalışanlarının Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri ile Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İkinci bölümde; güvenlik tutumları ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları, ameliyathane çalışanlarının tanıtıcı, çalışma, mesleki özellikleri ve hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumları ile güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 7: Güvenlik Tutumları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n: 477)

GTÖ ve Alt Boyutlar	En düşük	En yüksek	Ortalama	Standart sapma
GTÖ toplam puan	14,22	88,36	49,99	12,24
Ekip İşbirliği	19,64	96,42	59,27	13,91
İş Memnuniyeti	0	100	57,74	22,01
Güvenli Ortam	10,29	94,11	53,35	13,97
Çalışma Koşulları	0	100	51,57	22,45
Yönetimle İlgili Düşünceler	0	100	44,59	22,47
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	0	87,5	33,94	15,44

Güvenlik Tutumları Ölçeği incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalamasının 49,99±12,24; ekip işbirliği ortalama puanının 59,27±13,91; iş memnuniyeti ortalama puanının 57,74±22,01; yönetimle ilgili düşünceler ortalama puanının 44,59±22,47; güvenli ortam ortalama puanının 53,35±13,97; çalışma koşulları ortalama puanının 51,57±22,45; stres düzeyinin belirlenmesi ortalama puanının 33,94±15,44 olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Ölçek toplam puanı ve alt boyutların puanları

değerlendirildiğinde çalışanların orta düzey bir tutum sergiledikleri, yalnızca stres düzeyine ilişkin tutumlarının daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 8: Ameliyathane Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Yaş Grupları	**n**	$\overline{X}$ **±SS**	**F**	**p**	**Anlamlı Fark**
					a,b<c
18-29 Yaş[a]	152	46,65±10,96	15,474	<0,001	a-b:0,064
30-39 Yaş[b]	200	49,66±12,01			ac:<0,001
40 Yaş ve üstü[c]	125	54,59±12,72			b-c:0,001

Ameliyathane çalışanlarının yaşı ile güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Scheffe ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; 40 yaş ve üstü grupta bulunan çalışanların puan ortalamaları hem 18-29 yaş grubunda ($p<0,001$) hem de 30-39 yaş grubunda bulunanların puan ortalamalarından ($p=0,001$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 8).

Tablo 9: Ameliyathane Çalışanlarının Cinsiyetine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Cinsiyet	n	$\overline{X}$ ±SS	t	p
Kadın	232	48,40±12,32	2,789	0,006
Erkek	245	51,50±11,98		

Ameliyathane çalışanlarının cinsiyetine göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır. Erkeklerin güvenlik tutumları puan ortalaması kadınlardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 9).

Tablo 10: Ameliyathane Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Medeni durum	n	$\overline{X}$ ±SS	t	p
Evli	318	51,08±12,21	2,777	0,006
Bekar	159	47,81±12,04		

Ameliyathane çalışanlarının medeni durumlarına göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır. Evli olanların güvenlik tutumları puan ortalaması bekar olanlardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 10).

Tablo 11: Ameliyathane Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Eğitim durumu	n	$\overline{X}$ ±SS	F	p	Anlamlı Fark
					d<a,b,c,e
SML-Önlisans [a]	69	49,03± 11,73			a-b: 0,846
					a-c: 1,000
					a-d: 0,745
					a-e:0,313
Lisans [b]	102	51,24± 13,04	5,106	<0,001	b-c:0,968
					b-d:0,069
					b-e:0,891
YL- DR [c]	38	49,54±14,78			c-d:0,763
					c-e:0,677
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi [d]	129	46,52±10,59			d-e:=0,001
Tıp uzmanı [e]	139	52,90±11,84			

Ameliyathane çalışanlarının eğitim durumları ile güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında;

grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur. Farkın hangi eğitim durumundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Scheffe ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; tıpta uzmanlık öğrencisi puan ortalamaları diğer eğitim durumlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 11).

Tablo 12: Ameliyathane Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Çalıştığı Kurum	n	$\overline{X}$ ±SS	F	p	Anlamlı Fark
					a,b,d,e<c
Hastane1[a]	146	47,29±12,78	10,331	<0,001	a-b:0,692
					a-c:<0,001
					a-d: 0,579
					a-e:0,995
Hastane2[b]	110	49,52±12,36			b-c:0,002
					b-d:0,996
Hastane3[c]	101	56,23±11,98			b-e:0,639
					c-d:0,048
Hastane4[d]	62	50,32±11,38			c-e:<0,001
Hastane5[e]	58	46,47±7,18			d-e:0,526

Ameliyathane çalışanlarının çalıştıkları kurum ile güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi kurumlardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Scheffe ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; Hastane-3 çalışanlarının puan ortalamaları diğer kurumlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 12).

Tablo 13: Ameliyathane Çalışanlarının Görevlerine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Görev	n	$\overline{X}$ ±SS	F	P	Anlamlı Fark
					b,d<a,c
Öğretim Üyesi[a]	140	54,41±11,94	15,184	<0,001	a-b:<0,001
Araştırma Görevlisi[b]	169	46,82±10,86			a-c:<0,317
Hemşire[c]	117	51,65±12,98			a-d:<0,001
Anestezi Teknikeri[d]	51	44,56±10,81			b-c:0,009
					b-d:0,694
					c-d:0,005

Ameliyathane çalışanlarının görevlerine göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi meslek gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan Scheffe ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; öğretim üyesi ve hemşirelerin güvenlik tutumları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde araştırma görevlisi ve anestezi teknikerlerinin güvenlik tutumları puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 13).

Tablo 14: Ameliyathane Çalışanlarının Meslekte, Kurumda ve Birimde Çalışma Süresine Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Süre	n	$\overline{X}$ ±SS	F	p	Anlamlı Fark
Meslekte çalışma süresi					
					a<b,c
0-5 yıl[a]	177	46,79±10,52	12,363	<0,001	a-b:0,025
6-15 yıl[b]	150	50,41±12,78			a-c:<0,001
15 yıldan fazla[c]	150	53,35±12,67			b-c:0,106
Kurumda çalışma süresi					
					a,b<c
0-5 yıl[a]	240	48,64±11,76	7,145	0,001	a-b:0,824
6-15 yıl[b]	138	49,45±12,31			a-c:0,001
15 yıldan fazla[c]	99	55,02±12,52			b-c:0,017
Birimde çalışma süresi					
					a,b<c
0-5 yıl[a]	270	48,78±11,67	6,241	0,002	a-b:0,685
6-15 yıl[b]	127	49,91±12,77			a-c:0,002
15 yıldan fazla[c]	80	54,22±12,47			b-c:0,046

Ameliyathane çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Farkın kaynağını belirlemek için yapılan Scheffe ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; meslekte 6-15 yıldır çalışanların ve 15 yıldan fazla süredir çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde meslekte 0-5 yıldır çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 14).

Ameliyathane çalışanlarının kurumda çalışma sürelerine göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Farkın kaynağını belirlemek için yapılan Scheffe ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; kurumda 15 yıldan fazla süredir çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kurumda 0-5 yıldır ve 6-15 yıldır çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 14).

Ameliyathane çalışanlarının birimde çalışma sürelerine göre güvenlik tutumları puan ortalaması bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Farkın kaynağını belirlemek için yapılan Scheffe ileri analizi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; birimde 15 yıldan fazla süredir çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde birimde 0-5 yıldır ve 6-15 yıldır çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 14).

Tablo 15: Ameliyathane Çalışanlarının Diğer Değişkenlere Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Değişkenler	n	$\overline{X}$ ±SS	t	p
Haftalık Çalışma Saati				
40 saat	205	51,78±12,76	2,792	0,006
40 saat üstü	272	48,64±11,67		
Çalışma Durumu				
Kadrolu	460	49,91±12,03	0,572	0,575
Sözleşmeli	17	52,30±17,13		
Ameliyathanede Kendi İsteği ile Çalışma				
Evet	453	50,02±12,37	0,197	0,807
Hayır	24	49,51±9,62		
Çalışma Saatleri Dışında Yeterli Dinlenme Durumu				
Evet	127	54,55±12,57	5,024	<0,001
Hayır	350	48,34±11,70		

Ameliyathane çalışanlarının haftalık çalışma saatine göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; haftada 40 saat ve

40 saatten fazla çalışan grupların puan ortalamaları incelendiğinde haftada 40 saatten fazla çalışanların puan ortalamaları düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 15).

Ameliyathane çalışanlarının çalışma durumuna (kadrolu-sözleşmeli) göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile incelendiğinde; grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 15).

Ameliyathane çalışanlarının ameliyathanede kendi isteği ile çalışma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile incelendiğinde; grupların puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 15).

Ameliyathane çalışanlarının çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; yeterli dinlenemeyen grubun güvenlik tutumları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 15).

Tablo 16: Ameliyathane Çalışanlarının Aldıkları Eğitimlere Göre Güvenlik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 477)

Eğitim	n	$\overline{X}$ ±SS	t	p
Bu hastanede çalışmaya başlarken ameliyathane oryantasyon programına katılma				
Evet	154	52,79±12,12	0,045	0,001
Hayır	323	48,66±12,08		
Ameliyathanede düzenli HİE* Programı Yapılması				
Evet	198	53,71±12,11	0,104	<0,001
Hayır	279	47,35±11,64		
Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Programına Katılma				
Evet	222	52,89±11,70	0,421	<0,001
Hayır	255	47,47±12,16		

* HİE: Hizmet içi eğitim

Ameliyathane çalışanlarının bu hastanede çalışmaya başlarken ameliyathane oryantasyon programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile incelendiğinde; oryantasyon programına katılan grubun

güvenlik tutumları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 16).

Ameliyathanede düzenli hizmet içi programı yapılmasına göre ameliyathane çalışanlarının güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır. Çalıştığı kurumda düzenli hizmet içi eğitim programı düzenlenen bireylerin güvenlik tutumları puan ortalamaları düzenlenmeyenlerin puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 16).

Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; eğitim programına katılan gruptakilerin puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 16).

Tablo 17: Güvenlik Tutumu Puan Ortalaması ile Güvenlik Tutumları Alt Boyutları ve Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişki

	GTO	Ekip işbirliği	İş memnuniyeti	Yönetim desteği	Güvenli ortam	Çalışma koşulları	Stres düzeyi	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Meslekte çalışma süresi	Haftalık çalışma saati	Hasta güvenliği eğitimine katılma
GTO	1												
Ekip işbirliği	,829	1											
İş memnuniyeti	,803	,688	1										
Yönetim desteği	,838	,641	,746	1									
Güvenli ortam	,885	,722	,641	,688	1								
Çalışma koşulları	,749	,641	,611	,717	,638	1							
Stres düzeyi	,363	,028	,104	,103	,154	,043	1						
Yaş	,**284**	,225	,**296**	,240	,228	,247	,091	1					
Cinsiyet	,127	,064	,201	,117	,051	,021	,127	,066	1				
Meslek	-,078	-,121	-,134	-,088	-,053	-,030	,061	-,034	-,146	1			
Meslekte çalışma süresi	,222	,193	,186	,172	,187	**,226**	,071	,831	-,107	,169	1		
Haftalık çalışma saati	-,195	-,136	-,112	-,141	-,145	-,192	-,162	-391	,217	,-357	-,531	1	
Hasta güvenliği eğitimine katılma	**-,221**	-,153	-,098	-,203	-,199	-,208	-,125	-0,40	,185	-,112	-,115	,208	1

Güvenlik tutum puan ortalaması ile alt boyutlarından ekip işbirliği (r=,829) , iş memnuniyeti (r=,803), yönetim desteği (r=,838), güvenli ortam (r=,885) ve çalışma koşulları(r=749) arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki, stres düzeyi ile arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Güvenlik tutumu ile etkileyen faktörlerden yaş arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hasta güvenliği eğitimine katılma durumu ile güvenlik tutumu arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yaş ile iş memnuniyeti alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Meslekte çalışma süresi ile çalışma koşulları alt boyutu arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 18: Çalışanların Güvenlik Tutumunu Etkileyen Etmenler

Değişken	B	Standart hata	Standart beta	t	p	tolerance	VIF
Sabit	41,502	3,177	-	13,065	,000		
Yaş	,361	,061	,256	5,921	,000	,568	1,761
Hasta güvenliği eğitimi programına katılma durumu	-5,462	1,109	-,223	-4,923	,000	,961	1,041
Erkek	4,620	1,274	,189	3,628	,000	,548	1,823
Hemşire	2,894	1,623	,102	1,783	,075	,884	1,132
Eğitim durumu	,242	,354	,038	,683	,495	,879	1,138
Tıp uzmanı	-,796	1,664	-,022	-,478	,633	,664	1,506
R= ,393 R^2= ,154 F= 14,278 p= ,000 Durbin Watson: 1,782 (1,5-2,5)							

Çalışanların güvenlik tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Korelasyon analizi ile modele girecek değişkenler belirlenmiştir. Belirlenen değişkenlerin modeli %15 açıklandığı sonucuna ulaşılmıştır. En önemli değişkenler; yaş, hasta güvenliği eğitimi programına katılma durumu ve erkek cinsiyet olarak bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 18).

5)TARTIŞMA

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması hasta güvenliğini sağlamanın temelidir. Güvenlik kültürünün sağlanmasında sağlık çalışanlarının algıları ve tutumlarının belirlenmesi önemlidir. Hasta güvenliği kültürü ile ilgili bir literatür taramasında güvenlik kültürünü geliştirmek için bir çok etkinin ölçülebildiği yöntemin sıkça kullanıldığı ve etkili olduğu bulunmuştur (Weaver ve ark., 2013). Ameliyathane, hastanede farklı meslek gruplarının bir arada çalıştığı, teknolojik ekipmanların kullanıldığı, stres faktörünün en etkili olduğu ortamlardan birisidir. Çalışmada ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler incelenmiştir.

5.1. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları

Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları orta düzeyde bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sexton, 2006a; Önler, 2010).

Ameliyathane çalışanlarının Güvenlik Tutumları Ölçeği alt boyutlarda en olumlu tutumun ekip işbirliğinde olduğu belirlenmiştir. Ekip işbirliği puanının bu çalışma ile benzer olduğu çalışmalar mevcuttur (Sexton, 2006; Filiz, 2009; Çakır, Tütüncü 2009; Gündoğdu, Bahçecik 2012; Dirik, 2014). Ekip çalışması puanının yüksek olması hasta güvenliğinin sağlanmasında ve olumlu bir kültür ortamının oluşmasında önemli bir faktördür (Kohn, 2000). Ekip çalışması ve hasta güvenliği ile ilgili yapılan bir literatür taraması sonucunda birbirleri ile ilişkili faktörler olduğu sonucu saptanmıştır (Manser, 2009). Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir çalışmada ise, çalışmaya katılanların %58'i ekipler arasında işbirliği olmamasının hataları arttırdığını belirtmişlerdir (Gürlek, Kanber, Çevik, 2011). Ameliyathanede çalışan cerrahlar, hemşireler ve anestezistlerin dahil olduğu gözlemsel bir çalışmada ekip çalışanları arasındaki sorunların cerrahi performansı etkilediği gözlemlenmiştir (Catchpole ve ark., 2008). Hasta güvenliği kültürü ile ilgili bir çalışmada birimler içinde ekip işbirliğinin iyi olduğu bulunmuştur (Amarapathy, Sridharan, Perera, Handa, 2013). Ekip çalışmasının iyi olması hasta güvenliği tutumlarını iyi yönde artırarak olumlu kültür ortamının gelişimini destekleyeceği düşünülebilir.

Güvenlik Tutumları Ölçeğinde iş memnuniyeti alt boyut puanı orta seviyededir ve en yüksek puan alan ikinci değer olarak belirlenmiştir. Sexton ve ark. (2006a) yaptığı çalışmada da benzer şekilde en yüksek değeri alan ikinci alt boyuttur. Önler'in (2010) çalışmasın da bu çalışma ile aynı şekilde orta seviyede bulunmuştur. Ameliyathanede yapılan bir çalışmada iş

memnuniyetiyle hasta güvenliği arasında olumlu yönde bir ilişki saptanmıştır (Gheorghe, 2014). Ameliyathanelerde iş memnuniyeti artan çalışanların hasta güvenliğine yönelik tutumlarının da artacağı söylenebilir.

Çalışma koşulları alt boyutu orta seviyede puan almıştır. Çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Sexton ve ark., 2006a; Önler, 2010). İş yükünün artması, çalışma saatlerinin fazla olması, çalışan istihdamının hasta güvenliğini etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (Ann ve ark., 2003; Rogers ve ark., 2004; Göktaş, 2007; Eroğlu, 2011; Rieger ve ark., 2015). Çalışma koşullarının düzenlenmesiyle çalışanların hasta güvenliği tutumlarının olumlu yönde değişeceği düşünülmektedir.

Çalışmada yönetimle ilgili görüşler orta seviyededir fakat çalışmada en düşük ikinci değer olarak saptanmıştır. Çalışma ile benzer olarak yönetim desteğinin düşük olduğu çalışmalar bulunmuştur (Sexton ve ark., 2006a; Filiz, 2009). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da (2010) çalışanların yönetimin hasta güvenliği konularındaki desteğini yetersiz bulduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda kurumda hasta güvenliğinin tam olarak sağlanmasında yöneticinin desteğinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Etchells, 2001; Hughes, Chang, Mark 2009; Adıgüzel, 2010; Disch ve ark. 2011; Feng ve ark. 2011). Bu çalışmaların yanı sıra, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algılarını inceleyen bir çalışmada yönetimin hasta güvenliğine olan bağlılığı, çalışanların güvenlik algıları ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (Vural ve ark., 2014). Yöneticinin hasta güvenliği kültürünü benimsemiş olması ve çalışana desteğini hissettirmesi çalışanların güvenlik tutumlarını arttırarak hasta güvenliğinin daha iyi sağlanacağı söylenebilir.

Ameliyathane çalışanlarının Güvenlik Tutumları Ölçeğinde alt boyutlarda en düşük puanı ise stres düzeyinin belirlenmesi almıştır. Bu çalışmanın aksine bazı çalışmalarda stres düzeyinin belirlenmesi puanı yüksek bulunmuştur (Önler,2010; Kaya, Barsbay, Karabulut, 2010). Ameliyathanede cerrahlarla yapılan bir çalışmada ameliyathane içindeki en fazla stres yaratan durumların arasında ekip çalışmasının yer aldığı ortaya çıkmıştır (Arora ve ark., 2010). Ameliyathanede iş memnuniyetinin hasta güvenliği üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, ameliyathane çalışanlarının stres seviyelerinin yüksek olması iş memnuniyetini ve beraberinde hasta güvenliğini de etkilediği saptanmıştır (Gheorghe, 2014). Bu çalışmada stres düzeyinin düşük olması, ameliyathane içindeki ekip işbirliğinin olumlu algılanması ile ilişkilendirilebilir. Literatürde ekip çalışmasının çalışanların stresi üzerinde etkisi

bulunmaktadır. Ameliyathanede stres düzeyinin düşük olması hasta güvenliği kültürünü olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.2. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Yapılan bu çalışmada yaşın güvenlik tutumlarını etkilediği, 40 yaş ve üzeri grubun güvenlik tutumlarının diğer gruplardan daha olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Çalışma sonuçları literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Kim, An, Kim, Yoon, 2007; Önler, 2010). Yaşla beraber bireylerin deneyimlerinin artması ve mesleksel etiğin özümsenmesiyle beraber çalışanların tutumları yüksek bulunmuştur. Bu durumun hasta güvenliği kültürünün yeni işe başlayan kişileri olumlu yönden etkileyerek olumlu ve güvenli çalışma ortamının devamını sağlaması açısından önemli olduğu söylenebilir.

Erkeklerin kadınlara göre güvenlik tutumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Ancak literatürde yapılan çalışmalarda iki cinsiyet arasında güvenlik tutumları açısından fark bulunmamıştır (Filiz, 2009; Önler, 2010).

Ameliyathane çalışanlarının medeni durumunun güvenlik tutumlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 10). Sonucun literatür bulguları ile uyumlu olduğu görülmüştür (Filiz, 2009). Çalışmada yaşın ilerlemesinin güvenlik tutumunu olumlu yönde etkilemesi, evli olanların sorumluluk alması ve zor durumlarla baş etme becerisinin bekarlara oranla daha iyi olması ve bu durumunda görevlerine etki ederek hasta güvenliği tutumlarını etki ettiği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin güvenlik tutumlarının, diğer eğitim durumlarından daha olumsuz olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Tıpta uzmanlık öğrencilerinin henüz eğitimlerine devam etmeleri, kuruma aidiyetlerinin oluşmaması ve çalışma koşullarına bağlı olarak bu sonuca ulaşıldığı söylenebilir.

Hastanelerin güvenlik tutumlarına baktığımızda hastane 3'ün diğer kurumlardan daha iyi tutuma sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Bu hastanede yapılan kalite çalışmalarının, kurumda uygulanan hasta güvenliği politikalarının ve yapı olarak ele aldığımızda tüm branşların ameliyathanelerinin ayrı olması çalışanların güvenlik tutumlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Ameliyathane çalışanlarının görevlerine göre güvenlik tutumları puanları öğretim üyeleri ve hemşirelerde daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 13). Önler'in (2010) çalışmasında ise fark bulunamamıştır. Öğretim üyelerinin meslekte çalışma yılları fazla

olması ve buna balı olarak kuruma aidiyet ve bağlılık duygusunun oluşması, eğitimi veren yani tüm sorumluluğu alan pozisyonunda olmasıyla beraber güvenlik tutum puanları artış gösterdiği düşünülmüştür. Hemşirelerin hastaların güvenliğini sahiplenici tutumları ve bu konuyu önemsemeleri ayrıca Benner'in uzmanlık yaklaşımında belirttiği üzere mesleksel deneyimin artmasıyla beraber işini tümüyle algılayarak ve özümseyek çalışmakta buda güvenlik tutumu puanlarını olumlu yönde etkilemektedir (Thomas, Sexton, Robert, Helmreich, 2003; Benner, Hughes, Sutphen, 2008).

Ameliyathane çalışanlarının meslekte, kurumda ve birimde 15 yıldan fazla süredir çalışmanın güvenlik tutumları puanını etkilediği saptanmıştır (Tablo 14). Literatürde çalışma bulguları ile eşdeğerlik gösteren çalışmalar mevcuttur (Kim, An, Kim, Yoon, 2007; Önler, 2010). Çalışma bulgularımızın aksine, Filiz (2009) çalışmasında kıdem yılı arttıkça hasta güvenliği kültürü düzeyi azalmıştır. Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir çalışmada ameliyathanede çalışma süresinin hasta güvenliğine ilişkin görüşlerini etkilediği belirlenmiştir (Canpolat, 2011). Kurumda ve birimde deneyim arttıkça kurumun benimsenmesi ve kültürün parçası haline geldiğini düşünmesi bireylerin tutum puanlarını buna paralel olarak yüksek olmasını sağlamıştır. Bu durum hasta güvenliğini olumlu yönde etkilemektedir.

Araştırma grubunun 4/3'ünün çalışma saatleri dışında yeterince dinlenemediğini bildirmiştir. Yeterli dinlenemeyen grubun güvenlik tutumları puanının düşük belirlenmiştir (Tablo 15). Hemşireler ve doktorlarla yapılan çalışmalarda çalışma saatlerinin fazla olması hataların artmasına neden olmakta ve hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Ann ve ark., 2003; Rogers ve ark., 2004; Filiz, 2009; Rieger ve ark., 2015). Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin görüşlerinin belirlendiği bir çalışmada, uzun çalışma saatlerinin hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyen en önemli neden olarak bildirilmiştir (Gürlek, Kanber, Çevik, 2011). Çalışanların yeterli dinlenememesi cerrahi hataları arttırmakta ve kişilerin hasta güvenliğini korumaları mümkün olmamaktadır ve buna bağlı olarakta hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değiştiği söylenebilir.

Ameliyathane çalışanlarının hastanede çalışmaya başlarken ameliyathane oryantasyon programına katılmalarının, güvenlik tutumlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Tablo 16). Önler'in (2010) çalışma bulgularında ameliyathane oryantasyon programına katılan ve katılmayan gruplar arasında fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada oryantasyon eğitimi alan bireylerin kuruma olan aidiyet hissinin geliştiği sonucu bulunmuştur (Boylu, 2011). Hemşirelerin oryantasyon eğitimine yönelik düşüncelerinin sorulduğu bir anket çalışmasında

katılımcıların %91,11 oryantasyon eğitiminin verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Pınar, Doğan, Kırlangıç, Özdemir, 2010). Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane oryantasyon eğitimine ilişkin düşüncelerini inceleyen bir çalışmada % 67.2'si herhangi bir oryantasyon eğitimine katılmamıştır. Ameliyathanede oryantasyon eğitimine katılanların % 85.7'si bu eğitimi yararlı bulmuştur (Göçmen, 2004). Günay'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada oryantasyon eğitimin örgütsel bağlılığa olan etkisi araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda oryantasyon eğitimi alan bireylerin örgüte olan bağlılıkları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hasta güvenliğinin sağlanması için işe başladıklarında oryantasyon programı alan bireyler, kendini kurumun bir parçası olarak görmeye ve kurum kültürüne ve güvenlik kültürüne ilişkin tutumları oluşmaya başlamaktadır.

Araştırmaya katılanların yarısından fazlası çalıştıkları kurumda hasta güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim almadıklarını belirtmiştir. Çalıştığı kurumda, düzenli hizmet içi eğitim programı düzenlenen bireylerin güvenlik tutumları puanı, düzenlenmeyenlerin puanından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Araştırma grubunun % 53,5 hasta güvenliği konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılan grubun tutumu yüksek bulunmuştur. Önler'in (2010) çalışma bulgularında hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılan ve katılmayan gruplar arasında fark bulunmamıştır. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin hasta güvenliğini algılama dereceleri ve sürekli öğrenme arasında yüksek derecede olumlu bir ilişki olduğu bulunmuştur (Polat ve ark., 2011). Hasta güvenliği kültürü üzerine doktorlar ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada en iyi ilişki hasta güvenliği kültürü ile öğrenmenin devam etmesi ve kurumsal öğrenme alt boyutu arasında bulunmuştur (Amarapathy, Sridharan, Perera, Handa, 2013). Ameliyathanede ve operasyon öncesi bakım salonunda hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik yapılan bir literatür taramasında, çalışanlar için ekip performansının geliştirilmesi açısından eğitiminin önemli olduğu sonucu bulunmuştur (Sevdalis, Hull, Birnbach, 2012). Çalışanların aldıkları eğitimle beraber yenilikler takip etmeleri, farkındalıklarının artması, hasta güvenliğine olan bakış açılarını değiştirmekte ve gösterdikleri tutumun olumlu olmasını sağlandığı düşünülmektedir.

Yürütülen çalışmada güvenlik tutumu puan ortalaması ile yaş ve hasta güvenliği eğitim programına katılma arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Güvenlik tutumu alt boyutlardan iş memnuniyeti ile yaş arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 17). Yapılan çalışmalarda da hasta güvenliğine yönelik eğitim almak ve

hasta güvenliği ile eğitim almak arasında olumlu yönde artan bir ilişki belirlenmiştir (Önler, 2010; Polat ve ark., 2011; Amarapathy, Sridharan, Perera, Handa, 2013). Aynı şekilde iş memnuniyeti artan çalışanların hasta güvenliği tutumları olumlu olduğu belirlenmiştir (Önler, 2010,Gheorghe, 2014). Kurumda çalışanların yaşının artmasıyla beraber kuruma olan aidiyet, bağlılık duygularının artmasıyla iş memnuniyetinin de arttığı söylenebilir. İş memnuniyetinin artması, çalışma ortamında stresin azalmasını sağlamakta ve buna bağlı olarak ekip çalışması daha verimli olmakta ve çalışanların güvenlik tutumlarının arttığı düşünülmektedir.

Yapılan analizler sonucunda güvenlik tutumu ile etkileyen faktörlerden hasta güvenliği eğitimi almak güvenlik tutumları için çok önemli bir faktör olarak saptanmıştır (Tablo 18). Yapılan çalışmalarda da eğitiminin gerekliliği belirlenmiştir (Önler, 2010; Polat ve ark., 2011; Sevdalis, Hull, Birnbach, 2012; Amarapathy, Sridharan, Perera, Handa, 2013). Hasta güvenliğini kültürü ortamının sağlanmasında ve sürdürülmesinde çalışanlara verilen hasta güvenliği konusunda eğitimlerin önemi ön plana çıkmaktadır ve güvenlik tutumlarının olumlu şekilde sağlanmasında önemli ölçüde etkisinin olacağı düşünülmektedir.

6) SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutum puanlarına baktığımızda en yüksek puanı ekip işbirliği alt boyutu, en düşük puanı ise stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutu almıştır. Etkileyen faktörlere baktığımızda; çalışanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, kurumda, birimde ve meslekteki çalışma yılları, çalışanların yeterli dinlenememesi, ameliyathane oryantasyonun yapılmaması ve hizmet içi eğitimlerin yapılmaması güvenlik tutumlarını etkilemektedir.

Çalışma bulgularını göz önünde bulundurduğumuzda en etkin ve etkili şekilde hasta güvenliği kültürü ortamı yaratılmasında ve yaratılan pozitif ortamın sürdürülmesinde hastane yöneticilerine, birim sorumlularına, çalışanlara önemli sorumluluklar düşmektedir;

Bu kapsamda çalışma ortamı için yöneticilere aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- ✓ Çalışanların, çalışma saatlerinin, yasal çerçeve sınırlarında tutulmasının sağlanması
- ✓ Çalışanlara yeterli dinlenme imkanını sağlayacak vardiya planlamasının yapılması
- ✓ Ameliyathanede çalışmaya başlamadan önce bireylerin ameliyathanene oryantasyon programına alınması
- ✓ Çalışanların sürekli gelişimini sağlamak için hasta güvenliği konusunda çalışanların görüşleri doğrultusunda hizmet içi eğitim programlarının sürekliliğinin sağlanması
- ✓ Hasta güvenliği kültürünün kurumda yerleşmesi ve devamının sağlanması için yönetici desteğinin sağlanması
- ✓ Çalışanın kendini özgür hissedebileceği çalışma ortamı yaratılarak yapılan hataların paylaşılması, bu durumları öğrenmek için fırsat olarak görülmesinin sağlanması ve öğrenen kendini geliştiren bir kültür ortamı yaratılması
- ✓ Hasta güvenliği tutumuna yönelik yapılan çalışmaların sağlıklı bir kültür ortamı yaratılmasının daha kolay, daha etkili ve daha başarılı olması için arttırılması
- ✓ Çalışanların ekip işbirliğini etkili şekilde sürdürülmesine katkı sağlamak amacı ile ameliyat öncesi ve sonrası kısa bilgilendirme toplantıları yapılması
- ✓ Yöneticiler kurumdaki işbirliği, güven ve uyumu sağlayabilmeleri için ekip çalışmasını destekleyerek, örnek davranış sergilemelidir.

Araştırmacılara konu kapsamında öneriler:

- Ameliyathane çalışanlarında hasta güvenliği tutumlarının iyileştirilmesi kapsamında yönetimin desteği ve tutumlarının da incelenmesi ve iyileştirilmesi yönünde yarı deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Bu çalışma İzmir ilindeki Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde yapılmıştır, bu bağlamda;

*İzmir ili ve ilçelerinde bulunan özel hastaneler ve devlet hastanelerinde çalışmanın yapılması

*Türkiye'de hasta güvenliğini en iyi noktaya getirmek için; farklı illerde yapılan çalışmalarla çalışanların tutumları incelenerek, hangi noktalarda eksiklerimizin olduğunu belirleyip, hasta güvenliği kültürü konusunda ilerlenmenin sağlanması önerilmektedir.

7) KAYNAKLAR

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

Akgün A., Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS uygulamaları", Dördüncü Basım, Emek Yayınevi, Ankara, 2005; 228-313

Aksakoğlu G., Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, İkinci basım, DEÜ Rektörlük Basımevi, İzmir, 2006; 195-202

Alcan Z., Tekin D.E., Civil S.Ö., Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü, Birinci basım, Nobel tıp kitapevi, İstanbul, 2012

Alanoğlu Z., Bermede A.O., Güçlü Ç.Y., Turhan Ç.S. ve ark., Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği, Literatür Dergisi, 2014; 339: 2-7

Allard J., Bleakley A., Hobbs A., Coombes L., Pre-Surgery Briefings and Safety Climate in the Operating Theatre, BMJ Qual Saf, 2011; 20: 711-717

Amarapathy M., Sridharan S., Perera R., Handa Y., Factors Affecting Patient Safety Culture in a Tertiary Care Hospital in Sri Lanka, International Journal of Scientific and Technology Research, 2013; 2(3): 173-180

American Institute Of Architects. Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities, Washington, DC, American Institute of Architects Press, 2001

AORN, Perioperative Standards And Recommended Practices, 2013

Angela M.W.,William S.E., Ranjit S., Timothy J.S. ve ark., Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facilitiy, Geriatr Nurs., 2007; 28: 126-136

Ann E.R., Wei-Ting H., Linda D.S., Linda H.A. ve ark., The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety, Health Affairs, 2004; 23(4): 202-212

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

Arora S., Hull L., Sevdalis N.,Tierney T. ve ark., Factors Compromising Safety in Surgery: Stressful Events in the Operating Room, the American Journal of Surgery, 2010; 199: 60–65

Bahar Z., Verilerin Çözümlenmesinde İstatistiksel Yöntemler, Editör; Erefe İ., Hemşirelikte Araştırma İlke ve Süreçleri, Dördüncü Baskı, Ankara, 2012; 189-249

Benner P., Hughes R.G., Sutphen M., Clinical Reasoning, Decision Making, and Action: Thinking Critically and Clinically, Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008; 1: 87-109

Beuzekom M., Boer F., Akerboo S., Hudson P., Patient Safety in the Operating Room: an Intervention Study on Latent Risk Factors, BMC Surgery, 2012; 12(10)

Bethune A., Sasirekha G., Sahu A., Cawthorn S. ve ark., Use of Briefings and Debriefings As a Tool in Improving Team Work, Efficiency and Communication in the Operating Theatre, Postgrad Med Journal, 2011; 87: 331-334

Birgili F., Salış F., Çekirdekçi S., Ece G., Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği, II Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 1, Ankara, 201; 57-72

Bognár A, Barach P, Johnson JK. ve ark., Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perceptions and The Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams, Ann Thorac Surg, 2008; 85: 1374–1381

Carney B.T., Mills P.D., Bagian J.P., Weeks W.B. Sex Differences in Operating Room Care Giver Perceptions of Patient Safety: A Pilot Study From the Veterans Health Administration Medical Team Training Program, Qual Saf Health Care, 2010;19: 128-131

CDC, Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, Atlanta, 2003

Catchpole K., Giddings A.E.B., Wilkinson M., Hirst G. ve ark., Improving Patient Safety by Identifying Latent Failures in Successful Operations, Surgery, 2007; 142: 102-110

Catchpole K., Mishra A., Handa A., McCulloch P., Teamwork and Error in the Operating Room Analysis of Skills and Roles, Annals of Surgery, 2008; 247: 699–706

Çakır A., Tütüncü Ö., İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, 2009; 189-204

Çelik İ., Şenol A., Karlıdağ G.E., İnci N.A., Fırat Üniversitesi Hastanesi 2006 Yılı Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sonuçları, 2009; 14(4): 242-246

Çiftlik E.E., Kesmezacar Ö., Kurt M., Kesgin V. ve ark., Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması, II Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 1, Ankara, 2010; 3-11

Deilkås E., Hofoss D., Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic Version (Short Form 2006), BMC Health Services Research, 2008; 8: 191-200

El-Jardali1 H., Dimassi H., Jamal1 D., Jaafar1 M., Hemadeh N., Predictors and Outcomes of Patient Safety Culture in Hospitals, BMC Health Services Research, 2011; 11: 45-54

Eroğlu S.A., Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Atılım Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011

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

Etchells E., Bernstein M., Improving Patient Safety: Just Do It, Healthcare Pap., 2001; 2: 59–65

Fleming M., Wentzell N., Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use, Healthc Q., 2008; 11(special issue):10-15

Filiz E., Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009

Gawande A.A., Studdert D.M., Orav E.J., Risk Factors for Retained Instruments and Sponges After Surgery, N. Engl. J. Med., 2003; 348: 229–235

Gheorghe M., Effects of Patıent Safety Measures on Job Satısfactıon of Operating Room Personnel, University of Oslo, Master Thesis, 2014

Göçmen Z., Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 8(1): 12-24

Göktaş S., Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi, Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007

Göras C., Wallentin F. Y., Nilsson U., Ehrenberg A., Swedish Translation and Psychometric Testing of The Safety Attitudes Questionnaire (Operating room version), BMC Health Services Research, 2013; 13: 104-110

Gündoğdu S., Bahçecik N., Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(2): 119-128

Günay F., Oryantasyon Eğitiminin Örgütsel Bağlılığa Olan Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010

Gürlek Ö., Kanber A.N., Çevik G.C., Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüş ve Uygulamalarının İncelenmesi, 11. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Birinci Basım, Ankara, 2011; 307-317

Hargrove M., Ramish B.C., O'Donnell A., Aherne T., Electrical Failure During Cardio Pulmonary Bypass: An Evaluation of Incidence, Causes, Management and Guidelines for Preventative Measures, Perfusion, 2002; 17: 369–372

Hoffmann B., Domanska O. M., Albay Z., Mueller V. ve ark., The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): Analysis of Psychometric Properties, BMJ Qual Saf, 2011; 20: 797-805

Hull L., Arora S., Kassab E., Kneebone R. ve ark., Assessment of Stress and Teamwork in the Operating Room: An Exploratory Study, The American Journal of Surgery, 2011; 201: 24–30

I.O.M. To Err Is Human: Building a Safer Health System, 2000, file:///C:/Users/%C5%9 Eahin/Desktop/To_Err_is_Human_1999__report_brief.pdf (Erişim Tarihi: 12.10.2013)

Isır A.B., Akbaba M., Coşkun A.G., Dülger H.E., Diatermi Yanığına Adli Tıp Bakışı (İntraoperatif Diatermi Yanığı), Gaziantep Tıp Dergisi, 2009;15(1): 63- 66

Işık O., Akbolat M., Çetin M., Çimen M., Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012; 11(4): 421-430

İnceoğlu M., Tutum, Algı, İletişim, Beşinci baskı, İyi İşler Yayıncılık ve Matbaacılık, İstanbul, 2010

İstanbullu İ., Yıldız H., Zora H., Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde Uygulanan Güvenlik Raporlama Sisteminin Geliştirilmesine Yönelik Bir Araştırma, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2012; 4: 1-17

Joint Commission. Root causes of wrong site surgery, 2005 http://www.jointcommission.org /NR/rdonlyres/90B92D9B-9D55-446994B1DA64A8147F74/ 0 / (Erişim tarihi: 19.11.2013)

Joint Commission. Sentinel Event Statistics, Improvıng Amerıca's Hospıtal: A Report On Qualıty And Safety, 2006 http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics (Erişim tarihi: 10.12.2013)

Joınt Commission Sentinel Event Alert, 2013 http://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_51_URFOs_10_17_13_FINAL.pdf (Erişim tarihi: 10.12.2013)

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

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

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

Kım J., An K., Kim K. K., Yoon S.E., Nurses' Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea, West J Nurs Res, 2007; 29: 827-847

Kurman A., Tschan F., Semmer N.K., Seelandt J. ve ark., Human Factors in the Operating Room the Surgeon's View, Trends in Anaesthesia and Critical Care, 2012; 2: 224-227

Lee W. C., Wung H.Y., Liao H. H., Lo C. M. ve ark., Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire, BMC Health Services Research, 2010; 10: 234-242

Manser T., Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: A Review of the Literature, Acta Anaesthesiol Scand, 2009; 53: 143–151

Makary M.A., Sexton J.B., Freischlag J.A., Millman A.E. ve ark., Patient Safety in Surgery, Annals of Surgery, 2006; 243(5): 628–635

Mangram A.J., Horan T.C., Pearson M.L., Silver L.C. ve ark., Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, Infection Control and Hospital Epidemiology, 1999; 20(4): 247-278

National Patient Safety Agency, 'How to guide' Five Steps to Safer Surgery, 2010 www.nrls.npsa.nhs.uk (Erişim Tarihi: 15.01.2014)

Nishiyama K., Komori M., Kodaka M., Tomizawa Y., Crisis in the Operating Room: Fires, Explosions and Electrical Accidents, the Japanese Society for Artificial Organs, 2010; 13: 129

Organising for Safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission (of Great Britain), Sudbury, England: HSE Books, 1993

Önler E., Ameliyathanede Çalışanların Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2010

Özel Hastaneler Yönetmeliği Resmi Gazete, Tarih: 27.03.2002, Sayı: 24708 http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch (Erişim Tarihi: 12.11.2014)

Pınar G., Doğan A., Kırlangıç Y., Özdemir Ç., Hemşirelerin Hizmet İçi Uyum Eğitimine İlişkin Görüşleri, Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi, 2010; 1(3): 199-205

Polat H. , Top M. , Tekingündüz S., Beylik U. ve ark., Hemşirelerin Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının İncelenmesi, 11. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, Editörler; Beylik U. ve ark., Ankara, 2011

Profit J., Etchegaray J., Petersen L.A.,Sexton J.B. ve ark., The Safety Attitudes Questionnaire As a Tool for Benchmarking Safety Culture in the NICU, Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition, 2012; 97: 127–132

Rieger A., Fenger S., Neubert S., Weippert M. ve ark., Psychophysical Workload in the Operating Room: Primary Surgeon Versus Assistant, Surgical Endoscopy, 2015; 29(7):1990-1998

Relihan E., Glynn S., Daly D.,Silke B ve ark., Measuring and Benchmarking Safety Culture: Application of The Safety Attitudes Questionnaire to an Acute Medical Admissions Unit, Irısh Journal Medical Science, 2009; 178: 433–439

Rogers E., Hwang W., Scott L.D., Aiken L.H. ve ark., The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety, Health Affairs, 2004; 2 (3): 202-212

Saatli G., Çok Değişkenli Çözümleme Yöntemleri, Aksakoğlu G., Editör, Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, İkinci Basım, DEÜ Rektörlük Basımevi, İzmir, 2006; 300-306

Sammer C.E., Lykens K., Singh K.P., Mains D.A. ve ark., What Is Patient Safety Culture? A Review of the Literature, J Nurs Scholarsh, 2010; 42(2): 156-165

Sexton J.B., Thomas E J.., Helmreich, R.L., Error, Stress, and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys, BMJ, 2000; 320: 745-801

Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilans, T.B., Rowan, K. ve ark., The Safety Attitudes Quetionnaire: Psychımetric Properties, Benchmarking Data and Emerging Research, BMC Health Services Research 2006a; 6: 44-54

Sexton J.B., Makary M. A., Tersigni A. R., Pryor D. ve ark., Teamwork in the Operating Room, Anesthesiology, 2006b; 105(5): 877-884

Sevdalis N., Hull L., Birnbach J.L., Improving Patient Safety in The Operating Theatre and Perioperative Care: Obstacles, Interventions and Priorities for Accelerating Progress, British Journal of Anaesthesia, 2012; 109(1): 3-16

Singer S. J., Gaba D.M., Geppert J. J., Sinaiko A. D. ve ark., The Culture of Safety: Results of an Organization-Wide Survey in 15 California Hospitals, Qual. Saf. Health Care, 2003; 12(2): 112-118

Stelfox H.T., Palmisani S., Scurlock C., Orav E.J. ve ark., The ‘‘To Err is Human’’ Report and The Patient Safety Literature, Qual. Saf. Health Care, 2006; 15: 174–178

Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004_4Q_2012_SE_Stats_Summary.pdf (Erişim Tarihi: 10.01.2015)

Tababet Uzmanlık Yönetmeliği Resmi Gazete, Tarih: 22.03.1974, Sayı: 14993 http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=133:tababet-uzmanlik-yetmel&Itemid=33 (Erişim Tarihi: 12.11.2014)

The Joint Commission. Sentinel Event Data: Root Causes by Event Type. 2011. http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/ (Erişim Tarihi: 20.04.2013)

Thomas E.J., Sexton J.B., Helmreich R.L., Discrepant Attitudes about Teamwork among Critical Care Nurses and Physicians, Critical Care Medicine, 2003; 31(3): 956-959

Tokmak C.,Kaplan Ç., Türkmen F.,İş Koşullarının Sağlık Çalışanlarında Yol Açtığı Stres Üzerine Sivas’ta Bir Araştırma, İşletme Araştırmaları Dergisi, 2011; 3(1): 49-68

Tooher R., Maddern G.J., Sımpson J., Surgıcal Fıres and Alcohol-Based Skin Preparations, Journal of Surgery, 2004; 74: 382-385

Türk Tabipler Birliği Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları - Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Birinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, Hastane Yönetimi Dergisi, 2006; 10(2): 61-68

Vural F., Çiftçi S., Fil Ş.,Aydın A. ve ark., Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbı Hataların Raporlanması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 5(2): 152-157

Weaver S.J., Lubomksi L.H., Wilson R.F., Martinez KA, Promoting a Culture of Safety As a Patient Safety Strategy: A Systematic Review, Ann Intern Med, 2013;158 (5): 369-374

"What did doctor say?:" Improving Health Literacy to Protect Patient Safety http://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf (Erişim Tarihi: 17.11.2013)

Wiegmann D., Zhang H., Thaden T. V., Sharma G. ve ark., A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research, Technical Report ARL-0203/ FAA-02-2, Prepared for Federal Aviation Administration, 2002 http://www.humanfactors.uiuc.edu/reports&paperspdfs/techreport/02-03.pdf (Erişim tarihi: 01.12.2013)

World Health Organization (WHO), Fact on Safe Surgery, 2008 http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/en/index.html (Erişim tarihi: 01.12.2013)

World Health Organization Guıdelines for Safe Surgery, 2009 Implementatıon Manual Who Surgıcal Safety Checklıst http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf (Erişim tarihi: 01.12.2013)

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143243/pdf/Bookshelf_NBK143243.pdf
(Erişim tarihi: 01.12.2013)

World Health Organization (WHO), 10 Facts on Patıent Safety, 2013 http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index.html
(Erişim tarihi: 01.12.2013)

Zimmermann N., Küng K., Sereika S.M., Engberg S. ve ark., Assessing The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German Language Version in Swiss University Hospitals - A Validation Study, BMC Health Services Research, 2013; 13: 347- 357

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf Erişim Tarihi: 09.12.2014

http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult1.html 2004 (Erişim Tarihi: 09.12.2014)

http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety (Erişim Tarihi: 09.12.2014)

http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/ (Erişim Tarihi: 09.12.2014)

http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm (Erişim Tarihi: 11.11.2014)

http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf (Erişim tarihi: 18.03.2014)

http://patientsafetyauthority.org/PatientSafetyAuthority/Documents/2012_strategic_alignment.pdf (Erişim tarihi: 20.10.2014)

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_2011/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi.pdf (Erişim tarihi:15.12.2014)

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp (Erişim Tarihi: 12.01.2015)

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf (Erişim tarihi:15.12.2014)

8. EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ SORU FORMU

1) **Yaşınız: ____**
2) **Cinsiyetiniz:** ( ) Kadın ( ) Erkek
3) **Medeni durumunuz?** ( )Evli ( )Bekar
4) **Eğitim durumunuz?**

( )Sağlık Meslek Lisesi

( )Ön lisans

( )Lisans

( )Lisansüstü ( ) Yüksek Lisans

( ) Doktora

( )Tıpta Uzmanlık ( ) Öğrenci

( ) Mezun

5) **Mesleğiniz:**

( ) Öğretim üyesi

( ) Asistan

( ) Ameliyathane Hemşiresi

( ) Derleme Hemşiresi

( ) Anestezist

( ) Anestezi Teknikeri

( ) Diğeri _____

6) **Meslekte çalışma süreniz:**
7) **Şuan çalıştığınız kurumda çalışma süreniz:**
8) **Şuan çalıştığınız birimde çalışma süreniz:**
9) **Haftalık çalışma saatiniz:**
10) **Ameliyathanede kendi isteğiniz ile mi çalışıyorsunuz?**

( ) Evet

( ) Hayır

11) **Çalışma Durumunuz:** ( )Kadrolu

( )Sözleşmeli

12) Genel Çalışma Saatleriniz:

	HAFTA İÇİ	**HAFTA SONU**
Gündüz/ Gündüz Nöbeti çalışma saatleri:		
Gece nöbeti çalışma saatleri:		

13) Çalışma saatleriniz dışında yeterince dinlenebildiğinizi düşünüyor musunuz?

( )Evet ( )Hayır

14) 13. soruya yanıtınız hayır ise nedenleri nelerdir?

_____

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

( )Evet ( )Hayır

16) Ameliyathanede 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

EK-2 GÜVENLİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (AMELİYATHANE UYGULAMASI)

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yazınız.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Değerlendirilemedi
1.Bu ameliyathanede genellikle iş yükü ağırdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.İşimi severek yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.Ameliyathanede hemşirenin hasta bakımına katkı sağlaması iyi karşılanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.Burada bir hasta olarak tedavi görseydim kendimi güvende hissederdim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.Bu hastanede tıbbi hatalar kurallara uygun şekilde incelenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7.Bir işleme başlamadan önce gerekli bilgilerin tümüne ulaşılabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8.Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9.Bu hastanenin yönetimi başarılıdır/iyi iş yapar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10.Hastane yönetimi, günlük çabalarımı destekler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11.Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12.Ameliyathanede hataları tartışmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13.Cerrahi bir girişim öncesi ameliyathane personelini bilgilendirmek için kısa toplantılar yapmak, hasta güvenliği açısından önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14.Ameliyathanede kısa bilgilendirme toplantıları yapılması olağandır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15.Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16.Acil durumlarda, yorgunluk performansımı düşürür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17.Hastane yönetimi, hasta güvenliği konusunda, bilerek taviz vermez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18.Ameliyathanelerimizdeki çalışanların düzeyleri, hasta sayısını idare etmek için yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19.Ameliyathanede karar alınırken, ilgili personelden alınan bilgilerden yararlanılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20.Hasta güvenliğiyle ilgili herhangi bir endişemi rapor etmem için, çalışma arkadaşlarım tarafından desteklenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yazınız.	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Değerlendirilemedi
21.Bu ameliyathanelerin kültürü, başkalarının hatalarından ders çıkarmamızı kolaylaştırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22.Bu hastane, sorunlu hekimler ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23.Bu ameliyathanelerde tıbbi araç ve gereçler yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24.Bu ameliyathanelerde, hasta bakımıyla ilgili farkına vardığım bir sorunu konuşmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25.İş yüküm aşırı olduğunda performansım düşer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26.Hastanede işimi etkileyebilecek olaylar konusunda yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27.Başkalarının hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarını gördüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28.Bu ameliyathanelerde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları yönelteceğim uygun kanalları bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29.Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30.Bu ameliyathanelerdeki anlaşmazlıklar uygun şekilde çözülür.(ör: kimin haklı olduğu değil, neyin hasta için doğru olduğu?)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31.Yorulduğumda işte daha az faydalı olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32.Gergin ya da saldırganca durumlarda, hata yapma olasılığım daha fazladır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
33.Kişisel sorunlardan kaynaklanan stres, performansımı olumsuz yönde etkiler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
34.Hastalara bakım vermek için diğer personelden gereksinim duyduğum desteği alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
35.Bu ameliyathanelerde görev yapan personel anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla soru sorabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
36.Bakımın sürekliliğindeki kesintiler (ör: nöbet değişimleri, hasta transferleri) hasta güvenliğine zarar verilebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
37.Acil durumlarda, diğer personelin bir sonraki aşamada neler yapacağını tahmin edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
38.Hekimler ve hemşireler, burada iyi koordine edilmiş bir ekip olarak çalışırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
39.Kadrolu/geçici görevlendirilmiş hekimlerle olan anlaşmazlıklarımı, ifade etmekte çoğu kez yetersiz kalırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yazınız.	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Değerlendirilemedi
40.Gerçek profesyoneller, çalışırken bireysel sorunlarını geride bırakabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
41.Bu ameliyathanelerde, ahlaki değerler yüksektir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
42.Sorumluluğumdaki stajyerler yeterince gözetlenip, denetlenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
43.Son mesaimde, birlikte çalıştığım tüm çalışanların adlarını ve soyadlarını bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
44.Hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarım oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
45.Bu ameliyathanelerdeki bütün personel hasta güvenliği konusunda sorumluluk alır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
46.Bu ameliyathanelerdeki bütün personel hasta güvenliği konusunda sorumluluk alır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
47.Sabah kalktığımda ve işyerinde bir gün daha geçireceğimi düşündüğümde, kendimi yorgun hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
48.Bu ameliyathanelerde, öncelikli olarak hasta güvenliği sürekli güçlendirilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
49.İşim nedeniyle kendimi tükenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
50.Nöbet /vardiya değişimlerinde, önemli konular iyi bir şekilde iletilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
51.Burada, hasta güvenliği konusundaki klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere, genellikle uyulur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
52.İşimin beni engellediğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
53.İşimde, aşırı çalıştığımı düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
54.Bu ameliyathanelerde, kaza raporu bilgileri, hasta bakımını, daha güvenli kılmak için kullanılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
55.Acil durumlarda, (ör: acil resüitasyonlarda), deneyimsiz ya da daha az becerikli personelle çalışmak performansımı etkilemez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
56.Çalışanlar, ameliyathane için oluşturulan kuralları ya da rehberleri (ör: el yıkamak, tedavi protokolleri/algoritimler-işlem yolları, steril alan v.b.) çoğu kez önemsemez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
57.Cerrahi girişim sırasında, kadrolu ya da geçici görevlendirilmiş cerrah, ameliyathane personelinden resmen sorumlu olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
58.Cerrahi girişimlere başlamada, gecikmelere neden olan iletişim bozuklukları sık sık olur?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
59.Bu anketi daha önce doldurdunuz mu? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum						

EK-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Ameliyathane Çalışanları,

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak, "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" amacıyla bir araştırma yapıyorum. Bu tezden elde edilecek sonuçların, ameliyathanede güvenli ve etkin tedavi girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağını düşünmekteyim.

Size verilen anketlere isim yazmayınız. Anketi doldurmak en fazla 20 dakikanızı alacaktır. Anketi doldurmanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizi gösterir.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır; katılıp katılmamakta özgürsünüz. Yanıtlarınızın gizliliği korunacaktır. Bireysel yanıtlarınız araştırma verileri dışında kullanılmayacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Ankette, kimliğinizi belirtecek soru sorulmamasına özen gösterilmiştir. Anketi doldurmanız durumunda size herhangi bir ücret ödenmeyecektir yada sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. İstediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ayrıldığınız takdirde sizin için bir risk bulunmamaktadır.

Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız, yaşanan sorunların anlaşılması ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

Ayırdığınız zaman ve değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Adı- Soyadı: İmza:

<u>Açıklamaları Yapan Araştırmacının</u>
Adı- Soyadı: Pınar ONGÜN Tarih:
İş adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ameliyathane İnciraltı/ İZMİR İmza:
Telefon Numarası: 0 555 737 72 02
e-posta: pinar.ongun@yahoo.com

Ek4

DOKUZEYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

14.02.2014-001971

SAYI : 82010743/
KONU :

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 06.02.2014 tarih, 405 sayılı yazınız.

Yüksek Lisans programı öğrencisi Pınar ONGUN'un Şubat 2014-Ekim 2014 tarihleri arasında "Ameliyathanede Çalışanların Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi " isimli tez çalışmanın uygulamasını hastanemiz ameliyathanesinde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet Refik MAS
Başhekim

EK: Çalışma İçeriği ve Ölçekleri (9 Sayfa)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Kayıt Tarihi : 14.02.2014
Kayıt No : 0568
Dosya No :

Onama işlem 14/02/2014

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Şef Meral BEŞİRLİ
Elektronik ağ : www.deu.edu.tr

İzmir

Ek 5

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 47104536 / 770 /
ŞUBE : Eğitim Organizasyon Birimi
KONU: Araştırma İzni

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ATATÜRK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
Tarih: 24.03.2014 09:00
Giden evrak
2014-8530
(İlgili Birim) : EĞİTİM VE ORGANİZASYON BIRIMI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İZMİR

Üniversiteniz Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Pınar ONGÜN'ün "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları ve Etkileyen Faktörler" konu tez çalışmasını Mart 2014 ile Aralık 2014 tarihleri arasında kurumumuzda yürütmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa DEMİRCİ
Hastane Yöneticisi

Öğrenci İşleri 01/04/2014

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
K. : 01.04.2014
Kayıt No :
Dosya No : 1112

İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği
İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Basınsitesi-İZMİR
Telefon: (0232) 244 44 44-243 43 43 Faks: (0232) 243 15 30
e-posta: ataturkegitim@ism.gov.tr Elektronik Ağ: www.iaeh.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: 1293

Ek 6

T.C. SAGLIK BAKANLIGI
Kamu Hastaneleri Kurumu Baskanligi
Izmir Guney Genel Sekreterligi
Tarih: 17.03.2014 15:57
Giden evrak
2014-8284
(Ilgili Birim) : Tibbi Hizmetler Baskanligi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : **23592379** / 8284 17/03/2014
Birim : **Tıbbi Hizmetler Başkanlığı**
Konu : **Pınar ONGÜN'ün Tez İzni**

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma ..... **HASTANESİ YÖNETİMİNE**

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi olan Pınar ONGÜN'ün "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasının, hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, Mart 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında kurumunuzda yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. Mesut ÖZOĞUL
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

DAĞITIM:
1-) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2-) İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

-Bşh. Yrd. Pınar Ortan

TURKIYE KAMU HAST. K
IZMIR ILI (GUNEY) GENEL SEKRETERLIGI
IZMIR BOZYAKA EGT.ARS.HASTANESI
Gelen evrak
19.03.2014 15:56 6335

123/11 Sokak No:6 Poligon Mah. Karabağlar /İzmir
Tlf: (232)232 32 32 Ayrıntılı Bilgi : 2239 S.TOKSOY
Fax: (232)246 88 00 **e-mail**: khb35g.egitim@saglik.gov.tr

İzmir önceliklerin şehri

Ek 7

T.C. Sağlık Bakanlığı
İzmir Kuzey
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

T.C. SAGLIK BAKANLIGI
TURKIYE KAMU HASTANELERI KURUMU
IZMIR KUZEY GENEL SEKRETERLIGI
Tarih:03.04.2014 09:31
Giden Evrak / 8907
Ilgili birim : EGITIM BIRIMI
0220148907

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315
Konu : Yüksek Lisans
Tez Çalışması Hk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans öğrencisi Pınar ONGÜN'ün, "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüş olup, Olur yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK
Genel Sekreter

EK:
Olur yazısı (1sayfa)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Kayıt Tarihi : 21.04.2014
Kayıt No : 1280
Dosya No :

Öğrenci İşleri
21/04/2014

Poligon mah. 123/11 Sk. No:6
35140 Karabağlar • İZMİR
Tel: 444 35 01 • Fax: 0 (232) 246 90 86
www.ikkh.gov.tr
Not • Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.

Bilgi İçin:
Eğitim Birimi / N.KILIÇ
Tel: 444 35 01 / 1242-1239

İzmir
Öncülerin şehri
Sağlığınız mutluluğumuzdur...

Ek 8

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Bürosu

Sayı : 99093712-010.07- 358 - 12540
Konu : Tez Çalışması

Bornova / İZMİR
19.8.2014

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11.08.2014 günlü ve 1973 sayılı E.Ü. Hastanesi Başhekimliğine hitaplı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı öğrencisi Pınar ONGÜN'ün; "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışmasının uygulamasını Hastanemiz Ameliyathanesinde görevli olan Öğretim Elemanları ile Anestezi Teknikerlerine yönelik uygulaması talebiniz Dekanlığımızca değerlendirilmiştir.

Çalışmanın iş akışını aksatmayacak şekilde, gönüllülük esası çerçevesinde ve araştırma sonucunun bir örneğinin Dekanlığımıza gönderilmesi koşulları ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tahir YAĞDI
Dekan Vekili

Öğrenci İmzası 25/08/2014

DOKUZ EYLÜL
SAĞLIK BİLİMLERİ
Kayıt Tarihi : 25/08/2014
Kayıt No : 2786
Dosya No :

Ek 9

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
İnsan Kaynakları

20 Agustos 2014

SAYI : 38004904-2474-18427
KONU: Tez Çalışması

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
İZMİR

Üniversitesiniz Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans programı öğrencisi Pınar ONGÜN'ün "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler" konulu Ağustos 2014- Aralık 2014 tarihleri arasında Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında yapmak istediği tez çalışması uygun görülmemiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Alper TÜNGER
Başhekim V.

Öğrenci işleri 25/08/2014

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Kayıt Tarihi: 25/08/2014
Kayıt No : 2484
Dosya No :

Üniversite Caddesi No: 9 Posta Kodu: 35100 Bornova / İZMİR Tel : 0 232 390 43 59 – 3166 - 1886 — 3356
Faks: 0 232 3901857 e - posta : hastanepersonel@mail.ege.edu.tr

Ek 10

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 - 1448 - 16747 24.07./ 2014
KONU: Tez Çalışması Hk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 991 sayılı ve 11.04.2014 tarihli yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim yüksek lisans programı öğrencisi Pınar ONGÜN'ün "Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını Mart 2014 – Aralık 2014 tarihleri arasında Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında, Aile Planlaması Kısırlık (İnfertilite) Araştırma ve Uygulama Merkezinde, Kulak, Burun, Boğaz Anabilim Dalında, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalında, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, Üroloji Anabilim Dalında, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında ve Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalında çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapabilmeleri ve araştırma sonuçlarının Başhekimliğimize bildirilmesini, ayrıca Ege Üniversitesi Hastanesi isminin kullanılması halinde izin alınması koşulu ile uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

Öğrenci İşleri
31.07.2014

DOKUZ EYLÜL
SAĞLIK BİLİMLERİ
Kayıt No : 31.07.2014
Dosya No : 2597

Ek 11

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/08-15	Tarih: 27.02.2014
	Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER' sorumlusu olduğu **"Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izin belgesi alınması koşulu ile etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☒	H ☐	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER çalışmada sorumlu araştırıcı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Ek 12 Araştırmacı özgeçmişi

Pınar ONGÜN

TC Kimlik No / Pasaport No:	25127097924
Doğum Yılı:	17.10.1986
Yazışma Adresi :	Zaimağa Cad. No:32 Daire:7 Karabağlar Izmir
Telefon :	5557377202
e-posta :	pinar.ongun@yahoo.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
T.C	Ege Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2008
T.C	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	Y. Lisans	2015

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Acıbadem Hastanesi	T.C.	İstanbul	Ameliyathane	Hemşire	**08/2008-04/2009**
Izmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	T.C.	Izmir	Cerrahi servis Aile ve toplum sağlığı merkezi	Klinik eğitimci	**02/2013-06/2013** **03/2015-05/2015**
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	T.C.	Izmir	Ameliyathane	Hemşire	**04/2009-devam etmekte**

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları	
Etkin ve Etkili Yöneticilik ,İzmir	**30/04/2008**
Toplam Kalite Yönetimi , İzmir	28-29/05/2008
Hemşirelikte Araştırma, İstanbul	**25/02/2009**
Çatışma Yönetimi, İzmir	18/11/2009
Cerrahi Sütürler, Yamalar, Stapler ve Elektro Cerrahi Eğitimi, İzmir	**27/02/2010**
Dezenfeksiyon Sterilizasyon Eğitimi, İzmir	08/05/2010
Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, İzmir	**02/10/2010**
1.Hemşirelik Sempozyumu, İzmir	08-09/10/2010
V.Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi, Antalya	**01-04/11/2011**
Nöroşirürji'de Özel Ekipmanlar ve Enstrümanların Kullanımı ve Bakımı Kursu, Antalya	20/04/2012
8. Nöroşirürji Hemşireleri Kongresi, Antalya	**20-24/04/2012**
Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım ve Tıbbi Bilirkişilik Kursu, İzmir	06/10/2012
Ege Üniversitesi Cerrahi Hemşireleri Günleri, Bakım Kalite Göstergeleri,İzmir	**05-06/04/2013**
Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar	11-12/04/2013
Uluslararası Katılımlı I. Ulusal Hemşirelikte Yönetim Sempozyumu	**05-06/12/2013**
Hemşirelikle Ilgili Yasal Düzenlemeler Kursu	07/12/2013
Avrupa Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Günü	**19/02/2014**
Ege Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Günleri, Herkes İçin Güvenlik, İzmir	03-04/04/2015
Epizyotomi ve sutur materyalleri	**25/05/2015**

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)	Türk Hemşireler Derneği Üyesi Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Çakır N., Tosun P., Akçalı Ö. . Turnike Eğitimi Ameliyat Sonrası Ağrı ve Anksiyete Üzerinde Etkilimidir ? V.Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi, 01-04/11/2011 Antalya.
Kaya Ö., Duran M., Ongün P.,Taşdelen S., Laparoskopik Kolerektal Cerrahisinde Ameliyathane Hemşiresinin Rolü **,** VII Kolerektal Hemşireliği Kongresi (poster olarak kabul edilmiştir.),15-19/05/2013 Antalya