



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN
HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI**

SENEM TÜRK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. AYFER ÖZBAŞ

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik ABD

Tez Sahibi : Senem Türk

Tez Başlığı : Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları

Sınav Yeri : Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 10.08.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans / Doktora Tezi Olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Doç.Dr. Ayfer ÖZBAŞ

İstanbul Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr. Sibel DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28./08./2015 tarih ve 2015/31 - 07 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

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

Senem TÜRK (İmza)

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında değerli yardım ve katkılarıyla bana rehberlik eden danışmanım Sayın Doç.Dr. Ayfer ÖZBAŞ'a, Sayın Yrd.Doç.Dr. Nihal Sunal'a, değerli görüş ve önerileri ile teze katkıda bulunan, benden yardımlarını esirgemeyen Sayın Ömer SAYLAM'a, çalışmanın hastane uygulamaları sürecinde çalışmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren değerli meslektaşlarıma, çalışmalarım süresince yanımda olan; sevgisini, emeğini, bilgisini, sabrını, desteğini sonsuz hissettiğim Sevgili Can YÜKSEL'e, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER	
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1.Hasta Güvenliğinin Tanım	6
2.2. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	8
2.3. Hasta Güvenliğinin Ölçülebilir Hale Gelmesi	11
2.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümünün Faydaları	12
2.5. Hasta Güvenliğinin Özellikleri	12
2.6. Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi	14
2.6.1. Dünya’da Hasta Güvenliği Mücadelesi	14
2.6.2. Türkiye’de Hasta Güvenliği Mücadelesi	14
2.7. Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları	15
2.8.Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin Özellikleri	16
2.9. Tıbbi Hatalar	18
2.10. Hataların Raporlanması	21
2.11. Kültür	21
2.11.1. Kurum Kültürü	21
2.11.2. Hasta Güvenliği Kültürü	21
2.11.3. Olay bildiriminin temel özellikleri	23
3.MATERYAL METOD	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Yer	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	25
3.4. Araştırma Verilerin Toplanması	26
3.4.1. Veri Toplama Araçları	26

3.4.1.1. Bilgi Formu	26
3.4.2.2. Güvenlik Tutumları Ölçeği	26
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.9. Araştırmanın Güçlükleri	29
4.BULGULAR	30
4.1.Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
4.2.Hasta Güvenliğine İlişkin Bulgular	32
4.3.Hemşirelerin bireysel özelliklerin hasta güvenliği ölçeği ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	38
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7.KAYNAKLAR	62
9. EKLER	70
10. ÖZGEÇMİŞ	82

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 2: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaların Dağılımları	32
Tablo 3: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatlerinin Son 12 Ayda Olay Raporu İnceleme Durumuna Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 4: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumu Hasta Güvenliği Konusunda Değerlendirmelerine Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 5: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumu Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 6: Hemşirelerin Eğitim Düzeyinin Hasta Güvenliği Konusunda Değerlendirmelerine Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 7: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Verdiği Önemin Çalıştığı Kuruma Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 8: Hemşirelerin Güvenlik Tutumu Ölçeği Ortalama Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	38
Tablo 9: Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	39
Tablo 10: Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	40
Tablo 11: Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	41
Tablo 12: Hemşirelerin Çalışma Saatlerine Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	42
Tablo 13: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	43
Tablo 14: Hemşirelerin Memnuniyet Düzeyine Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	45

Tablo 15: Hemşirelerin Hastanedeki Kadro Durumuna Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	46
Tablo 16: Hemşirelerin Ameliyathanede Çalışma Süresine Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	47
Tablo 17: Hemşirelerin Katılımcıların Ameliyathane Hemşireliği Sertifikası Olup Olmadığına Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması	48

SEMBOLLER / KISALTMALAR LISTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANA	: American Nurses Association-Amerikan Hemşireler Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IOM	: Institute of Medicine-Tıp Enstitüsü
ICN	: International Council of Nurses-Uluslar arası Hemşireler Konseyi
JCAHO	: Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification-Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
JCI	: Joint Commission International-Uluslararası Akreditasyon Komisyonu
NCC MERP	: The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention-İlaç Uygulama Hataları ve Önlenmesi Ulusal Koordinasyon Konseyi
TDK	: Türk Dil Kurumu

ÖZET

Çalışma; ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, Edirne ilinde ameliyathane bölümünde çalışan belirlenen kriterlere uyan tüm hemşireler oluşturmuştur (N=67). Araştırma, Mart 2015- Nisan 2015 tarihleri arasında, Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Özel Hastane, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ameliyathane bölümlerinde yapıldı. Araştırmanın verileri bilgisayarda SPSS 22.00 programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma), normal dağılımı incelemek için Frequencies - Descriptives dağılım testi ve niceliksel olmayan verileri karşılaştırmak için independent samples T-Testi, Tukey Testi, One Way Anova Testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Araştırma kapsamına alınan ameliyathane hemşirelerinin %30.4 ünün 26-30 yaşında olduğu, %82' sinin kadın (n=46) olduğu, ve çoğunun evli olduğu (%58.9) (n=33) belirlendi. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %71.4'ünün (n=15) hasta güvenliği konusunda eğitim alırken kamu hastaneler birliğinde çalışan hemşirelerin %74.1'inin (n=20) özel hastanelerde çalışan hemşirelerin ise %66.7 'sinin (n=4) hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı belirlendi. Çalışılan kuruma göre güvenlik ölçeği alt grupları karşılaştırıldığında, çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Ameliyathanede çalışma süresine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünce, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunamadı ($p > 0,05$) Ekip işbirliği yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu ($p = 0.023$). Sonuç olarak, çalışmaya katılan hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları düşük bulundu.

Anahtar kelimeler: Ameliyathane, Güvenlik, Hasta güvenliği, Hemşirelik bakımı, Kurum kültürü

ABSTRACT

This descriptive research was planned to assess the attitudes of nurses working for the department of operating rooms. The target population of the study was composed out of all the nurses who work at the operating rooms in Edirne (N=67). The research was conducted between March 2015- April 2015 period in Edirne Public Hospital Association, Special Hospital, Trakya University Faculty of Medicine, Department of operating rooms. SPSS 22.00 was used for the evaluation of data and variance analysis, tukey test, t test and frequencies were used for the statistical analysis. Descriptive statistical methods for evaluation of data (frequency, percentage, mean, standard deviation) to examine normal distribution of Frequencies - descriptives distribution test and non- quantitative data to compare independent samples t-test was used to One Way Anova . Results in 95% confidence interval , $p < 0.05$ significance level was evaluated . %30.4 of operation room nurse was between 26-30 years old, 82% was women (n=42) and 58.9 % of operation nurse (n=33) was married in our research .Nurse who work university hospital 's 71.4% educated about security of patient. 20 public hospital 's nurse educated about security of patient (% 74,1). 4 nurse who work special hospital educated about security of patient (%66.7) As a result, all kind of hospital is the same result about team collaboration, job satisfaction, working conditions, secure environment, considerations related to management, determining the stress level and there is not statistically significant difference between grup of hospital and working time. ($p > 0,05$) . It is significantly higher in terms of the evaluation team collaboration. ($p = 0.023$). As a result, the nurses participating in the study had low attitude towards patient safety.

Key words: operation, security patient security, nursing care, corporate culture

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, sağlık çalışanları ve hastalar açısından risk faktörlerini de beraberinde getirdiğinden, hasta ve çalışan güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Kurutkan 2009).

Sağlık bilimlerinin temel öğelerinden biri "önce zarar verme ilkesi" doğrultusunda, sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (Kurutkan 2009; Güven 2007).

Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Sezgin 2007; Güven 2007).

"Institute of Medicine" yayınladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorunu olan tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite sorununu gözler önüne sermiştir: Bu raporlara göre ABD'de her yıl 98,000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiği ve tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmiştir. Aynı ülkede hekimler ve toplumun sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşp karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde % 35, toplumda ise % 42 olarak bulunmuştur (Akalin 2004; Kurutkan 2009). Ameliyathaneler, cerrahi girişim ve yüksek teknolojinin kullanımı ve kalabalık bir ekip çalışmasının yapılması nedeniyle en karmaşık ve en riskli sağlık bakım alanlarından biri olması nedeni ile ameliyathaneye kabul edilen hastaların bu ortamlardan zarar görme olasılığı her zaman olabilir.

Tıbbi hata 'hastalığın yönetimi ya da altında yatan hastalık veya durumdan çok sağlık bakım profesyonellerine bağlı gelişen zarar ya da yaralanma' olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği 'sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası

zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemler' olarak tanımlanmaktadır (Önler 2010).

Hasta güvenliği bilincini oluşturabilmek için sağlık hizmetlerinin; gereksinim ve değerlere öncelik, tercihlere öncelik, süreklilik, açıklık, şeffaflık ve ekip çalışması gibi bazı özellikleri taşıması gerekmektedir (Hayran 2009; Önler 2010).

Sağlık hizmetleri hasta bireyin çıkarlarını korumaya odaklıdır. Ancak hastane ortamının özellikleri, sağlık işgücü nitelik ve niceliğine ilişkin karmaşa, tıbbi süreçler, kullanılan teknoloji, ekip çalışması, iletişim gibi birçok faktörlere bağlı olarak tıbbi hata ve istenmeyen olaylarla karşılaşmakta, hastalar ve çalışanlar bu durumdan zarar görmektedir. Hastaların yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa, hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir (Kurutkan 2009; Gökdoğan 2010).

Sağlık kuruluşlarının en hareketli, yoğun, stresli ve karmaşık bölüm olan ameliyathaneler hasta güvenliği açısından büyük öneme sahiptir. Ameliyathanelerde hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren hataların, hastaların durumundaki değişikliklerin yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesi, ilaç uygulama hataları, hastaya zarar verecek durumların ve yetersizliklerin uygun şekilde denetlenmemesi, ameliyatta yabancı cisim unutulması, , uygun olmayan ya da yanlış malzeme kullanımı, var olan protokollere uyulmaması, hastane infeksiyonları, iletişim eksikliği, hasta düşmeleri ve kan transfüzyonu ile ilgili olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin, yasalar karşısında kendilerini korumaları için de hata alanlarını bilmeleri önemlidir.

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007).

Hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için, kurumda korkmadan, ceza almaktan çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Kurumlarda hasta güvenliği uygulamaları geliştirmenin en önemli yolunun güvenlik kültürünü oluşturmak olduğu bildirilmektedir (Institute of Medicine Report, 1999; nler 2010). Sağlık hizmetlerinde temel olarak, hasta güvenliği kültürünü oluşturmak, hasta güvenliği kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Ameliyathanelerde sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalar bir yandan hasta güvenliğini tehdit ederken diğer yandan da sağlık çalışanına ciddi yasal yükümlülükler getirmektedir (Akalin 2005).

Bu bilgiler işiğında araştırma; ameliyathanede güvenli, etkin tedavi ve bakım girişimlerinin sağlanması ve sürdürülmesine katkıda bulunacağı düşünülerek, ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının belirlemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Cerrahi tedavinin uygulandığı yerler olan ameliyathaneler, karmaşık iç yapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği nedeniyle özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren yerlerdir. Bu özelliklerinden dolayı ameliyathanelerin hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok unsuru bünyesinde barındırdığı söylenebilir (Göçmen 2003; Önler 2010).

Ameliyathanede meydana gelebilecek hasta güvenliğini tehdit eden durumlar; hasta kimliğinin doğru tanımlanmaması, ilaç uygulama hataları, yanlış taraf cerrahisi, yanlış cerrahi girişim, infeksiyonlar, düşmeler, yanıklar, yüksek riskli hastaların belirlenmemesi ve bası yaraları şeklinde sıralanmaktadır (Uğur ve ark. 2011)

2.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı

Sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamına hasta güvenliği denilmektedir. (Kırılmaz 2010).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta ve ailesinin güvenliğini olumsuz etkileyen faktörlerin engellenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır. Hasta güvenliğini sağlama, hastalara yardım ederken oluşabilecek zararlardan kaçınmak, kaza eseri yaralanmaların olmaması için önlem almak, işlem ve süreçler sırasında hata olasılığını azaltmak ve meydana gelmesini engellemek için önlemler almaktır. Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin bu sorumluluğu yerine getirmesinde konuyla ilişkin bilgi ve becerilere sahip olmasının yanı sıra bunları uygulamaya geçirmesinde hasta güvenliğine yönelik olumlu bir tutuma sahip olması hayati önem taşımaktadır (Caroll 2005).

Dünya genelinde hasta güvenliği ile ilgili yayınların giderek artmasına karşın genel bir görüş birliği olmaması hasta güvenliği ile ilişkili kavramların tanımlanmasına yönelik çalışmaların başlamasına yol açmış, hasta güvenliğine ilişkin

kavramlar DSÖ tarafından tanımlanmıştır (Caroll 2005; Kırılmaz 2010). Bu kavramlar;

Hasta; sağlık bakımı alan kişi,

Sağlık bakımı; sağlığı düzeltmek, gözlemek, sürdürmek ve korumak için toplumlar veya bireyler tarafından alınan hizmetler,

Güvenlik; tehlikeden uzak olma durumu,

Tehlike ise; riski arttıracak veya riske yol açacak durum veya hareket,

Hasta güvenliği; sağlık bakımı ile ilgili potansiyel veya olası zararlardan hastayı uzak tutmak,

Olay (hasta güvenliği olayı); hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durum,

Hata; yapılan bir planın yanlış uygulanması veya yanlış bir plan yapılması,

İhlal; bir operasyonun işleyişinden, standardından veya kuralından kasıtlı olarak sapma durumu,

Risk; kaza oluşma ihtimali,

Ters olay (advers event); hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan kaza,

Zarar; vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır. Zarar, hastalık, yaralanma, acı, sakatlık ve ölüm hallerini içerir ve fiziksel, sosyal veya psikolojik olabilir,

Kılıpayı (near-miss); hastaya zarar vermeyen kaza durumu olarak tanımlanmıştır (WHO 2007).

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturarak güvenliği sağlamak amaçlanmaktadır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007; Göçmen 2003).

Sağlık sisteminin iyileştirilmesinde amaçlanan konu başlıkları aşağıda sıralandığında bunlar;

Hasta güvenliği: Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma,

Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgilere ve kanıta dayalı, tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımın önlenmesi,

Hasta odaklı sağlık hizmeti: Hastanın gereksinimi, değer yargıları ile tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,

Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesini önlediği bir sistem,

Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafin önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumudur(Gürkan A 2009).

Hasta güvenliği küresel bir sağlık sorunudur. Ülkemizde hasta güvenliği uygulamaları ile ilgili adımlar 29 Nisan 2009 tarihinde "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliği'nin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" in yayımlanması ile başlamış; bunu Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011 tarihinde "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik'in yayımlanması izlemiştir. Bu tebliğ ve yönetmelik kapsamında; hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması, sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması, cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, radyasyon güvenliğinin sağlanması, engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması konularının ele alınması gereken hasta ve çalışan güvenliği önlemleri olarak belirtilmiştir. Ülkemizde halen bu yönetmelik kapsamında hasta güvenliğine yönelik çalışmalar ve iyileştirmeler devam etmektedir (Kırılmaz 2010; Göçmen 2003).

2.2. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Uluslararası alanda hasta güvenliği ile ilgili gelişmeler yıllar öncesine dayansa da son yıllardaki bilim ve teknolojiye ilerlemelerle birlikte hasta güvenliği çalışmaları hızla iyileştirilmiş ve geliştirilmiştir. Hasta güvenliği ile ilgili olarak sağlık bakım hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesinde kilit rol oynayan bileşenlerden biri. 2011 yılında güncellenen "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri"dir. Bu hedefler;

Hedef 1- Hastanın Doğru Kimliklendirilmesi: Kimlik doğrulama süreçlerine, özellikle hastaya ilaç, kan veya kan ürünleri uygulanırken, klinik tanı amaçlı kan veya başka örnekler alınırken veya farklı tedavi veya işlemler uygulanırken, hastanın kimliğinin doğrulanması için kullanılan süreçlere yönelik işlemlerdir. İlgili işlemler hastanın kimliğinin doğrulanması için, hastanın adı/soyadı, kimlik tanımlama numarası (protokol numarası), doğum tarihi, barkodlu bir bileklik veya diğer yöntemlerin en az ikisi zorunlu olmalıdır. Kimlik doğrulaması için hastanın oda numarası veya hastanedeki konumu kullanılmamalıdır. İşlemler, ameliyathane gibi bölümlerde farklı ortamlarda iki farklı kimlik belirleyicinin“ nasıl kullanılması gerektiği netleştirilmelidir (JCAHO 2011).

Hedef 2- Etkili İletişimin Arttırılması: Sözel ya da telefon direktiflerinin alınmasına ya da kritik test sonuçlarının raporlanmasına yönelik bir süreç/işlem ve bu kapsamda bilgiyi alan kişi tarafından tamamlanan test sonucunun ya da direktifin geri okunarak doğrulanması ve bu gerekliliğin oluşturulmasına yönelik bir politikanın belirlenmesidir (JCAHO 2011). Hastanın sağlığını güvence altına almak amacıyla hastayı dikkatle izlemek ve değişen durumlarda gerekli önlemleri alabilmek için diğer ekip üyeleri ile iş birliği içerisinde çalışılmalıdır. Cerrahi ekipte iletişim eksikliği, hem cerrahi girişimin başarısını hem de hasta güvenliğini doğrudan etkilemektedir. Ameliyathanede ekip iletişiminde yaşanan sorunlar en sık yanlış taraf cerrahilerine neden olmaktadır. Ekip iletişimini geliştirmek için cerrahi ekibin sabırlı ve anlayışlı olması, ekip ruhu içinde çalışması gerekmektedir (Canbolat 2009; Kırılmaz 2010).

Hedef 3- Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi: İlaçların uygulanma sürecinde izlenmesi gereken ilkelere uyulmaması sonucunda gerçekleşen yanlış uygulamalar şeklinde tanımlanan ilaç uygulama hatalarının, hasta güvenliğini sağlamada ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Ameliyathanelerde sıklıkla görülen ilaç uygulama hataları, ilaç uygulanmasından önce hastanın alerjilerini sorgulamama ve kaydetmeme, sözel istemlerin yazılı hale dönüştürülmemesi, benzer isimleri ve etiketleri olan ilaçların uygulama sırasında karıştırılması, ilaçların yanlış

sulandırılması, enjektöre çekilen ilaçların ve ilaç bölmelerinin etiketlenmemesi sonucunda yanlış ilaçların uygulanması ve eksik ya da yetersiz kayıt sistemi şeklinde belirtilebilir (JCAHO 2011).

Hedef 4- Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru- Hasta Cerrahisi'nin Sağlanması: Cerrahi uygulamaya başlamadan hemen önce, doğru uygulamanın doğru hastaya ve tarafa yapılmasını sağlamak için "son kontrolü" içeren bir kontrol listesinin kullanılması önerilmektedir. Bu kontrol listesinde, cerrahi uygulamaya başlamadan hemen önce, cerrahi işlemde gereksinim duyulan tüm dökümanların ve ekipmanın var olduğunun, doğruluğunun, fonksiyonel uygunluğunun kontrol edilmesi; ameliyat edilecek tarafın işaretlenmesi; ameliyat sonrası kalan malzemelerin sayılması yer almaktadır. (JCAHO 2011).

Hedef 5- İnfeksiyona Bağlı Risklerinin Azaltılması: Güncel yayınlanmış ve genel olarak kabul görmüş el hijyeni konusundaki rehberlere uyulmasıdır. Hem cerrahi ekibin hem de hastaların güvenliğini büyük ölçüde tehdit eden cerrahi alan infeksiyonlarının başlıca nedenleri aseptik tekniklere uyulmaması, el hijyenine dikkat edilmemesi ve cerrahi aletlerin uygun şekilde sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin yapılmasında dikkat edilmemesi gibi durumlardır. Kontrol önlemlerinin geliştirilerek uygulanması ve çalışanların planlı, ve sürekli eğitimi infeksiyonun önlenmesinde önem taşımaktadır. (JCAHO 2011)

Hedef 6- Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Risklerinin Azaltılması: Hastaların düşme açısından taşıdığı riskin, almış olduğu ilaçlara bağlı olarak taşıdıkları potansiyel risk göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ve yeniden değerlendirilmesi ve belirlenen riskleri azaltacak veya ortadan kaldıracak önlemlerin alınmasıdır (JCAHO 2011).

Hem sağlık yöneticilerinin hem hemşirelerin aynı zamanda tüm cerrahi ekibin ameliyathanede hasta güvenliğini sağlama konusunda ciddi sorumlulukları olduğu dikkat çekilmektedir (Uğur ve ark. 2011; Kırılmaz 2010). Bu bağlamda Uluslararası Hemşireler Birliği, (ICN) hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumlulukları olduğunu bildirmişlerdir. Bu sorumluluklar ;

- Hastalar ve aileler olası riskler konusunda bilgilendirilmelidir.
- İstenmeyen olaylar ilgili makamlara rapor edilmelidir.
- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde hemşireler aktif rol almalıdır.
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişim güçlendirilmelidir.
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetleri düzenlenmelidir.
- Hasta güvenliğini arttırıcı önlemler desteklenmelidir. Sıkı ve kapsamlı enfeksiyon ile mücadele programları teşvik edilmelidir.
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirmesine yönelik lobi faaliyetleri yürütülmelidir (Uğur ve ark. 2011; Filiz 2009; ICN 2006).

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında, sistem yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan hatalar, saptanması zor hatalardır. Bu hatalar; kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.), malzemelerdeki eksiklik, insan gücünün doğru ve yeterli kullanılmaması, iletişim kaynaklarındaki sorunlar, eğitim vb. faktörler olarak sınıflandırılabilir. Bu faktörlerden herhangi birinde oluşacak sorun, hemşireleri olumsuz etkileyecek, bu durum da hasta güvenliği uygulamalarına yansıtacaktır (Filiz 2009; ICN 2006).

2.3. Hasta Güvenliğinin Ölçülebilir Hale Getirilmesi

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında en temel koşullardan birisi, karşılıklı güvene dayanan kurumsal iletişim, hasta güvenliğinin öneminin çalışanlarca benimsenmesi ve kurumsal öğrenme, hasta güvenliğine yönelik uygulamalara aktif katılımın sağlanmasıdır. Güçlü bir hasta güvenliği kültürü tıbbi hataları en aza indirgeyebilir. Bu aşamada hastane yönetimine ve liderlere ciddi görevler düşmektedir (Tütüncü ve ark. 2007; Filiz 2009).

Hatanın yönetimi, herhangi bir süreçte var olan zayıf noktaların belirlenmesinde kullanılabilecek çok güçlü bir sistemdir. Bu sistemin etkili olabilmesi için; yönetimin tüm kademelerde çalışanları cesaretlendirmesi ve tam desteği, haberci olayların sistematik analizi ve sonuçlarının sisteme entegrasyonu

kalite sistemleri ile ilişkilendirilmesi önem taşıyan unsurlardandır. Bu olaylarla ilgili yönetim ekibine verilecek eğitimlerde olayların öncelikli olanlarının belirlenmesi, izleme, performans ölçümleri ve sistemin iyileştirilmesine yönelik bilgi ve beceriler, çalışanlara verilecek eğitimlerde olayların türleri, raporlamanın nasıl yapılacağı ve kurumsal iletişim aktarılmalıdır. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, en önemlisi hastalara zarar vermemek için hasta güvenliği çalışmaları artırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması içinse gerek devlet, gerekse özel kurumlar üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturulmalı ve hastaların ve çalışanların bu konudaki bilinci artırılmalıdır (Tütüncü ve ark. 2007).

2.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümünün Faydaları

Sağlık hizmet sunucuları, çeşitli nedenlerle güvenlik kültürünü değerlendirmek isteyebilir. Kültürel değerlendirme de;

- İyileştirme yapılacak alanları belirlemek,
- Hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı artırmak için güvenlik kültürünü tanılamak,
- Hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek,
- İçsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapmak,
- İstekleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek amacıyla kullanılabilir (Budak 2008; Filiz 2009).

Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, kurum yapısı, kurumsal iletişim kanalları, yönetim anlayışının “hasta güvenliği” kavramı çerçevesinde oluşturulması ve çalıştırılması gerekmektedir. Bir başka deyişle; hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları yaşama geçirmek ve kurum kültürünün bir parçası haline getirmek ancak hasta güvenliğinin stratejik hedef olarak konulması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi ile mümkündür.

2.5. Hasta Güvenliğinin Özellikleri

Hasta güvenliği kültürü sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim biçimi, ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallarını kapsamaz. Aynı

zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri, yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumlarını da içerir (Tütüncü 2006).

Güçlü bir güvenlik kültürü, hataları en aza indirebilir. Bunun için tıbbi hataların bildirimini yapılması gerekmektedir. Tıbbi hataların bildirimini yetersiz olmasının nedenleri arasında; ayıplanma kültürü, değişime direnç, deneyimli ve yaşlı yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları belirtilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanları tarafından pek çok hatanın raporlanmadığı, hemşirelerin hatayı rapor etmede isteksiz oldukları, hatayı tanımadıkları ve raporlamanın önemini göz önünde bulundurmadıkları bildirilmektedir (Tütüncü 2006; Leape 2008).

Ülkemizde hasta güvenliği kültürü geliştirme çalışmaları henüz çok yeni olduğundan bu konuda çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Arslan ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için konunun kurumda çalışanların tümü tarafından benimsenmesi ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili ölçümlerin belirli aralıklarla tekrar edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Leape 2005; Arslan ve ark.2009).

Hastalarla ilgili risklerin azaltılabilmesi için bu risklerin belirleneceği raporlamaların yapılması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri, yaşadıkları ya da tanık oldukları olumsuz olayları diğerleri ile paylaşmama ve sonuçlarından ders çıkarmama eğilimindedirler. Bunun sonucunda aynı hatalar tekrarlanmaya ve hastalar bu hatalardan zarar görmeye devam etmektedir. Sorunun çözümü, etkili raporlama sistemlerinin kullanılması ve yaygınlaştırılmasıdır (Leape 2008).

Tıbbi hata; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamının neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır. Hatalı tıbbi uygulamalar tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik ve yetersizlik, özen eksikliği ile emir ve yönetmeliklere uymamak sonucunda ortaya çıkmaktadır. Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre üçe ayrılır (Ersan 2013; Arslan ve ark. 2009);

- İşleme bağlı hatalar,
- İhmale bağlı hatalar ve
- Uygulamaya bağlı hatalardır.

Bir sağlık kurumunda hasta güvenliği kültürü, kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Kurumsal kültür kolay değiştirilebilecek bir değer

değildir. Önemli olan öncelikle üst yönetimin bunu kabul etmesi, hasta güvenliği kültürünün ne kadar önemli olduğunu benimsemesi, daha sonra da tüm kurumda bu kültürün oluşması için gerekenlerin yapılmasını sağlamasıdır. Bir kurumda hasta güvenliği kültürünü oluşturabilmek için, yüksek riskli aktiviteler belirlenmeli, tıbbi hataların çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam oluşturulmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayrılmalıdır (Çakır 2007; Akalın 2004).

2.6. Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi

2.6.1. Dünya’da Hasta Güvenliği Mücadelesi

Tüm ülkelerin öncelikli konusu olan sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüdür. Başka bir deyişle sağlık hizmetleri, "belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir" (Filiz 2010).

Yirmi birinci yüzyılda sağlık sisteminin iyileştirilmesi için ABD Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine) önerdiği amaçlar; güvenli bir sağlık hizmeti, etkili bir sağlık hizmeti, hasta odaklı sağlık hizmeti, zamanında verilen sağlık hizmeti, verimli sunulan sağlık hizmeti ve eşit dağıtılan sağlık hizmeti olarak belirtilmiş; nitelikli sağlık sistemi/sağlık kurumu için hasta güvenliğine ilk sırada yer verilmiştir (http://www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf ET:03.2015).

2.6.2. Türkiye’de Hasta Güvenliği Mücadelesi

Türkiye’de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın

güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Ancak kurumdan kuruma bildirim kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan ziyade kurumsal çabalar gösterildiği göz ardı edilmemelidir. Hasta güvenliği bilincini yaymak, kültür geliştirmek için ise Türkiye’de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen dernekler kurulmuştur. Hasta Güvenliği Derneği, Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği çalışmalarına devam etmektedir. Türkiye’deki devlet otoriteleri geçtiğimiz yıla kadar hasta güvenliğinden çok, hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilmiştir. 2006 yılında hasta güvenliği arama toplantıları yapılarak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda JCAHO ile Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı anlaşma neticesinde hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır (Kırılmaz 2010; Arslan ve ark. 2009).

Devlet ya da sivil toplum kuruluşları, yurtdışındaki iyi uygulama çalışmalarını temel alarak ulusal bir hasta güvenliği programı ve bildirim sistemi oluşturmalı; hasta güvenliğini öncelikli olarak iyileştirilmesi gereken alan kabul etmelidir (Kırılmaz 2010).

2.7. Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları

Hemşirelerin hastaların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınması ve başkalarının hastaya verebileceği zararları önleyici girişimlerde bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamaları bakımın en önemli parçasını oluşturmaktadır. Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği uygulamaları açısından en öncelikli konuların başında ilaç uygulamaları gelmektedir. İlaç hatalarının nedenlerine yönelik incelemeler bireysel düzeyde kalmakta ve hemşirelere odaklanılmaktadır Hemşirelerin önem vermesi gereken konulardan biri de kanla ilgili işlemlerdir (kan transfüzyonu, kan alma vs.). İlaç ve kanla ilgili uygulamalarda kimlik tanımlaması hasta güvenliğini sağlamada önceliklidir. Bir diğer önemli hasta güvenliği boyutu hasta düşmeleridir. Yapılan hemşirelik protokolleri ile düşme olayının ve düşme sonrası oluşacak yaralanmalarının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Cerrahi alanlardaki tıbbi hataların önlenmesi için de başta

kimlik tanımlanması olmak üzere hasta güvenliği hedeflerine uygun olarak işlemlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak en önemlisi hastalara zarar vermemek için, hasta güvenliği çalışmaları arttırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması içinse gerek devlet gerekse özel kurumlar, üzerlerine düşen görevi yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturulmalı ve ülkenin (hastaların ve çalışanların), bu konudaki bilinci arttırılmalıdır.

2.8. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin Özellikleri

Sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamına hasta güvenliği diyoruz.

Hastanın kimlik bilgilerinin doğru tanımlanması önemlidir. Her hasta için yattığı sürece kol bandı takılması ve hastaya ismi ile hitap edilmelidir. İlaç uygulamalarından önce, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonundan önce, laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinden önce, ameliyattan önce, hasta transferinden önce, hastanın tedavi ve bakım sürecinde tüm uygulamalardan önce hasta kimliğinin kontrolünün yapılması zorunludur (İnanır ve Serbest 2009; Arslan ve ark. 2009).

Ameliyatta ekip değişimi esnasında ve hasta nakil esnasında bakım sağlayanlar arasında etkili iletişim sağlanmalıdır. Servisten ameliyathaneye, ameliyathaneden servise nakiller sırasında, hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasında uygun iletişim kurulmalıdır. Hastanın bakımına ilişkin bilgi, hastayla beraber nakledilmelidir. Hasta bilgileri mutlaka yazılı olmalıdır. Sözel veya telefon direktifleri ile ilgili politika ve yöntemler belirlenmelidir. Ortak dil kullanımı ve hastanede kullanılan kısaltmalar standart olmalıdır.

Ameliyathanede ilaç güvenliği de önemli bir kriteridir. Benzer ilaç isimleri, benzer ilaç kutuları ve ampul formları listelenmelidir. Tüm uygulama alanlarına hazırlanan listeler aşılmalıdır. Sorumlular konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Narkotik

ilaçlarının çift kilit altında tutulması, acil ilaçların hazır bulundurulması, eczane kapalı iken ilaçları temin etmenin bir yöntemi belirlenmesi ve tüm ekibin bu yöntemi bilmesi gereklidir. Yüksek elektrolit solüsyonları el altında bulundurulmamalıdır. Hazırlanan ilaçlar prosedüre uygun yapılmalıdır. Hasta üzerinde ilaç etkileşimleri hasta takip formunda kayıt altına alınmalıdır. Alerjen etkenlerin bakım verenler tarafından bilinmesi için hasta dosyası üzerinde işaretlemeler yolu ile uyan yapılmalıdır. Hastaların aldığı tüm ilaçların kayıt altına tutulmalıdır. Enjektöre çekilen ilaçlar etiketlenmelidir (Thomas 1999).

Yanlış hasta, yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi bir başka önemli sorundur. Girişim yapılacak olan hastanın klinikten ayrılmadan önce ilgili hekim tarafından doğru tarafı işaretlenmelidir. Ameliyat hazırlık formuna hemşire ve hekim tarafından doğru taraf teyit bilgisi girilmesi ve ameliyathane içerisinde yine taraf doğrulaması yapılmalıdır. Yaklaşık 10 yıl önce büyük standart ameliyatlardan sonra ölüm oranlarının oldukça yükselmesiyle birlikte taraf cerrahisiyle ilgili tehlike sinyalleri görülmeye başlanmış, bu konunun medyanın dikkatini çekmesi sonucu ise Amerika'daki bu ölümlerin nedeni hastaların yüksek riskli hastalar olması şeklinde açıklanmıştır. Bilindiği gibi ameliyathane gibi yüksek riskli ortamlarda çalışma prosedürleri ve kontrol listelerinin oluşturulmasıyla çoğu tıbbi hata önenebilmektedir. Bu nedenle DSÖ, 2007-2008 yıllarında tüm dünya genelinde "**Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır**" sloganıyla başlattığı, hasta güvenliğini sağlama ve geliştirme adımlarından tıbbi hataları önemli ölçüde azaltacağı düşünülen en önemli adım, üç bölümden oluşan bir kontrol listesinin oluşturulmuş olmasıdır (Gürel 2012; İnanır ve Serbest 2009).

Hastane infeksiyonların önlenmesi de yaşamsal önem taşımaktadır. Duyarlılık, uygun sterilizasyon ve dezenfeksiyon yöntemlerinin belirlenmesi, infeksiyon kontrol prosedürlerinin oluşturulması, risk yönetimi, yeterli kaynak sağlama ve kaynakların etkin kullanımı ve çalışanların eğitimi ile bu sorunun üstesinden gelinebilir.

Yanlış veya uygun olmayan malzemenin kullanımına bağlı hataların önlenmesi ameliyathanelerde sıklıkla karşılaştığımız sorunlardandır. Tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının sağlanması, kalibrasyonların yapılması, kullanılan tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi, sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi, tüm sarf malzemelerin kullanıcı tarafından uygunluğunun verilmesi, uygun ebatta malzemeler seçilmelidir (Gürel 2012; İnanır ve Serbest 2009).

Yabancı cisim unutulması ile ilgili hataların önlenmesi cerrahi işlem öncesi, cerrahi işlem sırasında ve insizyon kapanmadan önce alet, gazlı bez gibi ameliyatta kullanılacak tüm malzemelerin sayımı ve kaydedilmesi ile mümkündür.

Düşmelerin önlenmesi için, düşme riskinin belirlenmesi, düşme riski olan hastanın belirlenmesi, düşme önleme tedbirlerinin alınması, düşmelerin izlenmesi ve rapor edilmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, düşme önleme uyarıcıların kullanılması ve önemlisi güvenli ekipman kullanılması zorunludur. Hastaların düşme riski açısından değerlendirilmesi ve önlem alınması transfer sedyeleri, hasta nakil personeli ekibi oluşturulması, transfer yöntemi eğitimi ve hasta nakil talimatı oluşturulması ile mümkün olur (Thomas 1999; Gürel 2012).

Hastane yönetimleri hasta güvenliği ve güvenli çalışma ortamı için planlar yapmalı ve prosedürler oluşturmalıdır. Mutlaka geri bildirimler yapılmalı ve bu sayede oluşan olaylar hem hasta, hem de çalışan açısından mercek altına yatırılarak değerlendirilmelidir. Önlemler alınarak tekrar oluşmaması sağlanmalıdır (Thomas 1999).

2.9. Tıbbi Hatalar

Tıbbi hatalar; planlanan bir işin amaçlanan şekilde tamamlanamaması ve amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanmasıdır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)'nın tanımları ise; sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, yani kasıtsız beklenmeyen sonuçlardır (Güven 2007; Gürel 2012).

Sağlık sisteminde alınan pek çok güvenlik önlemine rağmen hastanın tedavisi ve bakımı sırasında bazen tıbbi hatalar yaşanmakta ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Şen 2009).

İlaç hataları; ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Merkezi (NCCMERP) tarafından, ilaç hataları "hastanın ilaçtan zarar görmesi ya da uygun olmayan ilacı almasına neden olan önlenebilir bir olay" olarak tanımlanmıştır (www.nccmerp.org/MedErrors.catindex.html ET:03.2015).

Cerrahi hatalar; cerrahi tedavinin uygulandığı yerler olan ameliyathaneler, karmaşık iç yapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği nedeniyle özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren yerlerdir (Göçmen 2003). Ameliyathanede meydana gelen bu hatalar arasından sık görülenleri; personel sayısının ve niteliğinin yetersizliği (%73. 9), iletişim bozuklukları (%59. 4), zaman kısıtlılıkları ve hızlı çalışma temposu (%46. 4) olduğu bildirilmektedir (Uğur ve ark. 2011; Gürel 2012).

Tanı Koyma ve Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar; yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz tetkiklerin yapılmasına neden olmaktadır. Hasta güvenliği açısından ise; yanlış tanı, tanının geç konulması ve sonuçların yanlış yorumlanması hastalığın ilerlemesine hatta hastanın kaybedilmesine yol açabilir (İntepeler 2011).

Kan Transfüzyonları; kan ya da kan ürünlerinin tedavi amacıyla dolaşıma verilmesi olarak tanımlanan kan transfüzyonu, oldukça sık uygulanan komplike bir tedavi şeklidir. Bu bağlamda kan transfüzyonu uygulamalarında yapılan hatalar, hasta güvenliği açısından tehlikeli sonuçlar doğurabilir (Akalin 2005).

İnfeksiyonlar; hastane infeksiyonları hastalar hastaneye başvurduktan sonra gelişen ve başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan veya hastanede gelişmesine karşın bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen infeksiyonlar, genellikle hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra ve taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içinde

oluşan infeksiyonlardır (Öztürk 2008; Gürel 2012). Çok sayıda hasta bireyin bulunduğu sağlık kurumlarında, çok çeşitli ve çok sayıda mikroorganizma bulunmaktadır. İnfeksiyon kontrolü ve önleme çoğu sağlık uygulamalarının en zorlayıcı yanısıdır ve artan infeksiyon oranları sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için büyük bir endişe kaynağıdır. Kateter bağlantılı üriner sistem infeksiyonları, kan transfüzyonuna bağlı infeksiyonlar, akut veya kronik akciğer infeksiyonları (sıklıkla mekanik ventilasyona bağlı) sağlık bakımının uygulanmasında yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Bunların ve diğer infeksiyonların önlenmesinde en temel uygulama el hijyeninin sağlanmasıdır. Uluslar arası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri DSÖ, ABD ve diğer çeşitli ulusal ve uluslar arası kurumlarda mevcuttur. Kurum yayınlanmış ve kabul edilmiş mevcut el hijyeni rehberlerinin benimsenmesi ve kurum içinde kullanılması için prosedürler geliştirmelidir (Öztürk 2008).

Düşmeler; Düşmeler hastanelerde en yaygın görülen tıbbi hatalardan olup bu kurumlarda meydana gelen yaralanmaların yaklaşık %30'unun temel nedenini oluşturmaktadır (Çeçen ve ark. 2011; Aştır 2010).

Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar; Gelişmiş birçok ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların, en sık rastlanılan nedenlerindedir. Yetersiz izleme bağlı hataları en aza indirmek için istemler açık ve okunabilir bir şekilde yazılmalı ve izlem sıklığı net olarak belirtilmelidir(Aştı 2000).

İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar; Arda ve ark.'larının (2007) yaptığı bir araştırmada hekimlerin %78.2'si, hemşirelerin ise %85.5'i hastalarla iletişim kurmada sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada iş yoğunluğunun ve yeterli sayıda hekim ya da hemşirenin olmamasının iletişim kuramamanın temel nedeni olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte klinik sorumlularının yarattığı gerginlik, nöbetlerin fazlalığı, çok yorulma gibi nedenlerin de iletişim sürecini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Aştı 2000; Akalın 2005).

2.10. Hataların Raporlanması

Hasta güvenliğini riske eden potansiyel ve gerçek olayların bildirim, kayıt altına alınması ve sınıflandırılarak istatistiksel verilere dönüştürülmesini sağlayacak bir raporlama sisteminin kurulması, hasta güvenliğini sağlamada önemlidir (Atasoy 2011).

2.11. Kültür

Kültür kelimesi, Latince'deki "Cultura" veya "Colere" fiilinden türetilmiştir. Kültür; bir toplumun üyeleri tarafından sergilenen düzenli eylemleri (davranış kalıplarını), nesneleri (alet ve eşyaları), düşünceleri (bilgi ve inançları), duyguları (tutum ve değerleri) içeren yaşam biçimleri bütünüdür. TDK kültürü; bir topluma ya da bir halk topluluğuna özgü düşünce ve sanat yapıtlarının tümü şeklinde tanımlanmaktadır. Uygur'a göre kültür ise; insanın ortaya koyduğu, içinde insanın da var olduğu tüm gerçekler olarak tanımlanmaktadır. İngiliz Antropolog E.B.Taylor'da kültür kavramını, bilgi, sanat, hukuk, ahlak, töre ve tüm diğer yetenek ve alışkanlıkları içeren karmaşık bir bütün olarak tanımlamıştır. Hofstede ise kültürün bir insan grubunu diğerlerinden farklılaştıran kolektif düşünme programı olduğunu belirtmiştir (Bakan ve ark. 2004).

2.11.1. Kurum Kültürü

Ülkelerin, bölgelerin, grupların kendine özgü bir kültürü olabildiği gibi kurumların da hedeflerine ulaşmak için çeşitli ortak özellikler taşıması gerekir. Her kurumun onu diğerlerinden farklı kılan kendine özgü bir kültürü vardır. Kurumlar varlıklarını sürdürmek için belli gelenekleri yaşatmak, kendilerine özgü bir kültür oluşturmak ve bu yolla da kendi kimliklerini, yani kurum kültürünü oluşturmak zorundadırlar (Odabaşı 2002).

2.11.2. Hasta Güvenliği Kültürü

"Kültür", bir organizasyondaki ortak tutumlar, deneyimler, inançlar ve değerler bütünüdür ve kurumda işlerin nasıl yürütüldüğünü gösterir. Basitçe güvenlik kültürü, gelişmeye gereksinim duyulan konuları içeren, "Bizim, burada bir şeyleri yaparken kullandığımız yol" olarak tanımlanabilir (HRC 2005).

Bir kurumun güvenlik kültürü; söz konusu 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. Hasta güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır (Sayek 2010). Bireylerin açık ve adil olması ön plana çıkartılmakta ve hataların açıkça konuşulması konusunda bireyler teşvik edilirken, yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrularını koymalarını sağlayan bir ortam tasvir edilmektedir (Reason 1998; Tak 2010). Hasta güvenliği kültürü de, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Kurumsal kültür basitçe, bir kurumda işlerin nasıl yürüdüğüdür. Diğer bir deyişle burada işler böyle yapılır şeklinde tanımlanabilir. Kurumsal kültür inançlar, değerler, adetler, uygulamalar, öğrenilen işlemler ve paylaşılan ödüllerin tümü ile yoğrulmuştur. Kurumsal kültür kolay değiştirilebilecek bir değer değildir. Değişime kolay uyabilecek üyeler olabileceği gibi şiddetli direnç gösterecekler de vardır, hatta bazı kurumlarda bu grup çoğunlukta olabilir. Önemli olan kurumsal liderliğin bu değişimin ne kadar önemli olduğunu önce kendisinin kabul etmesi, daha sonra da tüm kurumla bu değişimin gereğini ve neler getireceğini açık bir şekilde anlatması ve paylaşmasıdır (Sayek 2010).

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir (Erdemir 2000).

- Hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında;
- Hasta güvenliği kültürü oluşturulması için öneriler;
- Sağlık hizmetinde hatalara proaktif yaklaşım

- Etik- şeffaflık ve açık sözlülük
- Hataların belirlenmesi: sistem-kişisel
- Hataların bildirilmesi ve izlenmesi
- Hatalardan öğrenme-ders alma
- Personel sayısı/dağılımı ve tıbbi hatalar
- Teknoloji ve tıbbi hatalar
- İletişim ve takım çalışmasına odaklanılmalı
- Herkes kalite ve hasta güvenliğini iyileştirme konularında sorumluluk almalı
- Güvenlilik iyileştirme girişimleri hedef-odaklı olmalıdır
- Kültürün değişmesi yavaştır
- İyileşmeler ölçülmeli ve dokümanite edilmelidir
- Hasta eğitimi
- Kişilere değil, sisteme odaklanmalıyız
- Zarar/hasar sistemdeki hataların sonucunda ortaya çıkmaktadır
- Kişiler arası iletişime odaklanılmalıdır
- Endişemiz varsa söyleyelim
- Diğerlerinin sözlerini dinleyelim, duymak yetmez!
- İçinde çalıştığımız

Hasta güvenliği kültür sorunu olarak sağlık bakım kurumlarında suçlama kültürü de bulunmaktadır. Sağlık çalışanları suçlanma ve cezalandırılma korkusu içinde tıbbi hatalar ve güvenlik kültürü sorunlarını bildirmek ve tanımlamaktan kaçınmaktadır. Araştırmacılar, bu tip kültürün tıbbi hata ve hasta güvenliği açısından çoğaltıcı bir ortam olduğunu düşünmektedir (Erdemir 2000).

2.11.3. Olay Bildiriminin Temel Özellikleri

Bildirimde olayda geçen kişi ve birimler gizlilik esası ile gerekli olmadıkça paylaşılmamalıdır. Olay araştırması yapılırken suçlamak ya da kesin hüküm vermek amaçlı değil öğrenmek amaçlı sorgulama yapılmalıdır. Hasta güvenliği bildirimlerinin devamlılığını sağlamak için bildirim yapan kişi cezalandırılmamalıdır. Olay içinde kurum için net ve bilinçli bir ihlal olmadıkça

cezalandırılmadan uzak durulmalıdır. Olay bildirimini hızlıca yapılmalı ve zaman kaybedilmemelidir. Olay yeri incelemesinde zaman önemlidir. Sınıflandırma yöntemi kullanılmalı; ciddiyet ve tekrarlama riskine göre olaylar ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Olay bildirimini yapan kişilere geri bildirimde bulunulmalı iyileştirme yapıldığının bilgisi verilmelidir (Sayek 2010). Tüm çalışanların olay bildiriminde bulunması sağlanmalıdır. Özellikle bildirimlerin büyük çoğunluğu hemşireler tarafından yapılmakta olup hekimlerin de olay bildirimini yapmasına yönlendirilmesi gerekir (Sayek 2010).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Araştırma, ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte tasarlandı.

Bu amaç doğrultusunda araştırmada şu sorulara yanıt arandı;

1. Ameliyathanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları nasıldır?
2. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

Bağımlı Değişkeni: Ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma yılı, hastanedeki kadro durumu

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Yer

Araştırma, Mart 2015- Nisan 2015 tarihleri arasında, Edirne Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Devlet Hastanesi ve Selimiye Ünitesi, Özel Hastane, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ameliyathane bölümlerinde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Edirne Kamu Hastaneler Birliği'ne Bağlı Edirne Devlet Hastanesi ameliyathane bölümünde 17 ve Selimiye Ünitesi'nde 15 hemşire, Özel Hastane'de 6, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 31 hemşire görev yapmaktadır.

Araştırmanın çalışma evrenini, Edirne'de ameliyathane bölümünde çalışan belirlenen kriterlere uyan tüm hemşireler oluşturdu (N=67). Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yapılmadan tam sayım yöntemi ile çalışma evreninin tamamı üzerinde uygulandı.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde (yıllık izin, doğum izni, ücretsiz izin, hastalık izni vb.) izinli olmayan tüm hemşireler araştırma kapsamına alındı (N=56).

3.4. Araştırma Verilerin Toplanması

3.3.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren "Kişisel Bilgi Formu", Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış 'Güvenlik Tutumları Ölçeği' (Ameliyathane Versiyonu) kullanıldı.

3.3.1.1. Bilgi Formu (EK- 2): Araştırmacı tarafından literatür ışığında geliştirilen formda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini ve hasta güvenliğine ilişkin soruları içeren toplam 22 adet soru yer almaktadır.

Kişisel Bilgi Formunda; hemşirelerin; yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, çalıştığı kurum, çalıştığı servis gibi kişisel ve mesleki özelliklerini içeren sorularla birlikte, hasta güvenliği konusunda eğitim alınıp alınmadığı, ameliyathanede çalışma süresi, çalışılan hastanenin kalite belgesi olup olmadığı, gibi tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerini içeren sorular bulunmaktadır.

3.3.1.2. Güvenlik Tutumları Ölçeği (EK- 3):Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ-Operating Room Version) Teksas Üniversitesinde Sexton ve arkadaşları tarafından ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve Önler (2010) tarafından ölçek Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ'nin (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) ameliyathane, servisler (dahili /cerrahi v.b.), yoğun bakım ünitesi, gününbirlik bakım ünitesi gibi değişik alanlarda kullanılabilecek versiyonları bulunmaktadır. Her bir versiyonda içerik aynı olmakla birlikte, ölçek maddelerinde 'yoğun bakım ünitesinde hataların tartışılması zordur' yerine 'ameliyathanede hataların tartışılması zordur' gibi küçük değişiklikler yapılmıştır. Türkiye'de ölçeğin yatan hasta versiyonu Kaya ve ark.'ları (2013) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak kullanılmıştır.

Ekip işbirliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları ve stres düzeyinin belirlenmesi gibi güvenliğin sağlanmasıyla ilgili 6 alanda veri toplamamızı sağlayan ölçeğin, bazı maddeleri (1, 12, 16, 24, 25 ,27, 31, 32, 33, 36, 39, 44, 47, 49, 52, 53, 56, 58) olumsuz ifadeler içermektedir. Olumsuz ifadeler ters çevrilerek puanlandığı için; daha yüksek puan, daha olumlu tutumlar anlamına gelmektedir. Ölçek yanıtları için 5 puanlı (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım 4=Kesinlikle Katılıyorum 5= Katılıyorum) likert tipi bir ölçek kullanılmaktadır. Puanın 100'lük sisteme çevrilmesinde; 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100 olarak hesaplanmaktadır. Ölçekteki her bir maddeye verilen yanıtlar özetlenir, madde sayısına bölünür ve 100'lük sisteme çevrilerek 0-100 arası puan elde edilir. Bir çalışan için ekip işbirliği ölçeğinden alınan puanın hesaplanması şu şekilde formülize edilmiştir. Ekip İşbirliği Ölçek Puanı = (((ekip puanlarının ortalaması)-1). Ölçeğin her versiyonunda ölçeğe ek olarak; hasta güvenliğinin geliştirilmesiyle ilgili görüş isteyen açık uçlu ve çalışanlar arasındaki işbirliği ve iletişimi sorgulayan 5 puanlı (1= Çok Kötü, 2=Kötü 3=Orta 4= İyi 5=Çok iyi) likert ölçek tipinde sorular da bulunmaktadır.

Ölçek, çalışanın kendisinin doldurması yoluyla uygulanmaktadır. Doldurulması yaklaşık 10-15 dakika bir süre almaktadır. Yapılan çalışmalarda, ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0,5 ve üzerindedir.

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

3.5.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından araştırmanın yürütüldüğü hastanedeki hemşirelere araştırmanın amacı ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara anket formlarının dağıtılıp, aynı gün veya birkaç gün sonra geri alınması yoluyla toplandı. Anket formlarının doldurulması hemşirelerin yaklaşık 25 dakikasını aldı.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayarda SPSS 22.00 programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma), normal dağılımı incelemek için Frequencies - Descriptives dağılım testi ve niceliksel olmayan verileri karşılaştırmak için independent samples T-Testi One Way Anova kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmada kullanılan 'Güvenlik Tutumları Ölçeği' nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olan Ebru Önler'den yazılı onay alındı (Ek-6).

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul onayı (EK-4); Edirne Kamu Hastaneler Birliği Müdürlüğü'nden yazılı izin (EK-5) ve Özel Ekol Hastanesi'nden yazılı izin alındı. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılacak olan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onayları alındı. Araştırmada, hemşirelere araştırmaya katılmak istemiyorlarsa sorulara cevap vermek zorunda olmadıkları söylenerek "Özerklik" ilkesine, bireysel bilgilerin sadece bu araştırmada kullanılacağı ve bilgilerin araştırmacı tarafından korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve Güvenlik" ilkesin özen gösterildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Edirne il merkezinde; Edirne Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Edirne Devlet Hastanesi, Özel Hastane, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ameliyathanelerinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmada veri toplama süresince ameliyathanelerin yoğun ve girişlerin kısıtlı olması nedeniyle hemşirelere ulaşım konusunda güçlük yaşandı. Ayrıca hemşirelerin iş yükü hemşirelerin araştırma için zaman ayırmasını güçleştirdi.

4. BULGULAR

Bu bölümde ameliyathanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmada elde edilen bulgular ve istatistiki analizler tablolar halinde sunulmaktadır.

Araştırmanın bulguları:

4.1.Hemşirelerin bireysel özelliklerine ilişkin bulgular

4.2.Hasta güvenliğine ilişkin bulgular

4.3.Hemşirelerin bireysel özelliklerin hasta güvenliği ölçeği ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere üç başlık altında ele alındı.

4.1.Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde ameliyathaneden çalışan hemşirelerin bireysel özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo:1 Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	N	%	
Cinsiyet	Kadın	46	82,1
	Erkek	10	17,9
Yaş	18-25	9	16,1
	26-30	17	30,4
	31-35	11	19,6
	36-45	19	33,9
Medeni Durum	Bekar	23	41,1
	Evli	33	58,9
Eğitim Durumu	Lise	7	12,5
	Ön Lisans	16	28,6
	Lisans	28	50
	Lisans Üstü	2	3,6
	Yüksek Lisans	3	5,4
Çalışma Yılı	6-10	26	46,4
	11-15	10	17,9
	16-20	20	35,7
Ameliyathane Çalışma Süresi	6-10	42	75,0
	11-15	11	19,6
	16-20	3	5,4
Ameliyathane Hemş. Sertifikası Olması	Evet	14	25,0
	Hayır	42	75,0
Kalite Eğitimi Alınması	Evet	42	75,0
	Hayır	14	25,0

Araştırma kapsamına alınan ameliyathane hemşirelerinin %30.4 ünün 26-30 yaşında olduğu, %82' sinin kadın (n=46) olduğu ve çoğunun evli olduğu (%58.9) (n=33) belirlendi. Eğitim durumlarına bakıldığında; hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%50. 0) lisans mezunu (n=28), %3.6' sının lisans üstü mezunu olduğu (n=2), %12.5'inin lise mezunu olduğu görülmektedir (n=7). Hasta güvenliği konusunda yeterlilik sorgulandığında; %73.2'si (n=41) kendini yeterli bulurken, hemşirelerin

75'inin (n=42) ameliyathane hemşireliği sertifikası olmadığını,75'i ise (n=42) kalite eğitimi aldıklarını ifade etmektedir (Tablo 1).

4.2.Hasta güvenliğine ilişkin bulgular

Bu bölümde; ameliyathaneden çalışan hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları, son 12 ayda olay raporu inceleme durumu, çalıştıkları kurumun hasta güvenliği konusunda değerlendirmeleri, çalıştıkları kurumda hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, eğitim düzeyinin hasta güvenliği konusunda değerlendirmeleri, hemşirelerin hasta güvenliğine verdiği önemin çalıştığı kuruma göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo:2 Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaların Dağılımları

Özellikler	N	%
Hasta Güvenliği Değerlendirme	Mükemmel	1,8
	Çok İyi	23,2
	Kabul Edilebilir	51,8
	Zayıf	21,4
	Başarısız	1,8
Hasta Güvenliği Yeterlilik	Evet	73,2
	Hayır	26,8
Hastane Kalite Belgesi Olması	Evet	82,1
	Hayır	17,9
Ameliyathane Kalite Belgesi Olması	Evet	89,3
	Hayır	10,7
Hasta Güvenliği Eğitimi Alınması	Evet	71,4
	Hayır	28,6
Olay Raporu İnceleme Sayısı	1-2 olay	87,5
	3-5 olay	1,8
	15-20 olay	5,4
	21 ve fazla	5,4
Hasta Güvenliğine Verilen Önem	Hiç Önemi Yok	10,7
	Çok Önemli	89,3

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, %51,8'i(n=29) hasta güvenliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu, %89.3' ü (n=50) ameliyathane kalite belgesinin olduğunu belirtirken, hemşirelerin %71.4'ü ise (n=40) hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını ifade etmektedir. Biriminizde kaç kez olay raporu incelediniz sorusuna %87.5'i (n=49) 1-2 yanıtını verirken, hemşirelerin %89.3'ü (n=50) hasta güvenliğinin önemi sorusuna çok önemli yanıtını verdiği görüldü. (Tablo2).

Tablo 3: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatlerinin Son 12 Ayda Olay Raporu İnceleme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Haftalık Çalışma Saati	1-2 olay		3-5 olay		11-20 olay		21 ve fazla		toplam	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
40 saati geçmiyor	7	87,5	0	0	0	0	1	12,5	8	100
40-49 saat	31	83,8	1	2,7	2	5,4	3	8,1	37	100
50 saatten fazla	8	89,9	0	0	1	11,1	0	0	9	100
Toplam	46	85,2	1	1,9	3	5,6	4	7,4	54	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile son oniki aydaki olay raporu incelenme sayısı karşılaştırıldığında; çalışma saati 40 saati geçmeyen hemşirelerin %87.5' i (n=7) 1-2 olay raporu incelerken, 40-49 saat çalışan hemşirelerin %83.8'i (n=31) 1-2 olay incelemekte 50 saatten fazla çalışanların ise %88.9'u (n=8) 1-2 olay incelemektedir (Tablo 3).

Tablo 4: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumu Hasta Güvenliği Konusunda Değerlendirmelerine Göre Karşılaştırılması

Çalışılan Hastane	Mükemmel		Çok İyi		Kabul Edilir		Zayıf		Başarısız		Toplam	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Üniversite Hastanesi	0	0	3	13,6	14	63,6	5	22,7	0	0	22	100
Kamu Hastaneler Birliği	0	0	8	29,6	22	40,7	7	25,9	1	3,7	27	100
Özel Hastane	1	16,7	1	16,7	4	66,7	0	0	0	0	6	100
Toplam	1	1,8	12	21,8	29	52,7	12	21,8	1	1,8	55	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışılan kurum ile hasta güvenliği konusu değerlendirildiğinde; üniversite hastanesinde çalışanların %63.6'sı hasta güvenliği konusunu kabul edilebilir bulurken (n=14), kamu hastaneler birliğinde çalışanların %40.7'si (n=22), özel hastanede çalışanların ise %66.7'si (n=4) kabul edilebilir düzeyde bulmaktadır (Tablo 4).

Tablo 5: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Çalışılan Kurum	Evet		Hayır		Toplam	
	N	%	N	%	n	%
Üniv Hastanesi	15	71,4	6	28,6	21	100
Kamu Hast.Birliği	20	74,1	7	25,9	27	100
Özel Hastane	4	66,7	2	33,3	6	100
Toplam	39	72,2	15	27,5	54	100

Tablo 5’de Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %71.4’ünün (n=15) hasta güvenliği konusunda eğitim alırken kamu hastaneler birliğinde çalışan hemşirelerin 74.1’inin (n=20) özel hastanelerde çalışan hemşirelerin ise %66.7 ’sinin (n=.4) hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı belirlendi.

Tablo 6: Hemşirelerin Eğitim Düzeyinin Hasta Güvenliği Konusunda Değerlendirmelerine Göre Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	Mükemmel		Çok İyi		Kabul Edilebilir		Zayıf		Başarısız		Total	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Lise	1	14,3	0	0	4	57,1	1	14,3	1	14,3	7	100
Ön lisans	0	0	5	31,3	9	56,3	2	12,5	0	0	16	100
Lisans	0	0	7	25,0	14	50,0	7	25,0	0	0	28	100
Lisans Üstü	0	0	0	0	1	100,0	0	0	0	0	1	100
Yüksek Lisans	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	3	100
Toplam	1	1,8	12	21,8	29	52,7	12	21,8	1	1,8	55	100

Araştırmaya katılan lise mezunu hemşirelerin %57.1' i (n=4), ön lisans mezunu hemşirelerin %56.3'ü (n=9), lisans mezunu hemşirelerin %50'si (n=14), lisans üstü mezunu hemşirelerin %100'ü (n=1) hasta güvenliği konusunu kabul edilebilir düzeyde bulurken; yüksek lisans mezunu hemşirelerin ise %66.7'si (n=2) hasta güvenliği konusunu zayıf düzeyde bulduğunu belirtmektedir (Tablo 6).

Tablo 7: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Verdiği Önemin Çalıştığı Kuruma Göre Karşılaştırılması

Çalışılan Kurum	Mükemmel		Çok İyi		Kabul Edilebilir		Zayıf		Başarısız		Toplam	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Üniversite Hastanesi	0	0	3	13,6	14	63,6	5	22,7	0	0	22	100
Kamu Hastaneler Birliği	0	0	8	29,6	22	40,7	7	25,9	1	3,7	27	100
Özel Hastane	1	16,7	1	16,7	4	66,7	0	0	0	0	6	100
Toplam	1	1,8	12	21,8	29	52,7	12	21,8	1	1,8	55	100

Hemşirelerin Üniversite Hastanelerinde çalışanların %63,6'sı (n=14), kamu hastaneler birliğinde çalışan hemşirelerin %40,7'si (n=22) hasta güvenliği konusunda kendilerini kabul edilebilir düzeyde değerlendirirken; özel hastanede çalışan hemşirelerin ise % 66.7'si (n=4) kabul edilebilir düzeyde olduğunu ifade etti

(Tablo 7).

4.3.Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Hasta Güvenliği Ölçeği İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, ameliyathanede çalışan hemşirelerin eğitim durumu, medeni durumu, çalıştıkları kurum, çalışma saatleri, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, memnuniyet düzeyi, hastanedeki kadro durumu, ameliyathanede çalışma süresi, ameliyathane hemşireliği sertifikası olup olmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 8: Hemşirelerin Güvenlik Tutumu Ölçeği Ortalama Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (n=56)

Alt Boyut	Minimum puan	Maksimum puan	Ortalama	Standart Sapma
Ekip İşbirliği	30	67	49,46	8,14
İş Memnuniyeti	10	24	17,87	3,45
Yönetimle İlgili Düşünce	9	35	22,64	5,49
Güvenli Ortam	33	70	53,39	8,98
Çalışma Koşulları	3	15	9,89	2,7
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	19	55	41,9	7,86
Ölçek Toplamı	104	266	195,15	24,15

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; ekip işbirliği alt boyutundan $49,46 \pm 8,14$ puan, iş memnuniyeti alt boyutundan $17,87 \pm 3,45$ puan, yönetimle ilgili düşünce alt boyutundan $22,64 \pm 5,49$ puan, güvenli ortam alt boyutundan $53,39 \pm 8,98$ puan, çalışma koşulları alt boyutundan $9,89 \pm 2,7$ puan ve stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutundan da $41,9 \pm 7,86$ puan aldıkları saptandı. Hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamasının $195,15 \pm 24,15$ puan olduğu belirlendi ve çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının ortalamaya göre daha düşük olduğu bulundu (Tablo 8).

Tablo 9: Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min. Max.	P
Ekip İşbirliği	Lise Mezunu	7	12,5	50,8 ± 5,08 45 - 59	,799
	Ön Lisans Mezunu	16	28,5	49,9 ± 8,8 35 - 65	
	Lisans Mezunu	28	50,0	48,8 ± 8,9 30 - 67	
	Lisans Üstü Mezunu	2	3,6	54,5 ± 3,5 52 - 57	
	Yüksek Lisans	3	5,4	46,0 ± 3,46 42 - 48	
İş Memnuniyeti	Lise Mezunu	7	12,5	17,4 ± 2,9 14 - 22	,463
	Ön Lisans Mezunu	16	28,5	18,9 ± 3,6 12 - 23	
	Lisans Mezunu	28	50,0	17,1 ± 3,2 10 - 24	
	Lisans Üstü Mezunu	2	3,6	20,0 ± 2,8 18 - 22	
	Yüksek Lisans	3	5,4	17,0 ± 6,08 10 - 21	
Yönetim ile ilgili düşünce	Lise Mezunu	7	12,5	25,1 ± 4,5 20 - 32	,654
	Ön Lisans Mezunu	16	28,5	23,1 ± 5,3 14 - 31	
	Lisans Mezunu	28	50,0	21,7 ± 5,3 13 - 35	
	Lisans Üstü Mezunu	2	3,6	24,0 ± 2,8 22 - 26	
	Yüksek Lisans	3	5,4	21,6 ± 11,1 9 - 30	
Güvenli Ortam	Lise Mezunu	7	12,5	59,4 ± 6,4 49 - 68	,879
	Ön Lisans Mezunu	16	28,5	57,9 ± 10,7 39 - 74	
	Lisans Mezunu	28	50,0	55,7 ± 9,7 34 - 73	
	Lisans Üstü Mezunu	2	3,6	59,0 ± 2,8 57 - 61	
	Yüksek Lisans	3	5,4	55,3 ± 13,5 41 - 68	
Çalışma Koşulları	Lise Mezunu	7	12,5	11,1 ± 1,4 9 - 13	,345
	Ön Lisans Mezunu	16	28,5	10,5 ± 2,8 3 - 15	
	Lisans Mezunu	28	50,0	9,1 ± 2,6 4 - 14	
	Lisans Üstü Mezunu	2	3,6	10,5 ± 2,1 9 - 12	
	Yüksek Lisans	3	5,4	9,6 ± 4,1 5 - 13	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	Lise Mezunu	7	12,5	44,4 ± 6,6 35 - 55	,091
	Ön Lisans Mezunu	16	28,5	38,0 ± 8,6 19 - 53	
	Lisans Mezunu	28	50,0	42,9 ± 7,5 25 - 55	
	Lisans Üstü Mezunu	2	3,6	51,0 ± ,00 51 - 51	
	Yüksek Lisans	3	5,4	42,3 ± 2,08 40 - 44	

Eğitim durumuna göre güvenlik leği alt gruplarının karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre leğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n=56	Yüzde (%)	Ort \pm SD Min. Max.	P
Ekip İşbirliği	Evli	33	58,9	49,0 \pm 8,5 30-67	,614
	Bekar	23	41,1	50,1 \pm 7,6 31 – 65	,606
İş Memnuniyeti	Evli	33	58,9	17,8 \pm 3,6 10 – 24	,848
	Bekar	23	41,1	17,6 \pm 3,2 11 – 23	,844
Yönetim ile ilgili düşünce	Evli	33	58,9	22,1 \pm 5,6 9 – 35	,400
	Bekar	23	41,1	23,3 \pm 5,3 13 – 32	,395
Güvenli Ortam	Evli	33	58,9	55,9 \pm 9,4 39 – 74	,345
	Bekar	23	41,1	58,3 \pm 9,8 34 – 72	,350
Çalışma Koşulları	Evli	33	58,9	9,8 \pm 3,01 3 – 15	,963
	Bekar	23	41,1		,961
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	Evli	33	58,9	40,2 \pm 8,2 19 – 55	,042
	Bekar	23	41,1	44,5 \pm 6,6 25 - 55	,036

Medeni duruma göre Güvenlik leği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Stres düzeyinin belirlenmesi yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.042$) (Tablo 10).

Tablo 11: Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Çalıştığımız Kurum	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min. Max.	P
Ekip İşbirliği	Üniversite Hastanesi	23	41,1	47,5 ± 7,4 30 - 59	,333
	Kamu Hastaneler Birliği	27	48,2	50,7 ± 7,1 35 - 67	
	Özel Hastane	6	10,7	51,1 ± 13,7 31 - 65	
İş Memnuniyeti	Üniversite Hastanesi	23	41,1	17,2 ± 3,5 10 - 22	,396
	Kamu Hastaneler Birliği	27	48,2	17,9 ± 3,2 10 - 24	
	Özel Hastane	6	10,7	19,3 ± 4,1 14 - 23	
Yönetim ile ilgili düşünce	Üniversite Hastanesi	23	41,1	21,6 ± 4,7 14 - 30	,085
	Kamu Hastaneler Birliği	27	48,2	22,5 ± 5,7 9 - 35	
	Özel Hastane	6	10,7	27,1 ± 5,6 19 - 32	
Güvenli Ortam	Üniversite Hastanesi	23	41,1	55,3 ± 9,2 40 - 72	,551
	Kamu Hastaneler Birliği	27	48,2	57,6 ± 8,06 39 - 73	
	Özel Hastane	6	10,7	59,6 ± 16,5 34 - 74	
Çalışma Koşulları	Üniversite Hastanesi	23	41,1	9,1 ± 2,4 3 - 13	,213
	Kamu Hastaneler Birliği	27	48,2	10,2 ± 2,8 4 - 15	
	Özel Hastane	6	10,7	11,0 ± 2,52 8 - 14	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	Üniversite Hastanesi	23	41,1	43,1 ± 7,7 29 - 53	,603
	Kamu Hastaneler Birliği	27	48,2	40,8 ± 7,1 19 - 55	
	Özel Hastane	6	10,7	42,5 ± 11,8 25 - 55	

Çalışılan kuruma göre güvenlik ölçeği alt grupları karşılaştırıldığında, çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Hemşirelerin Çalışma Saatlerine Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Çalışma Saatleri	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min. Max.	P
Ekip İşbirliği	16.00 – 8.00	28	50,0	49,5 ± 10,25 30 – 67	,995
	08.00 – 16.00	26	46,4	49,3 ± 5,6 33 – 59	
	16.00 – 08.00				
	08.00 – 08.00	1	1,8	48,0 ± 0,00 48 - 48	
İş Memnuniyeti	16.00 – 8.00	28	50,0	18,07 ± 3,59 10 – 23	,270
	08.00 – 16.00	26	46,4	17,3 ± 3,23 11 – 23	
	16.00 – 08.00				
	08.00 – 08.00	1	1,8	13,0 ± 0,00 13 - 13	
Yönetim ile ilgili düşünce	16.00 – 8.00	28	50,0	22,06 ± 6,3 9 – 35	,296
	08.00 – 16.00	26	46,4	22,8 ± 4,3 14 – 30	
	16.00 – 08.00				
	08.00 – 08.00	1	1,8	13,0 ± 0,00 13 – 13	
Güvenli Ortam	16.00 – 8.00	28	50,0	56,7 ± 11,2 34 – 74	,909
	08.00 – 16.00	26	46,4	56,9 ± 7,9 42 – 72	
	16.00 – 08.00				
	08.00 – 08.00	1	1,8	56,0 ± 0,00 56 - 56	
Çalışma Koşulları	16.00 – 8.00	28	50,0	9,92 ± 3,005 4 – 15	,454
	08.00 – 16.00	26	46,4	9,92 ± 2,36 3 – 13	
	16.00 – 08.00				
	08.00 – 08.00	1	1,8	6,0 ± 0,00 6 – 6	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	16.00 – 8.00	28	50,0	40,9 ± 8,88 19 – 55	,756
	08.00 – 16.00	26	46,4	43,1 ± 6,8 29 – 53	
	16.00 – 08.00				
	08.00 – 08.00	1	1,8	39,00 ± 0,00 39 - 39	

Çalışma saatlerine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Eğitim Alınıp Alınmadığı	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min. Max.	P
Ekip İşbirliği	Evet	42	75,0	48,9± 8,35 30 – 66	,445
	Hayır	14	25,0	50,5 ± 8,1 36 – 67	
İş Memnuniyeti	Evet	42	75,0	17,7 ± 3,7 10 – 24	,440
	Hayır	14	25,0	17,8 ± 2,9 12 – 21	
Yönetim ile ilgili düşünce	Evet	42	75,0	22,1 ± 5,5 9 – 31	,943
	Hayır	14	25,0	23,6 ± 5,4 13 – 35	
Güvenli Ortam	Evet	42	75,0	56,6 ± 9,8 34 – 74	,825
	Hayır	14	25,0	56,6 ± 9,2 43 - 70	
Çalışma Koşulları	Evet	42	75,0	10,1 ± 2,6 4 – 15	,580
	Hayır	14	25,0	9,3 ± 2,94 3 - 14	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	Evet	42	75,0	41,9 ± 8,3 19 - 55	,262
	Hayır	14	25,0	41,5 ± 6,9 29 - 53	

Eğitim alma durumuna göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Hemşirelerin Memnuniyet Düzeyine Göre Ölçeğın Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Memnuniyet Düzeyi	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min.Max.	P
Ekip İşbirliği	Hiç Memnun Değilim	3	5,4	42,6 ± 8,3 33 – 48	,438
	Az Memnunum	12	21,4	51,1 ± 6,1 36 – 59	
	Orta Düzeyde Memnunum	37	66,1	49,2 ± 8,9 30 – 67	
	Çok Memnunum	4	7,1	51,0 ± 2,1 48 – 53	
İş Memnuniyeti	Hiç Memnun Değilim	3	5,4	14,3 ± 2,8 11 – 16	,255
	Az Memnunum	12	21,4	17,3 ± 2,7 12 – 22	
	Orta Düzeyde Memnunum	37	66,1	18,2 ± 3,6 10 – 24	
	Çok Memnunum	4	7,1	17,2 ± 2,9 14 – 21	
Yönetim ile ilgili Düşünce	Hiç Memnun Değilim	3	5,4	21,3 ± 6,6 14 – 27	,585
	Az Memnunum	12	21,4	21,5 ± 4,5 14 – 27	
	Orta Düzeyde Memnunum	37	66,1	22,7 ± 5,8 9 – 35	
	Çok Memnunum	4	7,1	25,7 ± 3,5 22 – 30	
Güvenli Ortam	Hiç Memnun Değilim	3	5,4	52,6 ± 9,2 42 – 59	,825
	Az Memnunum	12	21,4	58,0 ± 8,1 42 – 72	
	Orta Düzeyde Memnunum	37	66,1	56,7 ± 10,4 34 – 74	
	Çok Memnunum	4	7,1	58,7 ± 6,5 53 – 68	
Çalışma Koşulları	Hiç Memnun Değilim	3	5,4	10,3 ± 2,51 8 – 13	,973
	Az Memnunum	12	21,4	10,08 ± 1,4 8 – 13	
	Orta Düzeyde Memnunum	37	66,1	9,8 ± 3,07 3 – 15	
	Çok Memnunum	4	7,1	9,5 ± 2,8 6 – 13	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	Hiç Memnun Değilim	3	5,4	39,0 ± 3,6 36 – 43	,232
	Az Memnunum	12	21,4	45,7 ± 6,6 32 – 53	
	Orta Düzeyde Memnunum	37	66,1	40,7 ± 8,43 19 – 55	
	Çok Memnunum	4	7,1	44,0 ± 4,32 38 – 48	

Memnuniyet düzeyine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Hemşirelerin Hastanedeki Kadro Durumuna Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Hastanedeki Durumu	Kadro	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min. Max.	P
Ekip İşbirliği	Kadro		50	89,3	49,04 ± 7,6 30 – 67	,201 ,454
	sözleşmeli		6	10,7	54,0 ± 13,2 31 – 65	
İş Memnuniyeti	Kadro		50	89,3	17,4 ± 3,34 10 – 24	,201 ,454
	sözleşmeli		6	10,7	20,0 ± 3,6 14 – 23	
Yönetim ile ilgili düşünce	Kadro		50	89,3	22,0 ± 5,2 9 – 35	,012 ,052
	sözleşmeli		6	10,7	28,4 ± 5,3 19 – 32	
Güvenli Ortam	Kadro		50	89,3	56,2 ± 8,7 39 – 73	,146 ,421
	sözleşmeli		6	10,7	62,8 ± 16,3 34 – 74	
Çalışma Koşulları	Kadro		50	89,3	9,6 ± 2,6 3 – 15	,127 ,136
	sözleşmeli		6	10,7	9,8 ± 2,6 3 – 15	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	Kadro		50	89,3	41,6 ± 7,5 19 – 55	,437 ,617
	sözleşmeli		6	10,7	44,6 ± 11,8 25 – 55	

Hastanedeki kadro durumuna göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı

fark bulunmadı ($p>0,05$) Yönetim ile ilgili düşünce yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.012$) (Tablo 15).

Tablo 16: Hemşirelerin Ameliyathanede Çalışma Süresine Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Ameliyathanede Çalışma Süresi	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min. Max.	P
Ekip İşbirliği	6-10	42	75,0	50,9 ± 7,5 31 – 67	,023
	11-15	11	19,6	44,6 ± 8,04 35 – 59	
	16-20	3	5,4	43 ± 11,3 30 – 51	
İş Memnuniyeti	6-10	42	75,0	17,6 ± 3,2 10 – 23	,555
	11-15	11	19,6	18,0 ± 3,6 12 – 22	
	16-20	3	5,4	19,6 ± 4,04 16 – 24	
Yönetim ile ilgili düşünce	6-10	42	75,0	22,3 ± 5,1 9 – 31	,270
	11-15	11	19,6	24,5 ± 6,4 15 – 35	
	16-20	3	5,4	22,0 ± 5,5 16 – 27	
Güvenli Ortam	6-10	42	75,0	57,7 ± 9,2 34 – 73	,191
	11-15	11	19,6	53,3 ± 10,0 39 – 67	
	16-20	3	5,4	54,6 ± 12,8 40 – 64	
Çalışma Koşulları	6-10	42	75,0	10,2 ± 2,7 3 – 15	,256
	11-15	11	19,6	9,1 ± 2,6 4 – 13	
	16-20	3	5,4	9,0 ± 3,6 5 – 12	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	6-10	42	75,0	42,7 ± 8,2 19 – 55	,234
	11-15	11	19,6	39,4 ± 4,9 32 – 46	
	16-20	3	5,4	38,3 ± 6,3 31 – 42	

Ameliyathanede çalışma süresine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünce, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Ekip işbirliği yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu($p=0.023$) (Tablo 16).

Tablo 17: Hemşirelerin Ameliyathane Hemşireliği Sertifikası Olup Olmadığına Göre Ölçeğin Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	Ameliyathane Hemşireliği Sertifikası Olup Olmadığı	n=56	Yüzde (%)	Ort ± SD Min.Max.	P
Ekip İşbirliği	Evet	14	25,0	45,0 ±7,8 30 – 53	,020
	Hayır	42	75,0	50,7 ± 7, 7 31 – 67	
İş Memnuniyeti	Evet	14	25,0	17,2 ± 3,09 11 – 22	,524
	Hayır	42	75,0	17,09 ±3,5 10 – 24	
Yönetim ile ilgili düşünce	Evet	14	25,0	21,5 ± 4.8	,461
	Hayır	42	75,0	22,8 ±5,6 9 – 35	
Güvenli Ortam	Evet	14	25,0	53,1 ±9,1 39 – 68	,110
	Hayır	42	75,0	57,8 ± 9,1 34 – 73	
Çalışma Koşulları	Evet	14	25,0	9,6 ±2,37 5 – 13	,739
	Hayır	42	75,0	9,9 ± 2,8 3 – 15	
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	Evet	14	25,0	41,3 ± 6,2 31 – 52	,816
	Hayır	42	75,0	41,9 8,3 19 - 55	

Ameliyathane hemşireliği sertifikası olup olmadığına göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünce, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Ekip işbirliği yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı fark bulundu ($p=0.020$) (Tablo 17).

5.TARTIŞMA

Ameliyathanelerde güvenli ortamının sağlanması uzun yıllardır sağlık çalışanlarının üzerinde durduğu bir konu olmasına karşın hala güncelliğini korumaktadır. Ameliyathaneler ileri teknoloji araç/ gerecin kullanıldığı, yeni ve gelişmiş bilgilerin ışığında ileri cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızla alınıp uygulamaya geçilmesinin önemli olduğu yerlerdir. Ayrıca cerrahi tedavi ve ameliyathanelerin doğası gereği seri, önemli ve riskli girişimlerin uygulanıyor olması da bazı riskleri ortaya çıkarır.

Ameliyathanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları;

- Hemşirelerin bireysel özellikleri
- Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları
- Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre hasta güvenliğine ilişkin tutumları olmak üzere üç bölümde tartışılmıştır.

4.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan ameliyathane hemşirelerinin bireysel özelliklerine bakıldığında, hemşirelerin %82.1'i kadın cinsiyeti, %53.5'inin 30 yaş ve üzeri, %58.9'u evli ve %50' si lisans mezunu olduğu bulundu. Hemşirelerin %53.7 'si 11-20 yıl arasında çalıştığı, Ameliyathanede çalışma yılı ise %75'inin 6-10 yıl arasında olduğu belirlendi.

Benner (1983), hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça gerçek ve olması muhtemel sorunları mantıklı tanımladıklarını, muhtemel sonuçları ve nedenleri daha iyi ortaya koyduklarını ve kanıtları daha etkin kullandıklarını, eleştirel düşünme becerilerini geliştirdiklerini belirtmektedir. Çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğunun 6 yıldan daha fazla süredir ameliyathanede çalışıyor olması hasta güvenliği açısından olumlu bir durum olarak yorumlanabilir.

4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar tüm dünyada olduğu gibi son yıllarda ülkemizde de önem kazanmıştır. Nisan 2009 da çıkan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile kurumlarda tüm personelin hasta güvenliği konusunda bilgilendirilmesi artık bir zorunluluk haline getirildikten sonra kurumlarda hasta güvenliğini geliştirme çalışmaları başlamıştır.

Ülkemizde Özmen ve ark.(2010) tarafından özel bir hastanede 213 hemşire, teknisyen ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yapılan hasta güvenliği kültürünün değerlendirildiği bir çalışmada, çalışanların % 50’si kurumun hasta güvenliği derecesini çok iyi bulduğunu belirtmiştir. Yine Soydan ve Arslanoğlu (2010) tarafından bir eğitim hastanesinde 110 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin % 74,5’i çalıştıkları birimleri hasta güvenliği yönünden mükemmel olarak değerlendirmiştir. Koraşlı ve arkadaşları (2010) tarafından 236 hekim ve hemşire üzerinde yapılan benzer bir çalışmada, hemşirelerin % 45,9’u, hekimlerin yaklaşık % 50’si hasta güvenliği konusunda birimlerini iyi olarak belirtmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin % 51,8’i birimlerini hasta güvenliği konusunda kabul edilebilir düzeyde, %1,8’i mükemmel ve yine 1,8’i başarısız bulduklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarımız Özman ve ark.’larının (2010) çalışmasına benzerlik gösterirken, diğer çalışmalara göre ise oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni; çalışanların bu konuda yeterince bilgi sahibi olmamaları ve gerçekçi değerlendirmede sorun yaşamaları olabileceği gibi, kurumda kalite çalışmalarının yeterince gelişmemesi ya da kurumda hasta güvenliğiyle ilgili sorunların bulunması olabilir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu çalışmaların sonuçlarından daha düşük olup, araştırmanın yapıldığı kurumda çalışanların kurumun hasta güvenliği kültürünü yetersiz olarak algıladıkları söylenebilir. Ayrıca, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde hasta güvenliği çalışmalarının daha önce başlamasına bağlı olarak çalışmamızdaki bireylerin konu ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıkları düşünülebilir.

Sağlık Bakanlığının 2003 yılında yayımlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın sekiz bileşeninden biri “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon”dur. Programda, son zamanlara kadar kalitenin, ihmal edilmiş bir konu

olmasına karşın bugün hem hizmet sunucuları hem de finansal kaynak sağlayıcıları tarafından daha fazla dikkat çekmeye başladığı belirtilmektedir. 2005 yılında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesi amacıyla “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflediği insan odaklı çalışmalarına hız vermek, niteliğini ve etkinliğini artırmak amacıyla 2012 yılında birtakım yapısal değişiklikler gerçekleştirmiştir. Yeni yapılanmada sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin artırılması, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, klinik kalitenin geliştirilmesi ve verimliliğin artırılmasını esas alacak şekilde tüm sağlık kurumlarına rehberlik yapmak amacıyla Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur.. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 2010-2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik planda yer alan 3 stratejik amaçtan ikincisi “ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak”tır.. Sayıları çok fazla olmamakla beraber Türkiye’de Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International) tarafından akredite edilerek uluslararası akreditasyon belgesi alan, ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi belgesi alan ve/veya EFQM Mükemmellik Modeli uygulayarak ödül alan hastaneler bulunmaktadır (Kaya 2013).

Bu çalışmada hastanelerin % 82.1’inde kalite belgelerinin olduğu, % 89’3ünde de ameliyathane kalite belgesi olduğu belirlendi. Bu sonucun kurumlara rekabet üstünlüğü de sağlayan yol gösterici bu yöntemlerin başında, kalite uygulamaları, belgelendirme çalışmaları ve akreditasyon kriterlerine uygunluk gibi konular gelmektedir. Sağlık kurumlarının teknolojik yenilikler ve inovasyon sürecinin hızına yetişmekte zorlandıkları günümüz dünyasında; kurumların tıbbi hataları en aza düşürebildiği, etik iklimi kurum kültürü haline getirebildiği ve kalite konusunun kurum felsefesi haline getirildiği sistemlerin başarıya ulaşabildiği gerçeği ortaya çıkmıştır.

Son yıllarda; kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği gibi konularda gerek kamu eliyle, gerekse özel sektörlerce yapılan eğitim, seminer ve toplantılar da bu konularda farkındalık düzeyinin artmasına ve çalışmaların bu yöne yoğunlaşmasına neden olmuştur. Karaca ve Arslan'nın (2014) çalışmasında hemşirelerin %76,2'sinin hasta güvenliğiyle ilgili eğitim aldıklarını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin % 71,4' ünün hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı belirlendi. Çalışma sonuçları literatüre benzer bulundu. Ülkemizde devlet ve özel hastanelerde kalite ve akreditasyon çalışmalarının artmasına bağlı olarak hemşirelerinde çoğununu bu eğitimleri alması beklenendir.

Hataların raporlanması, bir kurumda hasta güvenliği kültürüne yönelik en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Literatürdeki çalışmalarda hemşirelerin hasta güvenliği uygulamaları ile ilgili eğitim alma oranı yüksek olmasına karşın raporlama oranı düşük bulunmuştur. Bu durum bize hemşirelerin güvenlik raporlama sistemi ile ilgili tutum ve davranışlarında yetersizliğin veya sorunların olduğunu göstermektedir. Kurum yöneticilerinin bu konuya dikkat ederek, güvenlik raporlama sistemiyle ilgili eğitim düzenlemeleri, çalışanları bilinçlendirmeleri ve uygulamada yaşanan sorunlara yönelik çözümler üretmeleri, verilen eğitimlerin uygulamaya yansıtılması için çaba göstermeleri gerekmektedir (Karaca ve Arslan 2014; Çakır ve Tütüncü 2009; Gündoğdu ve Bahçecik 2012).

Karaca ve Arslan'nın (2014) çalışmasında, hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama oranının % 8,6 ve en fazla düşme konusunda raporlamanın yapıldığı bildirilmiştir. Dursun ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise katılımcıların çok önemli bir kısmının (%71,3) hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiç bir olayı raporlamadığı belirtilmiştir. Bu sonuç, gerçekten olmadığı için mi olayların raporlanmadığı yoksa henüz bir güvenlik kültürü yerleşmediği için mi raporlanmadığı konusunun tartışılmasını gündeme getirmektedir. Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında da çalışanların cezalandırılacakları korkusuyla hataların raporlanmasına sıcak bakmayabildiklerine dikkat çekilmiştir. Gündoğdu ve Bahçecik'in (2012) yaptıkları çalışmada, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %72'sinin ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %73,5'inin, son 12 ayda yöneticilerine birimleriyle ilgili hiç olay raporu vermemesi, hemşirelerin

cezalandırılma korkusu nedeniyle raporlama yapmaktan kaçındıklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada son 12 ayda % 87.5'i 1-2 olay rapor ettiğini, haftalık çalışma saati ile rapor etme arasında çok fazla ilişki olmadığı görüldü. Çalışma sonuçlarımız Karaca ve Arslan'nın (2014), Dursun ve ark.'nın (2010) çalışma sonuçlarına benzer olmadığı görüldü. Çalışmamızda 1-2 olayda olsa rapor edildiğini belirledik. Ameliyathane hemşirelerinin büyük çoğunluğunun kamuda çalışması nedeni ile cezalandırma korkularının daha az olabileceği kanısına vardık. Çalışmada, Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %71.4'ünün (n=15) hasta güvenliği konusunda eğitim alırken kamu hastaneler birliğinde çalışan hemşirelerin %74.1'inin (n=20) özel hastanelerde çalışan hemşirelerin ise %66.7 'sinin (n=4) hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı belirlendi. Bu sonuç hasta güvenliği uygulamaları ile ilgili eğitim alma durumlarının tüm kurumlarda benzer olduğu görüldü.

4.3.Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre hasta güvenliğinin ilişkin tutumları

Güvenlik kültürü gelişmiş örgütlerde hatalar sistem yaklaşımı içerisinde değerlendirilir. Sistem yaklaşımında hasta güvenliğini sağlamak ve geliştirmek için hataya yol açan unsurları öğrenmek ve elde edilen bu verileri sistemin iyileştirmesinde ve hatayı önleyici stratejiler geliştirmede kullanmak esastır. Verilerin kullanım amacı, hata bildirim sistemlerinin etkili bir biçimde kullanılmasında önemli bir faktördür. Güvenlik kültürü gelişmiş örgütlerde hata çalışanların ortak sorunu olarak algılanır ve hataların üzerlerinde durularak tekrarlanmaması için gerekli önlemler alınır (Kaissi 2006).

Balık'ın (2014) çalışmasında hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan $194,92 \pm 28,51$ olarak bulundu. Bu sonuca göre, araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Literatürde, kaliteli bakımın ve hasta güvenliğinin en önemli faktörlerinden birisinin hemşirelerin eğitim seviyelerinin olduğu belirtilmiş ve eğitim seviyesinin arttıkça bakımın kalitesinin artacağı ve hasta güvenliğini tehlikeye sokacak uygulamaların azalacağı vurgulanmıştır (Balık 2014).

Balık'ın (2014) çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeylerine göre hasta güvenliği tutum ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada eğitim durumuna göre güvenlik ölçeği alt gruplarının karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu bilgiler ışığında, çalışmanın sonuçları hasta güvenliği açısından eğitim programlarının gözden geçirilmesi gerektiği ve örneklem grubunu oluşturan ameliyathane çalışanlarının nitel ve nicel özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir .

Önler'in (2010) çalışmasında da, çalışanların en yüksek puanı, stres düzeyinin belirlenmesi olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da medeni duruma göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Stres düzeyinin belirlenmesi yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalışanların stres düzeylerinin ortanın üzerinde olduğunu gösteren bu puan, ameliyathane gibi yoğun iş temposu ve stresli bir ortamda çalışmanın doğal bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Çalışılan kuruma göre güvenlik ölçeği alt grupları karşılaştırıldığında, alışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Çalışılan kurumun hasta güvenliği tutumunda bir fark oluşturmadığı söylenebilir.

ABD'de 393 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada, 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata yapma olasılığının arttığı ve hasta güvenliğini tehlikeye atabildiği belirtilmiştir (Rogers ve ark 2004). Arda ve

arkadaşları (2007) nöbetlerin fazlalığı, çok yorulma gibi nedenlerin de iletişim sürecini, buna bağlı olarak hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Özmen ve Başol'un (2010) haftalık çalışma saati göz önüne alındığında hasta güvenliği açısından anlamlı fark olmadığını bildirdikleri çalışma bulgularına karşın, Filiz'in (2009) çalışmasında sağlık çalışanlarının, uzun çalışma saatleri yüzünden yaşanan yorgunluk ve stresin en önemli tıbbi hata sebebi olduğunu ifade ettikleri belirtilmektedir.

Bu çalışmada, çalışma saatlerine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Çalışma sonuçlarımız da, Özmen ve Başol'un (2010) çalışmasına benzer şekilde, çalışma saatine göre güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Beklenenin aksine elde edilen bu sonucun, gece nöbete kalma ve nöbetlerin çoğunlukla gündüz çalışma temposuna göre daha az yoğunlukta olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Balık'ın (2014) çalışmasında hemşireler arasında hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumlarına göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, eğitim alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Önler'in (2010) çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim programına katılan ve katılmayan gruptakilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada eğitim alma durumuna göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Sonucumuz Balık'ın (2014) ve Önler'in (2010) sonuçlarına benzer bulundu. Araştırma bulgusu, hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane çalışanlarının yeterince eğitilmediklerini ya da daha önce de belirtildiği gibi iş yoğunluğu, stres, ve yorgunluk gibi nedenlerle gereken önemi vermediklerini düşündürmektedir.

Literatürde, yaptığı işi severek ve isteyerek ya da çalıştığı kurumdan memnun olan bireylerin, bu işlerin daha başarılı bir biçimde sonuçlanmasını sağlayacakları ve iş ortamındaki memnuniyetin hasta güvenliği kültürüne de yansıtacağı belirtilmektedir (Çakır 2007). Önler'in (2010) ameliyathanede çalışmanın kendi isteği olma durumu sorgulandığında; çalışanların büyük çoğunluğunun (%75,2) ameliyathanede kendi isteği ile çalıştığı bulunmuştur. Çalışanların ameliyathanede kendi isteği ile çalışma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları incelendiğinde; kendi isteği ile çalışanların güvenlik tutumları puan ortalamaları, kendi isteği ile çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştu.

Bizim çalışmamızda %66,1'inin çalıştığı kurumdan orta düzeyde memnun olduğu görüldü. Memnuniyet düzeyine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark belirlenmedi. Sonucumuz Önler'in (2010) çalışmasına benzer olmadığı görüldü. Çalışma grubunda sayının az olması, ve kurumdan memnun olanlarının çoğunluğunun orta düzeyde memnun olmasından kaynaklanabileceği kanısına vardık.

Hellings ve ark.'larının (2007) ve Hewson'un (2008) çalışmasında katılımcılar yönetici desteğinin çok yetersiz olduğunu belirtmiştir. Kaya ve ark.'larının çalışmasında da (2010) çalışanların, yönetimin hasta güvenliği konularındaki desteğini yetersiz bulduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmada, hastanedeki kadro durumuna göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Yönetim ile ilgili düşünce yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Yönetimle ilgili düşünceler alt boyutundan en düşük puanın alınması yönetimin desteğinin her iki grupta da yetersiz olduğunu bize göstermektedir.

Hemşirelerin acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumlarına göre hasta güvenliği tutum ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutları puan

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre sertifikaya sahip olma durumunun, hemşirelerde hasta güvenliği tutumunu etkilemediğini ve sertifika programlarının hasta güvenliği açısından yeniden gözden geçirilmesi gerektiği önerilebilir.

Ameliyathane çalışanları arasında hataların başlıca nedenin iletişim kopuklukları olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, ameliyathanede gözlenen 421 iletişim olayından 129'unda iletişimde yetersizlikler olduğu gözlenmiştir. İletişim yetersizliklerinin üçte birden fazlası sistem süreçlerinde yetersizlik, ekip üyeleri arasında gerginlik, kaynakların boşa harcanması, cerrahi işlemlerin ertelenmesi, hastalarda sıkıntı ve cerrahi işlemler sırasında tehlike ve hata gibi görünür etkilere neden olmaktadır. Ameliyathanelerdeki memnuniyetsizliğin en büyük nedeninin yetersiz iletişim olduğu belirlenmiştir (Yavuz 2011).

Ameliyathanede çalışma süresine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünce, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Ekip işbirliği yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.023$). Çalışma sonucunda deneyimli hemşirelerin ekip işbirliğinin daha iyi olduğu görüldü.

Ülkemizde Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı'nın standartları Bakanlık makamının 25 Temmuz 2011 tarihli ve 10434 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir. Bu sertifika programı ile ameliyathane ilkeleri konusunda bilgi, beceri donanımına sahip olan, bunları çalışma alanlarına yansıtabilen hemşirelerin yetiştirilmesi ve profesyonel başarılarının belgelendirilmesi sağlanabilecektir. Bu program, tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki ameliyathanelerde en az 2 yıl çalışmış olan lisans mezunu hemşireleri kapsamaktadır (Akyüz 2013).

Balık (2014) çalışmasında hemşirelerin sertifikası olma durumlarına göre hasta güvenliği tutum ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Bu çalışmada ameliyathane hemşireliği sertifikası olup olmadığına göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünce, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ekip işbirliği yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.020$). Bu sonuçlara göre sertifikaya sahip olma durumunun, hemşirelerde hasta güvenliği tutumunu etkilediği ve ameliyathane çalışanlarının büyük çoğunluğunun ekip arkadaşları ile ilişkilerini olumlu olarak değerlendirdikleri görüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi, öncelikle mevcut durumun ortaya konması ile mümkündür. Bu araştırma da betimleyici bir nitelik taşımakla birlikte Edirne' deki hastanelerin ameliyathanelerindeki hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ortaya koyması bakımından kesitsel bir özellik taşımaktadır.

- Ameliyathane hemşirelerinin %82' sinin kadın (n=46), ve çoğunun evli olduğu (%58.9) (n=33) ,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%50.0) lisans mezunu (n=28), %3.6'sının lisans üstü mezunu (n=2), %12.5'inin (n=7) ise lise mezunu olduğu bulundu.
- Hasta güvenliği konusunda yeterlilik sorgulandığında; %73.2'si (n=41) kendini yeterli bulduğu,
- Hemşirelerin 75'inin (n=42) ameliyathane hemşireliği sertifikası olmadığını,
- %89.3'ü (n=50) ameliyathane kalite belgesinin olduğunu,
- %71.4'ünün (n=40) hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını,
- Birimlerinde son 12 ayda %87.5'i (n=49) 1-2 olay rapor ettiğini,
- Hemşirelerin %89.3'ü (n=50) hasta güvenliğinin çok önemli olduğu bulundu.
- Eğitim durumu, çalıştıkları kurum, deneyim yılı, eğitim alma durumu, çalıştıkları kurumdaki memnuniyet düzeyi göre güvenlik ölçeği alt gruplarının karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) .
- Medeni durum göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında çalışılan kurum ile ekip iş birliği, iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünceler, güvenli ortam, çalışma koşulları faktörleri

arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Stres düzeyinin belirlenmesi yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu,

- Ameliyathanede çalışma süresine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünce, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Ekip işbirliği yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu($p=0.023$)
- Ameliyathane hemşireliği sertifikası olup olmadığına göre Güvenlik Ölçeği alt grupları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iş memnuniyeti, yönetimle ilgili düşünce, güvenli ortam, çalışma koşulları, stres düzeyinin belirlenmesi faktörleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) Ekip işbirliği yönünden değerlendirilmesinde ise anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.020$)

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kurumlarda hasta güvenliği kültürüne ilişkin düzenli ölçümlerin yapılarak mevcut durumun değerlendirilmesi ve iyileştirmelerin bu yönde gerçekleşmesi,
- Bu ölçümler sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda eğitim programlarının düzenlenmesi ve çalışanların bilinçlendirilmesi,
- Hasta güvenliğine yönelik her konuda raporlamanın yapılabilmesi için verilen eğitimlerde, hata raporlamanın çalışanı cezalandırma olarak görülmeyip sistemin önemli bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektiğinin vurgulanması,
- Hasta güvenliği uygulamalarına yönelik sürekli eğitim programlarının uygulamaya yansıtılacak şekilde ele alınması,
- Kurumda hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için öncelikle yöneticilerin bu konudaki inanç ve tutumlarının ele alınarak bu konuda iyileştirmelerin yapılması,

- Ayrıca elde edilen veriler doğrultusunda hasta güvenliği kültürüne yönelik kurumlar arası kıyaslamaların yapılarak, eksik/geliştirilmesi gereken alanlarda çalışmaların yapılması
- Çalışmanın daha büyük örneklem grubunda yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Kurutkan MN. *Hasta Güvenliği Çözümleri Bir Uygulama Rehberi Denemesi*, sayfa 10-18, Sage Yayıncılık, Ankara, 2009.
- 2- Kurutkan MN. *Ölümcül Hataları Engelleme Programı*, sayfa 57-64, Sage Yayıncılık, Ankara, 2009.
- 3- Sezgin B. *Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı. Doktora Tezi, İstanbul, 2007.
- 4- Güven R. *Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı*, sayfa 411-422, 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri, Antalya, 2007.
- 5- Akalın HE. *Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz?* *Ankem Dergisi*, sayfa 12-13, 18:2, 2004.
- 6- Önler E. *Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul, 2010.
- 7- Hayran O. *Hasta odaklı sağlık hizmetleri yönetimi*. *Hasta Güvenliği Dergisi*, sayfa 20-23, 2009.
- 8- Gökdoğan F, Yorgun S. *Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler*. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, sayfa 53-59, 2010.
- 9- *Institute of Medicine Report. (1999). To Err is Human:Building a Safer Health System. www.iom.edu/object.file/master/4/117/ToEr-8pager.pdf. , E.T:12.03.2015.*

10- Akalın E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5:141-146, 2005.

11- Göçmen Z. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8:12-24, 2003.

12- Uğur E ve ark, Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden hatalar ve sağlık personelinin tutumu. *Türk Nöroşirürji Derneği, 25. Bilimsel Kongresi, Nöroşirürji Hemşireliği Sözlü Sunumlar Türk Nöroşirürji Dergisi*, 280, 2011.

13- Kırılmaz H. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 418, 2010.

14- Carroll, VS. . Is Patient Safety Synonymous With Quality Nursing Care? Should It Be? A Brief Discourse. *Q Manage Health Care* ,14(4), 229-233, 2005.

15- World Health Organisation WHO. Call For More Researche On Patient Safety. Erişim: 01.15.2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007>.

16- Gürkan, A, Pirim, Y. Hasta ve Çalışan Güvenliği Kapsamında Radyasyon Güvenliği Hizmet İçi Eğitim Programının Etkinliğine İlişkin Bir Örnek Olay Çalışması. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2*, 19-21, sayfa 124-132, Antalya, Mart 2009.

17- (JCAHO, 2011, www. [Jointcommission.org/Library/ T-M hysicians/ mp-11-06 htm](http://www.jointcommission.org/Library/T-M_hysicians/mp-11-06.htm). Erişim:15.03.2015).

18- Canbolat, Ç, Bulut, H. Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşirelerinin Görüşleri, *12.Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı*, 20-24 Ekim, Sivas, 2009.

19- Filiz, E. *Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının Ve Sağlık alışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Konya, 2009.

20- *International Council of Nurses (ICN). Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day 2006. Information and Action Tool Kit. Geneva, Switzerland, 2006.*

21- Tütüncü, Ö, Küçükusta, D., Yağcı, K. *Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kùltürü ve Ölçme Aracı*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 9, Sayı: 1, 519-533, 2007.

22- Budak, M. *Hasta Güvenliği Kùltürü*. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kùltürü Dergisi, 7: 54-57, 2008.

23- Tütüncü, Ö, Yağcı K., Küçükusta D. *Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 8, Sayı; 4: 288, 2006.

24- Leape, L. *Scope of Problem and History of Patient Safety*, *Obstetrics Gynecology Clinics of North America*, (35): 1-10, 2008.

25- Leape, L., Berwick,D. *Five Years After "To Err Is Human": What Have We Learned?*, *Journal of American Medical Association*, May 18, 293(19): 2384-90, 2005.

26- Arslan, B, Kısa,S., Hisar,F. *Ankara'da Bir Devlet Hastanesinde alışan Personelin Hasta Güvenliği Kùltürü ve Hasta Güvenliğine İlişkin Algılama ve Görüşleri*, 12.Ulusal-Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim, Sivas, 2009.

- 27- Ersan A. *A.U.T.F. Uygulamada Tıbbi Hatalar ve Algoloji Hemşireliği*, 2013.
- 28- Çakır A. *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetimi Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.*
- 29- Akalın, E. *Hasta Güvenliği Kültürü Nasıl Geliştirebiliriz?, Ankem Dergisi, 18 (Ek 2):12-13, 2004.*
- 30- Filiz Y. *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2010.*
- 31- ([http:// www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf](http://www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf) ET:03.2015).
- 32- İnanır İ, Serbest, Ş. 6. *Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı: 9-10, 2009.*
- 33- Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, et al. *Costs of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry 36(3):255-64, 1999.*
- 34- Gürel, A. *Ameliyathanede Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşiresinin Rolü. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.*
- 35- Güven, R. *Dezenfeksiyon Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5.Ulusal Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, 2007.*

36- Şen, S, Er, S., Sevil, Ü. *Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2, Antalya; 24-33, 19-21 Mart 2009.*

37- (www.nccmerp.org/MedErrors.catindex.html ET:03.2015).

38- Göçmen Z. *Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8:12-24 2003.*

39- İntepeler Ş, Dursun M. *Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15:2 2011.*

40- Öztürk, R. *Hastane İnfeksiyonları: Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, 2008.*

41- Çeçen D, Özbayır T. *Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeye önlemeye yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 27:11-23, 2011.*

42- Aştı T., Acaroğlu R. *Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, s:22- 27, 2000.*

43- Atasoy A, Tekingündüz S. *Hasta Güvenliğini Riske Eden Olayların*

Raporlanmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 3:13-23,2011.

44- Bakan, İ., Büyükbeşe, T., Bedestenci, H.Ç. *Örgüt Kültürü, Alfa Aktüel Yayınları, İstanbul, sayfa:11, 2004.*

45- Odabaşı, Y, ve Barış, G. *Tüketici Davranışı*, 3.Baskı,MediaCat Kitapları, istanbul, s:314-315., 2002.

46- *Healthcare Risk Control (HRC). Risk Analysis, Culture of Safety. ECRI Institute;* [cited 2008 Jun 28] Available from [URL:https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf](https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf). 2005.

47- Sayek , F. *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya TTB Raporları /Kitapları 2010.*

48- Reason, J. *Achieving A Safe Culture: Theory and Practice. Work and Stress*, 12(3), 293-306, 1998.

49- Tak, B. *Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unşuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritaşı Önerisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 72-113, 2010.

50- Erdemir, AD, Elçioğlu, ÖŞ. *Tıp Etiği Işığında Hasta Ve Hekim Hakları*, Ankara: 25-32, 2000.

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

52- Koraşlı, D, Torun, E, Yüzden, E.G. *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. İçinde II. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı*, Ankara: Baydan Ofset, 442-455, 2010.

53- Kaya S. *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. T.C. Anadolu Üniversitesi yayını no: 2864 Açıköğretim Fakültesi yayını no: 1821,1-212, 2013.*

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

55- Çakır A, Tütüncü Ö. *İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2:189-204, 2009.*

56- Gündoğdu, S., Bahçecik, N. *Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (2), 119-128, 2012.*

57- Dursun S, Bayram, N, Aytaç, S. *Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. Sosyal Bilimler Dergisi, 8 (1), 1-14, 2010.*

58- Balık H. *Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Anabilim dalı. Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2014.*

59- Arda H, Ertem B. ve Durgun Y. *Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15(59): 68-74, 2007.*

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

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

62- Kaya S., Barsbay S. ve Karabulut, E. *The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data.* *Quality and Safety in Health Care*, Erişim 20.08.2010, <http://qshc.bmj.com/content/early/2010/07/29/qshc.2008.032003.full.pdf>. 2010.

63- Yavuz M. *Ameliyathanede Güvenliği Geliştirmede İletişim* .www.medimagazin.com.tr/.../meryem-yavuz/tr-ameliyathanede-guvenligi, 2011.

64- Akyüz N . *Ameliyathane Hemşireliği Eğitim Programı ameliyathane hemsirelig.sempozyumu.org/*.(Erişim Tarihi :14.06.2015), 2013.

65- Gökdoğan F, Yorgun S. *Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler.* *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2), 53-59, 2010.

9. EKLER

EK 1. Çalışma Yapılan Hastaneler Listesi

EK 2. Kişisel Bilgi Formu

EK 3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

EK 4. Etik Kurul Onayı

EK 5. Tezin Yapıldığı Kurumlardan Alınan Uygulama İzinleri

EK 6. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Kullanım İzni

EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 1: ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI HASTANELERİN LİSTESİ

-Edirne Kamu Hastaneler Birliği

- Edirne Devlet Hastanesi
- Edirne Devlet Hastanesi Selimiye Ünitesi

-Özel Hastane

EK 2: BİLGİ FORMU

BİLGİ FORMU

Değerli Meslektaşlarım;

Bu form, ameliyathanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyarak, durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Bilgileriniz yalnızca bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz destek için şimdiden teşekkür ederim.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni durumunu: Evli Bekar
4. Eğitim Durumunuz:
 Lise Mezunu Ön Lisans Mezunu Lisans Mezunu
 Lisans Üstü Mezunu: Yüksek lisans
5. Çalıştığınız kurum adı:
 Üniversite Hastanesi Kamu Hastaneler Birliği Özel Hastane
6. Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılıınız:
7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 Çok iyi İyi Orta Kötü
8. Hastanedeki çalışma/mesai şekliniz:
 08-16 16-08 08-16/16-08 08-08
9. İşinizden hangi düzeyde memnunsunuz?
 Hiç memnun değilim Az Memnunum Orta düzeyde memnunum Çok memnunum
10. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?
 40 saati geçmiyor 40-49 saat 50 saatten fazla
11. Hastanedeki kadro durumunuz nedir?
 Kadrolu Sözleşmeli
12. Bulduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?
 Evet Hayır
13. Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?
 Hiç 1-2 olay raporu 3-5 olay raporu 6-10 olay raporu 11-20 olay raporu
 21 ve üzeri olay raporu
14. Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz?
 Mükemmel Çok iyi Kabul edilebilir Zayıf Başarısız
15. Ameliyathanede Çalışma Süreniz/Yılıınız:.....
16. Ameliyathane Hemşireliği Sertifikası aldınız mı? Evet Hayır

17. Hasta güvenliği konusunda eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır

Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathanedeki Uygulaması)

18. Hasta güvenliği konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?

() Evet () Hayır

19. Kalite konusunda eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır

20. Hastanenin kalite belgesi var mı?

() Evet (Varsa, hangi kurumdan alındığını yazınız:.....)

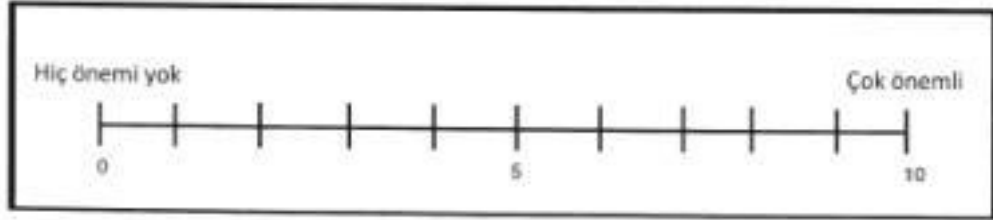
() Hayır

13. Çalıştığınız ameliyathane biriminin kalite belgesi var mı?

() Evet (Varsa, hangi kurumdan alındığını yazınız:.....)

() Hayır

14. Hasta güvenliğine verdiğiniz önemi aşağıdaki skala üzerinden işaretleyiniz.



EK-3: HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Ankete zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz. Katılımınız bizim için çok önemlidir.

Rumuz :

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

Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.	Kesinlikle	Biraz	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle	Değerlendirilemedi
1.Bu ameliyathanede genellikle iş yükü ağırdır.						
2.İşimi severek yaparım.						
3.Ameliyathanede hemşirenin hasta bakımına katkı sağlaması iyi karşılanır.						
4.Burada bir hasta olarak tedavi görseydim kendimi güvende hissedirdim.						
5.Bu hastanede tıbbi hatalar ¹ kurallara uygun şekilde incelenir.						
6.Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.						
7.Bir işleme başlamadan önce gerekli bilgilerin tümüne ulaşılabilir.						
8.Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.						
9.Bu hastanenin yönetimi başarılıdır/iyi iş yapar.						
10.Hastane yönetimi, günlük çabalarımı destekler.						
11.Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.						
Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Değerlendirilemedi
12. Ameliyathanede hataları tartışmak zordur.						
13.Cerrahi bir girişim öncesi ameliyathane personelini bilgilendirmek için kısa toplantılar yapmak, hasta güvenliği açısından önemlidir.						

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

14. Ameliyathanede kısa bilgilendirme toplantıları yapılması olağandır.						
15. Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.						
16. Acil durumlarda, yorgunluk performansımı düşürür.						
17. Hastane yönetimi, hasta güvenliği konusunda, bilerek taviz vermez.						
18. Ameliyathanelerimizdeki çalışanların düzeyleri, hasta sayısını idare etmek için yeterlidir.						
19. Ameliyathanede karar alınırken, ilgili personelden alınan bilgilerden yararlanılır.						
20. Hasta güvenliğiyle ilgili herhangi bir endişemi rapor etmem için, çalışma arkadaşlarım tarafından desteklenirim.						
21. Bu ameliyathanelerin kültürü, başkalarının hatalarından ders çıkarmamızı kolaylaştırır.						
22. Bu hastane, sorunlu hekimler ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.						
23. Bu ameliyathanelerde tıbbi araç ve gereçler yeterlidir.						
24. Bu ameliyathanelerde, hasta bakımıyla ilgili farkına vardığım bir sorunu konuşmak zordur.						
25. İş yüküm aşırı olduğunda performansım düşer.						
26. Hastanede işimi etkileyebilecek olaylar konusunda yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.						
27. Başkalarının hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarını gördüm.						
28. Bu ameliyathanelerde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları yönelteceğim uygun kanalları bilirim.						
29. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.						
30. Bu ameliyathanelerdeki anlaşmazlıklar uygun şekilde çözülür. (ör: kimin haklı olduğu değil, neyin hasta için doğru olduğu?)						
31. Yorulduğumda işte daha az faydalı olurum.						
32. Gergin ya da saldırganca durumlarda, hata yapma olasılığım daha fazladır.						
33. Kişisel sorunlardan kaynaklanan stres, performansımı olumsuz yönde etkiler.						
34. Hastalara bakım vermek için diğer personelden gereksinim duyduğum desteği alırım.						
35. Bu ameliyathanelerde görev yapan personel anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla soru sorabilir.						
36. Bakımın sürekliliğindeki kesintiler (ör: nöbet değişimleri, hasta transferleri) hasta güvenliğine zarar verebilir.						
37. Acil durumlarda, diğer personelin bir sonraki aşamada neler yapacağını tahmin edebilirim.						
38. Hekimler ve hemşireler, burada iyi koordine edilmiş bir ekip olarak çalışırlar.						
Lütfen aşağıdaki soruları bu ameliyathanedeki deneyimlerinize göre yanıtlayınız.	Kesimlikle	Biraz	Kararsızım	Biraz Katlıyorum	Kesimlikle	Değerlendiremedi
39. Kadrolu / geçici görevlendirilmiş hekimlerle olan anlaşmazlıklarımı, ifade etmekte çoğu kez yetersiz kalırım.						
40. Gerçek profesyoneller, çalışırken bireysel sorunlarını geride bırakabilir.						
41. Bu ameliyathanelerde, ahlaki değerler yüksektir.						
42. Sorumluluğumdaki stajyerler yeterince gözetlenip, denetlenir.						
43. Son mesaimde, birlikte çalıştığım tüm çalışanların adlarını ve soyadlarını bilirim.						
44. Hastalara zarar verme olasılığı olan hatalarım oldu.						

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

EK 4: ETİK KURUL KARARI

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/07	
	PROTOKOL ADI	Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 02/06		Tarih: 21.01.2015
	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Senem TÜRK'ün tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	HAYIR	EVET	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	HAYIR	EVET	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	HAYIR	EVET	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	HAYIR	EVET	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	HAYIR	EVET	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	HAYIR	EVET	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	HAYIR	EVET	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	HAYIR	HAYIR	<i>Mazeretli</i>
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	HAYIR	EVET	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	HAYIR	EVET	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	HAYIR	EVET	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	E	HAYIR	EVET	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	HAYIR	EVET	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	HAYIR	HAYIR	<i>Mazeretli</i>
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	HAYIR	EVET	<i>B. Kurnaz</i>

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan

EK 5: EDİRNE İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUM İZİNLERİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

SEKRETERLİĞİ - EDİRNE İLİ KHBGS AR-GE
BİRİMİ

27/02/2015 17:05 - 26559790 / 663.08 / 392



00008507962

Sayı : 26559790/663.08
Konu : Araştırma Talebi

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne

İlgi :13/02/2015 tarihli ve 26626960/87 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Senem TÜRK'ün " Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarının Genel Sekreterliğimize bağlı Edirne Devlet Hastanesi'nde yapılması konusundaki talebi incelenerek uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Emrah ERTEN
Genel Sekreter

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR.
27.02.2015

EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Emrah ERTEN

Barutluk Mah. Arnavutköy Cad. TOKİ 1. kısım/ EDİRNE Tel. No:(0284) 226 82 45 Fax No:(0284) 226 82 07
e-Posta khb22.arge@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.edirne.khb.saglik.gov.tr
A★ tılı bilgi için: Emine AYDIN ÖZGÜR Hemşire Tel. No:(0284) 226 82 45 (1540)

u belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belgenin elektronik imza adresi: http://www.khb22.arge.saglik.gov.tr/



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



SAYI : 79056779/ 600-1138
KONU :

EDİRNE

27 Şubat 2015

Sayın; Senem TÜRK,

İlgi : 25/02/2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, anket çalışmanızı Hastanemiz ameliyathanesinde uygulama isteğiniz Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN
Merkez Müdürü

Posta Adresi:
T.Ü.Hastanesi
22030 Balkan Yerleşkesi/EDİRNE


Tel : (0284) 235 27 31
Fax : (0284) 235 27 30
e-posta: bashekim@trakya.edu.tr

Özel Ekol Hastanesi Hastalıkları ve
Medikal Üniversitesinde Corral Hastalıkları Regli Gölge
Lisans Öğrencisiyim. Regim için gerekli olan "Amelgathene de
calkın lensteleni hasta girenlerine iliskili tutunulmuş belki.
lenest" adı arket salınması hastanelerde uygulanak
kım 12m istenilmiştir. Üstüya, etik kuralları aramız ve
dimek arket salınması ekte sunulmaktadır. Görüşme
yapılmadık ay edelim.

Seren Yılmaz

tel no: 0537519 99 44

T.C. T.F. Hastanesi Zoonozlar Servisi
EDİRNE


EKOL HASTANESİ
Tesis No: 122 250 44
Prof. Dr. Seren Yılmaz
Zoonoz Hastalıkları ve Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı
Dip. Tes. No: 346791 29106



EK 6: HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Sayın Senem TÜRK.....,

"Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" isimli doktora tezim kapsamında Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğum Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathane Versiyonu) isimli ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Yard.Doç.Dr.Ebru
Önler



EK 7: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları Adlı Tez Çalışması

İçin Gönüllü Onam Formu

Bu çalışma Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı için hazırlanmış olup ameliyathanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla yapılmaktadır ve bu araştırma hemşireler için hiçbir risk veya rahatsızlık oluşturmamaktadır. Bu çalışma ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ameliyathane hemşirelerini kapsamaktadır.

Buna göre;

- Araştırma süresince ve sonrasında beklenen yararlarla ilgili olarak herhangi bir gelişme olmadığında şikayetçi olmayacağımı onaylıyorum.
- Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, herhangi bir baskıya maruz kalmadığımı onaylıyorum.
- Etik kurul ve kurumun, izleyicilerin ve diğer sağlık otoritelerinin gerektiğinde bu bilgilerime ulaşabileceğini, ancak bu bilgilerin kamuoyundan uzak tutulacağını ve araştırma sonucunda kimliğimin yayınlanmayacağını şart koşuyorum.
- Verdiğim bu bilgiler ileride başka çalışmalarda da kullanılacak ise öncelikle şahsımdan izin alınmasını şart koşuyorum

Bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Gönüllünün
Kişinin

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı veya Yetkili

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Senem	Soyadı	Türk
Doğum Yeri	Kırklareli	Doğum Tarihi	19.04.1986
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	40240682130
E-mail	turksenem@hotmail.com	Tel	0 537 519 99 44

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Trakya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2008
Lise	Babaeski Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	-2008-Halen
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	iyi	Çok iyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CP E

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

İyi	

--	--

Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin
Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifika ları/Ödüller.

6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi – Hemşirelik Öğrencilerinin Bekaret ve Bekaret Kontrolüne Bakışı (poster sunum)

Uluslar arası katılımlı 1. Cerrahi Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar Kongresi - Venöz Ülserler ve Hemşirelik Bakımı (poster sunum)

5. Ulusal Üroloji Hemşireliği Kongresi - Üriner Katater Bakımı (sözlü sunum)