



T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN
HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER (TRABZON İLİ ÖRNEĞİ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gözde Özlem USTA

NİSAN 2018
TRABZON

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN
HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER (TRABZON İLİ ÖRNEĞİ)

Gözde Özlem USTA

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“YÜKSEK LİSANS TEZİ”

Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 05/05/2018

Tezin Savunma Tarihi : 06/04/2018

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR

Trabzon 2018

T.C.

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

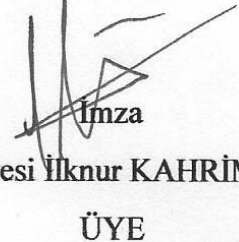
Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Gözde Özlem USTA tarafından hazırlanan "Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler (Trabzon İli Örneği)" başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 21/03/2018 gün ve 09 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


imza

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR
JÜRİ BAŞKANI

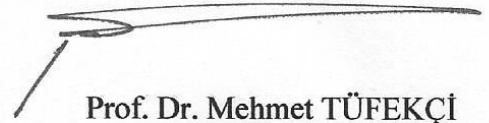

imza

Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN
ÜYE


imza

Dr. Öğr. Üyesi İlknur KAHRİMAN
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.


Prof. Dr. Mehmet TÜFEKÇİ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırma sürecimde her konuda yardımını ve desteğini esirgemeyen, engin bilgisi ve deneyimi ile çalışmama ışık tutan, güler yüzü ve samimiyeti ile bu zor görevi keyifle yürütmemi sağlayan çalışmamın yöneticisi Sayın Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR'e; çalışmamda verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi konusunda yardım aldığım Sayın Öğr. Gör. Habip BALSAK'a; beni destekleyen ve araştırmaya gönüllü olarak katılan çalışma arkadaşlarıma; hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini hep hissettiğim çok çok sevdiğim canım aileme ve Mesut AYAZ'a sonsuz teşekkürler.

Gözde Özlem USTA

Trabzon 2018

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisan Tezi olarak sunduğum “Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler (Trabzon İli Örneği)” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR’in sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.06/04/2018

İmza

Gözde Özlem USTA

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY SAYFASI	III
ÖNSÖZ	IV
TEZ BEYANNAMESİ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar DİZİNİ	VIII
SİMGE VE KISALTMALAR	IX
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hasta Güvenliği	4
2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	5
2.2.1. Dünyada Hasta Güvenliği	5
2.2.2. Türkiye’de Hasta Güvenliği	7
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü	8
2.3.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması	10
2.4. Hasta Güvenliğinde Kalite ve Akreditasyon	11
2.5. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik	12
2.6. Ameliyathanede Hasta Güvenliği	12
2.6.1. Ameliyathanelerin Genel Özellikleri	12
2.6.2. Ameliyathanede Yaşanan Hasta Güvenliği Sorunları	14

2.7.	Ameliyathane Hemşireliği ve Hasta Güvenliği	19
2.8.	Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarını Etkileyen Faktörler	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER	22
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4.	Ölçme Araçları	22
3.5.	Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	24
4.	BULGULAR	26
5.	TARTIŞMA	35
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	46
7.	KAYNAKÇA	48
	ÖZGEÇMİŞ	
	EKLER	

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları	26
Tablo 2. Hemşirelerin çalışma koşulları özelliklerine göre dağılımları	26
Tablo 3. Hemşirelerin eğitim ve hasta güvenliği ile ilişkili durumlarına göre dağılımları	28
Tablo 4. Hemşirelerin hasta güvenliğini artırmaya yönelik önerilerine göre dağılımı	29
Tablo 5. Güvenlik tutumları ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları	29
Tablo 6. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	30
Tablo 7. Hemşirelerin çalışma koşulları özelliklerine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 8. Hemşirelerin eğitim ve hasta güvenliği ile ilişkili durumlarına göre tutumları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Tablo 9. Hemşirelerin yaşı, kurumda çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi arasındaki ilişki	33
Tablo 10. Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saati, ortalama nöbet sayısı ve ortalama cerrahi girişim sayısı arasındaki ilişki	34

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
CHSS	: Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi
DVT	: Derin Ven Trombozu
GCKL	: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
GTÖ	: Güvenlik Tutum Ölçeği
HEPA	: High Efficiency Particulate Arresting
HGKÖ	: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MÖ	: Milattan Önce
NHQR	: National Healthcare Quality Report
NPSA	: National Patient Safety Agency
NPSF	: National Patient Safety Foundation
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
IAEA	: International Atomic Energy Agency
ICN	: International Council of Nursing
IOM	: Institute of Medicine
JCI	: Joint Commission International
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
WHO	: World Health Organization

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER (TRABZON İLİ ÖRNEĞİ)

Gözde Özlem USTA

Avrasya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR

2018, 75 (Tez Sayfa), 10 (Ek Sayfalar)

Bu çalışma, ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Çalışmanın evrenini, KTÜ Rektörlüğü'ne bağlı Farabi Hastanesi'ndeki ameliyathane birimlerinde çalışan 57 hemşire oluşturmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen, en az 4 aydır ameliyathanede görev yapan ve araştırma döneminde aktif çalışan hemşireler (52 kişi) örnekleme oluşturmuştur. Araştırmanın verileri; araştırmacı ve danışman tarafından literatür incelenerek oluşturulan bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik özellikleri, kurumda ve meslekte çalışma özellikleri, çalışma koşulları ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik düşünceleri içeren 23 adet soru ile GTÖ sorularından oluşan anketin direkt gözlem altında uygulanmasıyla toplanmıştır.

Hemşirelerin %84.6'sı kadın, %15.4'ü erkek olup yaş ortalamaları 34.1 ± 7.1 'dir. Güvenlik raporlama sistemini etkin kullanan hemşirelerin kullanmayanlara göre, bir hatayı rapor ettiğinde yönetimin kendilerini desteklediğini düşünen hemşirelerin düşünmeyenlere göre GTÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. GTÖ alt boyutları açısından en düşük puan ortalaması yönetimle ilgili düşünceler, en yüksek puan ortalaması ise stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutu olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane hemşireleri, Hasta güvenliği, Trabzon Farabi Hastanesi

Master Thesis

ABSTRACT

**THE ATTITUDES OF SURGICAL NURSES TO PATIENT SAFETY AND
INFLUENCING FACTORS (TRABZON PROVINCE EXAMPLE)**

Gözde Özlem USTA

Avrasya University

Institute of Medical Sciences

Nursing Department

Supervisor: Assistant Professor Nilgün ULUTAŞDEMİR

2018, 75 (Pages), 10 (Appendix)

This research is across-sectional and descriptive study with aim of determining the attitudes of surgical nurses to patient safety and influencing factors.

The population of the study is composed of 57 nurses working in surgery units under KTÜ Rectorate of Farabi Hospital. The sample has been formed by the nurses (52 people) voluntarily participated the study, working in the surgery for at least 4 months and being active during the research period. The data of survey has been collected by researches and consultants reviewing the literature, applying the under personal questionnaire consisting of 23 questions including the ideas of increasing patient safety occupational characteristics of working conditions in the institution.

%84.6 of the nurses are female, %15.4 are male and the average age is 34.1 ± 7.1 . SAQ average scores of the nurses who use the security reporting system actively are higher than those who don't use it and nurses who think the management supports themselves when reporting an error are higher than those who don't think.

The nurses' attitudes towards patient safety have been determined at mid level. In terms of SAQ subdimensions, the lowest score average is management-related thoughts and the highest score average is the subscale of stress level determination have been established.

Key Words: Surgical nurses, Patient safety, Trabzon Farabi Hastanesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği, tarihte ilk devirlerden bu yana önemli görülen konuların arasındadır ve her dönem farklı uygulamalar yapılarak önlemler alınmaktadır [1]. Hasta güvenliği; sağlık bakım uygulamaları sırasında ortaya çıkabilecek olumsuzluklardan hastaların zarar görmemesi amacıyla, sağlık hizmeti verilen kurumlar veya çalışanlar tarafından üstlenilen eylemlerin tamamı olarak tanımlanabilir [2]. Sağlık bakım sistemleri bazen personeli ne kadar adanmış ve profesyonel olursa olsun kendilerine başvuran hastalarda istemeden zarara yol açabilmektedir [3].

Son yıllarda teknoloji ve bilgi alanındaki gelişmeler son derece karmaşık bir sağlık sistemi oluşturmaktadır [4]. Bu durum alınan kararlarda ya da sağlık bakım uygulamalarında hataya ve sonuçta hastanın zarar görmesine neden olabilmektedir [5, 3]. Olumsuz olaylar kalıcı sakatlık ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir [6, 7].

Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine-IOM) 2000 yılında yayın yaptığı raporunda, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar sonucunda yaşamını yitirdiği ileri sürülmektedir. ABD'deki araştırmaların sonucu tıbbi hataların; kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sırada ölüm nedeni olabileceğini ortaya koymaktadır [8]. Tıp Enstitüsü sağlık bakım liderlerini hasta güvenliğini artırmak için acil adımlar atmaya çağırılmış ve sonuç olarak hasta zararını önlemek için güvenliği artırmaya yönelik vurgu hem ulusal hem de uluslararası düzeyde sağlık profesyonelleri, yasa koyucular ve akreditasyon kuruluşları için anahtar bir öncelik haline gelmiştir [2].

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan hataların önlenmesi ve bu hatalar sonucunda meydana gelen yaralanmalar ve ölümlerin yok edilmesi için bütün sistemin tekrar gözden geçirilmesidir [9]. Hastaları olumsuz olaylardan korumak ve organizasyon içinde güvenlik düzeyini artırmak için, hasta güvenliğine yönelik kültür ve kültürün oluşturulmasına yönelik altyapı bileşenlerinin sağlık kurumlarında oluşturulması gereklidir [10]. Hasta güvenliği kültürünü oluşturmadan önce çalışanların hasta güvenliğine ilişkin tutumları belirlenerek, güvenlik kültürünü oluşturmak için gerekli stratejilere karar verilebilmektedir [11].

Hastane ortamının özellikleri, sağlık işgücü nitelik ve niceliğine ilişkin karmaşa, tıbbi süreçler, kullanılan teknoloji [4], ekip çalışması, iletişim gibi birçok faktöre bağlı olarak tıbbi hata ve istenmeyen olaylar ortaya çıkmakta, hastalar ve çalışanlar bu durumdan zarar görmektedir [9]. Sağlık kuruluşlarında sirkülasyonun yüksek, dikkat gerektiren uygulamaların fazla olduğu ve stres faktörünün yoğun hissedildiği bölümlerden olan ameliyathaneler hasta güvenliği açısından büyük öneme sahiptir.

Hasta güvenliği, diğer sağlık çalışanlarında olduğu gibi temel hemşirelik bakımının da önemli bir unsurudur [12]. Hemşirelik hizmetleri güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturmayı ve risk yönetimini kapsamaktadır [13]. Hasta bakımı ve tıbbi uygulamaların önemli bir bölümü hemşireler tarafından yürütülmektedir. Hemşirelerin sayı bakımından fazla olmaları ve hastalarla sürekli iç içe olan sağlık çalışan grubu olmaları nedeniyle hasta güvenliği kültürünün oluşturulması hemşirelik faaliyetlerinde oldukça önem taşımaktadır [4, 9, 12, 14].

Bu tez çalışmasında 52 ameliyathane hemşiresine ulaşılmıştır ve ameliyathanede görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Türkiye genelinde mevcut bulunan ameliyathanede görevlendirilmiş sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin bu bilgilerden yardımcı kaynak olarak faydalanması ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulması sağlanabilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; Trabzon İli Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü'ne bağlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerde hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek, iyi düzeyde hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek için öneriler geliştirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilecek verilerin; mevcut tutumun öğrenilmesi ile birlikte yanlış tutumların tespit edilmesinde, engellenmesinde ve risk faktörlerinin belirlenmesinde yöneticilere yol gösterici nitelikte olacağı ve ameliyathanede cerrahi tedavi ve bakım süreçlerinde hasta güvenliğinin sağlanmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Ameliyathane hemşirelerinin Güvenlik Raporlama Sistemi'ni etkin kullanmaları ile güvenlik tutumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁: Ameliyathane hemşirelerinin Güvenlik Raporlama Sistemi'ni etkin kullanmaları ile güvenlik tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Hata raporlamada yönetimin desteğini alan hemşireler ile güvenlik tutumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Oryantasyon eğitimi almayan hemşireler ile güvenlik tutumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu tez çalışmasının Trabzon İli Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinin ameliyathane birimlerinde çalışan hemşirelerle yapılması ve hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının ve etkileyen faktörlerin araştırılması çalışmanın sınırlılığıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

İnsanın en tabi ve vazgeçilmez hakkının yaşama hakkı olduğu söylenebilir. İnsanların huzurlu ve güvenli bir ortamda yaşayabilmeleri için hayat ve vücut bütünlüklerinin korunması, tarihin en eski devirlerinden bugüne önemini korumuş ve farklı yaptırımlarla güvence altına alınmıştır [15, Aktaran: 16].

Hasta güvenliği, sağlık uygulamalarının kişilerde neden olabileceği zararları önlemek maksadıyla sağlık uygulama merkezleri ve bu merkezlerde çalışanlar tarafından alınan önlemlerin bütünüdür [17, 18]. Hasta güvenliği nitelikli bir sağlık hizmetinin vazgeçilmez parçasıdır. Amaç; hasta ve yakınları için onları fiziksel ve psikolojik anlamda olumlu etkileyecek uygun ortamı sağlamak ve bunun için de hastaya zarar verebilecek hataların hastaya ulaşmasını engelleyerek rapor edilmesini ve düzeltilerek tekrarlanmaması için önlemlerin alınmasını sağlamaktır [17].

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın (National Patient Safety Foundation-NPSF) tanımlamasına göre hasta güvenliği, sağlık hizmetinden kaynaklanan hastaya zarar verici nitelikte önlenilecek herhangi bir istenmeyen sonuçtan kaçınılması anlamına gelmektedir [19]. Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne göre (International Council of Nursing-ICN) hasta güvenliğinin artırılması, profesyonel sağlık sunucularının işe alınması, eğitilmesi, meslekte kalıcılığı, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyon kontrolünün sağlanması, ilaçların güvenli şekilde kullanılması, ekipman güvenliğinin sağlanması, güvenli klinik uygulamalar, güvenli bakım ortamının oluşturulması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi birikimi ve hasta güvenliğinin gelişmesine imkan sağlayacak altyapının oluşturulması konularının birlikte ele alınmasını gerektirmektedir [20]."

Maliyet baskısı, sorumluluk kısıtlamaları, değişime direnme ve üstesinden gelinemeyen diğer engellere rağmen, iyileşme ve rahatlık sunması gereken sağlık sistemi tarafından hastaların zarar görmesi kabul edilemez görülmekte [8] ve Hipokrat'ın sağlık çalışanları tarafından çokça bilinen "Önce zarar vermeyin" sözü ile ters düşmektedir [21].

Hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde faydalı olabilecek yöntemler; hataların korkmadan rapor edilmesi, hatalardan ders alınması, sorumlulukların paylaşımı, ekip

işbirliği, kalite iyileştirme çalışmalarının yapılması, yorgunluk gibi insani faktörlerin ortadan kaldırılması, personel sayısı ve niteliğinin iyileştirilmesi olarak belirtilmiştir [22].

2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği, tarihin eski devirlerinden bu yana gündemde olan bir konu olmuştur. Milattan Önce (MÖ) 1700’li yıllardan günümüze yazılı belgeler halinde gelen Hammurabi Kanunları’nda, “Bir hekim birisine bronz ameliyat bıçağı ile tehlikeli bir yara açar ve öldürürse veya bir abse açar ve gözünü harab ederse iki eli kesilir” ifadesi yer almaktadır [23]. Daha sonraki dönemlerde Galen, tıp biliminin temel değerlerinden biri olan “Primum non nocere” (önce zararlı olma) ilkesini ortaya çıkarmıştır. 1883’te İngiltere’de “Tıbbi ihmal” kavramına kanunlarda yer verilmiştir. Floranca Nightingale ”Bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor... Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır” sözleriyle hasta güvenliğine ve bununla ilişkili olan hastane enfeksiyonlarına dikkat çekmiştir [1].

2.2.1. Dünyada Hasta Güvenliği

Sağlık bakımında olumsuz olaylardan kaynaklanan problemler 1950’ler ve 1960’lardaki advers olaylar hakkında rapor edilen çalışmalarla ortaya çıkmış ancak konunun üzerinde pek durulmamıştır [24]. Sonraki dönemlerde hasta güvenliği ile ilgili bir dizi kanıt ortaya çıkmaya başlarken, bunlardan biri 1991 yılında Harvard Tıp Uygulaması Çalışması sonuçları olmuştur. Harvard çalışmasında hastaların yaklaşık %4’ünün herhangi bir nedenle yapılan hatadan zarar gördüğü; tıbbi hatalar sonucunda hastaların %70’inin altı aydan daha uzun süren sakatlığa, %2.6 oranında sürekli olarak sakatlığa maruz kaldığı, %13.6 oranında ölümün gerçekleştiği belirtilmiştir [25]. Daha sonra Avustralya ve İngiltere’de konuyla ilgili çalışmalar devam etmiştir [24]. Avustalya’da 1995 yılında yayınlanan çalışmada 14.000’ den fazla kayıt incelenmiş ve bunların %16.6’sının advers olay ile ilişkili olduğu bulunmuş, olayların 13,7’sinde kalıcı sakatlık ve %4.9’unda ölüm gerçekleşmiştir [26]. 2000 yılında yapılan başka bir çalışmaya göre Avrupa’daki hastanelerde her 10 hastada bir kişi tıbbi bakım esnasında herhangi bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan hatalar nedeniyle zarar görmektedir [24]. Bu ve benzeri gelişmelerden sonra Amerika Birleşik Devletleri’nde Institute of Medicine 2000 yılında yayınladığı “To Err is Human” raporu ile daha fazla veri ve konuyu gündeme getirmiş ve dünya genelinde daha

güvenli bir sağlık sistemi oluşturmak amacıyla tartışmaların başlamasına, hasta güvenliği sorununun ön plana çıkmasına katkı sağlamıştır [8]. Bu raporun sonrasında ABD, İngiltere, Avustralya ve devamında tüm Batı'nın katılım ve desteğiyle sağlıkta "Hasta Güvenliği Dönemi" başlamıştır [9]. Kanada, Danimarka, Hollanda, İsveç ve diğer Organisation for Economic Co-operation and Development- İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) üye ülkeler de soruna daha ciddi bakmaya başlamıştır. Yeni Zelanda (2002) ve Kanada'da (2004) olumsuz olaylar üzerine yapılan çalışmalarda advers olay oranları: yaklaşık %10 bulunmuştur [27, 28]. Tıp Enstitüsü sağlık bakım liderlerini hastanın güvenliğini artırmak için biran önce adım atmaya çağırması ve sonuçta, hasta zararını önlemek için güvenliği artırmaya yönelik vurgu, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık profesyonelleri, yasa koyucular ve akreditasyon kuruluşları için anahtar bir öncelik haline gelmiştir [2].

Hasta güvenliği sorunlarının dünya genelinde daha çok gündeme gelmesiyle World Health Organization (WHO-Dünya Sağlık Örgütü) 2005 yılında bir rapor yayınlamış ve raporda advers olayların araştırıldığı çeşitli çalışmalara yer verilerek ulusal düzeyde hasta güvenliği konusuna dikkat çekilmiştir. Çalışmada IOM tarafından 2000 yılında yayınlanan rapordaki sonuçlara benzer olarak Avustralya, Kanada, İngiltere'nin aralarında bulunduğu bazı ülkelerdeki ve Avrupa'daki hastanelerde de hastaların önlenemez ve olumsuz olaylar ile karşı karşıya kaldıklarını gösteren çalışmaların olduğundan bahsedilmiştir [24, 29]. Dünya Sağlık Örgütü raporunda bu sorunun gelişmekte olan ülkelere özellikle dikkat gerektirdiğini vurgulamış; zayıf altyapı, ekipman yetersizliği, enfeksiyon kontrolü ve atık yönetimindeki eksiklikler, yetersiz teknik beceri, sağlık hizmetleri için gerekli işletme masraflarının finansmanındaki yetersizlikler gibi nedenlerin etkisiyle olumsuz olayların sanayileşmiş ülkelerinkinden çok daha fazla olduğunu belirtmiştir [24].

Amerika Birleşik Devletleri'nde IOM gibi birçok uluslararası kuruluş, hasta güvenliği sağlanması konusundaki çalışmaları sürdürmekte ve daha güvenli bir sağlık sistemi için, sürekli olarak yeni öneriler geliştirmektedir. Yirmi birinci yüzyıl için sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi amaçlanan konular; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında verilen ve verimli sunulan sağlık hizmeti, eşit dağıtılan sağlık hizmetidir [8].

Tıp Enstitüsü'nün 2003 raporu ile sağlık hizmetinde kalite açısından öncelikli seçilen alanlar arasında hasta güvenliği yine ön plana çıkmıştır [30]. Ulusal düzeyde hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde iyileştirme yapılmasının gerekli görüldüğü konuların başında yer

almaktadır [31].

Uluslararası düzeydeki çalışmalarda Joint Commission International (JCI-Uluslararası Ortak Komisyon) uygulamaları ön plana çıkmaktadır. JCI, sağlık hizmetlerinin güvenliğini ve kalitesini artırmayı hedeflemiştir. JCI “Uluslararası Hastane Standartları” kullanılarak akreditasyonu sağlanan kurumlar için uygulanması gereken 2014 yılında güncellenen “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri”ni tanımlamıştır. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri’nde amaç hasta güvenliğinde bu konu için özel iyileştirmelerin artırılmasıdır. Hedefler sağlık uygulamalarındaki sorunlu alanlara ışık tutar ve bu sorunlar için kanıt ve uzman temeline dayanan çözüm seçenekleri tanımlar.

JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri;

1. Hastalara doğru kimliklendirme yapılması
2. Etkili iletişimin sağlanması
3. Yüksek riskli ilaç güvenliğinde iyileştirilme sağlanması
4. Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisinin sağlanması
5. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların azaltılması
6. Düşmeler sonucu hastaların zarar görme riskinin azaltılmasıdır [32].

2.2.2. Türkiye’de Hasta Güvenliği

Ülkemizde koşulların değişmesiyle sağlık hizmetleri önemini giderek arttırmakta, hasta merkezli politikalar gündemde yerini almaktadır. Toplumun bilinç düzeyinin artması, sağlık hizmetlerine olan talebin artması, teknoloji alanındaki gelişmelerin ve bunlardan kaynaklanan risklerin varlığı, artış gösteren sağlık hizmeti maliyetleri ve sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yükü, kalite standartlarındaki yükselme, oluşan rekabet ortamı, sürekli ilerlemeyi amaçlayan sağlık politikaları hasta güvenliğinin giderek daha önemli bir konu haline gelmesine neden olmuştur [33].

Türkiye’de tıbbi hataların belirlendiği bir resmi kayıt sistemi bulunmamasına karşın her yıl tıbbi hatalardan dolayı pek çok kişinin hayatını kaybettiği veya sakat kaldığı bilinmektedir. Bu durum hasta güvenliğinin ne denli önemli bir konu olduğunu

göstermektedir [18]. Türk Tabipleri Birliğinin (TTB) Dr. Füsün Sayek anısına hazırlanmış olduğu raporda 6354 kişi ile görüşülerek yapılan bir çalışmada, Türkiye’de toplumun %10’luk bölümü kendine ya da aileden bir kişiye tıbbi hata yapıldığını belirtmiştir [9].

Şu an için Türkiye’de kurulmuş bir hasta güvenlik sistemi mevcut değildir. Bununla birlikte, bazı hastaneler, uluslararası varlık gösteren bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilen hastanelerde, standartlara göre, hastaların ve çalışanların güvenliğini tehlikeye atan durumlar izlenmekte, kaydedilmekte, analizi yapılmakta ve geliştirilmektedir. Bunun yanında bir kurumdan diğerine, bildirim kültürünün farklılık gösterdiği, ortak bir yapıdan ziyade örgütsel çabaların gözetildiği görülmektedir [7].

Ülkemizde hasta güvenliği; 6 Nisan 2011 yılında Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esaslar”ın düzenlendiği “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile sağlanıp denetlenmektedir [34].

2.3. Hasta Güvenliği Kültürü

Türk Dil Kurumu kültürü; “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” olarak tanımlanmıştır [35]. Kültürün klasikleşmiş tanımlarından birini E.B. Taylor yapmıştır. Taylor’a göre kültür; toplumun üyesi olan insanoğlunun öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-görenekleri ve benzeri alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür. Ona göre, insanın kendinden sonrakilere aktarılmak üzere öğrettiği her şeyi kapsamaktadır [36]. Kurum kültürü ise, örgüt içerisinde insanların nasıl davranması ve birbirlerini nasıl etkilemeleri gerektiğini biçimlendiren, işlerin nasıl yürütüldüğünü gösteren ortak paylaşılan inançlar, tutumlar, tahminler ve beklentiler modelidir [37, Aktaran: 38]. Schein kurum kültürünü iç çevreyle bütünlük ya da dış çevreye uyum sağlama problemlerini çözme sürecinde keşfedilen, bulunan ve yeteri kadar iyi sonuç verdiği için geçerli sayılan,

bu nedenle problemi algılama, düşünme ve hissetmede en doğru yol olarak öğretilmesi gereken temel varsayımların modeli olarak tanımlamaktadır [39].

Örgüt kültürü, “bir örgütün içindeki insanların davranışlarını yönlendiren normlar, davranışlar, değerler, inançlar ve alışkanlıklar sistemidir” [40]. Örgüt kültürünün alt boyutlarından biri olarak bilinen güvenlik kültürü kavramı [41], ilk kez 1986 yılında gerçekleşen Çernobil nükleer santralindeki kaza sonrası Uluslararası Atom Enerji Ajansı (International Atomic Energy Agency-IAEA) tarafından sunulan raporda (1986), kurumun güvenlik kültürünün zayıflığından bahsedilmiş, 1991 yılında yine IAEA tarafından bu kavramın tanımı net bir şekilde yapılmıştır. “Güvenlik kültürü; kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünüdür.” [42, 43]. Sonraki süreçte güvenlik kültürü kavramının teorik ve uygulama düzeyinde araştırılması devam etmiştir [44, 45].

Güvenlik kültürünün geliştirilmesi hasta güvenliği açısından vazgeçilmez bir öneme sahiptir [3, 10, 46]. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması davranış ve tutum değişikliği ile gelişen bir süreci kapsamaktadır [47]. Hastaların zararlardan korunması ve kurum içinde hasta güvenliğinin sağlanması ve geliştirilmesi için hasta güvenliğine yönelik bir kültürün ve bu kültürü oluşturan alt unsurların yapılandırılmasına önem verilmelidir [10]. Sağlık organizasyonlarında kültürün geliştirilmesi, çalışanların hasta güvenliği ile ilgili normal davranış hakkındaki algılarını şekillendirmektedir. Ayrıca çalışanlarda resmi olarak yöneticiler tarafından veya resmi olmayan şekilde meslektaşları ve diğer ekip üyeleri tarafından övülmeye değer ve cezalandırılacak şeyler hakkında da algı oluşturmaktadır. Böylelikle kültür, kişinin güvenli davranışlara katılma motivasyonunu ve bu motivasyonun günlük uygulamaya ne ölçüde dönüştüğünü etkilemektedir [48]

Amerika Birleşik Devletleri’nde NHQR (National Healthcare Quality Report-Sağlık Bakım Araştırma ve Kalite Ajansı) 2003 ve WHO 2005 raporlarında, kaliteli ve güvenli bir hizmet sunumu için gerekli stratejilere yer verilmiştir. Bu stratejilere bakıldığında; hasta güvenliği konusunun organizasyonun tamamını kapsayan bir unsur olduğu, yönetimin bu konuya gereken önceliği vererek tüm boyutlarıyla değerlendirmesi, kurumda kanıt temelli uygulamaların yaygınlaştırılarak yerleştirilmesi, kurum içi eğitimlerin artırılmasıyla mesleki uygulamalarda iyileştirmeye gidilmesi, hataların araştırılması aşamasındaki süreçlerin

ortaya konulması, elektronik kayıt tutma sistemlerinden yararlanılması, tüm ekip ile birlikte hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının çok önemli olduğuna vurgu yapılmıştır [24, 49].

2.3.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması

Hasta güvenliğinin iyileştirilmesi hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ile mümkün olmaktadır [9]. Hasta güvenliği kültürü; yönetimin desteği, ekip çalışması, etkili iletişim, çalışanların katılımı ile sağlanabilmektedir [50]. Bunun için bir takım çalışmaların yapılması önerilmektedir [9, 14]. Önerilerin bazıları aşağıdaki gibidir;

- Hasta güvenliği konusunun herkes tarafından sahiplenilmesi gereken bir konu olduğunun vurgulanması,
- Liderler, ekip ve hastalar arasında açık iletişimin sağlanması,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit edebilecek uygulamaların belirlenmesinde ve azaltılmasında sorumluluk yüklenmesi,
- Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için bütçe ayrılması,
- Tüm sağlık ekibine hasta güvenliği ile ilgili devamlı şekilde eğitim verilmesi [9].

Hasta güvenliği kültürü, güvenilirliği yüksek sağlık kuruluşları yaratmada kritik bir faktördür [51]. Hasta güvenliği kültürü oluşturmak için bir planlama yapılmalıdır. Bu planlamanın ana hatları aşağıdaki gibidir;

- Anlaşılır ve hatalardan ders çıkarılabilen bir hasta güvenliği kültürü oluşturulması için çalışmalar yapılmalı.
- Hasta güvenliğinin kurum liderleri için öncelikli konu olduğu gösterilmeli ve ekip çalışması en üst düzeyde tutulmalıdır.
- Klinik uygulama, işlem, süreç ve çalışma koşulları sürekli olarak değerlendirilmeli ve bu şekilde risk yönetimi elden ele ilerletilmelidir.
- Hasta güvenliğine ilişkin raporlar ve raporların etkinliği düzenli olarak duyurulmalı, bildirim ve güvenliği arttırmak için karar verme süreçlerinin geliştirilmesi ve kullanılması konusunda uyarılar yapılmalı.
- Sağlık hizmeti alanlar ve yakınları kendi güvenliklerini sağlamaları ve geri bildirimde bulunmaları adına teşvik edilmeli ve eğitimleri yapılmalıdır.
- Mevcut durum sistemli bir şekilde analiz edilmeli, devamlı öğrenme ve

iyileştirilmelerin yapılması aşamasında kullanılmalıdır.

- Alınacak önlemler hafızaya dayalı ve ceza yöntemi kullanılmayacak şekilde belirlenmelidir [9].

2.4. Hasta Güvenliğinde Kalite ve Akreditasyon

“Akreditasyon; uygunluk değerlendirme kuruluşlarınca gerçekleştirilen çalışmaların ve dolayısıyla bu çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb.) güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite altyapısıdır” [52].

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği, bakımın kalitesi bağlantılıdır fakat ikisi aynı şey değildir [1]. Hasta güvenliği kalite programlarının en önemli konularından biridir [1, 18].

Sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri, Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında başlattığı çalışmalara dayanmaktadır. Türkiye’de nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon hedefi ile yürütülen çalışmalar kapsamında sağlıkta kalite standartları geliştirilmesi, izlenmesi ve eğitim gibi faaliyetler gerçekleştirilirken, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınmaktadır [53].

Sağlık hizmetlerinin alt sistemini oluşturan hastaneler, ülkemizde sağlık hizmetinin sunulmasında en önemli faktördür [54]. Ülkemizde yürürlüğe giren hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında Sağlık Bakanlığınca Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane Seti hazırlanarak sağlık hizmeti sunan kamu, üniversite ve özel tüm hastanelerin kullanımına sunulmuştur. SKS-Hastane'nin temel amacı “Güvenli Hastane” inşa etmektir [53].

Hastanelerin kaliteli hizmet verme çabası hasta tatmini ve iyi bir kurum kimliği ve imajı oluşumunu da sağlayacaktır [54]. Hastanelerin sundukları hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için etkililik, etkinlik, verimlilik, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık, süreklilik hedeflerine

ulaşmaları gerekmektedir [53].

2.5. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik

Hasta güvenliği, tüm sağlık alışanlarında olduğu gibi temel hemşirelik bakımında da önemli bir unsurdur [9, 20]. Hemşirelik hizmetleri; birey ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık halinde iyileştirilmesi ve yaşamda kalite düzeyinin artırılması amacıyla bakım sağlama, danışmanlık, işbirliği yapma gibi hususların yanında güvenli ve sağlıklı bir evre oluşturmayı kapsamaktadır [13]. Hemşireler klinikte ve yönetim alanında sürekliliği olan kıdemli kişiiler olduğundan hataları tanımlama, analiz etmede gerekli becerilere sahip ve eyleme geçme açısından uygun konumdadırlar. Hemşireler kalite ile ilgili çalışmalarda yer alırlar ve bu çalışmalara katılırlar [9, 55].

Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği sağlanmasında etkindirler. Hastaların ve yakınlarının risk ve riskin en aza indirilmesi hususunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve olumsuz olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevlerindedir [9]. Hasta güvenliği sağlanması sürecinde hemşirelik hizmetlerinde sık karşılaşılan hatalar arasında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz işlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımından kaynaklanan hataların geldiği görölmektedir [18].

2.6. Ameliyathanede Hasta Güvenliği

2.6.1. Ameliyathanelerin Genel Özellikleri

Ameliyathaneler yüksek düzeyde teknolojik araç ve gerecin kullanıldığı, güncel ve gelişmiş bilgilerin ışığında birbirinden farklı cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulandığı ünitelerdir [56, 57].

Ölkemizde Sağlık Bakanlığınca hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5) hazırlanarak ölkemizde sağlık hizmeti veren tüm hastanelerin kullanımına uygun hale getirilmiştir. SKS-Hastane'de yer alan ameliyathaneye ilişkin standartlara göre ameliyathanede alanlar en az üç farklı kategoride ele alınmalıdır [53]:

Steril (Birinci) Alan: Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkamanın yapıldığı alanlardır.

Temiz (İkinci) Alan: Steril ve steril olmayan alanlar arasındaki kısımdır.

Steril Olmayan (Üçüncü/Temiz Olmayan/Kirli) Alan: Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı bölümdür.

Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş-çıkış kuralları, çalışanların alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir [53]. Kirli malzemeler steril veya temiz malzemelerin taşındığı koridorlardan taşınmamalıdır [58].

Hasta güvenliği bakımından ameliyathanelerin mimari yapısı, havalandırması, sıcaklığı ve nemi önemli yer tutmaktadır [59]. Modern bir ameliyathane yapılandırması için birbirinden farklı mimari projeler kullanılabilir. Bir kurumdan diğerine farklılık gösterebilse de ameliyathaneler için oluşturulan tüm mimari projelerde en önemli unsur; hasta güvenliğinin ve kolay bir iş akışının sağlanması olmalıdır [60]. Ameliyathane için kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyona ve temizlemeye uygun nitelikte olmalı, ameliyat odalarında; duvar kesişim noktalarının düzgün, köşesiz ve çıkıntısız olmasına dikkat edilmelidir [53].

Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23 °C olmalı, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26°C arasında değiştirilebilmelidir. Bağıl nem ise en az %30, en çok %60 olmalıdır [53, 61].

Ameliyathanede uygun havalandırma sistemlerinin kullanılması enfeksiyon riskini azaltır [59]. Steril alanlarda HEPA (High Efficiency Particulate Arresting-Yüksek Etkinlikte Partikül Yakalayıcı) filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır. Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmaya doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı). Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riski bulunan operasyonlar laminar hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır. Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 kere filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunların en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır [53, 61].

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

cinsiyeti, örnek alınan organ/bölge, örneğin alınış şekli) etiketlenmelidir [53].

2.6.2. Ameliyathanede Yaşanan Hasta Güvenliği Sorunları

Ameliyathaneler yüksek düzeyde teknolojik araç ve gerecin kullanıldığı, güncel ve gelişmiş bilgilerin ışığında birbirinden farklı cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızlı bir şekilde alınarak uygulamaya geçilmesinin önemli olduğu çalışma ortamlarıdır. Ameliyathanelerde seri karar verilmesini gerektiren, önemli ve dikkat gerektiren girişimlerin uygulanıyor olması bazı riskleri ortaya çıkarır [56, 57].

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

Ameliyathanede hasta güvenliği sorunları;

- Yanlış taraf cerrahisi
- Transfüzyon hataları
- Cerrahi yanıklar
- Cerrahi alan enfeksiyonları
- Ölümcül düşmeler
- Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması
- İlaç hataları
- Kesici-delici alet yaralanmaları
- Hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi
- Bebeğin yanlış aileye verilmesi şeklinde sıralanabilir [62].

Tıbbi hatalar, planlanmış bir tıbbi uygulamanın amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya yanlış plan yapılması ve uygulanması (planlama hatası) olarak tanımlanmaktadır [8]. Tıbbi hatalar ile çağdaş tıbbi uygulamaların doğal parçası olarak görülecek kadar sık karşılaşılmaktadır [9].

Tıbbi hatalar, sağlık sistemi için büyük bir yük haline gelen ve hasta güvenliği politikalarının etkili bir şekilde uygulanması halinde genellikle önlenebilir olan yaygın bir sorundur [63]. Colorado ve Utah'ta hasta yaralanmasının maliyetini araştırıldığı bir çalışmada 14.732 tıbbi kayıt incelenmiş, 459'unda advers olay gerçekleştiği, bunların 265'inin önlenebilir olduğu tespit edilmiştir [6]. Tıbbi hataların azaltılması ve elimine

edilmesi hasta güvenliğinin temel hedefidir [64].

Bilimsel veriler incelendiğinde tıbbi hataların, kişilerden görece bağımsız, kurgulanmış şekilde ya da daha kötü ihtimalle kendi kendine sistem sorunu olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Hatalar kötü, yetersiz ve aralıklarla hata üretmek üzerine tasarlanmış süreçlerle ilişkili olarak ortaya çıkmaktadırlar [9].

Adams ve Garber'e göre, tıbbi hataların iki ana kaynağı vardır; sistem hataları ve insan hataları. Sistemden kaynaklanan hatalar, insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir [65, Aktaran: 66]. İnsan faktöründen kaynaklanan hatalar incelendiğinde sadece %1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99'nun ise çok iyi niyetle işini yapmaya çalışan ve görevlerinde başarılı olan çalışanlardan kaynaklandığı anlaşılmaktadır [67].

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları günümüz sağlık sistemlerinin en önemli sorunlarının başında gelmektedir [9]. Bu insanlık trajedisine bir de mali kayıplar eklendiğinde tıbbi hatalar hızla yaygın kamu sorunlarının en üst sıralarına yükselmesi kaçınılmaz olmuştur. Tıp Enstitüsü 2000 yılında yayınladığı raporunda hasta güvenliğine ilişkin sorunun önemini ulusal ve uluslararası düzeyde vurgulamıştır. Bu rapor ABD'de tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybedenlerin sayısının motorlu araç kazaları, meme kanseri veya Acquired Immune Deficiency Syndrome'dan (AIDS) ölenlerin sayısından daha fazla olduğunu ortaya koymuştur [8].

Konuyla ilgili çalışmaların yayınlanmasının ardından özellikle tıbbi uygulama hatalarının azaltılması için yoğun şekilde arayışa girilmiştir. Bütün çabalara rağmen hasta güvenliğinde hangi boyutta iyileşme sağlandığı veya tıbbi uygulama hatalarında azalmanın ne kadar olduğu tartışmaları sürmektedir [9].

Ameliyathanede hasta güvenliği kapsamına giren konular, yanlış taraf cerrahisi, ameliyat sırasında hastada yabancı cisim unutulması, transfüzyon hataları, kontamine ilaç veya kan kullanımı, ameliyat komplikasyonları, hava embolisi, düşmeler, bebeğin yanlış aileye verilmesi, hastane enfeksiyonları, infüzyon pompa sorunları, cerrahi yanıklar, hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi, görünüşü okunuşu benzer ilaçlar, iğne-kesici alet yaralanmaları, tehlikeli kısaltmalar, ventilatör ile ilgili problemler olarak sıralanabilir [62]. Güvenli ameliyathane ortamının önemi 1900'lü yılların başında gündeme gelmeye başlamış olmasına rağmen, halen önemini korumaktadır. Çünkü çalışma ortamında yaşanan

olumsuz olayların motivasyonu azaltarak performansı düşürdüğü bilinmektedir. Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı hayal edildiğinde akla fiziksel ve psikososyal sorunların olmadığı ya da en az olduğu bir ortam gelmektedir. Ameliyathanelerde bu şekilde bir ortamı sağlamak zor olsa da, biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal risklerin tespit edilmesi, etkilerinin bilinmesi ve önlem alınması önemli bir adımdır [61].

Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan rapordan sonra hataların önlenmesi ve verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması için gösterilen çabalardan en önemlisi, kültürel değişimin yaşanmasıdır. Suçlayıcı ve cezalandırıcı kültürün yerini anlayışla kabullenme ve düzeltme kültürü almaktadır. Hasta güvenliğini kurum kültürünün en önemli parçalarından biri haline getirebilmek adına sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkmadan ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli bütçe ayırmalıdır [9].

Ülkemizde hata bildirim sistemi Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası düzeydeki gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde tutularak Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi (CHSS) esas alınarak düzenlenmektedir. CHSS’de olması gereken ana parametreler; hatanın gerçekleştiği yer, hata yapan kişi (meslek/unvan), hata zamanı, hatalı işlem olarak belirlenmiştir [53].

Sağlık sisteminde karşılaşılan tıbbi hatalar, literatürde çoğunlukla ilaç uygulamaları, yanlış taraf cerrahisi, hastane enfeksiyonları, düşmeler vb. olarak ele alınmaktadır [64]. Ameliyathane sürecinde yapılabilecek tıbbi hatalar şöyledir [53]:

Klinik cerrahi işlem hazırlığı sürecinde; ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi, pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi, makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıının teyit edilmemesi, ameliyat için gerekli malzeme, kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması vb.

Ameliyathaneye transfer ve hasta kabulü sırasında; hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması, hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi, hastanın sağlık çalışanına teslim edilmesi sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi vb.

Ameliyathane cerrahi işlem hazırlığı sırasında; ameliyat odası temizliğinin uygun olmaması, cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi, ekipman arızası, prizlerin kesintisiz güç kaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi, oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/kontrol edilmemesi vb.

Anestezi öncesi hazırlık ve kontroller sırasında; Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi, alerji durumunun değerlendirilmemesi, kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi vb.

Ameliyat kesisi öncesi kontroller sırasında; hasta kimlik bilgileri, ameliyatın yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması, ekip üyelerinin kendilerini tanıtmaması, cerrahi kaynaklanabilecek kritik olayların değerlendirilmemesi, anestezi kaynaklanabilecek kritik olayların değerlendirilmemesi, malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrolünün sağlanmaması, kan şekeri kontrolü yapılmaması, antikoagülan kullanımının sorgulanmaması, gerekli Derin Ven Trombozu (DVT) profilaksisinin uygulanmaması vb.

Ameliyat sürecindeki takipler sırasında; kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontrolünün yapılmaması, frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi vb.

Ameliyat sonu kontroller sırasında; hasta kimliğinin, ameliyatın yeri ve cerrahi işlemin teyit edilmemesi, kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrolünün yapılmaması, alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi, olası cerrahi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi, post-op hastanın transfer edileceği bölümün belirtilmemesi vb.

Ameliyathaneden hastanın ayrılışı ve transferi sırasında; cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık personeline iletilmesinde eksiklik, hastanın kimliği, yapılan cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması, Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi, hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) 2003 yılı için hasta güvenliği konusunda gösterdiği 6 hedef arasında yanlış hastada, yanlış bölge ve yanlış cerrahi işlem uygulamalarının elimine edilmesi yer almaktadır [68].

Sağlık hizmetlerinde olay raporlamanın hasta güvenliğine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, olay raporlamanın hasta güvenliği üzerinde kritik bir etki yarattığı bulunmuştur [69].

Çalışma ortamının ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği bakımından değerlendirildiği bir çalışmada, kaza ve riskli durumlar sonrasında bildirimlerin hemşireler tarafından yetersiz düzeyde rapor edildiği, nedeninin ise hemşirelerin hataların bildiriminde meslektaşları ve yönetimin yanı sıra hasta ve hekimlerin tepkilerinden çekinmeleri olduğu bulunmuştur [70].

Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanması adına, cerrahi işlem öncesinde, bölge işaretlemesi yapılmı durumu kontrol edilmelidir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi parametreleri liste sorumlusu tarafından anesteziye başlanmadan önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce cevaplandırılmalıdır [53].

Güvenli cerrahi; hastanın kabulünden taburculuğuna kadar olan ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi de içine alan bakım ve tedavi hizmeti sürecinde, hastayı yaşanabilecek tıbbi hatalardan korumak veya hataları en aza indirmek olarak tanımlanabilir [71]. Tıbbi hataların azaltılması, günlük işlevlerin yerine getirilmesi sırasında insan hafızasına dayanan işlemlerin azaltılmasıyla sağlanabilmektedir. Ameliyathane gibi yüksek riskli çalışma ortamlarında, hafızanın yerine kontrol listeleri, protokol ve rehberlerin kullanılması ile hata yapma oranı düşmektedir. Bu bağlamda “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” için uygulama kılavuzu WHO tarafından sağlık kurumlarının kullanımına sunmuş ve sağlık kurumlarının, kılavuzda yer alan konuları yerel uygulamaları göz önünde tutarak geliştirebilecekleri bildirilmiştir [72].

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2008 yılında başlatmış olduğu ‘Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır’ projesi ışığında, ülkemizde Sağlık Bakanlığınca Hizmet Kalite Standartlarında güvenli cerrahi uygulamalarına yer verilerek cerrahi uygulamalarda güvenliğin sağlanması adına “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” (GCKL) geliştirilmiştir [73]. Anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce şeklinde üç bölümden oluşan listeye “Hasta güvenliği hasta ameliyathaneye gelmeden başlar” ifadesi kapsamında hastanın klinikten ayrılmadan önce takibin başlamasını sağlayan dördüncü bölüm eklenerek kullanıma sunulmuştur [71, 74].

Yapılan çalışmalar, güvenli cerrahi kontrol listesinin ekip içerisindeki iletişimi arttırdığını, cerrahiye bağlı ölümleri ve ciddi komplikasyonları önlediğini ve hasta güvenliğinin sağlanmasında büyük oranda etkili olduğunu göstermektedir [75, 76]. Çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü'nün Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkili bir şekilde kullanılması halinde ameliyata ilişkin komplikasyonların yarısının önlenildiğini ortaya çıkarmıştır [73].

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ameliyathane ekibinin çoğunluğunun (%87.5) GCKL'nin hasta güvenliğine katkısı olduğuna inandıkları, listenin tüm maddelerinin yanıtlandığını belirten cerrahi ekip üyelerinin çoğunlukta olduğu saptanmıştır [77].

2.7. Ameliyathane Hemşireliği ve Hasta Güvenliği

Ameliyathane hemşireliği, cerrahi ve diğer invaziv girişimlerin uygulandığı alanda bir hasta için ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında bakım gereksinimlerini planlı bir şekilde karşılayan, zorlu, yorucu, dinamik ve heyecan verici bir çalışma alanıdır [78]. Yüksek teknolojik araç-gerecin kullanıldığı, yeni bilgiler ışığında çeşitli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızlı bir şekilde alınmasının önemli olduğu, özel bilgi ve beceri gerektiren ameliyathane ortamında çalışmaya başlamak, hemşirenin yüksek düzeyde uyumu ile mümkün olmaktadır [79].

Ameliyathane hemşireliği; bireyin ve ortamın güvenliğini, psikolojik desteği sağlama, fizyolojik izlem ve mahremiyeti koruma üzerine temellendirilen tüm gereksinimleri kapsamaktadır [13]. Hasta ameliyathaneye geldiğinde hastanın bakımı ve güvenliği için bilgi toplama, empati kurarak iletişim kurma, iyi dinleme, açıklama yapma ve hastanın rahatlığını sağlama hemşirenin görevlerindedir [80].

Ameliyathanede steril bir alanın oluşturulması ve korunması, aseptik tekniklere uyulması, ekip iletişimi ve koordinasyonun sağlanması hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir. Hasta eğitimi de hemşirelik bakım uygulamalarının önemli konuları arasındadır [78].

Güvenli bir cerrahi sürecin başlatılması adına hastanın kol bandıyla, dosyadaki ve listedeki adıyla, sözel olarak kimliği, protokol numarası, doğum tarihi, hekimin adı,

ameliyatın yapılacağı yer hasta ve cerrahi liste ile karşılaştırma yapılır. Hastanın alerji öyküsü ve kan transfüzyonu gibi uygulamalarla ilgili bilgileri sorgulanır ve kayıt altına alınır [80].

Ameliyathane hemşiresi sirküle (dolaşan) ve scrub (steril) hemşirelik şeklinde iki pozisyonda çalışır [13, 79, 80]. Hastanın ameliyathaneye kabulünden, ameliyat sonrası servis hemşiresine teslimine kadar geçen süreç; iki ameliyathane hemşiresinin uyumlu bir şekilde çalışmasıyla yürütülür [79].

Scrub hemşire; ameliyat sırasında steril alan içinde aktif çalışan kişidir. Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular ve kontaminasyonu önlemek için gerekli önlemleri alır. Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular. Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirerek alet ve malzemelerin hazırlığını yapar [13]. Malzemeleri kolay alınabilecek şekilde düzenler ve işlemin tipine göre cerrahın ihtiyacı olan malzemeyi önceden belirleyerek verir. İşlem bitiminde iğne, alet, kompres ve tamponları sirküle hemşire ile birlikte sayar ve kaydeder. Ameliyat sırasında alınan doku materyalini tanımlayarak dolaşıcı hemşireye güvenli bir biçimde teslim eder [79]. Ameliyat bittikten sonra malzemelerin steril edilmesini ve tekrar kullanım için hazır bulundurulmasını sağlar [13].

Sirküle hemşire; ameliyat için cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar [13]. Hastaya psikolojik destek sağlar. Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur [13, 80]. Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir. Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur [13, 80]. İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Cerrahi doku materyalini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ve laboratuvara gönderilmesini sağlar. Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder [13].

Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşirelerinin görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada, ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden en önemli faktörlerin; enfeksiyon riski (%50), hastanın taşınmasıyla ilgili aksaklıklar (%50) ve doğru hasta, doğru taraf, doğru cerrahinin sağlanamaması (%35) olduğu belirlenmiştir [81].

2.8. Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarını Etkileyen Faktörler

İletişim eksikliği oluşan hataların büyük çoğunda kök neden olarak ortaya çıkmaktadır [82]. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHAO) tarafından yapılan bir araştırmada; hastanelerde oluşan zarar verici olayların büyük bir çoğunluğunun iletişimdeki yetersizlikten kaynaklandığı bildirilmiştir [83]. Ameliyathanede takım çalışması ve teknik dışı becerilerde yaşanan aksamalar ile hastaların karşı karşıya kaldığı istenmeyen olaylar arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Daha iyi bir takım çalışması, ameliyathanede daha az hata olması anlamına gelmektedir. Başarılı bir ekip çalışması, saygı, paylaşım, güven, duyarlılık ve en önemlisi iyi bir iletişimle sağlanabilir. İyi bir ekip çalışmasının yürütülmesinde ve ekip içinde etkili iletişimin sağlanmasında ameliyathane hemşiresinin sorumluluğu oldukça önemlidir [78].

Uzun süre yeterli uykuyu sağlamadan ve mola vermeden çalışan sağlık çalışanı verimsiz, dikkatsiz ve hata yapma eğiliminde olabilir. Hasta güvenliğini riske atmamak, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmemek, ancak yöneticilerin mesai saat ve nöbet düzenlemelerini bu konuları dikkate alarak düzenlemeleri ve ara mola saatleri belirlemeleri ile mümkün olacaktır [33].

Günümüz koşullarında, zamanının önemli bir bölümünü iş yerinde geçiren bireyin, iş yaşamı ve özel yaşama dair streslerini birbirinden ayırması da imkânsız olmaktadır. Çalışma yaşamında iş stresi psikolojik, fizyolojik ve örgütsel açıdan önemli bir yer tutmaktadır. Stresin yoğun olduğu çalışma ortamlarında genellikle performansın düştüğü görülmektedir. Bireyin uygun şekilde stresle başa çıkma tutumu göstermesinin, iş yaşamına da olumlu yansımaları olması sebebiyle iş yaşamında stres ile başa çıkma stratejileri, üzerinde önemle durulması gereken konulardan biri haline gelmiştir [84].

Sağlık sektöründe görev yapan iş görenlerin üzerinde yapılan çalışmada iş stresi ile hasta güvenliği kültürü arasında negatif, iş doyumunu, içsel motivasyon arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre yöneticilerin, hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek ve geliştirmek için iş stresinin ortadan kalkması veya en az seviyeye inmesi için gerekli tedbirleri almaları gerekmektedir [77].

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlanması, güvenlik tutumlarını geliştirmeye yönelik girişimlerin yürütülmesinde önerilerde bulunmak amacı ile yapılan kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Trabzon İli Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü'ne bağlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde Kasım 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Trabzon İli Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü'ne bağlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'ndeki ameliyathane birimlerinde çalışan 57 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Farabi Hastanesi'nde çalışan ameliyathane hemşireleri arasından çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen, en az 4 aydır ameliyathanede görev yapan ve araştırma döneminde aktif çalışan hemşireler (N=52 kişi) oluşturmuştur. Cevaplılık oranı %91.2 olmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalara [91, 50, 88] da bakılarak çalışmaya dahil edilme kapsamında alınan dört aylık süre tutum geliştirme açısından yeterli bir süre olarak değerlendirilmiştir.

3.4. Ölçme Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacı ve danışman tarafından literatür incelenerek oluşturulan bilgilendirilmiş onam formu (EK 1), sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu), kurumda ve meslekte çalışma özellikleri, çalışma koşulları ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik düşünceleri içeren 23 adetten oluşan sorular (EK 2) ile, "Güvenlik Tutumları Ölçeği" (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu) (EK 3) sorularından oluşan anketin; hemşirelerin ameliyathanedeki görevleri bittikten sonra kendilerine ayrılan dinlenme odasında birebir yüz yüze direkt gözlem altında 10-15 dk süre içinde araştırmacı tarafından uygulanmasıyla toplanmıştır.

Güvenlik Tutumları Ölçeği (GTÖ) (Ameliyathane Versiyonu)

Güvenlik Tutumları Ölçeği-Ameliyathane Versiyonu (Safety Attitudes Questionnaire- SAQ) Teksas Üniversitesinde Sexton ve arkadaşları tarafından ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçektir [86, 87]. Türkiye’de ölçeğin ameliyathane versiyonu Önler (2010), yatan hasta versiyonu Kaya ve arkadaşları (2010) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak kullanılmıştır [88, 89]. Güvenlik Tutumları Ölçeği- GTÖ’nün acil servis [90], ameliyathane, servisler (dahili/cerrahi vb.), yoğun bakım ünitesi, gününbirlik bakım ünitesi gibi değişik alanlarda kullanılabilecek versiyonları mevcuttur [86]. Her bir versiyonda içerik aynı olsa da, ölçek maddelerinde ‘yoğun bakım ünitesinde hataların tartışılması zordur’ yerine ‘ameliyathanede hataların tartışılması zordur’ gibi bazı küçük değişiklikler yapılmıştır [83, 86].

Güvenlik Tutumları Ölçeği (Ameliyathane Versiyonu) güvenliğin sağlanmasıyla ilgili maddelerin gruplanmasıyla 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar ekip işbirliği (3, 13, 14, 19, 24, 30, 34, 35, 37-39, 43, 50, 58), iş memnuniyeti (2, 8, 15, 29, 41), yönetimle ilgili düşünceler (7, 9, 10, 17, 18, 22, 26), güvenli ortam (4, 5, 11, 12, 20, 21, 27, 28, 36, 44-46, 48, 51, 54, 56, 57), çalışma koşulları (6, 23, 42) ve stres düzeyinin belirlenmesi (1, 16, 25, 31, 32, 33, 40, 47, 49, 52, 53, 55)’dir. Ölçeğin bazı maddeleri (1, 12, 16, 24, 25, 27, 31-33, 36, 39, 44, 47, 49, 52, 53, 56, 58) olumsuz ifadeler içermektedir. Olumsuz ifadeler ters çevrilerek puanlama yapıldığı için; daha yüksek puan, daha olumlu tutumlar anlamına gelmektedir [86]. Ölçek yanıtları için 5 puanlı (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5=Kesinlikle Katılıyorum) likert tipi bir ölçek kullanılmaktadır [83]. Puanın 100’lük sisteme çevrilmesi; 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100 şeklinde hesaplanmaktadır [86]. Ölçekte yer alan her bir maddenin yanıtı özetlenmekte ve madde sayısına bölündükten sonra 100’lük sisteme çevrilerek 0-100 arası puan elde edilmektedir [91]. Ölçeğin her versiyonunda ölçeğe ek olarak; hasta güvenliğini artırmaya yönelik 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 yer almaktadır [86].

Ölçek, çalışanın kendisinin doldurması yoluyla uygulanmaktadır. Doldurulması yaklaşık 10-15 dakika bir süre almaktadır. Güvenlik Tutum Ölçeği-Ameliyathane

Versiyonu'nun Türkçe'ye uyarlandığı çalışmada geçerlilik çalışmaları için, dil, kapsam (uzman görüşü alınması) ve yapı geçerliliği (doğrulayıcı faktör analizi) incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi yapılırken; ki-kare değerinin örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olması nedeniyle ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünmüş ve $5254.48/1580= 3.3$ olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu göstermiştir. Güvenirlik analizi için “Test-Tekrar Test”, iç tutarlılığı için ise; “Cronbach Alpha” ve “Toplam Puan/Madde Puanı Korelasyon” yöntemleri kullanılmıştır [88]. Ölçeğin orijinal formunda Cronbach Alpha katsayısı 0.90 bulunmuştur [86]. Önler (2010)'in çalışmasında GT ölçeğinin iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı tüm ölçek için 0.92 ve alt boyutlar için 0.50 ile 0.82 arasında bulunmuştur. Çalışma koşulları alt boyutunda madde sayısının az olması (üç) güvenirlilik katsayısını etkilemiş olabileceğini düşündürmüştür. Alpha katsayısı 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığının yeterli olduğu söylenebilir [88]. Bizim çalışmamızda Cronbach Alpha katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

Güvenlik Tutumları Ölçeği; organizasyonlarda; hasta güvenliğiyle ilgili çalışanların mevcut tutumlarını ölçmek, güvenlik tutumlarını geliştirmeye yönelik girişimleri planlamak ve bu girişimlerin etkinliğini değerlendirmek, organizasyonların kendilerini diğer organizasyonlarla karşılaştırmalarına yardımcı olmak amacıyla kullanılmaktadır [86].

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

08/11/2017 tarihli ve 2017/57 karar sayılı Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı (EK 4) ve araştırmanın yapıldığı Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimliğinden 29/10/2017 tarihinde kurum izni alındı (EK 5).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Normal dağılım gösteren veriler içinde parametrik testlerden ikiden fazla grup ortalaması için tek yönlü varyans analizi ve iki

grubun ortalamasını karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.



4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 52 hemşireye ilişkin tanımlayıcı bilgiler, GTÖ sorularına verdikleri cevaplar, cevaplara ilişkin bulgular ve istatistiksel analizler yapılarak bu bölümde incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %84.6'sı (44 kişi) kadın, %15.4'ü (8 kişi) erkek olup yaş ortalamaları 34.1 ± 7.1 (Min:22, Max:48)'dir. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	44	84.6
Erkek	8	15.4
Yaş		
35 yaş ve altı	30	57.7
36 yaş ve üzeri	22	42.3
Medeni Durum		
Bekar	11	21.1
Evli	38	73.1
Dul/Boşanmış	3	5.8
Eğitim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	6	11.5
Ön Lisans	7	13.5
Lisans	39	75.0
Toplam	52	100.0

Çalışmaya katılan hemşirelerin %73.1'i evli, %75.0'ı lisans mezunudur (Tablo 1).

Hemşirelerin çalışma koşulları özelliklerine göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin çalışma koşulları özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	Sayı	%
Çalıştıkları Birim		
A Blok Ameliyathane	19	36.5
B Blok Ameliyathane	33	63.5
Kurumda Çalışma Süresi		
0-9 yıl	30	57.7
10 yıl ve üzeri	22	42.3

Tablo 2'nin devamı

Meslekte Çalışma Süresi		
0-9 yıl	22	42.3
10 yıl ve üzeri	30	57.7
Çalışma Durumu		
Kadrolu	35	67.3
Sözleşmeli	17	32.7
Nöbet Tutma Durumu		
Tutuyor	10	19.2
Tutmuyor	42	80.8
Haftalık Ortalama Çalışma Saatleri		
40	48	92.3
40 ve üzeri	4	7.7
Ameliyathanede Kendi İsteğiyle Görevlendirilme		
Evet	35	67.3
Hayır	17	32.7
Ortalama Cerrahi Girişime Katılım Sayısı		
1-5 cerrahi girişim	42	80.8
6 ve üzeri cerrahi girişim	10	19.2
Cerrahi Girişimler Arasında Yeterli Süre Olma Durumu		
Evet	29	55.8
Hayır	23	44.2
Çalışma Saatleri Dışında Yeterince Dinlenebilme Durumu		
Evet	21	40.4
Hayır	31	59.6
Güvenlik Raporlama Sistemini Etkin Kullanma Durumu		
Evet	31	59.6
Hayır	21	40.4
Hata Raporlamada Yönetim Desteği Durumu		
Evet	35	67.3
Hayır	17	32.7
Toplam	52	100.0

Çalışmaya katılan hemşirelerin %63.5'i çalışmanın yapıldığı kurumda B Blok Ameliyathane'de, %36.5'i A Blok Ameliyathane'de görev yaptıklarını, %57.7'si 10 yıl ve daha fazla süredir bu mesleği yaptıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %57.7'si 0-9 yıl, %42.3'ü 10 yıl ve 10 yıldan fazla süredir kurumda çalıştıklarını, %67.3'ü ameliyathanede kendi isteğiyle görevlendirildiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %80.8'i nöbet tutmadığını,

%92.3'ü haftalık ortalama 40 saat çalıştıklarını belirtmiştir. Cerrahi girişime katılım sayılarına bakıldığında hemşirelerin %80.8'inin günde ortalama 1-5 arası cerrahi girişime katıldığı görülmüştür. Hemşirelerin %44.2'si (23 kişi) cerrahi girişimler arasında uygun ortam ve ekipmanın sağlanması için yeterli süre olmadığını belirtmiştir (Tablo 2) Bu şekilde düşünüen 19 kişi bu durumun nedeni ile ilgili soruya liste vakalarının gündüz mesai sonuna yetiştirilmesi için cerrahi ekibin ve/veya anestezi ekibinin aceleci tavrı olduğu yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %59.6'sı (31 kişi) çalışma saatleri dışındaki dinlenme sürelerinde yeterince dinlenemediğini ifade etmiştir (Tablo 2). Bu şekilde düşünüen 15 hemşire bu durumun nedeni ile ilgili soruya verdikleri yanıtla dinlenememe nedenlerini çalışma saatleri içinde yetiştiremediği işleri tamamlamaya çalışmalarına ve dinlenebileceği ortamın olmaması ya da ortamın uygun olmamasına bağlamıştır. Hemşirelerin eğitim ve hasta güvenliği ile ilişkili durumlarına göre dağılımları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin eğitim ve hasta güvenliği ile ilişkili durumlarına göre dağılımları

Özellikler	Sayı	%
Oryantasyon Eğitimi Alma Durumu		
Evet	26	50.0
Hayır	26	50.0
Düzenli Hizmet İçi Eğitim Yapılma Durumu		
Evet	32	61.5
Hayır	20	38.5
Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu		
Evet	44	84.6
Hayır	8	15.4
Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Süresi		
8 saat ve altı	48	92.3
9-20 saat	4	7.7
Hasta Güvenliği Konusunda Kendini Yeterli Görme Durumu		
Evet	41	78.8
Hayır	11	21.2
Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hataların Kaynağı		
Çalışan	5	9.6
Çalışma koşulları	47	90.4
Toplam	52	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %50.0'ı kurumda çalışmaya başladıklarında oryantasyon eğitimi aldıklarını, %61.5'i çalıştıkları ameliyathanede düzenli olarak hizmet içi eğitim yapıldığını, %84.6'sı ameliyathanede çalıştığı süre boyunca hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını, büyük çoğunluğu (%92.3) 8 saat ve daha az eğitim aldıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %90.4'ü hasta güvenliğini tehdit eden hataların çalışma koşullarından kaynaklandığını, %78.8'i hasta güvenliği konusunda kendini yeterli gördüğünü belirtmiştir. (Tablo 3). Hemşirelerin hasta güvenliğini artırmaya yönelik önerilerine göre dağılımları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin hasta güvenliğini artırmaya yönelik önerilerine göre dağılımları

Hemşirelerin hasta güvenliğini artırmaya yönelik önerileri	Sayı	%
Hasta güvenliği konusunda çalışanlar eğitilmeli	22	42.3
Personel sayısı artırılmalı	9	17.3
Ekip üyeleri arasında etkili iletişim sağlanmalı	6	11.5
Ameliyathanede araç gereçler uygun duruma getirilmeli ve bakımı sağlanmalı	5	9.6
Hasta güvenliği kültürü oluşturulmalı ve bu hatırlatıcı uygulamalarla desteklenmeli	4	7.7
Hasta güvenliğinin sağlanmasında personel desteklenmeli ve uygun geri dönüş sağlanmalı	3	5.8
Hasta güvenliği ile ilişkili uygulamalar denetlenmeli	3	5.8
Toplam	52	100.0

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin hasta güvenliğini artırmaya yönelik ifade ettikleri öneriler arasında ilk sırada %42.3 ile “Hasta güvenliği konusunda çalışanlar eğitilmeli”, ikinci sırada %17.3 ile “Personel sayısı artırılmalı”, üçüncü sırada %11.5 ile “Ekip üyeleri arasında etkili iletişim sağlanmalı” ifadeleri yer almıştır (Tablo 4). Hemşirelerin Güvenlik Tutumları Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Güvenlik Tutumları Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları

	N	Min.	Max.	Ort.	SS
Ekip İşbirliği	52	24.0	75.8	58.8	9.5
İş Memnuniyeti	52	5.0	100.0	60.7	21.5
Yönetimle İlgili Düşünceler	52	10.7	89.3	52.1	18.1

Tablo 5'in devamı

Güvenli Ortam	52	35.3	77.9	57.6	10.5
Çalışma Koşulları	52	16.7	100.0	60.9	19.8
Stres Düzeyinin Belirlenmesi	52	37.5	91.6	68.0	14.9
Güvenlik Tutum Ölçeği toplam puan	52	39.7	81.9	61.4	9.3

Min: Minimum; **Max:** Maximum; **Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma

Hemşirelerin Güvenlik Tutumları Ölçeği puan ortalaması 61.4 ± 9.3 'dür. Alt boyutların puan ortalamaları incelendiğinde; ekip işbirliği puan ortalaması 58.8 ± 9.5 ; iş memnuniyeti puan ortalaması 60.7 ± 21.5 ; yönetimle ilgili düşünceler puan ortalaması 52.1 ± 18.1 ; güvenli ortam puan ortalaması 57.6 ± 10.5 ; çalışma koşulları puan ortalaması 60.9 ± 19.8 ; stres düzeyinin belirlenmesi puan ortalaması 68.0 ± 14.9 'dur (Tablo 5). Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre GTÖ puan ortalamalarının dağılımları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre GTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Kadın	44	62.0	9.5	1.1	0.27
	Erkek	8	59.0	7.8		
	Yaş	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	35 yaş ve altı	30	60.2	8.3	-1.1	0.28
	36 yaş ve üstü	22	63.0	10.6		
	Medeni Durum	N	Ort.	SS	KW	p
GTÖ	Bekar	11	59.0	9.3	0.6	0.52
	Evli	38	61.8	9.8		
	Dul/Boşanmış	3	65.2	1.3		
	Eğitim Düzeyi	N	Ort.	SS	KW	p
GTÖ	Sağlık Meslek Lisesi	6	62.3	3.3	0.05	0.95
	Ön Lisans	7	61.9	13.1		
	Lisans	39	61.2	9.4		

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma; **U:** Mann Whitney U Testi; **KW:** Kruskal Wallis

Hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumları GTÖ puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0.05$). Hemşirelerin çalışma koşulları özelliklerine göre güvenlik tutumları ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin çalışma koşulları özelliklerine göre GTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Çalıştıkları Birim	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	A Blok	19	62.8	10.3	0.8	0.42
	B Blok	33	60.6	8.8		
	Kurumda Çalışma Süresi	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	0-9 yıl	30	60.2	7.4	-1.1	0.27
	10 yıl ve üzeri	22	63.0	11.4		
	Meslekte Çalışma Süresi	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	0-9 yıl	22	60.1	7.8	-0.9	0.39
	10 yıl ve üzeri	30	62.3	10.3		
	Çalışma Durumu	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Kadrolu	35	61.2	10.1	-0.2	0.82
	Sözleşmeli	17	61.8	7.7		
	Nöbet Tutma Durumu	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Tutuyor	10	57.5	7.0	-1.5	0.14
	Tutmuyor	42	62.3	9.6		
	Ameliyathanede Kendi İsteğiyle Görevlendirilme	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Evet	35	61.1	10.0	-0.3	0.74
	Hayır	17	62.0	7.9		

Tablo 7'nin devamı

	Cerrahi Girişimler Arasında Yeterli Süre Olma Durumu	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Evet	29	61.3	8.2	-0.04	0.96
	Hayır	23	61.5	10.8		
	Çalışma Saatleri Dışında Yeterince Dinlenebilme Durumu	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Evet	21	61.7	10.0	0.2	0.83
	Hayır	31	61.2	9.0		
	Güvenlik Raporlama Sistemini Etkin Kullanma Durumu	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Evet	31	63.6	8.5	2.2	0.03
	Hayır	21	58.1	9.8		
	Hata Raporlamada Yönetim Desteği Durumu	N	Ort.	SS	U	p
GTÖ	Evet	35	63.5	9.3	2.5	0.01
	Hayır	17	57.0	8.0		

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma; **U:** Mann Whitney U Testi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin güvenlik raporlama sistemini etkin kullanan hemşirelerin kullanmayanlara göre ($p=0.03$, $t=2.2$), bir hatayı rapor ettiğinde yönetimin kendilerini desteklediğini düşünen hemşirelerin düşünmeyenlere göre ($p=0.01$, $t=2.5$) GTÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları birim, kurumda ve meslekte çalışma süreleri, çalışma durumu, nöbet tutma durumu, ameliyathanede kendi isteğiyle görevlendirilme, cerrahi girişimler arasında yeterli süre olma durum ve çalışma saatleri dışında yeterince dinlenebilme durumu GTÖ puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0.05$) (Tablo 7). Hemşirelerin eğitim ve hasta güvenliği ile ilişkili durumlarına göre GTÖ puan ortalamalarının dağılımları Tablo 8' de verilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin eğitim ve hasta güvenliği ile ilişkili durumlarına göre GTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Oryantasyon Eğitimi Alma Durumu	N	Ort.	SD	U	p
GTÖ	Evet	26	57.4	7.1	-3.3	0.001
	Hayır	26	65.6	8.0		
	Düzenli Hizmet İçi Eğitim Yapılma Durumu	N	Ort.	SD	U	p
GTÖ	Evet	32	62.4	10.7	1.0	0.30
	Hayır	20	59.7	6.6		
	Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu	N	Ort.	SD	U	p
GTÖ	Evet	44	61.8	9.2	0.7	0.51
	Hayır	8	59.4	10.7		
	Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hataların Kaynağı	N	Ort.	SD	U	p
GTÖ	Çalışan	5	61.4	12.4	-0.002	0.99
	Çalışma Koşulları	47	61.4	9.1		

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma; **U:** Mann Whitney U Testi

Çalışmaya katılan hemşirelerin oryantasyon eğitimi almayan hemşirelerin alanlara göre GTÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p=0.001$, $t=-3.3$). Düzenli hizmet içi eğitim yapılma, hasta güvenliği eğitimi alma durumu ve hasta güvenliğini tehdit eden hataların kaynağı hemşirelerin GTÖ puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0.05$) (Tablo 8). Hemşirelerin yaşı, kurumda çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi arasındaki ilişki Tablo 9’ verilmiştir.

Tablo 9. Hemşirelerin yaşı, kurumda çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi arasındaki ilişki

	Yaş		Kurumda çalışma süresi		Meslekte çalışma süresi	
	r	p	r	p	r	p
GTÖ	0.18	0.19	0.15	0.27	0.18	0.19

Hemşirelerin yaşı ($r=0.18$; $p=0.19$), kurumda çalışma süresi ($r=0.15$; $p=0.27$), meslekte çalışma süresi ($r=0.18$; $p=0.19$) ile GTÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 9). Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saati, ortalama nöbet sayısı ve ortalama cerrahi girişim sayısı arasındaki ilişki Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saati, ortalama nöbet sayısı ve ortalama cerrahi girişim sayısı arasındaki ilişki

	Haftalık ortalama çalışma saati		Haftalık ortalama nöbet sayısı		Günlük ortalama cerrahi girişim sayısı	
	r	p	r	p	r	p
GTÖ	-0.06	0.67	-0.23	0.09	0.16	0.26

Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saati ($r=-0.06$; $p=0.67$) ve ortalama nöbet sayısı ($r=-0.23$; $p=0.09$) ile GTÖ puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki; ortalama cerrahi girişim sayısı ($r=0.16$; $p=0.26$) ile GTÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki saptanmıştır (Tablo 10).

Bu araştırmada H_0 hipotezi reddedilirken, H_1 , H_2 ve H_3 hipotezleri kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma Trabzon İli Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde görev yapan ameliyathane hemşireleri arasında yapılmıştır. Türkiye'de ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik tutum, algı ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmaların [81, 92-94, 77, 95-97] yanı sıra diğer birimlerde çalışan hemşirelerde [70, 93, 94, 96, 98-117] ameliyathane çalışanlarında [88, 50, 118, 97] sağlık çalışanlarında [119-130] benzer konuda çalışmalar mevcuttur. Güvenli ve etkin bir sağlık hizmeti sunulması, güvenlik kültürünün etkilerinin görülmesi açısından hasta güvenliği ile ilgili tutum, algı ve davranışların belirlenmesi önemlidir.

Araştırma kapsamına üniversite hastanesinin ameliyathane biriminde görev yapan hemşirelerin tümü alınmış, cevaplılık oranı %91.2 olmuştur. Canbolat'ın (2011) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada cevaplılık oranı %71.4, Gürel'in (2012) çalışmasında %80, Türk'ün (2015) çalışmasında %83.5, Önler'in (2010) Güvenlik Tutumları Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarladığı ve ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını değerlendirdiği çalışmada %100, Balık'ın (2014) acil servis hemşireleri ile yaptığı çalışmada %96.4, Aydemir'in (2015) çalışmasında %92.1, Karaca ve Arslan'ın (2014) hemşireler ile yaptığı çalışmada %90.4, Ünsal Atan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %85.5, Yılmaz'ın (2014) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada %79.1 olmuştur [88, 81, 92, 105, 108, 110-112, 95]. Araştırmamızın aksine Çiçek'in (2012) "Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi" isimli çalışmasında cevaplılık oranı %67, Rızalar'ın (2016) hemşireler ile yaptığı çalışmada %40.3 olmuştur [102, 117]. Konu ile ilgili araştırmaların genelde sınırlı topluluklarda yapıldığı görülmektedir. Cevaplılık oranı düşük olan bir araştırmanın, araştırma yapılan popülasyonu temsil edemeyeceği düşünülebilir. Bu nedenle araştırmamızda cevaplılık oranının yüksek olması doğru sonuçları vermesi açısından oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %84.6'sı kadın, %15.4'ü erkektir (Tablo 1). Araştırmamızın bulgularına benzer olarak Türk'ün (2015) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin %82.1'i kadın, %17.9'u erkek, Canbolat'ın (2011) çalışmasında %89.0'ı kadın, %11'i erkek, Ünsal'ın (2013) "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi" isimli çalışmasında %91.2'si kadın, %8.8'i erkek, Yılmaz'ın (2014) yoğun bakım hemşireleri ile

yaptığı çalışmada %80.4'ü kadın, %19.6'sı erkek, Balık'ın (2014) acil servis hemşireleri ile yaptığı çalışmada %70.4'ü kadın, %29.6'sı erkek bulunmuştur [81, 105, 108, 111, 95]. Bu durum toplumda kadın sağlık personelinin fazla olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmada ameliyathane hemşirelerinin %57.7'si 35 yaş ve altı yaş grubunda yer almaktadır (Tablo 1). Araştırmamız bulguları ile uyumlu bulunan araştırmalarda bu yaş grubunun yüzdeleri; Türk'ün (2015) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada %66.1, Erdağı'nın (2013) cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada %90.6, Özdemir'in (2014) çalışmasında %87.5, Özşaker ve Tehçi'nin (2016) çalışmasında % 70.5 bulunmuştur [93-96]. Bu durum ülkemiz nüfus yapısıyla ve sağlık personelinin aktif olarak çalışma yaş gruplarıyla uyumlu bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %75.0'ı lisans mezunu olduklarını ifade etmiştir (Tablo 1). Bu oran Özşaker ve Tehçi'nin (2016) cerrahi hemşireler ile yaptığı çalışmada %81.4, Durmaz'ın (2016) çalışmasında %62.2, Erdağı'nın (2013) çalışmasında %54.5 hemşire bulunmuştur [93, 116, 96,]. Bulgumuzun aksine Gürel'in (2012) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada %17.5, Canbolat'ın (2011) çalışmasında %22.0 oranında lisans mezunu hemşire tespit edilmiştir [81, 92]. Literatürdeki bulgular birbirinden farklılık göstermektedir.

Ameliyathane hemşirelerinin %57.7'si araştırmanın yapıldığı kurumda 0-9 yıl arası çalıştıklarını ifade etmiştir (Tablo 2). Araştırma bulgumuza benzer olarak Karaboğa Gündoğdu'nun (2010) hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %89.0'ı, Erdağı'nın (2013) çalışmasında %92.9'u, Susam Özsayın'ın (2015) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada çalışanların %71.0'ı, kurumda 0-9 yıl arası çalıştıklarını ifade etmiştir [99, 93, 118]. Araştırma bulgumuzun aksine Gürel (2012) çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin daha büyük bir kısmının (%53.8) 9 yıl ve üzeri çalıştığını bulmuştur [92]. Literatürdeki bulguların çoğu araştırma sonucumuzla uyumludur ve bu bulgular çalışma yaşamında 0-9 yıl arası görev yapan sağlık personelinin çoğunluğu oluşturduğunu göstermektedir. Bu durumun Türkiye'de sağlık çalışanları atamalarında yaşanan aksaklıklardan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hemşirelerin %80.8'inin nöbet tutmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Araştırma bulgumuza benzer olarak Önler'in (2010) çalışmasında nöbet tutmayan ameliyathane

çalışanlarının oranı %54.5 olarak bulunmuştur [88]. Araştırmamızın aksine Erdağı'nın (2013) hemşireler ile yaptığı çalışmada nöbet tutmayanların oranı %27.6, Özdemir'in (2014) çalışmasında %47.9, Karaboğa Gündoğdu'nun (2010) çalışmasında %26.1 bulunmuştur [99, 93, 94]. Durmaz'ın (2016) cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ise nöbet tutmayan personelin olmadığı bulunmuştur [116]. Fazla nöbet tutan sağlık çalışanlarının daha fazla sayıda hastaya hizmet verme, süreç ve işlemlerin yoğun ve karmaşıklığını yaşamaları, hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin büyük bir kısmının haftalık ortalama çalışma saatinin 40 saati geçmediği (%92.3) saptanmıştır (Tablo 2). Araştırmamıza benzer olarak Gürel'in (2012) çalışmasında haftalık çalışma saati 40'ı geçmeyen ameliyathane hemşirelerinin oranı %87.5 bulunmuştur [92]. Bulgumuzun aksine Özdemir'in (2014) çalışmasında bu oran %11.6, Karayurt'un (2017) çalışmasında %30.2, Karaboğa Gündoğdu'nun (2010) çalışmasında %6.1, Balanuye'nin (2014) çalışmasında ise %0 olarak bulunmuştur [99, 107, 94, 97]. Literatürdeki bulgular ile bizim bulgumuz birbirinden farklılık göstermektedir. Bulgumuz hemşirelerin hasta güvenliğine daha verimli zaman ayırabilmesi açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda ameliyathanede kendi isteğiyle çalışanların sayısı %67.3 bulunmuştur (Tablo 2). Araştırmamıza benzer olarak bu oran Gürel'in (2012) "Ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşiresinin rolü" isimli çalışmasında %78.8, Önler'in (2010) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada %75.2 olarak bulunmuştur [88, 92]. Ongün'ün (2015) çalışmasında ise oran çok daha yüksek (%95.0) bulunmuştur [50]. Konumuza benzer olarak yapılan çalışmalarda ameliyathanede çalışmayı istemeden görevlendirenlerin sayısının yüksek olduğu bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu durumun iş doyumunu ve motivasyonu olumlu yönde etkileyebileceği ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli olduğu düşünülebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin %59.6'sı güvenlik raporlama sistemini etkin kullandıklarını ifade etmiştir (Tablo 2). Araştırma bulgumuzun aksine Özdemir'in (2014) çalışmasında hiç olay raporlamayanların sayısı son on iki ayda %85.1, Karayurt'un (2017) çalışmasında son iki ayda %71.9, Durmaz'ın (2016) çalışmasında son on iki ayda %78.5, Dilmen'in (2016) çalışmasında %80, Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında %91.4 olarak

bulunmuştur [110, 94, 115, 116, 97]. Bu çalışmalara bakılarak güvenlik bildirim sisteminin etkin kullanılmadığı söylenebilir. Olay rapor edilmeme sebebinin olumsuz olay olmama ihtimalinden kaynaklanabileceği de göz ardı edilmemelidir. Araştırma sonucumuzun literatüre göre farklılık gösterme sebebi hemşirelerin “Güvenlik raporlama sistemini etkin kullanıyor musunuz?” sorusunu zaman ve sayı belirtmeksizin algılamalarından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin %67.3’ü bir hatayı rapor ettiklerinde yönetimin kendilerini desteklediğini belirtmiştir (Tablo 2). Çiçek’in (2012) hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumlarını incelediği çalışmada hemşirelerin %54.3’ü bir hatayı rapor ettiklerinde yönetimin tarafsız, anlayışlı ve olumlu, %30.0’i ise cezalandırıcı, suçlayıcı tutum sergilediklerini belirtmiştir [102]. Bu bulgu araştırmamızdan çıkan sonuç ile benzerlik göstermektedir. Yönetimin bu konudaki olumlu tutumunun hataların korkmadan, çekinmeden raporlanmasında etkili olabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda kurumda çalışmaya başlarken oryantasyon eğitimi alma oranı %50.0 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Önler’in (2010) çalışmasında bu oran %42.8 Susam Özsayın’ın (2015) çalışmasında ise %46.5 olarak bulunmuştur [88, 118]. Bu bulguların aksine Durmaz’ın (2016) çalışmasında bütün personelin oryantasyon eğitimi aldığı tespit edilmiştir [101]. Oryantasyon eğitimi alma durumunun düşüklüğü, kurumun eğitim verme konusunda yetersiz kaldığını gösterebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin %84.6’sı hasta güvenliği konusunda eğitim aldıklarını belirtmiştir (Tablo 3). Benzer olarak Balık’ın (2014) çalışmasında bu oran %68.3, Güven’in (2014) çalışmasında %83.0, Durmaz’ın (2016) çalışmasında %100 olarak bulunmuştur [108, 109, 116]. Araştırmamızın aksine hasta güvenliği eğitimi alanların oranının düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur [107, 117]. Hasta güvenliğinin sağlanması adına tüm kurumlarda hasta güvenliği eğitimleri düzenlenmesi yararlı sonuçlar doğurabilir.

Hemşirelerin %78.8’i hasta güvenliği konusunda kendini yeterli gördüğünü ifade etmiştir (Tablo 3). Konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalarda bulgumuza benzer olarak bu oran Karaca ve Arslan’ın (2014) çalışmasında %60.9, Tunçer’in (2016) çalışmasında %82.4, Balık’ın (2014) çalışmasında %70.9 olarak bulunmuştur [108, 110, 131]. Bu şekilde yapılan araştırmaların artırılması hasta güvenliği tutum düzeyleri konusunda hemşirelerde

farkındalık yaratabilir.

Hemşirelerin hasta güvenliğini artırmaya yönelik önerilerinde bakıldığında ilk üç sırada; %42.3'ü “Hasta güvenliği konusunda çalışanlar eğitilmeli.”, %17.3'ü “Personel sayısı artırılmalı.”, %11.5'i “Ekip üyeleri arasında etkili iletişim sağlanmalı.” ifadeleri yer almıştır (Tablo 4). Konuyla ilgili benzer bir çalışma olan Önler'in çalışmasında hasta güvenliğini arttırmak en çok önerilen üç şeyin sorulduğu soruya “hasta güvenliği konusunda çalışanların eğitilmesi” (%46.7), “ameliyathanede malzeme, cihaz ve ilaç eksikliklerinin giderilmesi, cihazların doğru kullanımıyla ilgili eğitim verilmesi” (%30.0), “ekip işbirliği ve iletişim artırılması” (%25.3), Susam Özsayın'ın (2015) çalışmasında ise “hasta güvenliği konusunda çalışanların eğitilmesi” (%25.7), “hasta kimlik kontrollerinin dikkatli yapılması” (%21.1), “ameliyathane teknik donanım ve kontrollerinin dikkatli yapılması” (%13.2) şeklinde yanıtların verildiği saptanmıştır [88, 118]. Bu çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının hasta güvenliğini artırmaya yönelik görüşlerinin benzer olduğu söylenebilir. Bu sonuç kurum yöneticileri ve liderler açısından dikkate değer görülebilir.

Araştırma kapsamına alınan ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunun orta düzeyde olduğu (GTÖ puan ortalaması=61.4±9.3) saptanmıştır (Tablo 5). Bulgularımıza benzer olarak; Önler'in (2010) “Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi” adlı araştırmasında GTÖ puan ortalaması 59.2±13.2 olarak bulunmuştur [88]. Susam Özsayın'ın (2015) çalışmasında ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarına bakılmış ve GTÖ puan ortalaması 52.5±11.8 bulunmuştur [118]. Bu çalışmada araştırma yapılan ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlandığı söylenebilir. Daha yüksek hasta güvenliği tutumu hastalar için etkin ve kaliteli bakımın sağlanmasında olumlu etkiler yaratabilir.

Ameliyathane hemşirelerinin GTÖ alt boyutları incelendiğinde; ekip işbirliği puan ortalaması 58.8±9.5; iş memnuniyeti puan ortalaması 60.7±21.5; yönetimle ilgili düşünceler puan ortalaması 52.1±18.1; güvenli ortam puan ortalaması 57.6±10.5; çalışma koşulları puan ortalaması 60.9±19.8; stres düzeyinin belirlenmesi puan ortalaması 68.0±14.9 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Araştırma bulgumuza benzer olarak Önler'in (2010) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutunun en yüksek puanı (67.3±17.6), yönetimle ilgili düşünceler alt boyutunun en düşük puanı (45.2±23.0) aldığı görülmüştür [88]. Benzer olarak Kaya ve arkadaşlarının (2010) yataklı servislerde hasta

güvenliği kültürünü ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada da çalışanların, yönetimle ilgili düşünceler alt boyutunun en düşük ve stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutunun en yüksek puanı aldığı görülmektedir [89]. Araştırmamızın aksine Ongün (2015) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada en olumlu tutumun ekip işbirliğine ait olduğunu, en düşük puanın ise stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutunun aldığını bulmuştur [50]. Susam Özsayın'ın (2015) çalışmada da araştırmamızın aksine stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutu en düşük puanı almıştır [118]. Yönetimle ilgili düşünceler alt boyutu puan ortalamasının düşük olması, yönetim desteğinin yetersiz olduğunu gösterebilir ve hasta güvenliği tutumunun gelişmesinde olumsuz bir etki yaratabilir. Çalışmamızda en yüksek puanın stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutundan alınmış olması ameliyathane gibi yoğun iş temposu ve stresli bir ortamda çalışmanın hasta güvenliği tutumunu olumsuz etkilemediği, bunda hemşirelerin meslekte deneyimlerinin yüksek oluşu ve ameliyathane hemşirelerinin büyük bir kısmının lisans mezunu hemşire olmalarının etkisi olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre GTÖ puan ortalamalarına bakıldığında cinsiyetin GTÖ puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Bulgumuza benzer olarak Balık'ın (2014) acil servis hemşireleri ile yaptığı çalışmada, Önler'in (2010) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada, Susam Özsayın'ın (2015) çalışmada cinsiyetin GTÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur [88, 108, 118]. Araştırmamızın aksine literatürde erkeklerin güvenlik tutumları puan ortalamasının kadınlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu çalışma da mevcuttur [50]. Cinsiyet GTÖ puan ortalamalarını etkilemeyebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin yaşının GTÖ puan ortalamalarını etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6). Araştırma bulgumuza benzer olarak Susam Özsayın (2015) ameliyathane çalışanları ile ve Balık (2014) acil servis hemşireleri ile yaptığı çalışmada yaş ile GTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamsız bir fark olduğu saptanmıştır [108, 118]. Araştırma bulgumuzun aksine Önler (2010) ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını değerlendirdiği çalışmada yaş ile GTÖ arasında anlamlı fark bulunmuş, bu çalışmaya göre 40 yaş üstü ameliyathane personelinin GTÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur [88]. Ongün (2015) de çalışmada yaş ile GTÖ arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu çalışmaya göre de 40 yaş üstü ameliyathane çalışanın GTÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç yaşın artmasıyla birlikte bireylerin

deneyimlerinin artması ve mesleki etiğin özümsemiyle ilişkilendirilmiştir [50]. Gürel'in (2012) "Ameliyathane Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşiresinin Rolü" çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum düzeyleri yaş değişkenine göre değerlendirilmiş ve buna göre 20-29 yaş grubu en düşük güvenli cerrahi bilinci gösterirken, bu durum 40 yaş ve üstünde en yüksek olarak gözlemlenmiştir. Hasta zararını önlemeye yönelik koruyucu önlemlere bakıldığında da yaş arttıkça ortalamanın arttığı görülmüştür [92]. Literatürde yaş ile hasta güvenliği tutum düzeyi arasındaki dağılımlar farklılık göstermektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri GTÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6). Araştırma bulgumuza benzer olarak Türk'ün (2015) "Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları" isimli çalışmasında eğitim durumuna göre GTÖ arasında anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [95]. Öner'in (2010) ameliyathane çalışanlarında hasta güvenliği tutumunu araştırdığı çalışmasında lisansüstü eğitim alanların GTÖ puanlarının lisans mezunlarından daha düşük bulunmasına rağmen çalışanların eğitim durumlarına göre güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [88]. Özşaker ve Tehçi'nin (2016) "Cerrahi Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi" isimli çalışmasında da hemşirelerin eğitim durumları ile HGKÖ (Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği) den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [96]. Araştırmamızın aksine Susam Özsayın'ın çalışmasında (2015) ameliyathane çalışanlarının eğitim durumları ile GTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [118]. Özdemir'in (2014) cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek amacıyla "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" ni kullanarak yaptığı çalışmasında hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmada ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili alt ölçeklerde (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) daha düşük ortalamalara sahip oldukları yani hasta güvenliği kültürü konusunda daha eleştirel bir yaklaşım ve algı içerisinde oldukları tespit edilmiştir [94]. Literatürde eğitim düzeyleri ile güvenlik tutumları arasında benzer sonuçlara rastlanılmamıştır.

Bu araştırmada hemşirelerin kurumda çalışma sürelerinin GT puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Araştırma bulgumuza benzer olarak Türk’un (2015) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada kurumda çalışma sürelerinin GT puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur [95]. Gürel’in (2012) “Ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşiresinin rolü” isimli çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum düzeylerinin kurumda çalışma süresi değişkeni açısından anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [92]. Karaca ve Arslan’ın (2014) alışmasında da bulgumuza benzer bir sonuç elde edilmiştir [110]. Araştırma bulgumuzun aksine Erdağı’nın (2013) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını araştırdığı çalışmada “Hasta Güvenlik Kültürü Oleği” alt boyutlarından beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu kurumda çalışma yılı 12 yıldan fazla olan hemşirelerde en düşük saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [93]. iek’in (2012) “Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi” çalışmasında da “Bir hata gerçekleştiğinde bu durumun raporlanması ve hastane yönetimine sunulması” konusundaki tutumları ile kurumda çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır [102]. Literatürde kurumda çalışma sürelerinin hasta güvenliği tutum, algı ve davranışlarına etkisi birbirine benzememektedir.

Araştırmamızda ameliyathane hemşirelerinin meslekte çalışma sürelerinin GT puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Bulgumuza benzer olarak Gürel’in (2012) alışmasında ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum düzeylerinin mesleki deneyimlerine göre anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [92]. Erdağı (2013), zşaker ve Tehi (2016), Durmaz (2016) cerrahi hemşireler, Gzlg (2011) hemşireler, Teleş (2011) sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada benzer sonuçlar elde etmiştir [101, 124, 93, 116, 96]. Bu sonuçların aksine Bektaş’ın (2015) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada 9 yıl ve altı çalışanların tıbbi hata yapma durumunun daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır [77]. Mesleki deneyim süreleri ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunu etkilemeyebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin çalışma (kadrolu/sözleşmeli) durumunun GT puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7). Benzer olarak Ongn’un (2015) ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını incelediği çalışmada çalışma durumuna göre GT puan ortalamalarının anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [50].

Gürel'in (2012) çalışmasında da ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum düzeylerinin çalışma kadrosu değişkenine göre anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [92]. Araştırmamızın aksine, Susam Özsayın'ın (2015) çalışmasında kadrolu ameliyathane çalışanlarının GTÖ ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [118]. Aydemir'in (2015) acil servis hemşireleri ile yaptığı çalışmada sözleşmeli çalışanların, kadrolu çalışanlara göre çalışan eğitimi, beklenmedik olay ve hata alt boyutlarındaki tutum puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [112]. Çalışma statüsü ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunu etkileyebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin nöbet tutması GTÖ puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Araştırma bulgumuza benzer olarak Çiçek (2012), Gül (2010) ve Gürel'in (2012) çalışmasında hemşirelerde hasta güvenliği tutumu ile nöbet tutma durumu arasında anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [98, 102, 92]. Araştırma bulgumuzun aksine Susam Özsayın'ın (2015) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmada nöbet tutmayan çalışanların GTÖ ortalama puanı vardiyalı çalışanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [118]. Aydemir'in (2015) acil servis hemşireleri ile yaptığı çalışmada "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" alt boyutlarında nöbet tutma durumuna göre anlamlı farklılık saptanmıştır [112]. Literatürde nöbet tutma durumunun hasta güvenliği tutumuna etkisinin karşılaştırıldığı çalışmalar birbirine benzemektedir.

Hemşirelerin ameliyathanede kendi isteğiyle görevlendirilme durumlarının GTÖ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7). Gürel'in (2012) ameliyathane hemşireleri ile Ongün'ün (2015) ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmalar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir [92, 50]. Araştırma bulgumuzun aksine Önler'in (2010) çalışmasında ameliyathane çalışanlarında ameliyathanede kendi isteği ile çalışanların GTÖ puan ortalamaları kendi isteği ile çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur [88]. Hemşirelerin ameliyathanede kendi isteğiyle görevlendirilme durumları GTÖ puan ortalamasını etkilemediği söylenebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi girişimler arasında yeterli süre olma durumlarının puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7) Literatürde cerrahi girişimler arasında yeterli süre olma durumları ile GTÖ puan ortalamasının birlikte değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda Güvenlik Raporlama Sistemi'ni etkin kullananların GTÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (U=2.2, p=0.03) (Tablo 7). Araştırma bulgumuza benzer olarak Durmaz'ın (2016) çalışmasında son bir yılda olay raporu yazan cerrahi hemşirelerinin, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği çalışma davranışı alt boyutundan aldığı puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [116]. Araştırma bulgumuzun aksine Aydemir'in (2015) acil servis hemşireler ile yaptığı çalışmada "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" Yönetim ve Liderlik alt boyut ortanca puan değerinin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği raporlaması yapmayan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [112]. Rapor/kayıt tutmanın güvenlik tutumunu doğrudan etkilediği söylenebilir.

Araştırmamızda hata raporlamada yönetimin desteğini alan ameliyathane hemşirelerinin GTÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (U=2.5, p=0.01). Literatürde hata raporlamada yönetimin desteğini ile GTÖ puan ortalamasının birlikte değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır.

Oryantasyon eğitimi almayan hemşirelerin GTÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (U=-3.3, p=0.001) (Tablo 8). Araştırma bulgumuzun aksine Ongün'ün (2015) ve Susam Özsayın'ın (2015) çalışmasında oryantasyon programına katılanların GTÖ puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [50, 118]. Önler'in (2010) çalışmasında ise ameliyathane çalışanlarının oryantasyon programına katılma durumuna göre GTÖ puan ortalamaları arasında anlamsız bir fark görüldüğü saptanmıştır [88]. Oryantasyon eğitimi alma durumunun hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını etkilemediği söylenebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin düzenli hizmet içi eğitim alma durumu GTÖ puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 8). Araştırma bulgumuzun aksine Özşaker ve Tehçi (2016), Kır Biçer (2013), Ongün (2015), Önler (2010) ve Susam Özsayın (2015) çalışmalarında hizmet içi eğitime katılanların hasta güvenliği tutumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [88, 103, 118, 50, 96]. Literatürde hizmet içi eğitim almanın hasta güvenliği tutumuna etkisinin karşılaştırıldığı çalışmalar birbirine benzemektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin hasta güvenliği eğitim alma durumu GTÖ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 8). Literatürde araştırma bulgumuza benzer çalışmalar [88, 92, 108, 112, 118, 95] mevcut olmakla birlikte; araştırma bulgumuzun aksine çalışmalar [102, 110, 113, 50, 115] da vardır. Literatürde hasta güvenliği eğitimi alma durumu ile güvenlik tutumları arasında benzer sonuçlar bulunamamıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden hataların kaynağına (çalışan/çalışma koşulları) ilişkin görüşleri GTÖ puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 8). Literatürde hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden hataların kaynağına ilişkin görüşleri ile GTÖ puan ortalamasının birlikte değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır.

Hemşirelerin yaşı ($r=0.18$; $p=0.19$), kurumda çalışma süresi ($r=0.15$; $p=0.27$), meslekte çalışma süresi ($r=0.18$; $p=0.19$) ile GTÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 9). Benzer olarak Ongün'ün çalışmasında (2015) GTÖ ile etkileyen faktörlerden yaş ($r=0.28$) ve meslekte çalışma süresi ($r=0.22$) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur [50]. Literatürde kurumda çalışma süresi ile GTÖ puan ortalaması arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır.

Ameliyathane hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saati ($r=-0.06$; $p=0.67$) ve ortalama nöbet sayısı ($r=-0.23$; $p=0.09$) ile GTÖ puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki; günde ortalama cerrahi girişim sayısı ($r=0.16$; $p=0.26$) ile GTÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki saptanmıştır (Tablo 10). Benzer olarak Ongün'ün çalışmasında (2015) haftalık çalışma saati ile GTÖ arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0.20$) olduğu bulunmuştur [50]. Literatürde haftalık ortalama nöbet sayısı ve günlük ortalama cerrahi girişim ile GTÖ puan ortalaması arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada ameliyathanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. GTÖ alt boyutları açısından en düşük puan ortalaması yönetimle ilgili düşünceler, en yüksek puan ortalaması ise stres düzeyinin belirlenmesi alt boyutu olarak saptanmıştır.

Ameliyathane hemşireleri dünyada ve ülkemizde sürekliliği önem arz eden bir meslek grubunda hizmet sunmaktadırlar. Ancak ameliyathane hemşireleri bu hizmeti sunarken birçok problemle karşılaşabilmektedirler. Trabzon İli Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde çalışan ameliyathane hemşireleri hasta güvenliği konusunda risk ve tehlikelerin varlığı ve yeni gelen sorumluluklarla mücadele etmektedir. Hastaların zarar görmesine neden olabilecek problemler ile karşıya kalan ameliyathane hemşireleri hastaların güvenli sağlık hizmetinden faydalanmaları için bu problemleri önlemek ve kontrol altına almak durumundadırlar.

Güvenlik raporlama sistemini etkin kullananların kullanmayanlara, hata raporlamada yönetim desteğini alanların almayanlara, oryantasyon eğitimi almayanların alanlara göre GTÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Ameliyathane hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri, çalışma koşulları, oryantasyon eğitimi alma durumu, düzenli hizmet içi eğitim yapılma durumu, hasta güvenliği eğitimi alma durumu, hasta güvenliğini tehdit eden hataların kaynağına ilişkin görüşleri GTÖ puan ortalamalarını etkilememektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

1. Ameliyathane hemşirelerinin çalıştıkları hastanedeki yöneticilerle “yönetimle ilgili düşüncelerini ifade etmeye” yönelik iletişim ve ekip işbirliği artırılmalı,
2. Çalışanların hata bildirimine ilişkin korkularının giderilmesi, hasta güvenliği ile ilgili sorunları bildirme ve hatalardan ders almayı kolaylaştıracak sistemlerin geliştirilmesine yönelik hata bildiriminde sağlık personeli yönetim tarafından desteklenmeli,
3. Kurumdaki eğitim biriminde görev alan personellerin, oryantasyon programlarını tüm personele eksiksiz ulaşılacak şekilde nitelikli vermesi sağlanmalı,

4. Hasta, çalışan güvenliği ve hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik eğitim programları düzenlenmeli ve bu programlara yöneticiler de dahil tüm çalışanların katılımı sağlanmalı,
5. Kurumlarda uygun hasta güvenliği kültürü oluşturmak ve yerleştirmek adına ölçüm çalışmaları yapılarak hasta güvenliğine yönelik mevcut tutumun değerlendirilmeli ve iyileştirmeler bu yönde gerçekleştirilmeli,
6. Çalışanlara dinlenme aralarında uygun ortamlar sağlanmalı,
7. Çalışanların birim seçiminde gönüllülük ilkesine özen gösterilmeli,
8. Hasta bakım uygulamalarının etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi için hastane yönetimi tarafından ameliyathane personel sayısı uygun düzeye getirilmeli,
9. Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğini artırmaya yönelik ortak önerileri değerlendirilip bu konularda müdahale çalışmaları planlanmalı,
10. Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin farklı hastanelerde karşılaştırılmalı çalışmalar yürütülerek eksik/geliştirilmesi gereken alanlar belirlenmeli ve çözüm üretilebilmelidir.

7. KAYNAKÇA

1. Ovalı F (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1(1): 33-43.
2. Connelly LM, Powers JL (2005). Online patient safety climate survey: Tool development and lessons learned. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation, Vol 4 Programs, Tools, and Products* (Ed: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20585/?report=reader..> [Erişim tarihi 6 Aralık 2017].
3. National Patient Safety Agency (2004). The seven steps to patient safety: a guide for NHS staff. London: National Patient Safety Agency. National Patient Safety Foundation. Improve the safety of patients. Erişim adresi: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2017].
4. Hughes RG (2008). Nurses at the “Sharp End” of patient care. *Patient Safety and Quality: An Evidence- Based Handbook for Nurses* (Ed: Hughes RG); Rockville, (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, Chapter 2: 1-63. . Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2672/?report=reader>. [Erişim tarihi 6 Ekim 2017].
5. Gökdoğan F, Yorgun S (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 13 (2): 53-59.
6. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care* 38(3): 261–271.
7. Aktaş Mİ (2015). Patient safety and health management world countries examples. *The Journal of Academic Social Science* 3(20): 15-20.
8. Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. Erişim adresi: <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>. [Erişim tarihi 12 Aralık 2017].
9. Türk Tabipler Birliği (2011). Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2010 Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya (Ed: Çakmakçı M, Akalın E). Birinci baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara; 9-147.
10. Adıgüzel O (2010). Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 28: 159-170.
11. Baykal Ü, Şahin NH, Altuntaş S (2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 7 (1): 39-45.
12. Mitchell PH. (2008) Defining Patient Safety and Quality Care. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, Chapter 1: 1-10. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/?report=reader>. [Erişim tarihi 10 Ocak 2018].
13. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete, 27910, 19 Nisan 2011. Güncellenme Tarihi: 20.10.2016.
14. Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabay M (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(3): 26-34.
15. Dağcı Ş (1996). İslâm Ceza Hukukunda Şahıslara Karşı Müessir Fiiller. *Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları*, Ankara; 3.
16. Tok Ö (2008). Osmanlı dönemi hekim hasta ilişkileri (Kadı sicillerine göre XVII. ve XVIII. yüzyıllarda Kayseri örneği). *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 3(4): 788-805.
17. Güven R (2007). Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 4-8 Nisan 2007, 422-422.
18. Korkmaz O (2012). Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 14(4): 91-112.
19. National Patient Safety Foundation. About Patient Safety. Erişim adresi: <http://www.npsf.org/page/aboutpatientsafety>. [Erişim tarihi 28 Aralık 2017].
20. International Council of Nursing (2012). Patient safety. *Health Care Systems, Position Statements*. Erişim adresi: <http://www.icn.ch/publications/position-statements/>. [Erişim tarihi 28 Ekim 2018].
21. Karataş M, Yakıncı C (2010). Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 17(3): 233-236.

22. Silen-Lipponen M, Tossavainen K, Turunen H, Smith A (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice* 11: 21–32.
23. Çetinalp H. Tarihte Hekim Sorumluluğu. Erişim adresi: <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hekimsorumlulugu/>. [Erişim tarihi 5 Ocak 2018].
24. World Health Organization (2005). World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005. Erişim adresi: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. [Erişim tarihi 13 Aralık 201].
25. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert I, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine* 324(6): 370-6.
26. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD (1995). The quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia* 163(9): 458-471.
27. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal* 115 (1167):U271.
28. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hebert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R (2004). The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 170(11): 1678 – 1686.
29. Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14: 4.
30. Institute of Medicine (2003). Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality. International. Sentinel Event Statistics. Erişim adresi: https://www.nap.edu/catalog/10593/priority_areas_for_national_action_transforming_health_care_quality. [Erişim tarihi 28 Aralık 2017].
31. Akalın HE (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 5(3): 141-146.
32. Joint Commission International (2014). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 5th Edition. Erişim adresi: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>. [Erişim tarihi 28 Aralık 2017].
33. Özmen S, Başol O (2010). Hasta güvenliği kültürü: Bursa' da özel bir hastane uygulama örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı (Ed: Kırılmaz H). Ankara; 81-97.
34. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmî Gazete, 27897, 6 Nisan 2011.
35. Türk Dil Kurumu. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bati&arama=kelime&guid=TDK.BATI.5a57c9b75c68c4.50493211. [Erişim 9 Ocak 2018].
36. Tezcan, M. (1991). *Sosyolojiye Giriş-Temel Kavramlar*, Bilgi Basım Merkezi, Ankara; 245.
37. Armstrong, M. (1990). *Management process and functions*. (Ed: Armstrong H, Famham D). Management Studies Series, ISBN 0852924380.
38. Uzoğlu S (2001). Kurumsal kimlik, kurumsal kültür ve kurumsal imaj. *Kurgu Dergisi* 18, 337-353.
39. Schein EH (1992). *Organizational Culture and Leadership*, (2nd Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/027046769401400247>. [Erişim tarihi 19 Aralık 2017].
40. Dinçer Ö (1998). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. Timaş Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.
41. Cooper MD (2000). Towards a model of safety culture, *Safety Science* 36: 111-136.
42. International Atomic Energy Agency (1986). Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. International Safety Advisory Group. Safety Series 75-INSAG-1 (Vienna: IAEA) Erişim adresi: <http://www-pub.iaea.org/books/iaeabooks/3598/Summary-Report-on-the-Post-accident-Review-Meeting-on-the-Chernobyl-Accident>. [Erişim tarihi 12 Aralık 2017].
43. International Atomic Energy Agency (1991). Safety Culture, International Safety Advisory Group. Safety Series 75-INSAG-4 (Vienna: IAEA). Erişim adresi: http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub882_web.pdf. [Erişim tarihi 12 Aralık 2017].
44. Pidgeon N (1998). Safety culture: transferring theory and evidence from the major hazards industries. *Behavioural Research in Road Safety: 10th Seminar*: 49-60.
45. Özkan T, Lajunen T (2003). Güvenlik kültürü ve iklimi. *Pivolka*, 2(10): 3-4.
46. Carney BT, Mills PD, Bagian JP, Weeks WB (2010). Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the veterans health administration medical team training program, *Qual Saf Health Care* 19: 128-13.
47. Dursun S, Bayram N, Aytaç S (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 8 (1), 1-14.

48. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy MS (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 158 (5 part 2): 369-374. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710092/pdf/nihms737798.pdf>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2017].
49. National Healthcare Quality Report (2003). Erişim adresi: <https://archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr2003.pdf>. [Erişim tarihi 04 Kasım 2017].
50. Ongün P (2015). Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
51. Bonner AF, Castle NG, Perera S, Handler SM (2008). Patient safety culture: a review of the nursing home literature and recommendations for practice. *Ann Longterm Care* 16(3): 18-22.
52. Türk Akreditasyon Kurumu. Erişim adresi: <http://www.turkak.org.tr/turkaksite/akreditasyon/akreditasyonnedir.aspx> [Erişim tarihi 15 Ocak 2018].
53. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2016). Sağlıkta Kalite Standartları: Hastane, Versiyon-5; Revizyon-01.
54. Sarıoğlu E (2016). Sağlıkta kalite yönetiminin kurum kimliğine etkisi üzerine bir alan araştırması: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği. VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya, 01-04 Mart 2016, 37-45.
55. British Association of Critical Care Nurses (2006). Captain and champion: nurses' role in patient safety. *Nursing in Critical Care* 11 (6): 265-266.
56. Çobanoğlu A (2009). Ameliyathane ortamından kaynaklanan riskler ve sağlık çalışanı güvenliği. (Ed: Yavuz M, Özbayır T, Korkmaz FD, Kaymakçı Ş). 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. İzmir: Meta Basım, 258.
57. Sönmez M, Yavuz M (2009). Ameliyathanede personel güvenliği. (Ed: Yavuz M, Özbayır T, Korkmaz FD, Kaymakçı Ş). 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. İzmir: Meta Basım, 255-257.
58. Baskan S (2003). Cerrahi alan infeksiyonlarının önlenmesi: ameliyathane koşulları nasıl olmalı? *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 7(4), 161-167.
59. AORN (2014). Perioperative Standards and Recommended Practices. Association of Perioperative Registered Nurses.
60. Şardan Çetinkaya Y (2005). Ameliyathanenin yapılması nasıl olmalıdır? 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 20-24 Nisan 2005, 5-9.
61. Eti Aslan F, Kan Öntürk Z (2011). Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 4(1): 133-140.
62. Aren, A (2008). Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi* 3: 141-145.
63. Murphy JG, Stee Le, McEvoy MT, Oshiro J (2007). Journal reporting of medical errors: the wisdom of Solomon, the bravery of Achilles, and the foolishness of Pan. *Chest* 131(3): 890-896.
64. Seren İntepeler Ş, Dursun M (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 15: 2.
65. Adams JL, Garber S (2007). Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments, *Journal of Empirical Legal Studies* 4: 185-222.
66. Özata M, Altuncan H (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 8 (2) :100 -111.
67. Dhankhar P, Khan MM, Bagga S (2007). Effect of medical malpractice on resource USE and mortality of AMI patients, *Journal of Empirical Legal Studies* 4: 163-183.
68. NCPS (2002). Special edition: JCAHO patient safety goals 2003. *Topics in Patient Safety* 2(5): 1-10.
69. Altındış S (2010). Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 1(1): 17-32.
70. Sezgin B (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
71. Candaş B, Gürsoy A (2015). Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 3(1): 40-50.
72. World Health Organization (2008). The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Erişim adresi: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf. [Erişim tarihi 28 Aralık 2017].

73. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2011). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 1-21.
74. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2015). Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi Versiyon 2.0; Revizyon 00, 2.Baskı, Ankara, 1-27.
75. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, Levack B (2010). Use of the WHO surgical checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics* 35(6):897-901.
76. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY (2014). Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 23(4):299-318.
77. Bektaş G (2015). Ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görüş ve uygulamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
78. Kaymakçı ŞÖ (2014). Ameliyathane hemşiresinin görevleri: ekip çalışması ve iletişim. 2. Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 6-9 Kasım 2014, 148-153.
79. Yezülcan S, Babuşcu S, Üzel E, Maden S, Aren A (2009). Ameliyathane ortamında sirküle ve scrub hemşire koordinasyonunun gerekliliği ve ameliyat başı gaz sayımına etkisi. *İstanbul Tıp Dergisi* 4: 188-192.
80. Milli Eğitim Bakanlığı (2012). Ameliyathane ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. Erişim adresi: http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ameliyathane%20Ve%20Ameliyathane%20Sonras%C4%B1%20Bak%C4%B1m.pdf. [Erişim tarihi 9 Ocak 2018].
81. Canbolat Ç (2011). Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
82. Özata, M. ve Aslan, Ş. (2010). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 377-389.
83. Makary MA, Mukherjee A, Sexton J.B, Syin D, Goodrich E, Hartmann E, Rowen L, Behrens DC, Marohn M, Pronovost PJ (2007). Operating room briefings and wrong-site surgery. *Journal of the American College of Surgeons* 204: 236-243. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/6549090>. [Erişim tarihi 10 Ocak 2018].
84. Aslan, Ş (2010). Örgütsel ortamda bireysel stresle başa çıkma tutumlarının araştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 67-84.
85. Atasoy A, Aksoy S, Arslan H, Başkesen N (2010). Hasta güvenliği kültürü, iş stresi, içsel motivasyon, iş performansı, iş tatmini arasındaki ilişkiler. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı (Ed: Kırılmaz H). Ankara, Cilt I: 194-200.
86. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. *BMC Health Services Research* 6:44. Erişim adresi: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2017].
87. Hewson-Conroy KM (2004). Assessing the Safety Culture of safety in Tertiary ICU, Intensive Care Coordination Monitoring Unit. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/242276267_Assessing_the_culture_of_safety_in_A_tertiary_icu. [Erişim tarihi 7 Ekim 2017].
88. Önler E (2010). Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
89. Kaya S, Barsbay S, Karabulut E (2010). The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. *Quality and Safety in Health Care* 19(6): 572-577. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671082>. [Erişim tarihi 10 Aralık 2017].
90. Patterson DP, Huang D, Fairbanks R, Wang H (2010). The emergency medical services Safety Attitudes Questionnaire. *American Journal of Medical Quality* 1-7.
91. Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S (2009). Measuring and benchmarking safety culture: application of the Safety Attitudes Questionnaire to an Acute Medical Admissions Unit, *Irish Journal Medical Science* 178: 433-439.
92. Gürel A (2012). Ameliyathane hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşiresinin rolü. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
93. Erdağı S (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
94. Özdemir H (2014). Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar'da bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.

95. Türk S (2015). Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
96. Özşaker E ve Tehçi H (2016). Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Health Sci 1(2): 71-78.
97. Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M (2017). Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kullanımının incelenmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi 1: 16-23.
98. Gül İ (2010). Kalite yönetim sistemi çerçevesinde hasta güvenliği kültürünün çalışma ortamı açısından belirlenmesine yönelik bir araştırma. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
99. Karaboğa Gündoğdu S (2010). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
100. Tanrıku G (2010). Hemşirelerin hasta ve hemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamına ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
101. Gözlü K (2011). Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
102. Çiçek A (2012). Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
103. Kır Bıçer E, Güçlüel Y, Neymen A, Yiğit Ş (2013). Hasta güvenliğine ilişkin düzenlenen hizmet içi eğitimin hemşirelerin bilgi düzeyine etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 10(1): 14-20.
104. Tunçel K (2013). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
105. Ünsal Atan Ş, Dönmez S, Taşçı Duran E (2013). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 21(3) : 172-180.
106. Yeniterzi E (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
107. Balanuye B (2014). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
108. Balık H (2014). Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
109. Güven M (2014). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
110. Karaca A, Arslan H (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 1(1): 9-18.
111. Yılmaz Z (2014). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
112. Aydemir A (2015). Acil serviste çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
113. Kardeş Özdemir F, Akgün Şahin Z (2015). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili örneği. ODÜ Tıp Dergisi 2: 139-144.
114. Yıldız İ (2015). Hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemine katılımının değerlendirilmesi eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
115. Dilmen B (2016). Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
116. Durmaz G (2016). Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
117. Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 9(1): 9-15.
118. Susam Özsayın F (2015). Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
119. Filiz E (2009). Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

120. Saray Kılıç H (2009). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
121. Altuntaş Turasan B (2010). Bir psikiyatri hastanesinde hasta güvenliği kültürü düzeyi ve güvenlik raporlamanın incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
122. Tansüyer T (2010). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personelinin görüşlerini belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
123. Alp FY (2011). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
124. Teleş M (2011). Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları ile hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki ilişkinin analizi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
125. Dağdelen ÜA (2014). Öğrenen organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
126. Güler S (2014). Özel bir hastanede sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
127. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanmasını. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2): 152-157.
128. Türkmen T (2015). Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği algısının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
129. Akbolat M, Sarıkaya İR (2016). Hasta güvenliği kültürünün algılanan örgütsel adalet üzerine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 19(1):1-16.
130. Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E (2016). Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 4(2): 141-154.
131. Tunçer G (2016). Bebek dostu kadın doğum ve çocuk hastanelerinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin hasta güvenliği tutumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Gözde Özlem
Soyad:	USTA
Doğum Yeri:	Şalpazarı
Doğum Tarihi:	18.10.1990
Görev Yeri:	Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi
Yabancı Dil:	İngilizce
E-posta Adresi:	gozdeozlemusta@hotmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
2009-2013	Karadeniz Teknik Üniversitesi Hemşirelik Sağlık Yüksek Okulu
2015-	Avrasya Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans (devam ediyor)
Tarih	İş Tecrübesi
2013-2014	Özel Karadeniz Hastanesi Karma Servis
2014-	Karadeniz Teknik Üniversitesi A Blok Ameliyathane (devam ediyor)

EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Sorumlu Araştırmacı; Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR ve Araştırmacı Hemşire; Gözde Özlem USTA tarafından yürütülen “Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler Trabzon İli Örneği” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir. Araştırmada sizden tahminen 10-15 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahmini 52 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya gozdeozlemusta@hotmail.com ve nulutasdemir@yahoo.com e-posta adresleri ile 0541 906 8071 ve 0530 696 5959 numaralı telefonlardan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Sorumlu Araştırmacı:

Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR

İmzası:

Araştırmacı:

Adı-Soyadı: Hemşire Gözde Özlem USTA

İmzası:

EK 2. Anket

Değerli Sağlık Profesyonelleri,

Bu çalışma siz ameliyathane hemşirelerinin; görevlendirildiğiniz birimde hasta güvenliğine ilişkin tutumunuzu ve etkileyen faktörleri belirlemek için planlanmıştır. Yanıtlarınızı gerçek düşüncelerinizle yanıtlayınız. Hasta güvenliğini artırmaya yönelik katkınızdan ve bilimsel çalışmalara desteğinizden dolayı teşekkür ediyoruz.

Araştırmacı: Hemşire Gözde Özlem USTA

Araştırmadan Sorumlu Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ULUTAŞDEMİR

1) Biriminiz:

- 1)A Blok Ameliyathane
2)B Blok Ameliyathane

2) Cinsiyetiniz: 1)Kadın 2)Erkek

3) Yaşınız: yaş

4) Medeni durumunuz:

- 1)Bekar 2)Evli 3)Dul/Boşanmış

5) Eğitim durumunuz:

- 1)Sağlık Meslek Lisesi 2)Önlisans
3)Lisans 4)Lisansüstü

6) Kurumda çalışma süreniz: yıl

7) Meslekte çalışma süreniz: yıl

8) Çalışma durumunuz:

- 1)Kadrolu 2)Sözleşmeli

9) Nöbet tutuyor musunuz?

- 1)Evet ayda ortalama gün 2)Hayır

10) Haftalık ortalama çalışma saatiniz:..... saat

11) Ameliyathanede kendi isteğinizle mi görevlendirildiniz?

- 1)Evet 2)Hayır

12) Çalıştığınız ameliyathanede günde ortalama kaç cerrahi girişim gerçekleştiriliyor?

13) Siz günde ortalama kaç cerrahi girişime katılıyorsunuz?

14) Cerrahi girişimler arasında uygun ortam ve ekipmanın sağlanması için yeterli süre oluyor mu?

- 1)Evet 2)Hayır

15) 14. soruya cevabınız hayır ise aşağıdaki nedenlerden uygun olanı/olanları işaretleyiniz.

1) Liste vakalarının gündüz mesai sonuna yetiştirilmesi için cerrahi ekibin ve/veya anestezi ekibinin aceleci tavrı.

2) Cerrahi girişimlerin sonraki şifte uzaması durumunda yaşanabilecek sorunların varlığı (girişime katılacak ekibin ve diğer personelin sayıca ve vakaya hakim olma konusunda yetersizliği, alet ve malzemelere erişimde sıkıntı vb).

3) Cerrahi girişime katılan ekip üyelerinin işleri bir an önce bitirme isteği.

16)Çalışma saatleriniz dışında yeterince dinlenebildiğinizi düşünüyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

17)16. soruya cevabınız hayır ise aşağıdaki nedenlerden uygun olanı/olanları işaretleyiniz.

1)Çalışma saatlerim dışında sorumluluğum dışındaki işleri yapıyorum.

2)Çalışma saatlerim içinde yetiştiremediğim işleri tamamlamaya çalışıyorum.

3)Dinlenebileceğim ortam yok ya da uygun değil.

16)Bu hastanede çalışmaya başladığınızda oryantasyon eğitimi aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

17)Çalıştığınız ameliyathanede düzenli olarak hizmet içi eğitim programları yapılıyor mu?

1)Evet 2)Hayır

18)Bu ameliyathanede çalıştığınız süre boyunca hasta güvenliği konusunda eğitim aldınız mı?

1) Evet. Saati: 2)Hayır

19)Hasta güvenliği konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

20) Ameliyathanenizde hasta güvenliğini tehdit eden hataların en çok neden kaynaklandığını düşünüyorsunuz?

1)Çalışandan 2)Çalışma koşullarından

21) Hatalarla karşılaştığınızda güvenlik raporlama sistemini etkin kullanır mısınız?1)Evet 2)Hayır

22) Bir hatayı rapor ettiğinizde yönetim sizi destekler mi?

1)Evet 2)Hayır

23)Sizce ameliyathanede hasta güvenliğini artırmak için neler yapılmalıdır?

.....
.....
.....
.....
.....

EK 3. Güvenlik Tutumları Ölçeği

GÜVENLİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (AMELİYATHANE UYGULAMASI)

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

GÜVENLİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (AMELİYATHANE UYGULAMASI)

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

GÜVENLİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (AMELİYATHANE UYGULAMASI)

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

EK 4. Etik Kurul Onayı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 23618724 /

Konu: Etik Kurul Karar Belgesi



**Yrd.Doç.Dr.Nilgün ULUTAŞDEMİR
Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

İlgi : 24.10.2017 tarih ve 14636556-000-13769 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenizde belirtilen “Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler.(Trabzon İli Örneği)” başlıklı etik kurul 2017/57 protokol numaralı araştırma başvurumuz raportör ve Etik Kurulu görüşleri doğrultusunda değerlendirilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

**Prof. Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ
Etik Kurul Başkanı**

Ek: Etik Kurul Karar Formu (2 sayfa)

**KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2017	57	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	GEREKİYOR	GEREKİYOR	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	GEREKMIYOR	GEREKMIYOR	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	GEREKMIYOR	GEREKMIYOR	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	GEREKMIYOR				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	GEREKMIYOR				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	GEREKMIYOR				
	İLAN	<input type="checkbox"/>	GEREKMIYOR				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	GEREKMIYOR				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	GEREKMIYOR				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	GEREKMIYOR				
	DİĞER: (BAŞVURU DİLEKÇESİ, HELSINKİ BİLDİRGENİ, ÖZGEÇMİŞLER, İDARE ONAYI)	<input checked="" type="checkbox"/>	İDARE ONAY BELGESİ BAŞVURU FORMU ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ FORMU SORUMLU ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ FORMU VERİ TOPLAMA FORMU ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU BAZALI HELSINKİ BİLDİRGENİ BAZALI SON VERSİYON İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU				
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/57	Tarih: 08.11.2017				
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.							

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ (Genel Cerrah-KANUNİ E.A.H)

*Teşhisinde Bulunma

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Ersin YARIŞ	Farmakoloji	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ	Genel Cerrahi	KANUNİ E.A.H	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. N.Ercüment BEYHUN	Halk Sağlığı	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Erhan YURALKAN	K.B.B.	KANUNİ E.A.H	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç.Dr. Gözhan PEKER	Onkoloji	KANUNİ E.A.H	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç.Dr. Şenol ARDIÇ	Acil Tıp	KANUNİ E.A.H	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Nedime KAYAĞÖZ	Biyokimya	KANUNİ E.A.H	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Kerem SEVİM	Avukat	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Zekai AYDIN	Fizik Uzmanı	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
İsmail OMAK	Sağlık Dışı Üye	SERBEST MESLEK SAHİBİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Prof. Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ
08.11.2017
08.11.2017

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer alınmadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Kanuni E.A.H. 1.Kat Kaşüstü/YOMRA-TRABZON
	TELEFON	0 462 341 5656
	FAKS	0 462 341 5653
	E-POSTA	kanunietikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları Ve Etkileyen Faktörler.(Trabzon İli Örneği)			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2017/57			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu Araştırmacı: Yrd.Doç.Dr.Nülgün ULUTAŞDEMİR Hemşire Gözde Özlem USTA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	DESTEKLEYİCİ	Yok			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	FAZ 2	<input type="checkbox"/>
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	FAZ 4	<input type="checkbox"/>
		Gözlemsel İlaç Çalışması	<input type="checkbox"/>	İlaç Dışı Klinik Araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

(Handwritten signature)
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail ÇETİNE
Etil. Bil. 111 4-5-75 39377
Gözetim ve Denetim Kurulu

Not: Etik Kurul Başkanı, imzasızca ya da alımsızca her sayfaya imza atamazdır.

EK 5. Kurum Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Konu : Anket Çalışmamız

Sayın Gözde Özlem USTA
4/B Sözleşmeli Hemşire
(B Blok Ameliyathanesi)

İlgi: 13.10.2017 tarihli ve 7859 EBYS Kurum Kayıt No'lu dilekçeniz.

İlgi dilekçenizde konu edilen "*Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler*" başlıklı tez çalışmamıza Etik Kurulu'na onay verilmesi ve onayın Başhekimliğimize sunulması halinde, bu çalışmamız kapsamındaki anket ve ölçeğin hastanemiz A ve B ameliyathanelerinde çalışan hemşirelere uygulanması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Ferhat TANRIVERDİ
Hastaneler Başmüdürü

Bu belge elektronik imza ile onaylanmıştır.

24.10.2017
Uzm. Fikretin MERAL

