



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK KURUMLARINDA EKİP KAYNAK YÖNETİMİ
YAKLAŞIMINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

TUBA ARALAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

SIVAS-2020

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA EKİP KAYNAK YÖNETİMİ
YAKLAŞIMINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

TUBA ARALAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÜMİT NALDÖKEN

SİVAS-2020

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

“Sağlık Kurumlarının Ekip Yönetim Yaklaşımına Yönelik Bir Araştırma” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Sağlık Yönetimi** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Doç. Dr. Alper GÜZEL _____

Üye Doç. Dr. Ferda ALPER AY _____

Üye (Danışman) Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN _____

ONAY

Bu tez çalışması, Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDA EKİP KAYNAK YÖNETİMİ YAKLAŞIMINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

TUBA ARALAN

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN

2020, 95 sayfa

Bu araştırmanın amacı, ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine ilişkin tutumlarını saptamaktır. Bu amaç doğrultusunda çalışmanın alt amacı ise, ameliyathane çalışanlarının sosyo demografik ve tanıtıcı özellikleri ile ekip kaynak yönetimi tutumları arasında anlamlı farklılık olup olmadığının saptanmasıdır.

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi'nden 180 ameliyathane çalışanı ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 200 ameliyathane çalışanı olmak üzere toplamda 380 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sonucunda çalışmaya Sivas Numune Hastanesi'nden 128 kişi katılmış olup ulaşılması hedeflenen kişi sayısının (180) %71'ine, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 155 kişi katılım sağlayarak ulaşılması hedeflenen kişi sayısının (200) %77'sine ulaşılmıştır. Toplamda 283 kişiye anket uygulanmış olup ulaşılması hedeflenen kişi sayısının %74'üne ulaşılmıştır.

Veriler SPSS 23.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Cerrahi ekibin (cerrah, hemşire, anestezi uzmanı, ebe) ekip kaynak yönetimi alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımlarında frekans, yüzde, standart sapma, ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyması nedeniyle çalışmada parametrik testler kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin analizlerde de iki grup ortalamaları arasında farkın var olup olmadığını saptamak için Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test); ikiden fazla grup ortalamaları arasında farkın var olup olmadığını saptamak için de Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Ölçekteki ifadelerle ilgili olarak Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespitinde ise Tukey HSD Testinden yararlanılmıştır.

Araştırma bulguları neticesinde, araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesi çalışanlarının güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, hata-prosedürler boyutlarına ilişkin tutumlarında Numune hastanesi çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadın çalışanların kurumsal ortam boyutuna ilişkin tutumlarının erkek çalışanlara oranla daha yüksek olduğu, hemşirelerin diğer meslek grubundakilere göre güven ve hata-prosedürler alt boyutuna ilişkin tutumlarının daha yüksek olduğu, eğitim düzeyinde ön lisans mezunlarının hata-prosedürler boyutuna ilişkin tutumlarının diğer gruptakilere oranla daha yüksek olduğu, şu an çalıştıkları kurumda 16 yıl ve üzerinde hizmet süresine sahip olan çalışanların ekip çalışması tutumlarının diğer gruptakilere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçek toplam puanı incelendiğinde ise hemşirelerin diğer çalışanlara göre toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular neticesinde, sağlık kurumlarında uygulanacak ekip kaynak yönetimi eğitim programları ile ekip üyelerine eğitim verilmesinin çalışanların tutumlarında pozitif yönlü değişim sağlayarak insan kaynaklı meydana gelebilecek tıbbi hataların önlenmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekip Kaynak Yönetimi, Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği, Ameliyathane Çalışanları

ABSTRACT

A Practice For Team Resource Management Approach In Health

Institution

Master's Thesis

Department of Health Management

Advisor: Assistant Professor Ümit NALDÖKEN

2020, 95 pages

The purpose of this research is to determine the attitudes of operating room staff regarding team resource management. The sub-purpose in accordance with this main purpose is to determine whether there is a significant difference between the sociodemographic and introductory characteristics of the operating room staff and their team resource management attitudes.

The population of the research consists of 180 operating room employees working in Sivas Numune Hospital and 200 operating room employees working in Sivas Cumhuriyet University Health Application and Research Hospital; hence 380 people in total. It was aimed to reach the entire number of the universe without selecting any sampling method. As a result of the research, the fact that 128 people from Sivas Numune Hospital participated in the study and %71 of the number of people (180) targeted to be reached and 155 people attending from Sivas Cumhuriyet University Health Services Practice and Research Hospital was attained %77 of the number of people (200) targetted to be reached.

The data were analyzed with SPSS 23.0 package program. Descriptive statistics such as frequency, percentage, standard deviation and mean were used in the distribution of the attitudes of the surgical team (surgeon, nurse, anesthetist, midwife) as to sub-dimensions of team resource management regarding their sociodemographic characteristics. Parametric tests were used in the study since the data were normally distributed. In the analysis of the sub-dimensions of the scale, Independent Samples T Test was used in order to determine whether there is a difference between the averages of the two groups. Also, One-Way Variance Analysis (One- Way ANOVA) was used to determine whether there is a difference between the averages of more than two groups. As a result of the One-Way Variance Analysis, according to the expressions in the scale, the Tukey HSD Test was used to determine which groups the difference originated from for the dimensions which are statistically significant to be different.

As a result of the research findings, it was determined that there were statistically significant differences in the attitudes of University Hospital staff compared to Numune hospital employees regarding the dimensions of trust, knowledge sharing, stress and

emotional burnout, errors-procedures. Female employees have higher attitudes towards corporate environment dimension than male employees, whilst nurses have higher attitudes towards the errors-procedures and trust dimensions compared to other occupational groups. At the level of education, graduates have been found to have higher attitudes towards errors-procedures dimension. It has been determined that employees who have 16 or more years of service in their current institution have higher teamwork attitudes. When the total score of the scale was analyzed, it was found that the total score of nurses were higher than other employees'. As a result of these findings, it is expected that providing team resource management training programs to team members in healthcare institutions will contribute to the prevention of medical errors that may occur due to humanbeings by creating a positive change in the attitudes of the employees.

Keywords: Team Resource Management, Medical Error, Patient Safety, Operating Room Employees



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ümit Naldöken'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince her zaman destekçim olan, akademik duruşuyla örnek aldığım Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan Tosun'a,

Bu süreçte bana her konuda yardımcı olan sınıf arkadaşım Mehmet Veysi Kaya'ya,

Hayatımın her alanında her zaman yanımda olan, her koşulda beni destekleyip motive eden biricik arkadaşlarım Esra Eravcı ve Merve Koç'a,

Bu günlere gelmemde en büyük katkıya sahip olan canım aileme

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hasta Güvenliği	3
2.2. Tıbbi Hata	6
2.2.1. Tıbbi Hata Çeşitleri	8
2.2.1.1. İlaç Hataları	8
2.2.1.2. Cerrahi Hatalar	9
2.2.1.3. Tanı Koymada Yaşanan Hatalar	9
2.2.1.4. İletişim Sorunlarından Kaynaklanan Hatalar.....	10
2.2.1.5. Sistem Kaynaklı Hatalar	10
2.2.1.5.1 İsviçre Peynir Modeli Yaklaşımı	10
2.2.2. Tıbbi Hataların Meydana Gelme Nedenleri.....	11
2.3. Ameliyathane Birimi	13
2.4. Ekip Kaynak Yönetimi	14
2.4.1. Ekip Kaynak Yönetimi Başlangıç Noktası ve Tarihçesi	14
2.4.2. Ekip Kaynak Yönetimi Eğitimi	16
2.4.2.1. Aşama: İlk Eğitimin Verilmesi.....	17
2.4.2.2. Aşama: Tazeleme Eğitimleri ve Geri Bildirimler	17
2.4.2.3. Aşama Sürekli Gelişim	17
2.4.4.4. Aşama Eğitimlerin Değerlendirilmesi	18
2.5. Ekip Kaynak Yönetimi Bileşenleri	18
2.5.1. Liderlik.....	18
2.5.2. İletişim	19
2.5.3. Karar Verme	19

2.5.4. Ekip Çalışması.....	19
2.5.5. Görev Analizi	19
2.5.6. Kendine Güven.....	20
2.5.7. Durumsal Farkındalık	20
2.6. Ekip Kaynak Yönetiminde Etkili Olan Araçlar	20
2.6.1. Kontrol Listeleri	20
2.6.1.1. Klinikten Ayrılmadan Önce.....	22
2.6.1.2. Anestezi Verilmeden Önce	23
2.6.1.3. Ameliyat Kesisinden Önce	23
2.6.1.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce.....	23
2.6.2. Güvenlik İşaretleri	23
2.6.3. İşlem Öncesi Bilgi (Briefing).....	24
2.6.4. İşlem Sonrası Bilgi (Debriefing).....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Önemi ve Kısıtları.....	26
3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi	27
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.5. Veri Toplama Aracı	29
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.5.2. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği (AYTÖ)	29
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	35
3.7. Verilerin Analizi	35
4. BULGULAR.....	37
4.1. Araştırma Katılanlara Yönelik Tanımlayıcı Özellikler	37
5.TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR.....	61
EKLER	71
Ek 1. Anket Formu	71
Ek 2. Etik Kurul Formu	76
Ek 3. Sivas Numune Hastanesi Kurum İzni	78
Ek 4. Araştırma Hastanesi Kurum İzni.....	79

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: ABD’de Yaşanan Ölümlerin İlk Dört Nedeni	7
Şekil 2: İsviçre Peynir Modeli	11
Şekil 3: Türkiye’de Kullanılan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	23



TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: AYTÖ Alt Boyutları ve Bu Alt Boyutların İlişkili Oldukları Sorular	31
Tablo 2: AYTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Açıklamalar	34
Tablo 3: Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Alt Boyutları Güvenirlik Katsayılarına İlişkin Dağılım	36
Tablo 4: Araştırmanın Gerçekleştirildiği Sağlık Kurumlarındaki Kişilerin Sayı ve Yüzdelerine İlişkin Bilgiler	38
Tablo 5: Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	39
Tablo 7: Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı	39
Tablo 8: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	40
Tablo 9: Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 10: Katılımcıların Mesleklerindeki Toplam Hizmet Sürelerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 11: Katılımcıların Çalıştıkları Kurumdaki Toplam Hizmet Sürelerine Göre Dağılımı	41
Tablo 12: Kurumların Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Dağılımı	42
Tablo 13: Katılımcıların Mesleklerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı.....	43
Tablo 14: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı	45
Tablo 15: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı	46
Tablo 16: Katılımcıların Yaşlarına Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı	48
Tablo 17: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı	49

Tablo 18: Katılımcıların Toplam Hizmet Sürelerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı 51

Tablo 19: Katılımcıların Şu An Çalıştıkları Kurumdaki Toplam Hizmet Sürelerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı 53



KISALTMALAR

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AYTÖ	Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği
CAA	Civil Aviation Authority
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CRM	Cockpit Resource Management
EKY	Ekip Kaynak Yönetimi
GCKL	Genel Cerrahi Kontrol Listesi
ICN	International Council of Nurses
IOM	Institute of Medicine
IPSG	International Patient Safety Goals
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
NPSF	National Patient Safety Foundation
PSRS	Patient Safety Reporting System
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği günümüzde artık küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Chappy, 2006). Sağlık bakım hizmetlerinde yoğun teknolojilerin kullanımı birçok kolaylık sağlamış olsa da sağlık sisteminin daha da karmaşıklaşmasına neden olmuştur (Frush, 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık tanımlaması, kişilerin yalnızca herhangi bir hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil beden, ruh ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinin olmasıdır şeklindedir. Bu doğrultuda sağlık hizmeti sunucuları sadece tedavi etme değil öncelikle zarar vermeme ilkesi doğrultusunda hizmet sunumunu benimsemişlerdir. Sağlık kurumlarında hataların önlenmesi için çeşitli tedbirler alınsa da özellikle yüksek riskli birimlerde sık sık hatalar meydana gelmektedir (WHO, 2019).

Sağlık hizmeti sunucularının çalışma ortamında maruz kaldıkları baskı ve stres sağlıklı ve doğru karar vermelerini olumsuz etkileyerek hata yapma oranlarını yükseltmektedir. Yapılan hatalar da hastalarda ciddi yaralanmalara, hastanede kalış sürelerinin uzamasına hatta ölümlere bile neden olmaktadır (Thomas ve ark., 2000). Bundan dolayı özellikle son dönemlerde başta DSÖ olmak üzere dünyanın önde gelen önemli örgüt ve kuruluşları hasta güvenliği konusuna dikkat çekmektedirler.

DSÖ 2019 yılında gerçekleştirdiği 72.Dünya Sağlık Kurulu Toplantısı'nda hasta güvenliği konusunda küresel eylem kararı aldıklarını açıklamıştır. Dünya genelinde her 5 dakikada bir kişinin tıbbi hata kaynaklı hayatını kaybettiğini belirten DSÖ, bu hatalar konusunda daha bilinçli olmak ve küresel çapta dayanışma sağlamak için 17 Eylül tarihini "Dünya Hasta Güvenliği Günü" olarak ilan etmiştir. DSÖ, sağlık kurumlarındaki çalışanların özellikle cezalandırma veya suçlanma korkusunun olmadığı tıbbi hata sistemlerinin geliştirilmesi için tüm dünyaya çağrıda bulunmuştur.

Sağlık sistemlerinde yüksek riskli birimlerden biri olan ameliyathanelerde hata yapmanın daha kritik olduğu bilinmektedir. Hataların minimum seviyede tutulması gereken bu birimlerde buna yönelik tedbirlerin alınması diğer birimlere kıyasla daha fazla önem arz etmektedir. Bundan dolayı bu birimlerdeki ekip üyeleri arasında ekip çalışması, iletişim, liderlik, hata-prosedürlere karşı duyarlı olma gibi tutumlarının geliştirilmesi gerektiği öne çıkmaktadır. Bu tutumlarının geliştirilmesinin en etkin yolunun da eğitim programları olduğu düşünülmektedir.

Hataların en aza indirilmesinde önemli bir eğitim programı olarak görülen ekip kaynak yönetiminin (EKY) sağlık kurumlarındaki çalışanlara uygulanmasıyla insan kaynaklı önlenebilir tıbbi hataların önüne geçerek hem hasta güvenliğini arttıracığı hem de kurumların maddi kayıplarını engelleyeceği öngörülmektedir (Lessard, 2008).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine ilişkin tutumlarını saptamaktır. Bu amaç doğrultusunda da çalışmanın alt amacı ise, ameliyathane çalışanlarının sosyo demografik ve tanıtıcı özellikleri ile ekip kaynak yönetimi tutumları arasında anlamlı farklılık olup olmadığının saptanmasıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Amerikalı psikolog Abraham Maslow'un gereksinimler hiyerarşisi kuramında beş ana bölümden oluşan piramidin ikinci basamağında yer alan güvenliğin sağlanması ihtiyacı sağlık hizmetleri bakımından da önceliğe sahip olup sağlık hizmeti bakımının temelini oluşturmaktadır (Maslow, 1954).

Güvenlik, kalite yönetiminin de kritik bileşenlerinden biridir. Sağlık hizmetlerinde güvenlik malzeme güvenliğinden, ilaç kullanımı, güvenli klinik uygulamaları ve bakım ortamına kadar tüm sağlık bakım alanları olmak üzere çevre güvenliği, risk yönetimi ve performans iyileştirmeye kadarki tüm sağlık bileşenlerinin ortak çabasını gerektirmektedir. Sağlık sistemindeki bu geniş yelpazeli güvenlik çabası hasta güvenliği için gerekli tüm riskleri belirleyip yönetmeyi ve ayrıca bu karmaşık sisteme uzun vadeli kesin çözümler bulmak için kapsamlı ve fonksiyonel bir yaklaşım gerektirmektedir (WHO, 2004).

Günümüzde hızla gelişen sağlık hizmetleri ve bireylerin tüm hakları konusunda daha bilinçli olmasından dolayı sağlık hizmeti sunumları çeşitlilik kazanmakta ve sağlıkta kalite kavramı ön plana çıkmaktadır. Kalitenin geliştirilmesi unsurları arasından en önemli olanlarından biri de hiç şüphesiz hasta güvenliğidir.

Literatürde hasta güvenliği kavramı ile ilgili birçok tanımlama yer almaktadır. ABD'de Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) hasta güvenliği kavramını "sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan hataların önlenmesi ve sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen kusurlar sonucunda meydana gelen hataların önlenmesi veya en aza indirilmesidir" şeklinde tanımlamaktadır (NPSF 2003).

International Council of Nurses (ICN) hasta güvenliğini; sağlık hizmeti uzmanlarının işe alınması, işteki devamlılığının sağlanması, çeşitli enfeksiyonların takibi ve kontrolü, kullanılan ilaç ve araç gereçlerin güvenli kullanımı, risk analizi, güvenli çevre ve klinik uygulamalar olmak üzere tüm bakım ortamlarının güvenli bir duruma getirilip bu güvenli ortamın korunmasını ve gelişimini destekleyen altyapıya odaklanan bütünleşik bilgi topluluğudur (ICN, 2006).

Erkul ve arkadaşları ise hasta güvenliği kavramını; sağlık kuruluşlarında meydana gelen hata ve yanlışlıkların sağlık çalışanları ve hastalarda olumsuz sonuçlar

oluşturmaması için bu hataların belirlenip rapor edilmesini ve hataların meydana gelmesini engellemeye yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır (Erkul vd. 2015).

Genel olarak hasta güvenliğinin uluslararası ve ulusal tanımlamalarından yola çıkarak hasta güvenliği kavramı, günümüzde tüm sağlık kuruluşlarında hastaya tanı, tedavi ve rehabilite etme amacıyla gerçekleştirilen tüm işlemlerin, kuruluşların hali hazırda var olan bütün uygulamalarının, imkanlarının en yüksek ve en uygun düzeyde kullanılmasıyla (personel kaynağı, mali kaynaklar, eğitim kaynağı) en az zarar ve maksimum düzeyde fayda sağlayacak şekilde gerçekleştirilmesidir.

Hasta güvenliğini sağlamak sadece hastaya zarar vermemek olarak algılanmamalıdır. Hasta güvenliğini aşağıdaki alt boyutları da içermektedir:

- Sağlık hizmetlerinin karmaşık ve çok riskli olması, sorunların çözümü için daha geniş sistemde yer aldığı yaklaşımı,
- Olası tehlikeleri tespit eden, minimum seviyeye indiren ve ortadan kaldırmaya yönelik sürekli olarak kendini yenileyerek geliştiren bir dizi süreç,
- En aza indirilmiş tıbbi hata ve/veya risk şeklinde ortaya çıkan bir sonuçtur (Kaya vd. 2009).

Sağlık Bakım Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO) 1999 yılından itibaren Joint Commission International (JCI) aracılığıyla dünya genelinde sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmetini başlatarak hasta güvenliği hedeflerini uygulamaktadır. JCI, her yıl uzman bir ekip danışmanlığında Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'ni (International Patient Safety Goals-IPSG) yayımlar. Hedeflerini her yıl yeniler. Bu hedefleri en son 2007'de yayınlamış ve 2014'te tekrar güncellemiştir.

Son güncellemeyle birlikte Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri şunlardır (JCI, 2020):

Hedef 1. Hasta kimliğinin doğru bir şekilde tanımlanması/en az iki kimlik bilgisi: kan ve kan ürünleri, ilaç, örnek alma ve laboratuvar tetkikleri, herhangi bir tedavi uygulama öncesi,

Hedef 2. Ekip içerisinde etkin iletişimin sağlanması

Hedef 3. Yüksek riskli ilaçların kullanımı sırasında güvenliğinin artırılması,

Hedef 4. Kurumda hasta güvenliği ile ilgili alarm sistemlerinin iyileştirilmesi,

Hedef 5. Sağlık bakımı ilintili enfeksiyonların en aza indirilmesi,

Hedef 6. Hasta güvenliği ile ilgili risklerin tanımlanması, önlenmesi veya en aza indirilmesi (düşme, intihar vd).

Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri'nin ikincisi olan 'ekip içerisinde etkin iletişimin sağlanması' hedefi aynı zamanda EKY ilkelerinden biri olan *iletişim* alt boyutunun, hasta güvenliği kültürünün meydana gelebilmesinde en önemli ölçütlerden biri olarak görülmektedir. Bu hedef diğer ilkelerin gerçekleştirilebilmesinin ön koşulu olarak görülmektedir (Aydemir, 2015).

Hasta güvenliğinin tarihçesine kısa bir şekilde değinmek gerekirse; 19. yüzyıl başlarında doktorların hasta güvenliğinde ilkin hastane enfeksiyonları ve el hijyeninin önemini görmüşlerdir (Nuland, 2003), 20. yüzyıla gelindiğinde Ernest Codman'ın (1869–1940) bazı hataları kayıt altına aldığı ve bu hataların önlenmesi için hatalar ve sonuçlar arasında bağlantı kurduğu görülmüştür. Codman 1911-1916 yılları arasında sağlık kuruluşundan taburcu edilen 337 hastanın 123'ünde (%36,5) çeşitli hatalar saptayarak kaydetmiştir. Kendi içinde gruplandırmalar yaptığı bu hataların bilgi ve beceri eksikliği, teşhis, cerrahi ve ekipman eksikliğinden kaynaklandığını saptamıştır (Neuhauser, 2002). 1964 yılında bir sağlık kuruluşunda yatan hastaların %20'sinin bazı hatalara maruz kaldığı saptamış bu hataların %6,6'sının ölümlerine sonuçlandığı rapor edilmiştir (Fracica ve ark., 2010). 1994 yılında Leape, hataların kaçınılmaz olduğunu ancak bu hataların önlenmesi veya en aza indirilebilmesi için sistem tabanlı yaklaşımların oluşturulmasının önemli olduğunu ifade etmiştir (Leape, 1994).

Hasta güvenliği ile ilgili meydana gelen birtakım olaylar hastanede sağlık hizmeti alan hastaların sağlığını tehlikeye atmakla beraber ilgili sağlık kurumunu da maddi zarara uğratmaktadır. Hem hasta açısından hem de kurum açısından ciddi kayıplara yol açabilecek bu hataların önüne geçebilmek için bu hata ve yanlışlıkları önlemeye yönelik sistematik yaklaşımlar geliştirilmelidir (Karaca ve Arslan, 2014).

Dünya genelinde sağlık kurumlarında tedavi gören her on hastadan birinin tıbbi hata kaynaklı zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Her yıl milyonlarca hastanın zarar görmesine neden olan tıbbi hatalar milyarlarla ifade edilen maddi kayıpları da beraberinde getirmektedir (Musluk, 2019). Hasta güvenliği kültürü de sık sık yapılan bu hataları, eksiklikleri gidermek için sağlık kuruluşlarının meydana getirdiği stratejidir. Hasta güvenliği kültürünün oluşabilmesi için tüm yönetimle beraber tüm çalışanların bu

anlamda farkındalığının arttırılması son derece önemlidir. Daha sonra ise iyi yapılandırılmış bir ekip çalışması ve raporlama sistemlerinin oluşturulması, prosedürleri eksiksiz uygulama ve sistemli eğitim programlarının uygulanması gerekir (Küçük vd. 2018).

2.2. Tıbbi Hata

Hastaneler farklı disiplinlerdeki uzmanlardan oluşan oldukça karmaşık kurumlardır. Bu kurumlarda gerekli düzenlemeler yapılmadığı takdirde telafisi mümkün olmayan hataların meydana gelmesi kaçınılmazdır (Soydemir ve ark., 2016). Hasta güvenliği eski çağlardan beri tüm dünyada endişe kaynağıdır (Mahajan, 2010). Tıbbi hataların hastalarda meydana getirdiği zararlar ortaya çıkmasından bu yana, sağlık kurumlarının hastalar için çok tehlikeli olabileceği görülmüştür (Feijter ve ark., 2012; IOM, 1999).

Hata insanoğlunun doğasında var olan olağan bir durumdur. İnsanların olduğu her alanda hata olduğu gibi tıp alanında da hata kaçınılmaz bir olgudur (Nolan, 2000). Tıbbi hata kavramı; latince “male” ve “praxis” kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kavramdır. Bu kelimeler “kötü, hatalı uygulama” anlamlarına gelmektedir (Hancı, 2006). Sağlık Hizmeti Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu’nun (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO, 2006) tıbbi hatayı; “Sağlık hizmeti sunan profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması neticesinde hastanın zarar görmesi” olarak tanımlamaktadır.

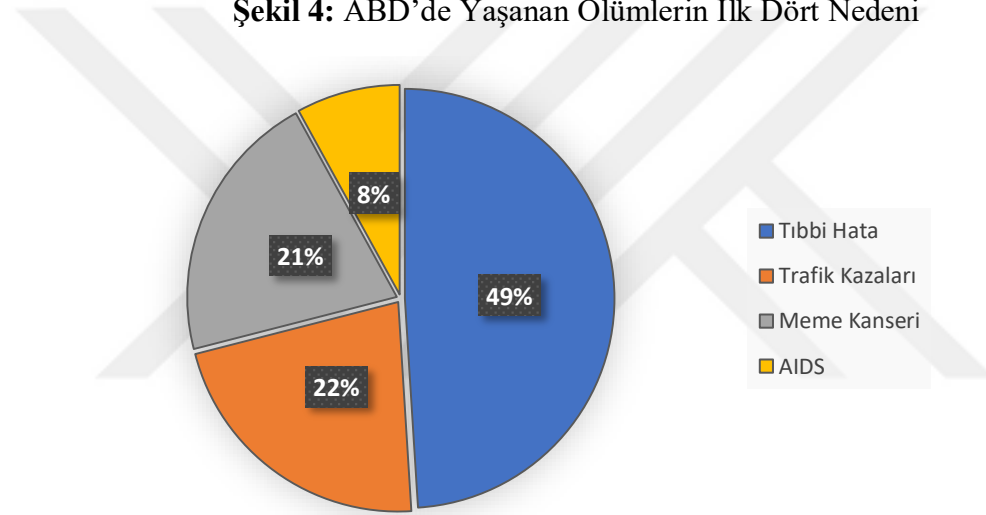
Tıbbi uygulamalardaki hatalar, sağlık hizmet sunucuları olan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya gerekli müdahalelerde bulunma yetkisine sahip fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık çalışanlarının, öneri ve/veya birtakım uygulamalarından kaynaklanan, hastalığın normal seyir göstermemesi, ilerlemesi, iyileşme görülmemesi ve hastaların ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki sonuçların tamamını kapsamaktadır (Hancı, 2006).

Yapılan birçok çalışmada tıbbi hata kavramı ve malpraktis kavramları birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Her ne kadar bu iki kavram arasında benzerlikler bulunsa da tıbbi hata malpraktis kavramından daha geniş bir tanımlamayı içermektedir. Malpraktis Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri 13. maddesinde “hekimliğin kötü uygulanmasıyla beraber bilgi ve deneyim eksikliği ya da yeterli ilgi gösterilmemesi neticesinde hastanın mutlak bir zarar görmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Hancı, 2005).

Malpraktis mutlaka bir zararlı sonuçlanırken tıbbi hata herhangi bir zararlı sonuçlanmayabilmektedir (Kohn vd., 2000; Grober ve Bohnen, 2005). Sonucunda bir yaralanma görülmeyen hatalar genel olarak “yakın tehlike (potential adverse events)” şeklinde tanımlanmaktadır (Grober ve Bohnen, 2005). Yakın tehlike; hastada zararlı sonuçlar meydana getirebilecek ancak bu zararlı sonuçların oluşmaması durumunu ifade etmektedir (Barach ve Small, 2000).

Malpraktiste meydana gelen olumsuz durum; ölüm, organ kaybı, çok şiddetli ağrılar, psikolojinin bozulması ve maddi kayıplar gibi örneklerinin arttırılabileceği olumsuz sonuçlar meydana gelebilmektedir. Tıbbi hatalar ise; tanı, ilaç ve cerrahi uygulamaları esnasında oluşabilmektedir (Yıldırım ve Aksu, 2009).

Şekil 4: ABD’de Yaşanan Ölümlerin İlk Dört Nedeni



Şekil 1. ToErr is Human: Buildings Safer Health System raporuna göre ABD’de yaşanan ölüm nedenleri (Kaya ve Güven, 2005).

Kohn’un arkadaşlarıyla birlikte hazırladığı rapora göre ABD’de tıbbi hatalara bağlı ölümler diğer faktörlere oranla çok daha yüksek bir orana sahiptir. Rakamla ifade edecek olursak her yıl 98.000 kişi bu hatalar kaynaklı hayatını kaybetmektedir (Byers ve White, 2004). Dünyada ölüm nedenleri arasında en sık görülen trafik kazaları ve meme kanserinden bile çok daha yüksek orana sahip olan bu hataların birçoğu sistemsel kaynaklı olup önlenemez hatalardan oluşmaktadır (Studdert vd. 2004). Yayınlanan raporun en önemli amaçlarından biri hasta güvenliğine dikkat çekerek tüm dünyada bu konuyla ilgili farkındalık yaratmaktır. Bu amaç doğrultusunda yapılan hataların takibini

sağlayabilmek için bir raporlama sistemi geliştirilmesinin önemine değinilmektedir (İlan ve Fawlor, 2005).

2.2.1. Tıbbi Hata Çeşitleri

Tıbbi hataların en kısa sürede saptanarak zararların oluşmasının önlenmesi veya oluşan zararın ortadan kaldırılması için öncelikle bu hataların neden meydana geldiğini saptamak bir başlangıç noktası olacaktır (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Bir organizasyonu meydana getiren unsurları birbiriyle ilişkili bir bütün olarak ele alan Sistem Yaklaşımına göre insanlar yanılabilen ve hata yapması kaçınılmaz varlıklardır (Makary ve Daniel, 2016). Sağlık kurumlarında hasta zarar ilişkisinin sıfır olmasının çok mümkün olmayacağı belirtilmektedir (CIHI, 2016). Hastalar kişisel veya sistemsel düzeyde zararlara maruz kalabilmektedirler (Makary ve Daniel, 2016). AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) tıbbi hataların temelinde; iletişimden kaynaklanan sorunlar, yetersiz veya eksik bilgi, insan ve hasta kaynaklı unsurlar, teknik sorunlar, politika ve prosedürlerin yetersizliği olduğunu raporlamışlardır (Lockwood, 2018).

Sağlık kurumlarında sıklıkla rastlanan tıbbi hatalar sağlık hizmeti sunumunun her evresinde meydana gelebilmektedir. Meydana gelen bu hataların ana neden ya da hata çeşitleri olarak temelde iki kısımdan oluşmaktadır. Ana/kök neden olarak tıbbi hatalar; yanlış işlemde kaynaklanan hatalar, doğru işlem uygulamamadan veya doğru işlemi yanlış uygulamaktan kaynaklanan hatalardır. Hata çeşitleri açısından ise genel olarak; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı hataları, sistem yetersizliğine bağlı ve diğer diğer hatalardan (hastane enfeksiyonu, düşmeler vb.) oluşmaktadır. (Özata ve Altuncan, 2010).

2.2.1.1. İlaç Hataları

Sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların tedavilerinde büyük öneme sahip olan ilaç uygulamaları tıbbi hatalarda en sık rastlanılan hata çeşididir. İlaç hatası, uygunsuz ilaç kullanımına ve hastanın zarar görmesine neden olan, sağlık hizmeti disiplinlerinin, hasta ve yakınlarının kontrolünde önlenabilir bir olay olarak tanımlanmıştır (Hicks vd. 2008).

İlaç uygulamalarındaki hatalar hastaların sakat kalmasından ölümüne kadar çeşitli zararlara yol açmaktadır. AHRQ (2019) ilaca bağlı advers etkiyi, ilaç uygulamaları esnasında meydana gelen istenmeyen durum, zarar olarak ifade ederek 2019 yılı itibariyle yayınladıkları raporla beraber hastanede tedavi gören hastaların %5'inin bu zararlı etkiye maruz kaldığı belirtilmektedir. Sağlık kurumlarında geliştirilen barkodlama sistemi,

etiketleme yöntemi, ilaç hazırlamanın uzman gözetiminde yapılması gibi geliştirilen birçok yönteme rağmen hastanede yatarak tedavi olan hastaların her yıl yaklaşık 1,6 milyon civarının ilaca bağlı advers etki yaşadığı düşünülmektedir (AHRQ,2019). Bu hataların çoğu insan kaynaklı olup önlenebilir hatalar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu nedenle sağlık personellerinin ilaç düzenlemelerini ve kontrollerinin doğru ve eksiksiz yapması, yanlış yapılan ilaç uygulamalarının fark edildiği anda hekime bildirilmesi gerekmektedir (Holdsworth vd. 2003).

2.2.1.2. Cerrahi Hatalar

Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen cerrahi işlemler esnasında meydana gelen hatalardır. Ameliyathaneler ekip çalışmasının yoğun olarak yaşandığı, birçok teknolojik aletin kullanıldığı, iş yükü diğer birimlere oranla daha fazla olan, karmaşık ve ağır işlemlerin yapıldığı komplike bölümler olmasından dolayı hata yapma riskinin fazla olduğu yerlerdir (Uğur ve ark. 2016). Tıbbi hataların %2'si cerrahi hatalardan oluşmaktadır (Sütçü, 2019).

DSÖ 2008 yılında yayınladığı raporda dünya genelinde her yıl 234 milyon civarında cerrahi işlem yapıldığını ve bu işlemler esnasında çeşitli hatalardan dolayı ortalama 1 milyon insanın yaşamını yitirdiğini belirtmektedir (Stelman, 2013). Örgütün 2017 yılında yayınladıkları son rapor da öncekini destekler nitelikte olup her 25 hastadan birine cerrahi işlem uygulandığını ve bu hastaların %25'in de komplikasyonlar geliştiğini belirtmektedirler (WHO, 2017).

2.2.1.3. Tanı Koymada Yaşanan Hatalar

Tıbbi hataların %10-15'ini tanı koyma hataları oluşturmaktadır (Rodziewicz ve Hipskind, 2019). IOM (2015) tanı hatalarını, “tanının yanlış konulması veya zamanında konulmaması bu nedenle yapılması gereken testlerin gecikmesi, doğru testlerin yapılmaması, yapılan testlerin yanlış bir şekilde yorumlanması ve hastanın iyileşebilmesi için önlemlerin alınmaması” olarak tanımlamaktadır. Sağlık kurumlarında hastanın tedavisine başlanabilmesi için öncelikle tanının eksiksiz, doğru yapılması gerekmektedir (Bodur ve Filiz, 2009). Doğru yapılmayan tanı yanlış tedavi uygulamasına, gerekli tetkiklerin yapılamamasına dolayısıyla da yanlış veya eksik ilaç uygulamasına neden olarak hastanın ölümüne sebebiyet verebilecek ciddi hataları da beraberinde getirebilir (27214 sayılı resmi gazete, 2009).

2.2.1.4. İletişim Sorunlarından Kaynaklanan Hatalar

Ekip çalışanları arasındaki iletişim aksaklıkları tıbbi hataların artış göstermesine sebebiyet vermektedir (Sutcliffe ve ark., 2004). Patterson ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan araştırmada yanlış ilaç uygulamalarının belirlenmesi ve önüne geçilmesinde en önemli faktörün çalışanlar arasındaki iletişim olduğu saptanmıştır. Hasta ile ilgili kritik bilgilerin aktarılmadığı/yanlış aktarıldığı veya takip edilmesi gereken konularla ilgili bilgilerin iletilmediği hasta devirleri yaygın bir hata kaynağıdır (Saleem ve ark., 2015). Zayıf iletişimin ilaç hataları, tedavide gecikme ve yanlış alan cerrahilerine neden olduğu belirtilmiştir (Shitu ve ark., 2018)

2.2.1.5. Sistem Kaynaklı Hatalar

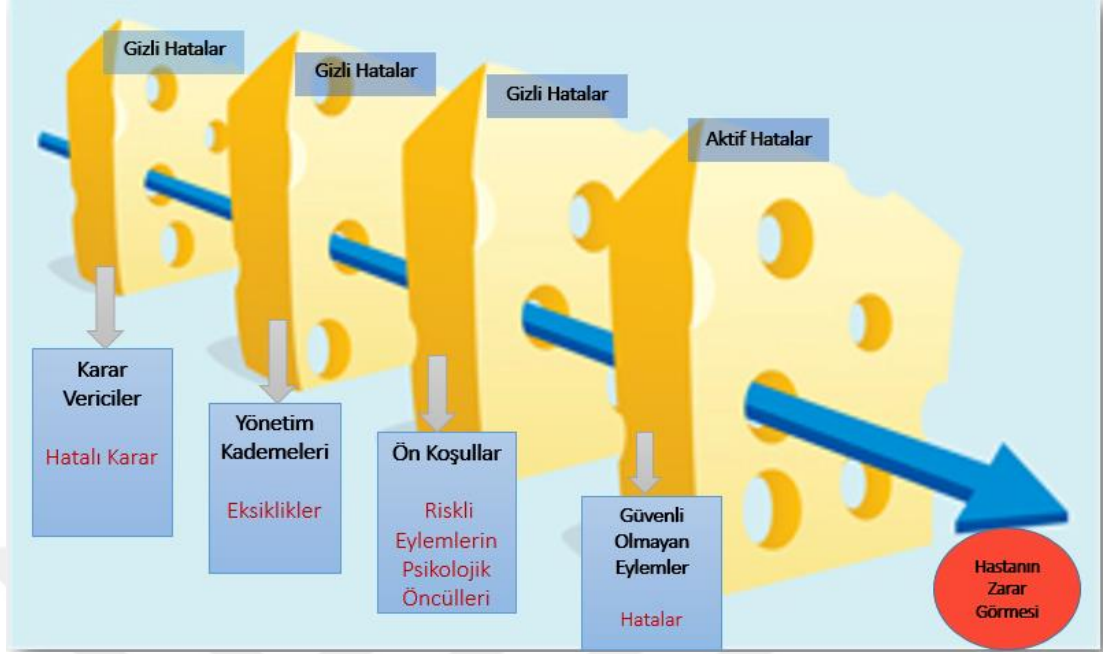
Sistem kaynaklı hataların meydana gelmesinde sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan teknolojilerin, cihaz ve sarf malzemelerin bulunmaması ya da bozuk olması, personel sayısının yetersiz olması, ekipteki iletişim sorunları (Özata ve Altuncan, 2010), hizmet sunumu esnasındaki aksaklıklar, yorgunluk, eğitim eksikliği ve planlamanın iyi yapılmaması gibi etmenler yer almaktadır (Akgün, 2014).

İran'da 10 sağlık kurumunu kapsayan bir araştırmada meydana gelen 4379 tıbbi hatanın %27'sinin sistem kaynaklı hatalar olduğu belirlenmiştir (Khammarnia ve ark., 2015). İnsan kaynaklı hatalar sıkça görülmekle beraber hataların büyük bölümü sistem kaynaklı meydana gelmektedir. Personeli sistem kaynaklı hatalar nedeniyle cezalandırmak bu hata türüne olumlu bir katkı sağlamayacaktır. Hasta güvenliği alanındaki profesyoneller, bir suçlu aramak yerine, hatanın meydana gelmesini önleyecek veya oluşan hatanın zararının en aza indirilmesini sağlayacak sistemlerin geliştirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Rodziewicz ve Hipskind, 2019).

2.2.1.5.1 İsviçre Peynir Modeli Yaklaşımı

Sistem kaynaklı oluşan hatalar, bu hataların meydana geliş nedeni, oluşmasındaki etkenler ve bu hataların önüne geçilebilmesi için İsviçre Peynir Modeli Yaklaşımı geliştirilmiştir.

Şekil 5: İsviçre Peynir Modeli



Kaynak: Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. British Medical Journal, 320: 768-770.

Reason (1990) tarafından geliştirilen İsviçre Peyniri Modeli Yaklaşımına göre; örtük hataların ana nedeninin hataları aktive ederek aktif hatalar oluşmasına neden olmaktadır. Sistem, İsviçre peynirindeki gibi boşluklara sahiptir ve bu boşluklar sistemdeki aksaklıkları temsil etmektedir. Her bir boşluk hastaya ulaşabilecek zararları ifade etmektedir. Peynirdeki dilimler, hasta güvenliği kültürü, çalışan güvenliği, tanı/tedavi protokolleri, personel eğitimine karşılık gelmektedir. Delikler paralel oluşturduğu takdirde hatalar oluşabilmektedir. Bu modele göre hataların meydana gelmesine karşın her hatanın karşısına önleyici unsurlar yerleştirilmelidir. Hastaya sürecin her aşamasında bilgilendirmeler yapıldığı takdirde hastada bu sistemde önleyici bariyer olarak yerini alabilecektir. Yaklaşım sistemde hiçbir kusur olmadan tasarlanması gerektiğini belirterek hataların önlenmesinde kişilere değil sistemin bütününe odaklanmaktadır. Yaklaşım göre sistemler eksiksiz tasarlandığı takdirde bireylerin hata yapma olasılığı kalmayacaktır (Reason, 2000).

2.2.2. Tıbbi Hataların Meydana Gelme Nedenleri

Tıbbi hataların meydana gelme oranı 1990'lara kadar tam olarak bilinmemekteydi. Bu tarihten itibaren yapılan araştırmalar tıbbi hata kaynaklı her yıl binlerce hastanın zarar gördüğünü ortaya koymuştur. Faaliyetlerine ABD'de devam eden Institute of Medicine (IOM) 1999 yılındaki To Error Is Human raporunda yer alan verilere göre ABD'de her

yıl 44.000-98.000 arasında hasta tıbbi hataya maruz kalarak zarar görmektedir (IOM, 1999). Ülkemizde ise tıbbi hata şikayetlerini değerlendirme kurumu olan Yüksek Sağlık Şurası kurulunca 1931-2004 yılları aralığında on bine yakın şikayet incelemiş ve bu şikayetlerin büyük bölümünde sağlık çalışanlarının hatalı olduğu saptanmıştır (Temel, 2005).

Tıbbi hataların neden olduğu zararları ortadan kaldırıp hasta güvenliğini sağlamak öncelikle hatanın kök nedeninin bilinmesini gerektirir (Avcı ve Aktan, 2015). Tıbbi hataların meydana gelme nedenleri insan, kurumsal ve teknik faktörler olmak üzere genel olarak üç gruba ayrılmaktadır (Canatan ve ark. 2015). İnsan faktörlü hataların nedenleri yorgunluk, eğitim, zaman ve iletişim yetersizliği, dikkatsizlik, uygun karar verememe, mantıksal hatalar gibi unsurlar olarak görülmektedir (Caymaz, 2015). Kurumsal faktörlü olarak; çalışma yerinin fiziki koşulları, idari ve finansal yapı, liderlik şekli, çalışanların yanlış organize edilmesi, geri bildirim için uygun şartların sağlanmaması olarak sıralanabilir. Teknik faktörler ise; ekipman, cihaz ve otomasyonlardaki yetersizlik, karar destek sistemlerinin yeterli olmayışı gibi unsurlardan oluşmaktadır (Abrams ve ark., 2003).

Ameliyathane gibi yüksek risk barındıran birimlerde genelde üç tip hata görülmektedir. Bu hatalar:

1.Ramak kala hatalar: Hastanın zarar görmesiyle sonuçlanabilecek ancak zamanında müdahale ile zararın önlendiği hata türüdür. Diğer bir ifadeyle meydana gelme ihtimali yüksek olan ancak gerçekleşmemiş hata olarak tanımlanır (Gök ve Yıldırım, 2016).

2.Advers Olay: İstenmeyen ya da beklenmeyen belirtiler ile ortaya çıkan ve zarar verme ihtimali olan durumları ifade etmektedir (Grober ve Bohnen, 2005).

3.Sentinel (Beklenmeyen) Olay: Hastanın sakat kalmasına hatta ölmesine neden olacak kadar büyük ölçüde zarara neden olabilecek istenmeyen olayları ifade eder. Sentinel olaylar hastaya tedavisi esnasında yanlış müdahalenin yapılması ya da ameliyat esnasında yanlış müdahalenin yapılmasıyla meydana gelmektedir (Akgün, 2014).

Literatürde tıbbi hatalar ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde hataların meydana gelme nedenlerine ilişkin ulaşılan sonuçlar:

Çakmak ve arkadaşları (2018) bildirim yapılan 155295 hatayı inceleyerek yaptıkları çalışmada cerrahi hataların 3/4'ünün ameliyathanede meydana geldiğini tespit etmişlerdir.

Canatan ve arkadaşlarının (2015) 100 çalışanla gerçekleştirdikleri çalışmada tıbbi hatanın oluşmasına neden olan ilk üç faktörün yoğun iş yükü, tecrübe eksikliği, konsantrasyon eksikliği olduğu tespit edilmiştir.

Er ve Altunbaş'ın (2016) 131 hemşireyle gerçekleştirdiği çalışmada çalışanların %78'i yorgunluk, %75'i iş yükünün fazla olması, %69'u mesleki bilgi ve becerinin yetersiz olması ve %51'i de iletişim yetersizliğinden kaynaklı hata yaptıklarını bildirmişlerdir.

Vural'ın (2014) 200 çalışanla gerçekleştirdiği çalışmada ise, çalışanların %75'i tıbbi hataların çoklu sistem sorunlarından kaynaklandığını belirtmişlerdir.

2.3. Ameliyathane Birimi

Ameliyathane birimleri ekip çalışmasının en yoğun olduğu, zamana karşı yarışılan, karmaşık ve çok sayıda teknolojilerin kullanıldığı, iş yükü fazlalığı olan komplike birimler olmasından kaynaklı hata yapma olasılığının daha yüksek olduğu birimlerdir (Steelman ve ark., 2013).

Ameliyathane birimleri kesintisiz hizmet sunan birimlerdir. Diğer birimlere kıyasla iş yoğunluğu ve karmaşıklığı çalışanlar arasında sürekli bir uyumu ve etkili ekip çalışmasını gerektirmektedir (Dıramalı ve Demir, 1996). Farklı uzmanlıklara sahip kişilerin aynı anda işlem yapmasını gerektiren birimlerdir. Bu işlemler esnasında kişiler arasındaki iletişimin kesintisiz ve doğru olması ise hataların en az görülmesine fayda sağlamaktadır. Ameliyathane çalışanların mevcut çalışma koşulları, iş stresi, çalışma saatleri, yemek, vb. durumları acil durumlarda uzun saatler boyunca karşılanamayabilmektedir. Bu temel gereksinimlerin uzun saatler karşılanmaması ise kişilerde bir süre sonra dikkat dağınıklığına, yoğun stres ve gerileme sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra konsantrasyon zorluğu yaşayan ekip üyelerinin beraberinde verimliliği düşebilmektedir. Bu olumsuzluklar sonucunda hatanın meydana gelmesi kaçınılmaz olmakta ve hasta zarar görebilmektedir. Ameliyathane biriminin tüm bu olumsuzluklarını ortadan kaldırmak, hasta güvenliğini sağlamak ve maksimum verim elde edebilmek için personelin motivasyonlarının en üst düzeyde tutulması, temel tüm

ihtiyaçlarının karşılanması ve çalışanlarda yüksek ekip ruhunun oluşturulması gerekmektedir (Özkan, 2016).

2.4. Ekip Kaynak Yönetimi

Ekip kavramı, kurumun belirlediği hedeflere ulaşabilmek için farklı teknik veya teknik olmayan becerilere sahip kişilerin bir araya gelerek oluşturmuş oldukları topluluktur. Farklı yetkinliklere sahip olan bu kişilerden oluşan ekipler özelde kendi çıkarlarını, genelde ise kurumun çıkarlarını gözeterek ekiple bütünlük sağlamaktadır (Özkalp ve Kirel, 2016).

Bir ekibin varlığından söz edebilmek için üç temel bileşen söz konusudur. Bunlar, iki ve üzeri insanın bir araya gelmesi, gerçekleştirilmesi hedeflenen ortak bir amaç ve ekip üyelerinin bu amaç için birbirine bağımlı hareket etmesidir (Eren, 2017).

Ekip kaynak yönetimi (EKY), kokpit ekibi kaynaklı tüm kazaları engellemek amacıyla havacılık sektörü için geliştirilmiş bir yaklaşımdır (McConaughy, 2008). EKY yaklaşımı insan, bilgi, yazılım, prosedürler vb. gibi eldeki tüm kaynakların optimum düzeyde kullanımını sağlayan eğitim programlarıdır (CAP 737, 2006). EKY eğitim programları sağlık kurumlarında hasta güvenliği için gereken tüm önlemlerin alınmasını sağlarken olası bir hata sonucunda ekipteki üyelerin kendilerini çekinmeden ifade edebilmesi için hesap verebilirliği geliştirmeye de katkı sağlamaktadır (Thies, 2007). Meydana gelen hataların büyük bölümünün sistem kaynaklı hatalar olmayıp daha çok kişilerden kaynaklanan önlenebilir hatalar olduğu ortaya konmuştur (CAP 720, 2002). Bundan dolayı hatayı önlemede bireylere yönelen sistem olan EKY programları önem kazanmıştır.

EKY, havacılık sektöründe uygulanan alanlarda başarılı sonuçlar elde edilince yüksek risk barındıran birçok sektörde de uygulanmaya başlanmıştır. EKY eğitim programlarının uygulandığı yüksek risk barındıran tıp, demiryolu, nükleer enerji ve petrokimya gibi alanlarda da uygulama sonrası hata oranlarının yüksek oranda azaldığı gözlemlenmiştir.

2.4.1. Ekip Kaynak Yönetimi Başlangıç Noktası ve Tarihçesi

1970'lerde artarda yaşanan uçak kazalarında yüzlerce insanın yaşamını yitirmesi üzerine uzmanlar bu kazaların meydana geliş nedeniyle ilgili araştırmalar yapmaya başlamışlardır. Yapılan araştırmalar kazaların çıkış noktasını saptamada yeterli

olamamıştır. Daha sonra aynı yıllarda kokpitte ses kayıt cihazlarının yaygınlaşması ile bu kazalara teknik arızaların değil kişilerden kaynaklı teknik olmayan sebeplerin neden olduğu anlaşılmıştır. 1979’da Amerika’da gerçekleştirilen Kokpit Kaynak Yönetimi konferansında kokpitteki ses kayıtlarından elde edilen verilerle elde edilen bilgiler paylaşılmıştır. Bu bilgilere neticesinde meydana gelen kazaların asıl nedeninin kokpitte çalışanlar arasındaki uyumsuzluk, iletişim sorunları, karar vermede zorluk ve etkili liderliğin bulunmayışının olduğu saptanmıştır (CAA, 2014). Konferansta ulaşılan sonuçların ardından tespit edilen sorunlara yönelik çeşitli programlar uygulanmaya başlanmıştır (Öztürk ve Afacan, 2011).

Robert L. Helmreich, ilk ismiyle kokpit kaynak yönetiminin gelişimini beş aşamayla aktarmaktadır. İlk aşamada, bu yaklaşım kokpit kaynak yönetimi adıyla ilk olarak 1981’de Amerika’da United Airlines havacılık şirketinde uygulanmaya başlanmıştır. İlk eğitim programlarında uzman psikolog olan Robert Blake ve Jane Mouton tarafından geliştirilen “Yönetim Eksenleri” isimli yaklaşımının ilkeleri temel alınarak çalışanların ilk olarak yönetim yeteneklerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Yaklaşımın gelişiminin bu ilk aşamasında daha çok psikolojik testlere ağırlık verilmiş kişilerin liderlik duygularına yönelmişlerdir. Yıllık olarak devam eden bu eğitim programlarına kokpit çalışanları kişiliklerinin değiştirilmeye çalışıldığı gerekçesiyle karşı çıkmışlardır (Helmreich ve ark. 1999).

Programın gelişiminin ikinci aşamasında kokpit kaynak yönetimi ismi yerini 1986’da NASA tarafından ekip kaynak yönetimi (EKY) olarak değiştirilerek uygulanmıştır. Bu dönemde birçok firmayla beraber Delta havayolları da bu eğitim programlarını çalışanlarına uygulamıştır. Bu aşamada program parçalar yerine bütünü ele almaya yönelmiştir. Bu bağlamda ekip, etkili stres yönetimi, doğru bilgi alışverişi kavramları üzerinde durulmuştur. Bu aşamada da çalışanlarda, uygulamanın ilk yapıldığı dönemdeki kadar olmasa da hala bir direnç söz konusu olduğu belirtilmiştir (Helmreich ve ark. 1999).

EKY eğitim programlarının gelişiminin üçüncü aşaması 1990’lara denk gelmektedir. Bu aşamada bu programlara sadece pilotlar değil tüm çalışanlar dahil edilmiştir. Bu genişletme hataların azaltılmasında ekip kavramının ön plana çıkarılmasını sağlayan önemli bir gelişme olmuştur (Helmreich ve ark. 1999).

Dördüncü aşamaya gelindiğinde havayolu şirketleri hataların önlenmesi için kontrol listesi oluşturarak olağandışı durumları engellemeye yönelmişlerdir. Bu aşamada EKY, kokpit ekibi tarafından tamamen benimsenmiş olup önemi anlaşılmıştır. Ekipler artık EKY kapsamında arzu edilen davranışları sergilemeyi de kabul etmişlerdir (Helmreich ve ark. 1999).

Son aşamaya gelindiğinde ise EKY evrensel bir boyut kazanmıştır. Tüm havayolu şirketleri bu eğitim programlarını bünyesinde uygulamaya başlayarak ulaştıkları sonuçları paylaşmışlardır. Bu aşamada eğitimler genişletilerek hataların henüz meydana gelmeden fark edilmesini sağlamaya yönelik eğitimlere ağırlık verilmiştir (Helmreich ve ark. 1999).

EKY eğitim programlarının sağlık kurumlarına uyarlanması 1990'lı yıllarda mümkün olmuştur. İlk olarak anesteziist David Gaba, uçak yönetimi ile hastanedeki kriz yönetiminin benzerlik gösterdiğini söyleyerek bu yaklaşımın hastanelere uyarlanmasının gerekliliğini ifade etmiştir. EKY eğitim programlarını ilk olarak Basel hastanesi uygulamıştır (McGreevy ve Otten, 2007). Ancak bu eğitim programlarının tıp bilimlerinde yaygın olarak kullanımı havacılık sektöründen yaklaşık on yıl sonra denk gelmektedir (Pizzi vd., 2001). Sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen çoğu hatanın bireysel hatalardan daha çok iletişim ve koordinasyon eksikliklerinden kaynaklandığının anlaşılması kurumları çalışanlar arasındaki iletişimi ve ekip çalışması bilincini arttırmaya yönelik eğitimlere ağırlık verilmesine yönlendirmiştir (Oriol, 2006).

İnsan kaynaklı hataların en aza indirilmesinde ekip anlayışına dayanan eğitimlerin önemi yadsınamayacak kadar büyüktür. Bu eğitimlerin temelde amacı, hataların oluşmasını önlemek, meydana gelen hataların zararlarını ortadan kaldırmak için gerekli alt yapının oluşmasını sağlamaktır. EKY eğitim programları hataların ortadan kaldırılmasında ya da en aza indirilmesinde önemli bir program olarak görülmektedir (Bleetman ve ark., 2011).

2.4.2. Ekip Kaynak Yönetimi Eğitimi

EKY eğitimleri 4 aşamalı olarak gerçekleştirilmektedir (Flin ve ark., 2002).

2.4.2.1. Aşama: İlk Eğitimin Verilmesi

- Eğitimler sınıf ortamlarında verilir. İlk eğitim aşamasında iletişim, karar verme, ekip davranışı, liderlik vb. davranış eğitimleri verilir. Ekip üyeleri arasında ortak bir dil oluşturulması amaçlanır.
- Eğitimin içeriği, süresi, hedefleri kurumların ihtiyaçları doğrultusunda değişkenlik gösterebilir. Dersler görsel ve işitsel materyallerle desteklenir. Bilgisayar odaklı ve rol yaparak eğitim ile oluşması istenilen davranışlar pekiştirilir.
- Ekip üyelerinin karşılaşması olası kritik durumlar ve tehditler ile ilgili kavramsal bilgilere de yer verilmelidir.
- Derslerde üyelerin aktif katılımı sağlanmalı, üyelerden dönütler alınarak iletişim pekiştirilmelidir.
- Sınıf ortamında verilen bu eğitimler sadece başlangıç aşamasıdır, eğitimlerin kalıcılığının sağlanarak davranışlara yansımaları sağlamak için eğitimlerin tüm aşamalarının başarılı bir şekilde tamamlanması sağlanmalıdır.

2.4.2.2. Aşama: Tazeleme Eğitimleri ve Geri Bildirimler

- EKY eğitimlerinin başlangıcında verilen eğitimler daha sonra yeniden tekrar edilerek pratik yapılmalıdır. Çeşitli rollerle ve simülatörlerle eğitimlerin verimliliği artırılabilir. Bu eğitimlerde mümkün olduğunca ekibin tüm üyeleri bir arada bulunmalıdır.
- Tazeleme eğitimleri sayesinde çalışanlardan geribildirimler sağlanır ve uygulanan eğitimlerin etkisi bu aşamada daha iyi anlaşılır. Üyeler aldıkları eğitim neticesinde kendi performans takiplerini yaparak değerlendirmelerde bulunmalıdırlar.

2.4.2.3. Aşama Sürekli Gelişim

- Uygulanan eğitim programlarının uzun vadede maksimum fayda sağlaması için bu eğitimlerin tek seferlik yapıp biten eğitimler değil sürekli, düzenli periyodlarla tekrarlanması verimliliği arttıracaktır. Eğitimlere ara verilmesi veya sonlandırılması üyelerin o süre zarfında istenmeyen davranışları yeniden tekrarlanmasına neden olabilir.

- Tek seferlik, kısa zaman diliminde yapılan eğitimlerin kişilerin o zaman dilimine kadar sürekli yaptığı olumsuz davranış veya tutumları ortadan kaldırması beklenmesi doğru olamayacaktır.
- Tüm ekip üyelerin dahil edildiği birleşik eğitimler EKY eğitim programlarının verimliliği açısından önemlidir.

2.4.4.4. Aşama Eğitimlerin Değerlendirilmesi

Eğitimler sonrası verilen eğitimlerin amaçlara ulaşmada ne kadar etkili olduğunu saptamak amacıyla mutlaka son değerlendirme yapılmalıdır. Eğitime katılan tüm bireylerin geribildirim sağlaması, karşılıklı sorularla eğitimin amaçlarının ne derece başarılı olduğu saptanmaya çalışılmalıdır.

2.5. Ekip Kaynak Yönetimi Bileşenleri

EKY eğitim programlarında ekip üyelerinin gelişim ve performans artışını sağlamak için birtakım bileşenler yer almaktadır. Bu bileşenler; liderlik, iletişim, karar verme, ekip çalışması, görev analizi, kendine güven ve durumsal farkındalık unsurlarından oluşur.

2.5.1. Liderlik

Liderlik, başkalarını etkileyebilme sanatıdır (Copeland, 1942). Diğer bir ifade ile insanları etkileyerek kendi istekleri doğrultusunda harekete geçmelerini sağlamaktır. Ekip liderleri kurumun belirlenmiş prosedürleri çerçevesinde çalışanları organize edip koordinasyon ve denetimini sağlamaktadırlar (Baltaş, 2013).

Sağlık kurumlarında özellikle karmaşık yapıdaki ameliyathanelerde iş süreçlerinin iyi yönetilmesi ve ekiplere etkili liderlik yapılması çalışanlar arasındaki bağlılığın ve etkinliğin sağlanmasında oldukça önemlidir. İyi bir şekilde yönetilen ekiplerde çalışanlar arasındaki dayanışmayı arttırmaktadır bu durumda performans artışına neden olmaktadır (Zehir ve Özşahin, 2008).

EKY yaklaşımı kapsamında liderlik, mesleki bilgi birikimi ile farklı uzmanlıklara sahip kişileri yönlendirme, denetlenme görevlerinin her birinin etkili yapılmasıdır. Ekip liderliğinin görevlerinin bir diğeri ise yanlış prosedür uygulayan ya da hedefler dışında hareket eden kişilerin saptanarak ikaz edilmesidir (Mengenci, 2010).

2.5.2. İletişim

EKY bileşenlerinin en önemli unsurlarından biridir. İletişim; bilgileri, talimatları açık ve anlaşılır bir biçimde gönderip alınabilmesi ve geri bildirim sağlanmasıdır (Jones, 2009). Ekip üyelerinin görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi, anlaşma sağlayabilmeleri, ortak hedefleri birlikte gerçekleştirmeleri aralarındaki iletişimin doğru ve eksiksiz olmasına bağlıdır. Aralarında doğru iletişimi sağlayamayan bir ekibin başarıya ulaşması oldukça güçtür (Şekerli ve Gere, 2011).

2.5.3. Karar Verme

Karar verme, durumların ve şartların elverdiğince mevcut olan verileri değerlendirerek, mantık yolu ile bilgiye dönüştürme, alternatifler arasından birini seçme ve uygulamadır (Harris, 1994). Salas ve arkadaşları; karar verme sürecini, bilgilerin toplanıp entegre edilmesi, mantık çerçevesinde karar alınması, alternatifler belirleyerek bunlar arasından en uygun seçeneğe karar verilmesi aşamaları olarak değerlendirmektedir (Powell ve Hill, 2006).

2.5.4. Ekip Çalışması

Farklı çalışma alanlarından gelen kişilerin ortak amaç doğrultusunda beraber hareket etmesi, fikir ve iş birliği yapmasıdır (Stepars ve ark., 2002). Sağlık kurumları özellikle de ameliyathane birimleri oldukça komplike birimler olmasından dolayı ekip çalışmalarının en yoğun ihtiyaç duyulan birimdir. Sağlık kurumlarındaki ekipler, hastalara en kapsamlı ve karmaşık hizmetleri vermek için bir araya gelmiş uzmanlardan oluşmaktadır. Bu ekip üyeleri arasında sürekli olarak bilgi ve deneyim paylaşımı, kararların ortak alınması ve uygulanması söz konusudur (Molyneux, 2001). Sağlık hizmetlerinde her personel ve her bir görev oldukça önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık ekibindeki üyelerin birbirinden üstünlüğü söz konusu olmamakla birlikte ekip üyeleri birbirlerinin tamamlayıcısı niteliğindedir (Özsoy ve ark., 2003).

2.5.5. Görev Analizi

EKY yaklaşımının temel felsefesi tüm faaliyetlerin iyi ve sistematik bir biçimde planlanarak tam zamanında, kusursuz olarak işler hale getirilmesidir. Bu nedenle sağlık kurumlarında ekip üyelerinin iş analizleri önceden belirlenerek tüm üyelerin yapması gerekenler önceden belirlenmektedir. Sağlık kurumlarında iyi bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için, tüm tehlikelerin belirlenmesi, oluşabilecek risklerin

belirlenmesi ve buna yönelik tüm tedbirlerin alınması gerekir. İyi yapılandırılmış görev dağılımları oluşacak tehditlere karşı en iyi savunma biçimidir (Ginnet, 1987).

2.5.6. Kendine Güven

Kendine güven ya da öz güven bireylerin kendilerine ait düşünce ve duyguları herhangi bir kaygı ve korku durumu olmadan karşısındaki kişiye ifade etme kararlığı olarak tanımlanabilir (Williams, 2000). Görev esnasında kişilerin yapması veya yapmaması gerekenleri belirleyen durumdur (Jones, 2009).

Ekipteki üyelerin duygu ve düşüncelerini rahat ve özgürce ifade etmelerinin sağlanması, otoriteye karşı çıkma olarak değil problemlerin çözümünde etkin bir yol olarak görülmelidir. Bu durum yalnızca deneyimli üyeler için değil ekibe yeni katılmış olan genç üyeler için de sağlanmalıdır. Ekipteki tüm üyelerde özgüvenin geliştirilmesi yapılan hataların saptanması önemli bir aracı rol oynamaktadır. Bu nedenle çalışanlara gelişimleri için gerekli destekler sağlanmalıdır (Şekerli, 2006).

2.5.7. Durumsal Farkındalık

Risk algılaması olarak tanımlanır. Kurumda meydana gelenleri anlamayı ve geleceğe dönük olası varsayımlarda bulunmayı ifade eder. Çalışma sistemlerinde güvenli çalışmanın olmazsa olmazı olarak değerlendirilir (Mearns ve ark., 2001). Durumsal farkındalık diğer bir ifade ile, içinde bulunulan ortamda bilinçli olma, olup bitenlerle ilgili bilgi sahibi olma durumudur. Dikkat dağıtıcılardan uzaklaşarak, işe yoğunlaşma parametrelerini kapsar. Durumsal farkındalık, analiz etme, çözümlenme, karar verme faaliyetlerinin tümünün anında yapılmasıdır (Mengenci, 2010).

2.6. Ekip Kaynak Yönetiminde Etkili Olan Araçlar

EKY araçları ameliyathanede ameliyat öncesi, esnası ve sonrasında güvenli cerrahi ortamın sağlanması için gerekli araçları içermektedir. Araçların eksiksiz ve zamanında kullanımı hataların önüne geçilmesinde oldukça büyük öneme sahiptir. Ricci ve Brumsted (2012) bu araçları; kontrol listeleri, güvenlik işaretleri, işlem öncesi bilgi (brifing) ve işlem sonrası bilgi (debrifing) olarak sıralamışlardır.

2.6.1. Kontrol Listeleri

Sağlık bakım alanlarında yoğun teknolojilerin kullanımı hizmetleri daha etkili hale getirir de bu durum sistemlerin daha karmaşık olmasına neden olmuştur (WHO, 2016). Bu karmaşık sistemler içerisinde hasta güvenliğinin sağlanabilmesi ve cerrahi

işlemler sırasında hataları en aza indirmek için DSÖ 2008’de “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı” projesini geliştirmiştir. Bu proje kapsamında güvenliğin sağlanabilmesi için 10 temel amaç belirlenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda 2009 yılında geliştirilen Genel Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL), anestezi öncesi, ameliyat kesiminden önce ve ameliyattan çıkmadan önce olmak üzere üç aşamalı olarak oluşturulmuştur. Her güvenlik aşamasının uzmanlarca yapılması hataların önüne geçerek hastaların zarar görmesini büyük oranda azaltmaktadır. Bu da beraberinde hata kaynaklı oluşan yüksek maliyetleri önlemektedir (WHO, 2009).

Kontrol listelerinin sağladığı faydalar; ekip üyeleri arasında iletişimin artmasını, cerrahi operasyona ait hataların ve ölüm oranlarının azalmasını, yanlış hasta-yanlış taraf kaynaklı cerrahi hataların önlenmesini, cerrahi güvenliğin sürekli hale gelmesini sağlar. Cerrahi ekibin tüm aşamaları kayıt altına aldığı yasal bir dayanak olması bakımından fayda sağlar (Abbasoğlu ve ark., 2013).

Kontrol listeleri tek kişi tarafından yürütülmelidir. Listeleri yöneten kişi ameliyatın her aşamasını kontrol edebilen ekip üyelerinden biri olmalıdır. Aşamalar sırasıyla tamamlanmalı, bir aşama tamamlanmadan sonrakine geçilmemelidir. Güvenlik adımlarında eksik tespit edildiği takdirde liste koordinatörü durumu kontrol altına almalıdır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011.c).

Şekil 6: Türkiye'de Kullanılan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ ^{TR}		Hastanın Adı Soyadı	
		Ameliyat/Bölgesi	
		Ameliyat Tarihi	
I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkımadan Önce
<p>1. Hastanın:</p> <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyat <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı. <p>2. Hastanın rızası kontrol edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3. Hasta aç mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>4. Ameliyat bölgesi ırsı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>5. Hastada makul/ole, protez, değerli esya var mı? <input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6. Hastanın kayıtları tümüyle çıkartıp ameliyat önlüğü ve bonesi ayırdı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Vars Çorabı <input type="checkbox"/> Özel Tedavi protokolü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazır mı teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikleri mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p><small>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</small></p>	<p>10. Hastanın kendisinden</p> <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyat <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi <input type="checkbox"/> Hastanın ameliyat ile ilgili rızası doğrulandı. <p>11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretleme uygulanamaz</p> <p>12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p style="text-align: center;">Hastanın Risk Değerlendirmesi</p> <p>14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>16. Hastada 500 ml'ye da daha fazla kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planında.</p> <p><small>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</small></p>	<p>17. Ekipleki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>18. Ekiple bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında peroksesiblecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Oksijen anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>20. Profilaktik antibiyotik soruldu mu? <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>24. Anlıkogülden kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><small>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</small></p>	<p>26. Gerektirilen ameliyat için sözü olarak</p> <input type="checkbox"/> Harita, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi. <p>27. Alet, spang/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>28. Hastadan alınan numune etiketinde</p> <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı <p>29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anesteziğin önerileri: <input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p>30. Hastanın ameliyat sonrası alicedeği bölüm teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p><small>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</small></p>
<small>* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.</small>			

Kaynak: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/>.

Türkiye’de GCKL 4 aşamadan oluşmaktadır. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının yayınladığı liste aşamaları:

2.6.1.1. Klinikten Ayrılmadan Önce

Bu aşamada cerrahın olma zorunluluğu vardır. Cerrahi ekip üyelerinden olan liste koordinatörü hastanın kimlik kontrolünü sağlamalı, taraf işaretlemelerini ve onamını kontrol etmelidir. Hastanın açlık/tokluk durumunu kontrol etmeli, cerrahi alanın temizliğini (tırış) sağlamalı, hastanın tüm kontrollerini yaparak son olarak ameliyat kıyafetinin giyilmesini de sağlayarak hasta ameliyata hazır hale getirilir. Bu aşama eksiksiz olarak tamamlandıktan sonra liste koordinatörü gerekli işaretlemeleri yaparak sonraki aşamaya geçmelidir.

2.6.1.2. Anestezi Verilmeden Önce

Hastaya anestezinin verildiği ve en az bir anestezi uzmanının ve sağlık görevlisinin olması gereken aşamadır. Cerrahi hekimin bu aşamada yer alma zorunluluğu söz konusu değildir. Bu aşamada, hasta kimliği, ameliyatın yeri ve gerçekleştirilecek cerrahi işlemin kontrolü sağlanır. Ameliyat bölgesi işaretlenir, hastanın alerjik durumu kontrol edilir, cerrahi işlem için gerekli görüntüleme cihazları sağlanır. Son olarak hastanın kan kaybı riski de değerlendirilerek bu aşama tamamlanır. Tüm adımlar eksiksiz ve doğru bir şekilde tamamlandıktan sonra sonraki aşamaya geçiş sağlanır.

2.6.1.3. Ameliyat Kesisinden Önce

Hastaya anestezi ilaçlarının verildiği, cerrahi operasyonun henüz başlamadığı “Cerrahi Mola” olarak ifade edilen aşamadır. Bu aşamaya tüm cerrahi ekip üyelerinin katılımı zorunludur. Bu aşamada cerrahi ekip üyelerinin tümü kendini ve sorumlu oldukları görevi tanıtmalıdır. Ekip hastayı, ameliyat yerini ve gerçekleştirilecek cerrahi işlemi kontrol etmelidir. Cerrahi işlem esnasında oluşacak olası riskler gözden geçirilmelidir. Malzemelerin durumu ve sterilizasyonu kontrol edilmelidir. Hastanın cerrahi işleme uygunluğunun tespiti için gerekli değerlere bakılmalıdır. Bu aşama da eksiksiz ve doğru tamamlandıktan sonra son aşamaya geçiş sağlanmalıdır.

2.6.1.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce yapılması gereken aşamadır. Bu aşamada tüm ekip hastanın son kontrollerini sağlamalıdır. Son kez hastanın kimlik, ameliyat yeri ve gerçekleştirilen ameliyat kontrol edilmelidir. Cerrahi operasyon sırasında kullanılan tüm ekipmanların eksiksiz olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ameliyat bölgesi etiketlenmelidir. Cerrahi ekibin hastanın ameliyat sonrası iyileşmesi için gerekli önerileri değerlendirilmelidir.

Bu son aşamanın da liste koordinatörü tarafından doğru ve eksiksiz olarak doldurulması ile tüm aşamalar tamamlanmış olur.

2.6.2. Güvenlik İşaretleri

Sağlık kurumları güvenli çalışma ortamlarının oluşturulması için birtakım güvenlik işaretleri ve araçları kullanmaktadırlar. Bu işaretler ve araçların neler olması gerektiği “Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği” ile belirlenmiştir. Bu araçlar tehlike anında uyarı verip, yapılması gerekenleri gösterir. Özel bir duruma dikkat çeken bu

araçlar veya işaretler renk, ses, levha veya ışıklı şekilde olabilmektedirler. Bu işaret ve araçlar ikaz edici, yasaklayıcı, emredici, acil durum çıkışı ve ilk yardım ikazları ile ilgili olabilmektedir (Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği, 2013).

Bu işaret ve araçlar çalışanların tehlike durumlarında hemen görebilecekleri, tehlike barındırabilecek yerlere, uygun yükseklik ve konuma, aydınlatmanın yeterli olduğu, erişimi kolay yerlere konulmalıdır (Güvenlik ve Sağlık İşaretleri Yönetmeliği, 2005).

Sağlık kurumlarında güvenlik işaretleri durumsal farkındalık için önemli bir bileşendir. Bu araç ve işaretler tehlike durumlarında ekip üyelerinin farkında olmalarını arttırmaya yöneliktir. Ekipteki tüm üyelere işaretler ve araçların kullanımı ve ne ifade ettiğine ilişkin gerekli eğitimlerin verilmesi gerekir. Ekipteki tüm üyeler tehlike anında ikazların anlamını bilmeli ve ne yapması gerektiğini bilecek seviyede olmalıdırlar (Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği, 2013).

2.6.3. İşlem Öncesi Bilgi (Brifing)

Cerrahi işlemler öncesinde yapılan bilgilendirme amaçlı toplantılar diğer adıyla brifingler ekip üyelerini bir konu üzerinde birleştirir ve iş birliğini sağlar. Ekip üyeleri arasında bilgi alışverişini sağlar (Awad ve ark., 2005). Planlanan cerrahi işlemlerin onaylanması, hastanın tıbbi durumunun incelenmesi, cerrahi işlemler için gerekenlerin tartışılması ekip üyeleri arasındaki brifinglerdendir (Gore ve ark., 2010). Bu bilgilendirme toplantıları, cerrahi işlemden önce yapılacak olup cerrahi işlem esnasındaki sorumlulukların, cerrahi işlem esnasında meydana gelecek olan herhangi bir tehlike durumunda yapılması gerekenlerin ekip üyeleri tarafından tartışılmasına olanak sağlar (Hurlbert ve Garrett, 2009).

2.6.4. İşlem Sonrası Bilgi (Debrifing)

Cerrahi işlem sonrasında yapılan bilgilendirmeler yani debrifingler, cerrahi operasyon esnasında ekip üyelerinin neyi nasıl yaptığını, yapılan doğru veya hatalı eylemlerin ayrıntılı şekilde tartışılmasına olanak sağlayan toplantılardır (Guerlain ve ark., 2008). EKY yaklaşımı araçlarından olan bu bilgilendirmeler, üyeler arasındaki iletişimi güçlendirmekte, üyelerin işlem esnasındaki hatalarının, donanım eksikliklerinin saptanmasında yardımcı olur. Hataların tespiti ve onarımı için üyelerin bu toplantılarda yapılan hataları, yanlışları özgürce ifade etmeleri sağlanmalıdır. Yapılan bu

bilgilendirme toplantılarının üyeleri sürekli olarak geliştirdiği ve süreç için sürekli bir iyileştirme sağladığı gözlemlenmiştir (Marks ve ark., 2014).

Savage ve arkadaşlarını tarafından (2017) İsveç Stocholm'de çocuk hastanesi cerrahi ünitesindeki 153 çalışana EKY eğitimleri verilerek gözlenen değişimler kaydedilmiş. Eğitimler 2009-2013 yıllarını kapsayacak şekilde 5 yılda verilmiştir. Kurslar haftalık 4,5 saat olarak uygulanmıştır. Çalışanlarda karar verme, risk yönetimi, ekip bilinci gibi tutumların geliştirilmesi eğitimin içeriğini oluşturmuştur. Eğitim sonucunda %89 oranında iyileşme gözlemlenmiştir. Çalışanlar arasındaki takım davranışının pozitif yönde değişime uğradığı gözlemlenmiştir. Tıbbi hata kaynaklı hastanede yatış süresi eğitimden önce 46 saat iken eğitim sonrası 38 saate düştüğü gözlemlenmiştir.

Moffatt-Bruce ve arkadaşlarının (2015) The Ohio State üniversitesinde 3000 çalışana EKY eğitimlerini vermişlerdir. Eğitimler 2009-2013 yılları arasında 5 yıllık olarak verilmiştir. Eğitimler haftalık 4 saat şeklinde düzenlenmiştir. Toplamda 3000 doktor ve diğer sağlık çalışanlarına verilmiştir. Eğitimler 2 kampüste yer alan 6 hastanede uygulanmıştır. Eğitimlerin içeriğinde çalışan ve hasta güvenliği, hasta memnuniyeti, örgüt iklimi gibi konular yer almaktadır. Eğitimler sonucunda tıbbi hatalarda %25 azalma sağlanmıştır. Toplamda 3.6 milyon dolara mal olan bu eğitimler sayesinde hastanelerin 12.6 milyon dolarlık zararının önlediği tespit edilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümü; araştırmanın önem ve kısıtları, araştırmanın amacı ve tipi, araştırmanın hipotezleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, veri toplama aracı, araştırmanın uygulanması ve verilerin analizi alt başlıkları halinde sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Önemi ve Kısıtları

DSÖ (2017) raporuna göre, tıbbi hatalar dünya genelindeki ilk beş ölüm nedeni (kalp hastalığı, kanser, serabrovasküler hastalıklar, KOAH) arasında yer almaktadır. ABD’de ise üçüncü ölüm nedeni olarak görülmektedir. İngiltere’de ise her 35 saniyede bir tıbbi hatanın meydana geldiği bildirilmektedir (WHO, 2017a). Son yıllarda organizasyonlar tıbbi hataların önlenmesine yönelik çeşitli çalışmalar yapmalarına rağmen bu hataların giderek artan bir şekilde devam ettiği görülmektedir (PSRS, 2019). Harrington (2005), yaptığı çalışma sonucunda dünya genelinde yılda yaklaşık 2,2 milyon insanın tıbbi hata kaynaklı yaşamını yitirdiğini belirtmektedir (Arthur, 2011). Türkiye de ise, yılda yaklaşık 35 bin kişinin yaşamını yitirdiği düşünülmektedir (Bulun, 2012). Sağlık Bakanlığı 2017’de güvenlik raporlama sistemine 6527 tıbbi hata bildirildiğini belirtmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Tıbbi hatalar fiziksel ve psikolojik zararların yanı sıra her yıl kurumları ve devletleri büyük maddi zararlara uğratmakta ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Elwahab ve Doherty, 2014). DSÖ’ye göre ülkeler tıbbi hatalar kaynaklı her yıl 6 ila 29 milyar dolar arasında zarara uğramaktadır (WHO, 2017a). Bu olumsuzlukların önüne geçebilmek için tıbbi hataların ortadan kalkmasına veya bu hataları en aza indirecek uygulamalara, eğitimlere ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu bağlamda Ekip kaynak yönetimi (EKY) ilkelerinin sağlık kurumlarına uygulanarak insan kaynaklı tıbbi hataların önüne geçerek hem hastaların zarar görmesini hem de maliyet zararlarını önleyebilecektir (Lessard, 2008). Ekip çalışmasından kaynaklanan sorunlar sağlık hizmetlerinin kalitesine de doğrudan etki etmektedir (Aşan ve Malhan, 2000). Türkiye’de ekip çalışması üzerine çeşitli araştırmalar mevcut olmasına karşın ameliyathane biriminde ekip çalışması üzerine yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bu bakımdan EKY yaklaşımı çerçevesinde ameliyathane birimi çalışanları arasında ekip çalışmasının önemini ve bu yaklaşımın sağlık kurumlarına sağlayacağı olası faydaları tüm yönleriyle ortaya koyması çalışmanın önemini göstermektedir. Ayrıca bu çalışma

bulgularının bundan sonra EKY yaklaşımı ve ekip çalışması üzerine yapılacak olan çalışmalara da kaynak teşkil edeceği düşünülmektedir.

Çalışmanın, zaman ve kaynak sınırlılıklarından dolayı tek bir ilde gerçekleştirilmesi ve hastane personellerinden yalnızca cerrahi ekibin örneklem kapsamına alınması genellenebilirliği açısından kısıtlarıdır.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir alan araştırmasıdır.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Aşağıda araştırmanın hipotezlerine yer verilmiştir.

H₁. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile güven boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile güven boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₂. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile bilgi paylaşımı boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile bilgi paylaşımı boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₃. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile stres/tükenmişlik boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile stres/tükenmişlik boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₄. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile ekip çalışması boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile ekip çalışması boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₅. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile iş değeri boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile iş değeri boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₆. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile hata-prosedürler boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile hata-prosedürler boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₇. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile kurumsal ortam boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile kurumsal ortam boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₈. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile ölçeğin toplam puan ortancası arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile ölçeğin toplam puan ortancası arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₉. Ölçek alt boyutlarına ilişkin kurumlar arasında anlamlı farklılık vardır.

H₀. Ölçek alt boyutlarına ilişkin kurumlar arasında anlamlı farklılık yoktur.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi'nden 180 ameliyathane çalışanı ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 200 ameliyathane çalışanı olmak üzere toplamda 380 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Anketler, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden cerrahi ekip üyelerine (cerrah, hemşire, anestezi uzmanı, ebe) uygulanmıştır. Katılımcılara toplamda 310 anket verilmiş olup 295 anket geri alınabilmiştir. Eksik doldurulmuş olan 12 anket değerlendirme dışında tutularak toplamda kriterlere uygun 283 anket formu elde edilmiştir. Veri toplama süreci sonunda çalışmaya Sivas Numune Hastanesi'nden 128 kişi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 155 kişi olmak üzere toplam da 283 kişi gönüllü katılım sağlayarak evrenin yaklaşık %74' üne ulaşılmıştır.

3.5. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama araçlarından anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler 5’li Likert tipinde yapılandırılarak 1=Kesinlikle Katılmıyorum 2=Katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5=Tamamen Katılıyorum düzeninde sıralanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen cerrahi ekibin sosyo-demografik ve bazı tanımlayıcı özelliklerini saptamaya yönelik 7 sorudan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” ve cerrahi ekibin EKY alt boyutlarına ilişkin tutumlarını saptamaya ilişkin Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği’nin kullanılabilmesi için Yalçinkaya ile e-posta yolu ile iletişime geçilerek gerekli izin alınmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda katılımcıların; cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, toplam hizmet süresi, şu an çalışılan kurumda toplam hizmet sürelerine ilişkin 7 soru yer almaktadır.

3.5.2. Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği (AYTÖ)

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği (AYTÖ) Yalçinkaya (2010) tarafından Helmreich ve Schaefer’in Kokpit Yönetimi Tutum Ölçeği’nden uyarlanarak geliştirilmiştir. Cerrahi ekibin ameliyathane yönetimine ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla oluşturulan ölçek 5 bölüm, 78 sorudan oluşmaktadır. Bunlar; 1.ameliyathane yönetimi tutumlarına ilişkin (60), 2.ekip çalışması (6), 3.tıbbi hata (7), 4.liderlik (5), 5.hata (2) bölümlerinden oluşmaktadır (Yalçinkaya, 2010). Yalçinkaya tarafından ölçeğin 60 soruluk ilk bölümü uyarlanıp, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; liderlik (5 madde), güven (7 madde), bilgi paylaşımı (4 madde), stres/tükenmişlik (12 madde), ekip çalışması (9 madde), iş değeri (11 madde), hata-prosedürler (6 madde), kurumsal ortam (6 madde) şeklindedir.

Tablo 1: AYTÖ Alt Boyutları ve Bu Alt Boyutların İlişkili Oldukları Sorular

Ölçek Alt Boyutları ve İlişkili Oldukları Maddeler
1.Liderlik
<p>S3. Yönetici, uygunsa ameliyat sırasında asistan ve hemşireleri soru sormaları için cesaretlendirmelidir.</p> <p>S10. Ameliyathanedeki ekibin önerilerini dikkate alan doktorlar zayıf liderlerdir.</p> <p>S27. Başarılı bir ameliyathane yönetimi, öncelikle doktorun tıbbi ve teknik yeterliliğinin bir işlevidir.</p> <p>S42. Ameliyathane ekibinin yönetimi tıbbi personele ait olmalıdır.</p> <p>S50. Bir hastanın yönetiminde genç bir ekip üyesinin üstlenebileceği durumlar yoktur.</p>
2.Güven
<p>S1. Tecrübeli biri, hayati riski olan acil durumlarda, yönetimi devralmalı ve tüm kararları vermelidir.</p> <p>S14. Ameliyat ekibine katılan yeni personel, yönetici tarafından verilen kararları sorgulamamalıdır.</p> <p>S32. Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersem kimlerin etkileyeceğine bakmadan konuşurum.</p> <p>S34. Kritik durumlarda yöneticimin söylediklerine itimat ederim.</p> <p>S36. Bazen ameliyat ekibine diğer disiplinlerden katılan kişilere daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.</p> <p>S38. Ameliyatın güvenliğini tehdit etmedikleri müddetçe ekip üyeleri, yöneticinin karar ve eylemlerini sorgulamamalıdır.</p> <p>S60. Anlamadığım bir şey olduğunu hissettiğim bir durumda çekinmeden sorular sorarım</p>

Tablo 1: AYTÖ Alt Boyutları ve Bu Alt Boyutların İlişkili Oldukları Sorular (Devamı)

3. Bilgi Paylaşma
<p>S12. Ameliyat sonrasında veya değişikliğinde işlem ve kararlarla ilgili düzenli olarak bilgi verilmesi, etkin takım uyumunun geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin önemli bir parçasıdır.</p>
<p>S13. Ameliyata girecek olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin, diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır.</p>
<p>S16. Yöneticim ve meslektaşlarım tarafından karşılaşılabileceğim tehlikeli durumları rapor etmem için cesaretlendiriliyorum.</p>
<p>S19. Ameliyat öncesinde yapılan bilgilendirme toplantıları, güvenlik ve etkin grup yönetimi için önemlidir.</p>
4. Stres ve Tükenmişlik
<p>S4. Yorgun olduğumda bile operasyonların kritik safhalarında etkin olarak çalışırım.</p>
<p>S5. Diğer ekip üyelerinin kişisel sorunlarının farkında olmalı ve bunlara karşı duyarlı olmalıyız.</p>
<p>S8. İş yüküm çok fazla olmaya başladığında ekibin diğer üyelerini bilgilendiririm.</p>
<p>S11. Acil durumlardaki karar verme yeteneğim rutin zamanlardaki kadar iyidir.</p>
<p>S21. Gergin ve düşmanca tavırların olduğu ortamlarda hata yapmam daha olasıdır.</p>
<p>S39. Yorgun ve gerginken daha az verimliyim.</p>
<p>S43. Performansım deneyimsiz veya daha az yetenekli bir ekip üyesi ile çalışmaktan olumsuz etkilenmez.</p>
<p>S45. Ekip üyelerinin her biri diğerlerinin yorgunluk ve stres belirtilerini izlemelidir.</p>
<p>S46. Deneyimsiz bir personel ile çalışmak zorunda olduğumda rahatsız olurum.</p>
<p>S49. Gerçek profesyoneller, ameliyatta iken kişisel problemlerini geride bırakabilir.</p>
<p>S51. Ekipler görev değişimi sırasında ya da öncesinde kendi psikolojik streslerinden veya fizyolojik problemlerinden diğer ekip üyelerine söz etmelidir.</p>
<p>S55. Kişisel problemler performansımı olumsuz etkileyebilir.</p>

Tablo 1: AYTÖ Alt Boyutları ve Bu Alt Boyutların İlişkili Oldukları Sorular (Devamı)

5. Ekip Çalışması
<p>S17. Bana geri bildirim verebilecek kişiler sadece benim mesleğimden olan kişilerdir</p> <p>S18. Tüm ameliyathane personeli ile ortak fikirde olmak, farklı bir görüşü ileri sürmekten daha iyidir.</p> <p>S22. Yöneticinin sorumlulukları kendi ekip elemanları ve destek elemanlar arasındaki uyumu sağlamayı içerir.</p> <p>S25. Ameliyat ekibi üyeleri, çok fazla iş yükünün olduğu durumlarda, önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.</p> <p>S31. Bir ekibin parçası olarak çalışmaktan hoşlanıyorum.</p> <p>S44. Ekip üyeleri anlaşmazlıkları çözmek için birbirleri içindeki farklılıkları açıkça tartışmalıdır.</p> <p>S48. Ameliyathanedeki tüm ekip üyeleri bana geri bildirim verebilecek niteliktedir.</p> <p>S54. Ameliyathane personelinin bir ekip olarak çalışması kavramı bu hastanede işlemez.</p> <p>S56. Etkili bir ameliyathane ekibi koordinasyonu için ekip üyeleri birbirlerinin kişiliklerine saygı göstermelidir.</p>
6. İş Değeri
<p>S6. Yönetici ek yetki ve ayrıcalıkları hak eder.</p> <p>S7. İşimi en iyi yalnız kaldığım zaman yaparım.</p> <p>S9. Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder.</p> <p>S15. Ekibin çalışmaktan hoşlandığı bir kişi olmaya çalışıyorum.</p> <p>S20. Benim yeterliliğimin diğerleri tarafından onaylanması önemlidir.</p> <p>S23. İşim hakkındaki övgülere değer veririm.</p> <p>S26. İşler iyi gittiği sürece diğerlerinin benim hakkımda ne düşündüğünü önemsemem.</p> <p>S28. Ameliyathanedeki iyi itibar, benim için önemlidir.</p> <p>S35. Meslektaşlarımdan iyi niyetine değer veririm. Diğerlerinin beni arkadaş canlısı ve uyumlu görmesini önemserim.</p> <p>S40. Ameliyat ekibinin diğer üyelerini gereksiz yere beklemeye zorlanmak bir hakarettir.</p> <p>S52. Ameliyathanede, hak ettiğim saygıyı görüyorum</p>

Tablo 1: AYTÖ Alt Boyutları ve Bu Alt Boyutların İlişkili Oldukları Sorular (Devamı)

7. Hata- Prosedürler
<p>S29. Hatalar yetersizliğin işaretidir.</p> <p>S33. Diğer ekip üyeleri karşısında hata yaptığımda utanırım.</p> <p>S37. Ameliyathanemizde prosedürlere ve kurallara titizlikle uyulur.</p> <p>S41. Hatalar hastane içerisinde uygun bir şekilde çözümlenir.</p> <p>S53. Kişisel hatalar kaçınılmazdır.</p> <p>S59. Çalışanlar, ameliyathane için geliştirilmiş olan kuralları ya da ilkeleri sıklıkla uygulamaz (Örn.; el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik işlemler, steril alan gibi)</p>
8. Kurumsal Ortam
<p>S2. Bölümüm, çalışmamı etkileyebilecek olaylarla ilgili güncel ve yeterli bilgiyi sağlamalıdır.</p> <p>S24. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.</p> <p>S30. Bölüm yöneticisi, çalışanlarını dinler ve kaygılarını dikkate alır.</p> <p>S47. Bu hastane için çalışmaktan gurur duyuyorum.</p> <p>S57. İşimi seviyorum.</p> <p>S58. İşimi iyi yapabilmem için gereken eğitimi aldım.</p>

Tablo 2: AYTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Açıklamalar

Alt Boyutlar	Açıklamalar
1.Liderlik	Cerrahi operasyon sırasında yetkili kişinin ekibi amaçları doğrultusunda yönlendirmesidir.
2.Güven	Cerrahi ekip üyeleri arasında karşılıklı sadakat ve güvenin oluşmasıdır.
3.Bilgi Paylaşımı	Cerrahi ekip üyelerinin aralarında etkili ve doğru bilgi aktarımı yapabilmemesidir.
4. Stres ve Tükenmişlik	Ekip üyelerinin uzun süreler, yoğun şekilde çalışması strese bunun sonucunda da tükenmişlik yaşamalarıdır.
5. Ekip Çalışması	Farklı uzmanlıklar sahip kişilerin ortak hedef doğrultusunda iş birliği yapmasıdır.
6. İş Değeri	Kişilerin çalışma hayatlarında motive olmalarına yardımcı olan değerlerdir. Örn. başarı, sorumluluk.
7. Hata- Prosedürler	Amaçların başarılması için yöntemlere uyma, hataların önüne geçme.
8. Kurumsal Ortam	Çalışanların kurumlarına dair prosedürlere, uygulamalara ve politikalara dair algılarıdır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için öncesinde Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin (EK:2) alınmıştır. Daha sonra çalışmanın yapılacağı Sivas Numune Hastanesi'nden anket uygulaması yapabilmek için Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek:3) ve Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek:4) gerekli yazılı izinler alınmıştır. Veriler Aralık-Şubat 2019 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden çalışanlardan araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Veri toplama aracından elde edilen verilerin analizleri SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 23.0 paket programı yardımıyla yapılmıştır. Cerrahi ekibin (cerrah, hemşire, anestezi uzmanı, ebe) EKY alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımlarında frekans, yüzde, standart sapma, ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik analizi neticesinde çarpıklık katsayısı -0,454 basıklık katsayısı ise -0,727 aralığında olduğu tespit edilmiş ve Kolmogorov-Smirnov ile değerlendirilmiş ve $p > 0.05$ bulunmuştur. Tüm gruplar için %95 güvenirlikle veriler normal dağılımlıdır. Verilerin normal dağılıma uyması nedeniyle çalışmada parametrik testler kullanılmıştır (Ural ve Kılıç, 2013). Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin analizlerde de iki grup ortalamaları arasında farkın var olup olmadığını saptamak için Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test); ikiden fazla grup ortalamaları arasında farkın var olup olmadığını saptamak için de Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Ölçekteki ifadelerle göre Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespitinde ise Tukey HSD Testi ile yapılmıştır.

Tablo 3: Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Alt Boyutları Güvenirlik Katsayılarına İlişkin Dağılım

Ölçek Alt Boyutlar	Toplam Soru Adedi	Cronbach Alpa
Liderlik	5	0,33
Güven	7	0,59
Bilgi Paylaşımı	4	0,53
Stres/Tükenmişlik	12	0,63
Ekip Çalışması	9	0,51
İş Değeri	11	0,71
Hata-Prosedürler	6	0,57
Kurumsal Ortam	6	0,60
Toplam	60	0,86

Ölçek alt boyutlarının güvenirlilik analizine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ölçek alt boyutları güvenirlilik değerleri incelendiğinde, liderlik alt boyutu 0,33 bulunarak düşük güvenirlilik değerine sahip olması nedeniyle analiz dışı bırakılarak çalışma kapsamına alınmamıştır. Diğer alt boyutların ise orta ve yüksek güvenirlilik değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri 0,86 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar neticesinde ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğu saptanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma sonucunda ulaşılan bulgular yer almaktadır. Bu kapsamda Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ameliyathane çalışanlarının (hekim, hemşire, tekniker, ebe) EKY alt boyutlarını (liderlik, güven, bilgi paylaşma, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, hata-prosedürler, kurumsal ortam) yönelik olan tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik elde edilen veriler yer almaktadır. Analiz kapsamında yaş, öğrenim durumu, meslekteki hizmet süresi vb. bağımsız değişkenler frekans dağılımına göre verilmiştir.

4.1. Araştırma Katılanlara Yönelik Tanımlayıcı Özellikler

Çalışma bulgularına ait bu bölümde araştırma kapsamına alınan cerrahi ekibin sosyo-demografik bilgileri yer almaktadır.

Tablo 4: Araştırmanın Gerçekleştirildiği Sağlık Kurumlarındaki Kişilerin Sayı ve Yüzdelerine İlişkin Bilgiler

Kurum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Numune Hastanesi	128	45,2
Üniversite Hastanesi	155	54,8
Toplam	283	100,0

Tablo 4’de araştırma kapsamına alınan cerrahi ekibin çalıştıkları kurumlara göre dağılımları sayı ve yüzdeler ile yer almaktadır. Katılımcıların %54,8’i üniversite hastanesinde, %45,2’si ise Sivas Numune Hastanesinde görev yapmaktadır. Araştırmaya Sivas Numune Hastanesi’nden 128 kişi katılmış olup ulaşılmaması hedeflenen kişi sayısının (180) %71’ine, üniversite hastanesinden ise 155 kişi katılarak ulaşılmaması hedeflenen kişi sayısının (200) %77’ine ulaşılmıştır.

Tablo 5: Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cerrah	66	23,3
Hemşire	126	44,5
Anestezist	78	27,6
Ebe	13	4,6
Toplam	283	100,0

Tablo 5’de araştırmaya katılan kişilerin meslek dağılımı incelendiğinde; %44,5’inin hemşire, %27,6’sının anestezist, %23,3’ünün cerrah, %4,6’sının da ebe olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	122	43,1
Erkek	161	56,9
Toplam	283	100,0

Tablo 6’da araştırmaya katılan kişilerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde; %56,9’unun erkek, %43,1’inin de kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
18-28 yaş arası	33	11,7
29-39 yaş arası	100	35,3
40-49 yaş arası	107	37,8
50 yaş ve üzeri	43	15,2
Toplam	283	100,0

Tablo 7’de araştırmaya katılanların yaş dağılımları incelendiğinde; %37,8’inin 40-49 yaş aralığında, %35,3’ünün 29-39 yaş aralığında, %15,2’sinin 50 yaş ve üzerinde, %11,7’sinin de 18-28 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	222	78,4
Bekar	61	21,6
Toplam	283	100,0

Tablo 8’de araştırmaya katılanların medeni durumları incelendiğinde; %78,4’ünün evli, %21,6’sının da bekar olduğu görülmektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ön Lisans	34	12,0
Lisans	187	66,1
Lisansüstü	62	21,9
Toplam	283	100,0

Tablo 9’da araştırmaya katılanların öğrenim durumları incelendiğinde; %66,1’inin lisans, %21,9’unun lisansüstü ve %12,0’inin de ön lisans eğitimi almış oldukları görülmektedir.

Tablo 10: Katılımcıların Mesleklerindeki Toplam Hizmet Sürelerine Göre Dağılımı

Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-5 yıl arası	37	13,1
6-10 yıl arası	76	26,9
11-15 yıl arası	102	36,0
16 yıl ve üzeri	68	24,0
Toplam	283	100,0

Tablo 10’da katılımcıların meslekteki toplam hizmet süreleri bakımından incelendiğinde; %36,0’inin 11-15 yıl arası, %26,9’unun 6-10 yıl arası, %24,0’inin 16 yıl ve üzeri, %13,1’inin de 0-5 yıl arası toplam çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Katılımcıların Çalıştıkları Kurumdaki Toplam Hizmet Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışılan Kurumdaki Toplam Hizmet Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-5 yıl arası	86	30,4
6-10 yıl arası	99	35,0
11-15 yıl arası	64	22,6
16 yıl ve üzeri	34	12,0
Toplam	283	100,0

Tablo 11’de araştırmaya katılanların şu an çalıştıkları kurumdaki toplam hizmet süreleri bakımından incelendiğinde; %35,0’ının 6-10 yıl arası, %30,4’ünün 0-5 yıl arası, %22,6’sının 11-15 yıl arası ve %12,0’inin da 16 yıl ve üzeri bir süredir aynı kurumda çalıştıkları görülmektedir.

Tablo 12: Kurumların Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Kurum	N	Ort.	S.S	T	P
Güven	Numune Hastanesi	128	3,46	0,60	-2,669	0,008
	Üniversite Hastanesi	155	3,65	0,53		
Bilgi Paylaşımı	Numune Hastanesi	128	3,98	0,64	-4,177	0,000
	Üniversite Hastanesi	155	4,28	0,53		
Stres ve Tükenmişlik	Numune Hastanesi	128	3,70	0,43	-2,715	0,007
	Üniversite Hastanesi	155	3,84	0,40		
Ekip Çalışması	Numune Hastanesi	128	3,52	0,67	1,001	0,318
	Üniversite Hastanesi	155	3,45	0,38		
İş Değeri	Numune Hastanesi	128	3,69	0,50	-0,911	0,362
	Üniversite Hastanesi	155	3,74	0,47		
Hata-Prosedürler	Numune Hastanesi	128	3,26	0,49	-2,426	0,015
	Üniversite Hastanesi	155	3,42	0,57		
Kurumsal Ortam	Numune Hastanesi	128	3,70	0,67	-0,640	0,522
	Üniversite Hastanesi	155	3,75	0,67		
Ölçek Toplam Puan	Numune Hastanesi	128	3,57	0,39	-1,898	0,058
	Üniversite Hastanesi	155	3,65	0,33		

Tablo 12’de görüldüğü üzere araştırmanın yapıldığı kurumların ölçek alt boyutlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; $p<0.05$ olduğu için güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, hata-prosedürler ile hastane türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Güven alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $3,65\pm 0,53$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bilgi paylaşımı alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $4,28\pm 0,53$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Stres ve tükenmişlik alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $3,84\pm 0,40$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Hata/prosedürler alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $3,42\pm 0,57$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ekip çalışması, iş değeri, kurumsal ortam alt boyutları ve ölçek toplam puanı ile hastane türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 13: Katılımcıların Mesleklerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Meslek	N	Ort.	S.S	F	P
Güven	Cerrah	66	3,52	0,56	2,652	0,049
	Hemşire	126	3,66	0,57		
	Anestezist	78	3,49	0,57		
	Ebe	13	3,30	0,63		
Bilgi Paylaşımı	Cerrah	66	4,08	0,47	1,621	0,184
	Hemşire	126	4,23	0,59		
	Anestezist	78	4,06	0,72		
	Ebe	13	4,21	0,41		
Stres ve Tükenmişlik	Cerrah	66	3,71	0,42	1,380	0,248
	Hemşire	126	3,83	0,44		
	Anestezist	78	3,75	0,42		
	Ebe	13	3,80	0,25		
Ekip Çalışması	Cerrah	66	3,46	0,80	1,639	0,180
	Hemşire	126	3,56	0,36		
	Anestezist	78	3,41	0,49		
	Ebe	13	3,36	0,41		

Tablo 13: Katılımcıların Mesleklerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı (Devamı)

AYTÖ Alt Boyutları	Meslek	N	Ort.	S.S	F	P
İş Değeri	Cerrah	66	3,62	0,46	2,399	0,068
	Hemşire	126	3,80	0,52		
	Anestezi	78	3,66	0,44		
	Ebe	13	3,74	0,32		
Hata-Prosedürler	Cerrah	66	3,20	0,46	2,825	0,039
	Hemşire	126	3,44	0,57		
	Anestezi	78	3,32	0,54		
	Ebe	13	3,37	0,48		
Kurumsal Ortam	Cerrah	66	3,64	0,73	2,363	0,071
	Hemşire	126	3,84	0,64		
	Anestezi	78	3,61	0,67		
	Ebe	13	3,75	0,55		
Ölçek Toplam Puan	Cerrah	66	3,54	0,33	3,658	0,013
	Hemşire	126	3,69	0,37		
	Anestezi	78	3,56	0,35		
	Ebe	13	3,59	0,33		

Tablo 13'te görüldüğü üzere araştırmaya katılanların mesleklerine göre ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumları incelendiğinde; $p < 0.05$ olduğu için güven, hata-prosedürler ve ölçek toplam puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Güven alt boyutunda hemşirelerin $3,66 \pm 0,57$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Hata-

prosedürler alt boyutunda hemşirelerin $3,44 \pm 0,57$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ölçek toplam puanında da hemşirelerin $3,69 \pm 0,37$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, kurumsal ortam alt boyutları ile meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 14: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Cinsiyet	N	Ort.	S.S	T	P
Güven	Kadın	122	3,54	0,59	-0,458	0,646
	Erkek	161	3,58	0,56		
Bilgi Paylaşımı	Kadın	122	4,17	0,58	0,533	0,594
	Erkek	161	4,13	0,62		
Stres ve Tükenmişlik	Kadın	122	3,80	0,33	0,676	0,499
	Erkek	161	3,77	0,48		
Ekip Çalışması	Kadın	122	3,51	0,40	0,837	0,403
	Erkek	161	3,46	0,61		
İş Değeri	Kadın	122	3,68	0,44	-1,017	0,309
	Erkek	161	3,74	0,51		
Hata-Prosedürler	Kadın	122	3,33	0,52	-0,388	0,698
	Erkek	161	3,36	0,56		
Kurumsal Ortam	Kadın	122	3,85	0,62	2,692	0,007
	Erkek	161	3,63	0,69		
Ölçek Toplam Puan	Kadın	122	3,63	0,32	0,559	0,576
	Erkek	161	3,61	0,39		

Tablo 14’te görüldüğü üzere araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre ölçek toplam puanı ve alt boyutları incelendiğinde; Kurumsal ortam alt boyutu ile cinsiyet arasında $p < 0.05$ olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Burada da kadınların kurumsal ortam alt boyutunda puan ortalamaları $3,85 \pm 0,62$ ile erkeklere göre daha yüksektir. Güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, hata-prosedürler ve ölçek toplam puanı ile cinsiyet değişkeni arasında $p > 0.05$ olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 15: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Medeni Durum	N	Ort.	S.S	T	P
Güven	Evli	222	3,56	0,57	-0,095	0,924
	Bekar	61	3,57	0,59		
Bilgi Paylaşımı	Evli	222	4,15	0,59	0,427	0,670
	Bekar	61	4,11	0,66		
Stres ve Tükenmişlik	Evli	222	3,79	0,42	0,640	0,523
	Bekar	61	3,75	0,44		
Ekip Çalışması	Evli	222	3,45	0,40	-1,237	0,220
	Bekar	61	3,59	0,86		
İş Değeri	Evli	222	3,73	0,47	0,784	0,435
	Bekar	61	3,67	0,51		
Hata-Prosedürler	Evli	222	3,35	0,51	0,009	0,992
	Bekar	61	3,34	0,64		
Kurumsal Ortam	Evli	222	3,72	0,63	-0,224	0,822
	Bekar	61	3,75	0,81		
Ölçek Toplam Puan	Evli	222	3,62	0,35	-0,049	0,960
	Bekar	61	3,62	0,40		

Tablo 15’de araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumları incelendiğinde; $p>0.05$ olduğu için ölçek alt boyutlar ve medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ayrıca lek toplam puanı ile medeni durum arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

Tablo 16: Katılımcıların Yaşlarına Göre lek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Yaş	N	Ort.	S.S	F	P
Güven	18-28 yaş	33	3,50	0,58	1,066	0,363
	29-39 yaş	100	3,50	0,61		
	40-49 yaş	107	3,63	0,55		
	50+ yaş	43	3,57	0,51		
Bilgi Paylaşımı	18-28 yaş	33	4,25	0,49	0,456	0,712
	29-39 yaş	100	4,11	0,70		
	40-49 yaş	107	4,14	0,56		
	50+ yaş	43	4,15	0,55		
Stres ve Tükenmişlik	18-28 yaş	33	3,84	0,34	0,311	0,817
	29-39 yaş	100	3,76	0,43		
	40-49 yaş	107	3,77	0,43		
	50+ yaş	43	3,79	0,45		

Tablo 16: Katılımcıların Yaşlarına Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı (Devamı)

AYTÖ Alt Boyutları	Yaş	N	Ort.	S.S	F	P
Ekip Çalışması	18-28 yaş	33	3,43	0,50	0,707	0,548
	29-39 yaş	100	3,46	0,46		
	40-49 yaş	107	3,54	0,63		
	50+ yaş	43	3,43	0,42		
İş Değeri	18-28 yaş	33	3,72	0,43	0,188	0,903
	29-39 yaş	100	3,70	0,53		
	40-49 yaş	107	3,74	0,46		
	50+ yaş	43	3,69	0,46		
Hata-Prosedürler	18-28 yaş	33	3,35	0,61	0,234	0,872
	29-39 yaş	100	3,33	0,56		
	40-49 yaş	107	3,38	0,52		
	50+ yaş	43	3,31	0,50		
Kurumsal Ortam	18-28 yaş	33	3,81	0,85	2,212	0,086
	29-39 yaş	100	3,60	0,67		
	40-49 yaş	107	3,83	0,60		
	50+ yaş	43	3,71	0,63		
Ölçek Toplam Puan	18-28 yaş	33	3,62	0,34	0,665	0,573
	29-39 yaş	100	3,58	0,39		
	40-49 yaş	107	3,65	0,34		
	50+ yaş	43	3,60	0,34		

Tablo 16’da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların yaşlarına göre ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumları incelendiğinde; p değerleri 0.05> olduğu için; güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, hata-

prosedürler ve kurumsal ortam alt boyutları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca ölçek toplam puanı ile yaş değişkeni arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.



Tablo 17: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Eğitim Durumu	N	Ort.	S.S	F	P
Güven	Ön Lisans	34	3,73	0,58	1,813	0,165
	Lisans	187	3,53	0,58		
	Lisansüstü	62	3,58	0,55		
Bilgi Paylaşımı	Ön Lisans	34	3,94	0,80	2,339	0,098
	Lisans	187	4,19	0,60		
	Lisansüstü	62	4,13	0,47		
Stres ve Tükenmişlik	Ön Lisans	34	3,82	0,40	0,370	0,690
	Lisans	187	3,78	0,44		
	Lisansüstü	62	3,75	0,38		
Ekip Çalışması	Ön Lisans	34	3,51	0,49	0,049	0,951
	Lisans	187	3,48	0,43		
	Lisansüstü	62	3,48	0,79		
İş Değeri	Ön Lisans	34	3,73	0,56	0,373	0,688
	Lisans	187	3,73	0,49		
	Lisansüstü	62	3,67	0,40		
Hata-Prosedürler	Ön Lisans	34	3,51	0,64	4,344	0,013
	Lisans	187	3,37	0,54		
	Lisansüstü	62	3,19	0,45		
Kurumsal Ortam	Ön Lisans	34	3,81	0,74	0,980	0,376
	Lisans	187	3,74	0,66		
	Lisansüstü	62	3,63	0,66		
Ölçek Toplam Puan	Ön Lisans	34	3,67	0,38	1,051	0,350
	Lisans	187	3,62	0,37		
	Lisansüstü	62	3,57	0,31		

Tablo 17’de görüldüğü üzere araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumları incelendiğinde; Hata ve prosedürler alt boyutu ile eğitim değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ön lisans mezunlarının 3,51±0,64 puan ortalaması ile hata-prosedürler boyutuna ilişkin tutumlarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutlar incelendiğinde $p>0.05$ olduğu için; güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri ve kurumsal ortam alt boyutları ile eğitim değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ölçek toplam puanı ile yaş değişkeni arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 18: Katılımcıların Toplam Hizmet Sürelerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Toplam Hizmet Süresi	N	Ort.	S.S	F	P
Güven	0-5 yıl	37	3,48	0,51	0,923	0,429
	6-10 yıl	76	3,50	0,64		
	11-15 yıl	102	3,61	0,57		
	16 yıl ve üzeri	68	3,60	0,52		
Bilgi Paylaşımı	0-5 yıl	37	4,28	0,53	1,516	0,210
	6-10 yıl	76	4,10	0,68		
	11-15 yıl	102	4,19	0,60		
	16 yıl ve üzeri	68	4,05	0,55		
Stres ve Tükenmişlik	0-5 yıl	37	3,86	0,34	1,977	0,117
	6-10 yıl	76	3,76	0,45		
	11-15 yıl	102	3,82	0,41		
	16 yıl ve üzeri	68	3,69	0,43		

Tablo 18: Katılımcıların Toplam Hizmet Sürelerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı (Devamı)

AYTÖ Alt Boyutları	Toplam Hizmet Süresi	N	Ort.	S.S	F	P
Ekip Çalışması	0-5 yıl	37	3,37	0,44	1,306	0,272
	6-10 yıl	76	3,52	0,42		
	11-15 yıl	102	3,45	0,45		
	16 yıl ve üzeri	68	3,56	0,74		
İş Değeri	0-5 yıl	37	3,71	0,46	0,962	0,410
	6-10 yıl	76	3,78	0,51		
	11-15 yıl	102	3,72	0,48		
	16 yıl ve üzeri	68	3,64	0,45		
Hata-Prosedürler	0-5 yıl	37	3,37	0,64	0,794	0,497
	6-10 yıl	76	3,34	0,57		
	11-15 yıl	102	3,39	0,56		
	16 yıl ve üzeri	68	3,26	0,40		
Kurumsal Ortam	0-5 yıl	37	3,78	0,82	0,561	0,641
	6-10 yıl	76	3,65	0,73		
	11-15 yıl	102	3,73	0,59		
	16 yıl ve üzeri	68	3,77	0,62		
Toplam	0-5 yıl	37	3,62	0,33	0,201	0,895
	6-10 yıl	76	3,61	0,39		
	11-15 yıl	102	3,64	0,37		
	16 yıl ve üzeri	68	3,59	0,33		

Tablo 18’de araştırmaya katılanların toplam hizmet sürelerine göre ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumları incelendiğinde; p değerleri 0.05> olduğu için; güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, hata-prosedürler ve kurumsal ortam alt boyutları ile hizmet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca ölçek toplam puanı ile hizmet süresi değişkeni arasında $p>0,05$ olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 19: Katılımcıların şu An Çalıştıkları Kurumdaki Toplam Hizmet Sürelerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Toplam Süresi	Hizmet N	Ort.	S.S	F	P
Güven	0-5 yıl	86	3,52	0,60	1,920	0,126
	6-10 yıl	99	3,49	0,60		
	11-15 yıl	64	3,64	0,52		
	16 yıl ve üzeri	34	3,72	0,47		
Bilgi Paylaşımı	0-5 yıl	86	4,07	0,74	0,781	0,505
	6-10 yıl	99	4,18	0,51		
	11-15 yıl	64	4,21	0,51		
	16 yıl ve üzeri	34	4,11	0,63		
Stres ve Tükenmişlik	0-5 yıl	86	3,79	0,50	0,241	0,867
	6-10 yıl	99	3,77	0,40		
	11-15 yıl	64	3,76	0,39		
	16 yıl ve üzeri	34	3,83	0,31		
Ekip Çalışması	0-5 yıl	86	3,45	0,46	2,830	0,038
	6-10 yıl	99	3,50	0,45		
	11-15 yıl	64	3,39	0,35		
	16 yıl ve üzeri	34	3,71	0,99		

Tablo 19: Katılımcıların Şu An Çalıştıkları Kurumdaki Toplam Hizmet Sürelerine Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutumlarının Dağılımı (Devamı)

AYTÖ Alt Boyutları	Toplam Hizmet Süresi	N	Ort.	S.S	F	P
İş Değeri	0-5 yıl	86	3,72	0,52	0,038	0,989
	6-10 yıl	99	3,73	0,51		
	11-15 yıl	64	3,71	0,39		
	16 yıl ve üzeri	34	3,70	0,45		
Hata-Prosedürler	0-5 yıl	86	3,30	0,57	0,478	0,697
	6-10 yıl	99	3,39	0,58		
	11-15 yıl	64	3,36	0,50		
	16 yıl ve üzeri	34	3,32	0,43		
Kurumsal Ortam	0-5 yıl	86	3,68	0,79	1,681	0,171
	6-10 yıl	99	3,68	0,68		
	11-15 yıl	64	3,74	0,54		
	16 yıl ve üzeri	34	3,96	0,49		
Ölçek Toplam Puan	0-5 yıl	86	3,59	0,41	0,774	0,508
	6-10 yıl	99	3,62	0,37		
	11-15 yıl	64	3,61	0,28		
	16 yıl ve üzeri	34	3,70	0,34		

Tablo 19’da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların şu an çalıştıkları kurumlardaki çalışma sürelerine göre ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumları incelendiğinde; p değerleri 0.05> olduğu için; güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, iş değeri, hata-prosedürler ve kurumsal ortam alt boyutları ile kurumdaki hizmet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ekip çalışması alt boyutunda da kurumda 16 yıl ve üzeri hizmet süresi olanlar $3,71 \pm 0,99$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca ölçek toplam puanı ile kurumdaki hizmet süresi değişkeni arasında $p > 0,05$ olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5.TARTIŞMA

Bu araştırma ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla yapılmış olup bu bölümde elde edilen bulgular mevcut literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Araştırma bulguları neticesinde cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile güven boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde meslek değişkeni açısından farklılık tespit edilmiştir. Hemşirelerin güven boyutunda tutumlarının diğer çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sexton ve ark (2000) yapmış oldukları çalışmada benzer sonuç elde etmişlerdir.

Araştırmada cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile stres/tükenmişlik boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aydemir (2015) yapmış olduğu çalışmada farklı olarak 30-34 yaş aralığındaki çalışanlarda anlamlı farklılık saptamıştır. Yule ve ark. (2006) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yüksek düzeyde stres ve tükenmişlik yaşadığını saptamışlardır.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile ekip çalışması boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde çalışanların çalıştıkları kurumdaki toplam hizmet süresi değişkeninde 16 yıl ve üzeri çalışanların tutumlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aydemir (2015) çalışmasında cerrahların ekip çalışması tutumunun diğer çalışanlara oranla daha yüksek olduğunu saptamıştır. Prati ve Pietrantonio (2014) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin ekip çalışması tutumlarına ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptamıştır.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile kurumsal ortam boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde, cinsiyet değişkeninde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadın çalışanların kurumsal ortam alt boyutunda puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aydemir'in (2015) çalışmasında ise tam tersi olarak erkeklerin puan ortalamasının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile hata-prosedürler boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde, meslek gurubu olarak hemşirelerin tutumlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Eğitim değişkeni olarak bakıldığında ön lisans mezunlarının hata-prosedürler boyutunda tutumlarının hata-prosedürlere ilişkin tutumlarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lessard (2008) çalışmasında hemşirelerin hata ve prosedürlere ilişkin tutum puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yule ve ark. (2006) da benzer bir sonuçla hemşirelerin duyarlılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

EKY yaklaşımı çerçevesinde, cerrahi ekip üyeleri tarafından ameliyathanede meydana gelen hataların önlenmesinde yardımcı olacak bilgi, yöntem ve teknik becerilerine yönelik tutumlarını saptamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları ve önerileri bu bölümde yer almaktadır. Bu bağlamda cerrahi ekibin EKY alt boyutlarına ilişkin tutumlarını belirlemek, cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile EKY alt boyutları (güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, hata-prosedürler, kurumsal ortam) arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma Sivas Numune Hastanesi ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi olmak üzere iki hastanede gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması zaman ve kaynak sınırlılıkları nedeniyle tüm çalışanlara uygulanmamış olup hastanede hata yapma oranının yüksek olduğu, yapılan hatanın telafisinin zor olduğu bölüm olan ameliyathane çalışanları ile sınırlı tutulmuştur.

Araştırmanın ilk bölümünde cerrahi ekibin kişisel özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Araştırmaya Sivas Numune Hastanesi'nden 128 kişi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 155 kişi olmak üzere toplamda 283 ameliyathane personeli katılım sağlamıştır. Katılım sağlayan cerrahi ekibin 161'inin (%56,9) erkek, 107'sinin (%37,8) 40-49 yaş aralığında, 222'sinin (%78,4) evli, 187'sinin (%66,1) lisans mezunu, 126'sının (%44,5) hemşire, 102'sinin (%36,0) 11-15 yıl toplam hizmet süresine, 99'unun (%35,0) şu anki çalıştığı kurumda 6-10 yıl arası hizmet süresine sahip olduğu saptanmıştır.

İkinci bölümde ise ameliyathane yönetimi tutum ölçeği ile cerrahi ekibin EKY alt boyutlarına ilişkin (güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, hata-prosedürler, kurumsal ortam) tutumlarına yönelik bilgiler elde edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı kurumların ölçek alt boyutlarına ilişkin incelendiğinde; güven alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $3,65 \pm 0,53$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bilgi paylaşımı alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $4,28 \pm 0,53$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Stres ve tükenmişlik alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $3,84 \pm 0,40$ puan ortalaması ile tutumları diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Hata/prosedürler alt boyutunda üniversite hastanesi çalışanlarının $3,42 \pm 0,57$ puan ortalaması ile tutumları

diğer gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ekip çalışması, iş değeri, kurumsal ortam alt boyutları ve ölçek toplam puanı ile hastane türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda H_9 (Ölçek alt boyutlarına ilişkin kurumlar arasında anlamlı farklılık vardır) kısmen kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile güven boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde meslek değişkeni açısından farklılık tespit edilmiştir. Hemşirelerin güven boyutunda tutumlarının $3,44 \pm 0,57$ puan ortalaması ile diğer çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer kişisel özellikler ile güven boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu veriler neticesinde araştırma hipotezlerinden H_1 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile güven boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır) kısmen kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile bilgi paylaşımı boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç neticesinde araştırma hipotezlerinden H_2 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile bilgi paylaşımı boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır) red edilerek, H_0 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile bilgi paylaşımı boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur) kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile stres/tükenmişlik boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç neticesinde araştırma hipotezlerinden H_3 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile stres/tükenmişlik boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır) red edilerek, H_0 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile stres/tükenmişlik boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur) kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile ekip çalışması boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde çalışanların çalıştıkları kurumdaki toplam hizmet süresi değişkeninde 16 yıl ve üzeri çalışanların $3,71 \pm 0,99$ puan ortalaması ile tutumlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda, H_4 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile ekip çalışması boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır) kısmen kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile iş değeri boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma hipotezlerinden H_5 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik

özellikleri ile iş değeri boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır) red edilerek, H_0 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile iş değeri boyutuyla arasında anlamlı farklılık yoktur) kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile hata-prosedürler boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde, meslek gurubu olarak hemşirelerin tutumlarının $3,44 \pm 0,57$ puan ortalaması ile diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Eğitim değişkeni olarak bakıldığında ön lisans mezunlarının hata-prosedürler boyutunda tutumlarının $3,81 \pm 0,74$ puan ortalaması ile hata-prosedürlere ilişkin tutumlarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer kişisel özelliklerde farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma hipotezlerinden H_6 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile hata-prosedürler boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır) kısmen kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile kurumsal ortam boyutu tutumlarına ilişkin veriler incelendiğinde, cinsiyet değişkeninde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadın çalışanların kurumsal ortam alt boyutunda puan ortalamalarının $3,85 \pm 0,62$ ile erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç doğrultusunda araştırma hipotezlerinden H_7 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile kurumsal ortam boyutuyla arasında anlamlı farklılık vardır) kısmen kabul edilmiştir.

Cerrahi ekibin kişisel özellikleri ile ölçek toplam puanına ilişkin bulgular incelendiğinde, meslek değişkeni açısından ölçek toplam puanında hemşirelerin $3,69 \pm 0,37$ puan ortalaması ile tutumlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer kişisel özelliklerde ise bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma hipotezlerinden H_8 (Cerrahi ekibin sosyo-demografik özellikleri ile ölçeğin toplam puan ortancası arasında anlamlı farklılık vardır) kısmen kabul edilmiştir.

Ulaşılan bu sonuçlar doğrultusunda geliştirilen öneriler;

- Ameliyathane gibi yüksek riskli birimlerdeki çalışanların hata yapmasını engellemek için hatalara duyarlı tutumlarının geliştirilmesi, bunun içinde tüm çalışanların bir eğitim programına tabi tutulmaları,

- EKY yaklaşımı ilkelerinin hastane kalite yönetimi stratejilerine entegre edilmesi,
- Bundan sonra yapılacak olan çalışmaların farklı örneklem ve meslek gruplarında yapılması
- Önerilir.



7. KAYNAKLAR

- Abbasoğlu, A., Uğurlu, Z., Işık, S.A., Karahan, A., Ünlü, H. ve Elbaş, N.Ö. (2013). *Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Etkin Kullanılma Durumu ve Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine Yönelik Görüşleri*. 8.Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. s.178.
- Abd Elwahab, S. ve Doherty, E. (2014). What About Doctors? *The Impact of Medical Errors*, 12(6), 297–300. doi:10.1016/j.surge.2014.06.004
- Agency for Healthcare Research and Quality -AHRQa. (2019). *Medication Errors and Adverse Drug Events | AHRQ Patient Safety Network*. Erişim Adresi: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/23>.
- Akgün, S. (2014). Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar -Sentinel Olaylar-Sentinel Events in Healthcare. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*; 1(2):75-82.
- Akgün, S. Al-Assaf, A.F. (2007). *Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürünü Nasıl Oluşturabiliriz?* Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. 42-47.
- Arthur, J. (2011). *Lean Six Sigma for Hospitals*. Mc Graw Hill Inc, USA.
- Aşan, Ö., Malhan, S. (2000). Ekip Çalışmasının Kaliteye Etkisi ve Ekip Liderliğine Yönelik Bir Araştırma. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 4(3): 32-35.
- Avcı, K., Aktan, T. (2015). Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 48-54.
- Awad, S.S., Fagan, S.P., Bellows, C., Albo, D. vd. (2005). Bridging The Communication Gap in The Operating Room With Medical Team Training. *The American Journal of Surgery*. 190: 770- 774.
- Aydemir, İ. (2015). *Ameliyathanede Hataların Azaltılmasında Ekip Kaynak Yönetimi Yaklaşımı: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği*. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi). Ankara. 16-19.
- Baltaş A. (2016). *Takım Çalışması ve Liderlik*, Remzi Kitabevi, İstanbul. s.129.
- Barach, P. ve Small, S. D. (2000). Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lessons From Non-Medical Near Miss Reporting Systems. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 759-763.

- Bleetman, A., Sanusi, S., Dale, T., Brace, S. (2012). Human Factors and Error Prevention in Emergency Medicine. *Emergency Medicine Journal*; (29): s.389- 393.
- Bodur, S. Filiz, E. (2009). Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1);12-14.
- Bruce-Moffatt, S.D., Hefner, J.L., Mekhjian, H., McAlearney, J.S., ve ark. (2015). What Is The Return on Investment for Implementation of a Crew Resource Management Program at an Academic Medical Center? *American Journal of Medicam Quality*. 1-7.
- Bulun, M. (2012). *Hastaneden Canlı Çıkılmak: Hasta ve Yakınları İçin Tıbbi Hatalardan Korunma Rehberi*. Ankara: Sage Yayıncılık.
- Byers, J.F. White, S.V. (2004). *Patient Safety: Principles And Practices*. Patient Safety Issues, Springer Publishing Company, New York.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2016). *Canadian Patient Safety Institute. Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals*, Ottawa, October.
- Canatan, H. Erdoğan, A. Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane ile ilgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 82-89.
- CAP 720, (2002). *Flight Crew Training: Cockpit Resource Management (CRM) and Line-Oriented Flight Training LOFT*. Civil Aviation Authority.
- CAP 737. (2006). *Crew Resource Management (CRM). Training Guidance For Flight Crew CRM Instructors (CRMIs) ve CRM Instructor-Examiners (CRMIEs) Chapter 1*. West Sussex.
- CAP 737. (2014). *Flight-Crew Human Factors Handbook*, West Sussex, England. s.11.
- Caymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 1-14.
- Chappy, S. (2006). Perioperative Patient Safety: A Multisite Qualitative Analysis. *AORN Journal*, 83: 871-897.
- Copeland, N. (1942). *Psychology and Soldier*. Military Service Publishing, Harrisburg.
- Çakmak, C., Konca, M., Teleş, M., (2018). Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 21(3): 423-448.

- Dramalı, A., Demir, F. (1996). *Ameliyathane Hemşirelerinin Gelişen Teknolojiye Uyumunu*. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, İzmir. s.115-127.
- Er, F., Altunbaş, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. 3(3):5-6.
- Eren, E. (2017). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. İstanbul, Beta Yayınları: s.466-467.
- Erkul, M. Bilişli, Y. ve Özdoğan Tüm, N. (2015). “Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algısı: Üniversite Hastanesi Örneği.” *The Journal of Academic Social Science*, (12): 330-337.
- Feijter J, Grave W, Muijtjens A, Scherpbier A, vd. (2012). Comprehensive Overview of Medical Error in Hospitals Using Incident Reporting Systems, Patient Complaints and Chart Review of Inpatient Deaths. *Plus One*. 1-7.
- Fracica PJ, Wilson S, Chelluri LP. (2010). *Patient Safety*. In: Varkey P, ed. *Medical Quality Management Theory and Practice*. London: Jones and Bartlett Publishers. 43- 73.
- Frush, K.S. (2008). Fundamentals of a Patient Safety Program. *Pediatr Radiol*, 38: 685-689.
- Ginnet, R.C. (1987). *First Encounters of The Close Kind: The First Meetings of Airline Flight Crews*. Yale University Unpublished PhD Thesis, New Haven, Connecticut. USA.
- Gore, D.C., Powell, J.M., Baer, J.G., Sexton, K.H. vd. (2010). Crew Resource Management Improved Perception of Patient Safety in The Operating Room. *American Journal of Medical Qualit*. 25(1): 60- 63.
- Gök, D., Yıldırım, S. H. (2016). Pediatrie İlaç Hataları ve Hata Bildirimi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, (6); s.165-173.
- Grober, E. D. ve Bohnen, J. M. A. (2005). Defining Medical Error. *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39-44.
- Guerlain, S., Turrentine, F.E., Bauer, D.T., Calland, J.F., Adams, R. (2008). *Crew Resource Management Training For Surgeons: Feasibility And Impact*. Cognition, Technology and Work. 10: 255- 264.
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL). (2020). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 02.02.2020.

- Güvenlik ve Sağlık İşaretleri Yönetmeliği. (2005). <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>
Erişim Tarihi: 10.02.2020.
- Hancı, H. (2006). *Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis)*. (3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık, 30-43.
- Hancı, İ.H. (2005). *Malpraktis*. Seçkin Yayıncılık. Ankara.
- Harris, J.S. (1994). Improved Aeronautical Decision-Making Can Reduce Accidents. *Flight Safety Foundation: Helicopter Safety*. 20(2): pp.1-6.
- Helmreich, Robert L. Merritt, Ashleigh, C. Wilhelm, John A. (1999). *The Evolution of Crew Resource Management Training in Commercial Aviation*. International Journal of Aviation Psychology USA.
- Hicks, R.W. Sikirica, V. Nelson, W. Schein, J.R. vd. (2008). *Medication Errors Involving Patient-Controlled Analgesia*. Am J Health-Syst Pharm, S.65.
- Holdsworth, M.T. Fichtl, R.E. Behta, M. Raisch, D.W. vd. (2003). *Incidence and Impact of Adverse Drug Eventsin Pediatric Inpatients*. S.157.
- Hulbert, S.N., Garrett, J. (2009). *Improving Operating Room Safety*. Patient Safety in Surgery, 3: 25. <http://www.pssjournal.com/content/3/1/25>. Erişim Tarihi: 02.03.2020.
- Institute of Medicine (IOM). (1999). *Committee on Quality of Health Care. To Err is Human: Building a Safer Health System*. Shaping the Future for Health. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds.Washington (DC): National Academies Press (US).
- Institute of Medicine (IOM). (2015). *Improving Diagnosis in Health Care (Report in Brief)*. *The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*. doi:10.17226/21794.
- International Council of Nurses (ICN). (2006). *Why Is Safe Staffing Important? Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day, Information And Action Tool Kit*. 1st ed. Geneva: ICN International Council of Nurses. 9-12.
- JCAHO (2006). *Sentinel Event Statistics*, [www.jointcommission.org/Library/T M_hysicians/mp_11_06.htm](http://www.jointcommission.org/Library/T_M_hysicians/mp_11_06.htm), Erişim Tarihi: 04.01.2020.
- Joint Commission International Accreditation Standarts For Hospital. (2020). *Joint Commission Resource, Updated International Patient Safety Goals Text Now, On JCI Web Site*. www.jointcommissioninternational.org. Erişim Tarihi: 07.02.2020.

- Jones, D.W. (2009). *An Evaluation of the Effectiveness of US Naval Aviation Crew Resource Management Training Programs a Reassessment for the Twenty-First Century Operating Environment*, Naval Postgraduate School, Monterey, California.
- Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1): 9-18.
- Kaya, E. E. Berk., Y. Öksüz., A.S. Keser., N. Mercan, F., (2009). *Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi*. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara. Kongre Kitabı. 2: 76-84.
- Kaya, S. Güven, G.S. (2005). *Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması*, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara.
- Khammarnia, M. Ravangard, R. Barfar, E. Setoodehzadeh, F. (2015). Medical Errors and Barriers to Reporting in Ten Hospitals in Southern Iran. *Malays J Med Sci*: 57-63.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. ve Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Washington, DC: National Academy Press.
- Küçük, M., Yazıcı Sorucuoğlu, A., Uzun, G., Gürbüz, Z. ve ark. (2018). *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği*. VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Antalya. Kongre Bilimsel Yayınları: 102-103.
- Leape LL. (1994). Error in Medicine. *JAMA*. 272: 1851-1857.
- Lessard, D.J. (2008). *Assessing Reduction of Operating Room Team Error Using Crew Resource Management Principles*. Ph. D. Northcentral University, Thesis. Graduate Faculty of the School of Business & Technology Management, Arizona.
- Lockwood, W. (2018). *Medical Errors and Patient Safety*.
- Mahajan R.P. (2010). Critical Incident Reporting and Learning. *British Journal of Anaesthesia*. 69-75.
- Makary, M. Daniel, M. (2016). *Medical Error-the Third Leading Cause of Death in the US*. BMJ.

- Marks, S.W., Loskove, J., Greenfield, A., Berlin, R.E., Kadis, J., Doss, R. (2014). *Surgical Team Debriefing And Follow-up: Creating an Efficient Positive Operating Room Environment to Improve Patient Safety*. Anesthesia Patient Safety Foundation Newsletters, Florida, p: 7-12.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York, NY: Harper.
- McConaughy, E. (2008). Crew Resource Management in Healthcare: the Evolution of Teamwork Training and Medteams. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*: s.97-103.
- McGreevy, J.M., Otten, T.D. (2007). Briefing and de Briefing in the Operating Room Using Fighter Pilot Crew Resource Management. *Journal of American College of Surgeons*. 205: 169- 176.
- McNutt, R. A., Abrams,R. ve Aron, D. (2003). Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. *JAMA*, 287(15), s.2000.
- Mearns, K., Flını, O. ve Connor, P. (2001). Sharing Worlds of Risk Improving Communication With Crew Resorce Management. *Journal of Risk Research*, 4(4): 377-392.
- Mengenci, C. (2010). *Ekip Kaynak Yönetimi Uygulamaları Üzerinde Toplumsal ve Örgütsel Kültürün Etkileri: Türk Sivil Havayolu Firmalarında Bir Araştırma*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. s.11.
- Molyneux, J. (2001). Inter Professional Teamworking: What Makes Teamwork Well? *Journal Of Interprofessional Care*, 15(1):29-35.
- Musluk, Ö. (2019). *Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi). İzmir. DEU.HSI.MSc-2013970088: 6-14.
- Neuhauser D. (2002). *Heroes and Martyrs of Quality and Safety: Ernest Amory Codman*. Qual Saf Health Care. 104-105.
- Nolan, T. W. (2000). System Changes to Improve Patient Safety. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 771-773.
- Npsf (2003). *National Patient Safety Agency (NPSA)*. Seven Steps To Patient Safety.London: NPSA.
- Nuland S. (2003). *The Doctors' Plague: Germs, Childbed Fever, and the Strange Story of Ignác Semmelweis*. 1st ed. New York: W. W. Norton Publisher. 101-117.

- Oriol, M.D. (2006). Crew Resource Management: Applications in Healthcare Organizations. *J Nurs Adm*, 36: 402- 406.
- Özata, M. Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 100-111.
- Özata, M. Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 100-111.
- Özkalp, E. ve Kırel, Ç. (2016). *Örgütsel Davranış*, Bursa Ekin Yayınevi: s.664-667.
- Özsoy, S., Bayık, A., Uysal, A., Ergül, Ş., Özer, M. (2003). Sağlık Çalışanlarının “Sağlık Hizmetlerinde Ekip Kavramına İlişkin Görüşlerini İncelenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 13(4):24-31.
- Öztürk, A. ve Afacan, M. (2011). *Havacılıkta Emniyet Anlayışının Evrimi ve THY A.O. Emniyet Yönetim Sistemi*, VI. Ulusal Uçak, Havacılık ve Uzay Mühendisliği Kurultayı. ss.63-68.
- Pizzi, L., Golfarb, NI., Nash, DB. (2001). *Crew Resource Management and Its Applications in Medicine. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/ Tecnology Assessment. AHRQ Publication: E058: 501-508.*
- Prati, G., Pietrantonio, L. (2014). Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. *Work*, 49(4).
- Powell, S.M., Hill, R.K. (2006). My Copilot is a Nurse – Using Crew Resource Management in the OR. *AORN Journal*. 83(1):179- 206.
- Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *British Medical Journal*, 320: 768- 770.
- Rodziewicz, T. L. ve Hipskind, J. E. (2019). *Medical Error Prevention*. StatPearls Publishing. Erişim Adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29763131>. Erişim Tarihi:15.01.2020.
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29.04.2009. Sayı: 27214, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> Erişim Tarihi: 28.01.2020.

Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği. (2013). Resmî Gazete Sayı: 28762.

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2011). Güvenli Cerrahi. www.kalite.saglik.gov.tr Erişim Tarihi:05.02.2020.

Savage, C., Gaffney, A.F., Hussain, A., Ackheim, P.O., Henricson, G. ve ark. (2017). Safer Paediatric Surgical Teams: A 5-Year Evaluation of Crew Resource Management Implementation and Outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*. 29(6), 853-860.

Soydemir D, İnteper SS, Mert H. (2016). Barriers to Medical Error Reporting for Physicians and Nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 1-16.

Steelman, V. M. ve Graling, P. R. (2013). Top 10 Patient Safety Issues : What More Can We Do ? *Association of Registered Nurses*, 97(6).

Studdert, D.M. Brennan, T.A. Thomas, E.J. (2002). *What Have We Learned Since The Harvard Medical Practice Study? Editör: Marilyn M, Rosenthal & Kathleen M, Sutcliffe KM, Medical Error: What Do We Know? What Do We Do? Ca, JosseyBass Publishing Company, San Francisco.*

Sütçü, N. (2019). *Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi*. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. 9-11.

Şekerli, B. E. ve Gerede, E. (2011). Kültürün EKY’ye Etkileri ve Türk Pilotların Hofstede Kültür Boyutları Açısından Durumları. “*İş Güç*” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 13(1): 19-38.

Şekerli, E. B. (2006). *Ekip Kaynak Yönetimi Uygulamaları ve Kültürel Farklılıklar: Türk Pilotlar Üzerinde Bir Araştırma*. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. s.121.

T.C.Sağlık Bakanlığı. (2017). *Güvenlik Raporlama Sistemi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html>.

Temel, M. (2005). Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*, 3: 84-90.

- Thies, D. (2007). *Improving Cardiovascular Patient Safety Implementation of Crew Resource Management: Process Management/Organizational Performance Results*, Criteria 3, The Nebraska Medical Center.
- Thomas, E.J., Studdert, D.M., Burstin, H.R. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000, 38: 261-271.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2013). *Bilimsel Araştırma Süreci ve Spss ile Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Uğur, E. Kara, S. Yildirim, S. ve Akbal, E. (2016). Medical Errors and Patient Safety in the Operating Room. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(5): 593– 597.
- Veterans Administration Patient Safety Reporting System-PSRS. (2019). *The Patient Safety Reporting System - Welcome to the PSRS*. 18 Haziran 2019 Erişim Tarihi: <https://psrs.arc.nasa.gov/>.
- Vural, H. (2014). *İlaç Hataları. İçinde: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Kayhan Matbaacılık. İstanbul: cilt:2. s.869-882.
- WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme*. Geneva Switzerland: World Health Organization.
- Williams, C. (2000). *Being Assertive*. Leeds, UK, University of Leeds.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Patient Safety*. <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/Health-systems/patient-safety>. Erişim tarihi: 05.02.2020.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Patient Safety Making Health Care Safer*. Erişim Adresi: <http://apps.who.int/bookorders>.
- Yalçınkaya, A. (2010). *Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir.
- Yıldırım, A. ve Aksu, M. (2009). Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*,31: 356-366.
- Yule, S., Flin R., Paterson-Brown, S., Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature, Surgery.

Zehir, C., Özşahin, M. (2008). Takım Yönetimi ve Takım Etkinliğini Belirleyen Faktörler: Savunma Sanayinde Ar-ge Yapan Takımlar Üzerinde Bir Saha Araştırması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi (DÜD)*. İstanbul. 2:268.



EKLER

Ek 1. Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Size doldurmanız için verilen bu form ile sağlık kurumlarında ekip kaynak yönetimi yaklaşımına yönelik bir uygulama yapmak amaçlanmıştır.

Anket formu sadece bilimsel bir çalışma için kullanılacak olup araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Bu nedenle soruları tarafsız ve eksiksiz olarak cevaplandırmanız, çalışmanın bilimsel değeri (yüksek lisans tezi) açısından son derece önemlidir.

Değerli zamanınızı ayırdığınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba ARALAN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sağlık Yönetimi ABD

1. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

2. Yaşınız

18-28 29-39 arası 40-49 arası 50-59 arası 60 veya üzeri

3. Medeni Durumunuz

Evli Bekar

4. Öğrenim Durumunuz

Lise Ön Lisans Lisans Lisansüstü

5. Meslek Ünvanınız. Lütfen Belirtiniz... ..

6. Mesleğinizdeki Toplam Hizmet Süreniz:

0-5 yıl arası 6-10 yıl arası 11-15 yıl arası 16 yıl ve sonrası

7. Şu an çalıştığınız kurumdaki çalışma süreniz:

0-5 yıl arası 6-10 yıl arası 11-15 yıl arası 16 yıl ve sonrası

İFADELER Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve soruları cevapsız bırakmayınız.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Tecrübeli biri hayati riski olan acil durumlarda, yönetimi devralmalı ve tüm kararları vermelidir.	1	2	3	4	5
2	Bölümüm, çalışmamı etkileyebilecek olaylarla ilgili güncel ve yeterli bilgiyi sağlamalıdır.	1	2	3	4	5
3	Yönetici, uygunsa ameliyat sırasında asistan ve hemşireleri soru sormaları için cesaretlendirmelidir.	1	2	3	4	5
4	Yorgun olduğumda bile ameliyatların kritik safhalarında etkin olarak çalışırım.	1	2	3	4	5
5	Diğer ekip üyelerinin, kişisel sorunlarının farkında olmalı ve bunlara karşı duyarlı olmalıyız.	1	2	3	4	5
6	Yönetici ek yetki ve ayrıcalıkları hak eder.	1	2	3	4	5
7	İşimi en iyi yalnız kaldığım zaman yaparım.	1	2	3	4	5
8	İş yüküm çok fazla olmaya başladığında ekibin diğer üyelerini bilgilendiririm.	1	2	3	4	5
9	Diğer ekip üyelerinin mesleki kabiliyetime saygı göstermemeleri beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10	Ameliyathanedeki ekibin önerilerini dikkate alan doktorlar zayıf liderlerdir.	1	2	3	4	5
11	Acil durumlardaki karar verme yeteneğim rutin zamanlardaki kadar iyidir.	1	2	3	4	5
12	Ameliyat sonrasında veya değişikliğinde işlem ve kararlarla ilgili düzenli olarak bilgi verilmesi, etkin ekip uyumunun geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin önemli bir parçasıdır.	1	2	3	4	5
13	Ameliyata girecek olan ekibin üyeleri işlem ve hareketler için planları sözlü olarak ifade etmeli ve bu bilginin, diğerleri tarafından anlaşıldığından ve onaylandığından emin olmalıdır.	1	2	3	4	5

14	Ameliyat ekibine katılan yeni personel yönetici tarafından verilen kararları sorgulamamalıdır.	1	2	3	4	5
15	Ekibin çalışmaktan hoşlandığı bir kişi olmaya çalışıyorum.	1	2	3	4	5
16	Yöneticim ve meslektaşlarım tarafından karşılaşılabileceğim tehlikeli durumları rapor etmem için cesaretlendiriliyorum.	1	2	3	4	5
17	Bana geri bildirim verebilecek kişiler sadece benim mesleğimden olan kişilerdir.	1	2	3	4	5
18	Tüm ameliyathane personeli ile ortak fikirde olmak, farklı bir görüşü ileri sürmekten daha iyidir.	1	2	3	4	5
19	Ameliyat öncesinde yapılan bilgilendirme toplantıları, güvenlik ve etkin grup yönetimi için önemlidir.	1	2	3	4	5
20	Benim yeterliliğimin diğerleri tarafından onaylanması önemlidir.	1	2	3	4	5
21	Gergin ve düşmanca tavırların olduğu ortamlarda hata yapmam daha olasıdır.	1	2	3	4	5
22	Yöneticinin sorumlulukları kendi ekip elemanları ve destek elemanlar arasındaki uyumu sağlamayı içerir.	1	2	3	4	5
23	İşim hakkındaki övgülere değer veririm.	1	2	3	4	5
24	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	1	2	3	4	5
25	Ameliyat ekibi üyeleri, çok fazla iş yükünün olduğu durumlarda, önceliği olan işleri belirleme sorumluluğunu paylaşır.	1	2	3	4	5
26	İşler iyi gittiği sürece diğerlerinin benim hakkımda ne düşündüğünü önemsemem.	1	2	3	4	5
27	Başarılı bir ameliyathane yönetimi, öncelikle doktorun tıbbi ve teknik yeterliliğinin bir işlevidir.	1	2	3	4	5
28	Ameliyathanedeki iyi itibar, benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
29	Hatalar yetersizliğin işaretidir.	1	2	3	4	5
30	Bölüm yöneticisi, çalışanlarımı dinler ve kaygılarını dikkate alır.	1	2	3	4	5

31	Bir ekibin parçası olarak çalışmaktan hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5
32	Bir hastanın bakımı ile ilgili bir problem fark edersem kimlerin etkilenebileceğine bakmadan konuşurum.	1	2	3	4	5
33	Diğer ekip üyeleri karşısında hata yaptığımda utanırım.	1	2	3	4	5
34	Kritik durumlarda, yöneticimin söylediklerine itimat ederim.	1	2	3	4	5
35	Meslektaşlarıma iyi niyetine değer veririm. Diğerlerinin beni arkadaş canlısı ve uyumlu görmesini önemserim.	1	2	3	4	5
36	Bazen, ameliyat ekibine diğer disiplinlerden katılan kişilere daha aktif olmaları gerektiğini söylerken kendimi rahatsız hissediyorum.	1	2	3	4	5
37	Ameliyathanemizde prosedürlere ve kurallara titizlikle uyulur.	1	2	3	4	5
38	Ameliyatın güvenliğini tehdit etmedikleri müddetçe, ekip üyeleri yöneticinin karar ve eylemlerini sorgulamamalıdır.	1	2	3	4	5
39	Yorgun ve gerginken daha az verimliyim.	1	2	3	4	5
40	Ameliyat ekibinin diğer üyelerini gereksiz yere beklemeye zorlanmak bir hakarettir.	1	2	3	4	5
41	Hatalar hastane içerisinde uygun bir şekilde çözümlenir.	1	2	3	4	5
42	Ameliyathane ekibinin yönetimi tıbbi personele ait olmalıdır.	1	2	3	4	5
43	Performansım deneyimsiz veya daha az yetenekli bir ekip üyesi ile çalışmaktan olumsuz etkilenmez.	1	2	3	4	5
44	Ekip üyeleri anlaşmazlıkları çözmek için birbirleri içindeki farklılıkları açıkça tartışmalıdır.	1	2	3	4	5
45	Ekip üyelerinin her biri diğerlerinin yorgunluk ve stres belirtilerini izlemelidir.	1	2	3	4	5
46	Deneyimsiz bir personel ile çalışmak zorunda olduğumda rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
47	Bu hastane için çalışmaktan gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
48	Ameliyathanedeki tüm ekip üyeleri bana geri bildirim verebilecek niteliktedir.	1	2	3	4	5

49	Gerçek profesyoneller, ameliyatta iken kişisel problemlerini geride bırakabilir.	1	2	3	4	5
50	Bir hastanın yönetiminde genç bir ekip üyesinin üstlenebileceği durumlar yoktur.	1	2	3	4	5
51	Ekipler görev değişimi sırasında ya da öncesinde, kendi psikolojik streslerinden veya fizyolojik problemlerinden diğer ekip üyelerine söz etmelidir.	1	2	3	4	5
52	Ameliyathanede, hak ettiğim saygıyı görüyorum.	1	2	3	4	5
53	Kişisel hatalar kaçınılmazdır.	1	2	3	4	5
54	Ameliyathane personelinin bir ekip olarak çalışması kavramı bu hastanede işlemez.	1	2	3	4	5
55	Kişisel problemler performansımı olumsuz etkileyebilir.	1	2	3	4	5
56	Etkili bir ameliyathane ekibi koordinasyonu için ekip üyeleri birbirlerinin kişiliklerine saygı göstermelidir.	1	2	3	4	5
57	İşimi seviyorum	1	2	3	4	5
58	İşimi iyi yapabilmem için gereken eğitimi aldım	1	2	3	4	5
59	Çalışanlar, ameliyathane için geliştirilmiş olan kuralları ya da ilkeleri sıklıkla uygulamaz (Örn; el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik işlemler, steril alan gibi).	1	2	3	4	5
60	Anlamadığım bir şey olduğunu hissettiğim bir durumda çekinmeden sorular sorarım.	1	2	3	4	5

Ek 2. Etik Kurul Formu

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU						
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI						
Sağlık Kurumlarında Ekip Kaynak Yönetimi Yaklaşımına Yönelik Bir Uygulama						
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-11/08	Tarih: 13.11.2019				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	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"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	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"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altinkaya	İç hastalıkları	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	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"/>	
*: Toplantıda bulunma						
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez İmza:						
n belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa...						



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Kurumlarında Ekip Kaynak Yönetimi Yaklaşımına Yönelik Bir Uygulama
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Ümit Naldöken			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	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: Prof. Dr. Muhittin Sömez
İmza:

Ek 3. Sivas Numune Hastanesi Kurum İzni



SIVAS NUMUNE HASTANESİ - SIVAS NUMUNE
EĞİTİM BİRDĞİ
08/01/2020 15:11 - 91742806 / 799 / 6
00109603923

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SIVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SIVAS NUMUNE HASTANESİ

Sayı : 93848782/799
Konu : Anket Çalışması - Tuba ARALAN

SIVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Tuba ARALAN' nın "Sağlık Kurumlarında Ekip Kaynak Yönetimi Yaklaşımına Yönelik Bir Uygulama" başlıklı tez çalışmasını yapabilmesi için Nisan 2020 - Aralık 2020 tarihleri arasında Hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ
Başhekim

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 54802d67-1678-480b-a0a0-ec34bc3a346b kodu ile erişebilirsiniz.

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu

Ek 4. Araştırma Hastanesi Kurum İzni



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.435468
Konu : Anket Uygulama İzni

15/01/2020

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19/12/2019 tarihli ve 428941 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Tuba ARALAN'ın "*Sağlık Kurumlarında Ekip Kaynak Yönetimi Yaklaşımına Yönelik Bir Uygulama*" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının anketlerini belirtilen tarihler arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemizde ameliyathane birimi çalışanlarına uygulanmasına ilişkin talebiniz değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Tuba ARALAN
Doğum Yeri ve Tarihi	Diyarbakır / 1994
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
E-posta Adresi	tubaralan@gmail.com

EĞİTİM VE AKADEMİK DURUM

Lise	Yeni Diyarbakır Anadolu Lisesi, 2013
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 2018
Lisans	Atatürk Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, 2020
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, 2020
Ünvan	Yüksek Lisans Öğrencisi

KATILIM BELGELERİ

1. Sağlık İdareciliği Günü Sempozyumu (2014) KIRIKKALE
2. Liderlik Seminerleri (2015) SİVAS
3. Sağlık Yönetimi Günleri (2015) SİVAS
4. Afet Gönüllüsü Sertifika Eğitimi (2017) SİVAS