



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİDE HASTA GÜVENLİĞİ: CERRAHİ
EKİBİNİN GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİNİ
UYGULARKEN KARŞILAŞTIĞI RAMAK KALA
OLAYLARIN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan BOZKURT

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİDE HASTA GÜVENLİĞİ: CERRAHİ
EKİBİNİN GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİNİ
UYGULARKEN KARŞILAŞTIĞI RAMAK KALA
OLAYLARIN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan BOZKURT

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini
Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala Olayların İncelenmesi

Sultan BOZKURT

Yüksek Lisans Tezi

14.06.2019

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜZER

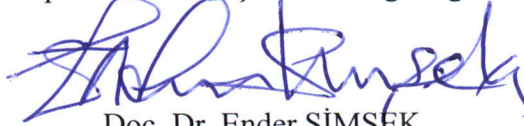
Jüri Üyeleri

Doç.Dr. Sena KAPLAN

Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜZER

Dr. Öğr. Üyesi Elif GEZGİNCİ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.



Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlaması aşamasından yazım aşamasına kadar patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışlarda bulunmadığıma, bu tezdeki bütün bilgileri, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tezde kullanmış olduğum tüm bilgilere ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

14.06.2019



Sultan BOZKURT

TEŞEKKÜR

Çalışmamın konusunun belirlenmesi, planlaması, yürütülmesi ve yazımı esnasında bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, göstermiş olduğu içten ilgi, sabır ve anlayışı için, meslek hayatımda azmini örnek alacağım saygı değer hocam ve danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜZER'e minnettarım.

Uzman görüşü ve katkılarından dolayı Öğr.Gör.Dr. Tuğba YILMAZER, Dr. Öğr. Üyesi Elif GEZGİNCİ' ye destekleri için teşekkür ediyorum.

Çalışmaya katılarak çalışmanın doğru ve başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan değerli sağlık çalışanlarına sonsuz teşekkürler.

Ayrıca eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteği ile her zaman yanımda olan sevgili eşime teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Cerrahide Hasta Güvenliğinin Tanımı ve Tarihçesi.....	8
2.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)	11
2.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının Önemi ve Amacı	14
2.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanması.....	16
2.4.1. Klinikten Ayrılmadan Önce	16
2.4.2. Anestezi Verilmeden Önce	17
2.4.3. Ameliyat Kesisinden Önce	18
2.4.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce	20
2.5. Ramak Kala Olay Bildirimi.....	21
2.6. Güvenli Cerrahi Kontrolünde Hemşirenin Rolü.....	25
3. MATERYAL VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Şekli.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	28
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	29
3.3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri	29
3.3.4. Araştırmaya Alınmama Kriterleri	29
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.4.1. Bireysel Bilgi Formu.....	30
3.4.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Formu	30
3.5. Araştırmanın Uygulanması.....	31

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIşMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER.....	69
Ek-1. BİREYSEL BİLGİ FORMU	69
Ek-2. GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ UYGULAMA FORMU ...	70
Ek-3. BİLGİLENDİRİLMİş ONAM FORMU	73
Ek-4. ETİK KURUL KARARI.....	74
Ek-5. ANKARA ATATÜRK EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ İZNİ	75
Ek-6. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ YENİMAHALLE EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ İZNİ	76
Ek-7. GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAğLIK ARAşTRIMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAşHEKİMLİğİ İZNİ	77
Ek-8. ÖZGEÇMİş	78

ÖZET

Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala Olayların İncelenmesi

Araştırma cerrahi ekip üyelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kullanımı sırasında karşılaştığı ramak kala olayları incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma 25 Haziran 2018-07 Eylül 2018 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan üç kamu hastanesinin cerrahi servislerinde ve ameliyathanelerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cerrahi servisleri (n=94) ve ameliyathanede çalışan (n=293) cerrahi ekip üyeleri (anestezi uzmanı, hemşire, cerrah, cerrahi teknisyen, anestezi teknikeri) oluşturmuştur (n=387). Veriler Bireysel Bilgi Formu ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Formu ile elde edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri Ki-Kare testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

Araştırma sonucunda, cerrahi servis ve ameliyathanelerde çalışan cerrahi ekip üyelerinin %27.1'i Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir. Cerrahi ekip üyelerinin %72.9'unun Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) ile ilgili eğitim aldığı, %37.0'sinin ise GCKL'nin kullanımı sırasında bu uygulamanın önlediği ramak kala olaylar ve tıbbi hatalar olduğunu ifade ettiği bulunmuştur. Ramak kala olayı %90.2'sinin bilmesine ve karşılaşanların oranının %37.0 olmasına karşın, olay bildirimini yapanların oranı %7.8 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların en çok karşılaştığı ramak kala olaylar %26.0 taraf işaretlemenin olmaması, %23.0 takıların çıkarılmaması, %18.0 hastanın tok gelmesi olarak saptanmıştır. Ayrıca tıbbi hata oluşum nedeni olarak %26.2 dikkatsizlik, %10.1 yoğunluk ve %14.8 bilgi eksikliği bildirilmiştir.

Araştırma sonucunda, cerrahi ekip üyelerinin özellikle kullanım oranı yüksek olan hemşirelerin GCKL'ni kullanımı sırasında ramak kala olaylar ile karşılaştığı

belirlenmiştir. Önlenebilir tıbbi hataların erken saptanması bu hataların oluşumunu engelleyecektir. Konu ile ilgili eğitimlerin artırılması ve cerrahi ekip üyelerine olumlu geri bildirimler yapılması GCKL formunun daha çok kullanımını ve olay bildirimlerinin artmasını sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, GCKL, hasta güvenliği, ramak kala olay



ABSTRACT

Patient Safety in Surgery: An Investigation of the Near-Miss Cases Encountered by the Surgical Team While Applying the Surgical Safety Checklist

The study was conducted as a descriptive study in order to investigate the incidents that surgical team members encountered near-miss cases during the use of the Surgical Safety Checklist.

The research was carried out between June 25, 2018 and September 7, 2018 in the surgical services and operating theaters of three public hospitals in Ankara. The sample of the study was the surgical services of Ankara Yıldırım Beyazıt University Yenimahalle Training and Research Hospital, Gazi University Health Research and Application Center, Ankara Atatürk Training(n=94) and Research Hospital and the surgical team members (n=293) working in the operating room (anesthesiologist, nurse, surgeon, surgical technician, anesthesia technician) formed (n=387). Data were obtained with the individual Data Sheet and Surgical Safety Checklist Application Form. Chi-square test and Mann-Whitney U test were used for statistical analysis ($p<0.05$).

As a result of the research, it was determined that 27.1% of the surgical team members working in surgical service and operating rooms did not receive training on the Surgical Safety Checklist. It was found that 72.9% of surgical team members received training on Surgical Safety Checklist (SSC) and 37.0% said that there were near-miss cases and medical errors that prevented this practice during the use of SSC. Although 90.2% of the near-miss cases were known and 37.0% of the respondents, the rate of those reporting the event was determined as 7.8%. The near-miss cases most commonly encountered by the participants in the study were found to be 26.0% absence of side marking, 23.0% not to remove jewelry, and 18.0% to be full. In addition, 26.2% carelessness as a cause of medical error.

As a result of the study, it was determined that surgical team members were faced with near-miss cases during the use of SSC of nurses, especially those with high rates of use. Early detection of these errors will prevent the occurrence of

preventable medical errors. Increasing training and making positive feedback to surgical team members will increase the use of SSC form and event notifications.

Keywords: Near-miss case, patient safety, ssc, surgery



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASA	: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Birliği)
DÖF	: Düzeltici önleyici faaliyet
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GCKL	: Güvenli cerrahi kontrol listesi
GRS	: Güvenlik raporlama sistemi
IOM	: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
JCAHO	: Joint Commision on Accreditation of Healt Care Organization (Sağlık Kurumları Akreditasyon Birliği)
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyonu)
NPSF	: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)
SKS	: Sağlıkta kalite standartları
SPSS	: Statistical package for the social sciences

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Surgical safety checklist	12
Şekil 2.2. Güvenli cerrahi kontrol listesi (GCKL)	13
Şekil 2.3. Hasta güvenliği ramak kala ve gerçekleşen olay bildirim sayfası.....	24



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Cerrahi ekip üyelerinin bazı bireysel özelliklerine göre dağılımları.....	34
Tablo 4.2. Cerrahi ekip üyelerinin bireysel özelliklerine göre yaş ve çalışma yılı dağılımları.....	36
Tablo 4.3. Cerrahi ekip üyelerinin bireysel özelliklerine göre güvenli cerrahi kontrol listesi eğitim alma durumu ve eğitim türü dağılımları.....	37
Tablo 4.4. Cerrahi ekip üyelerinin güvenli cerrahi kavramı bilgi durumları ile görev yapılan birim arasındaki ilişkiye dair sonuçlar	38
Tablo 4.5. Ameliyat öncesi uygulama formu ile görev yapılan birim arasındaki ilişkiye dair sonuçlar.....	39
Tablo 4.6. Cerrahi ekip üyelerinin anestezi öncesi uygulama formuna ilişkin frekans dağılımı.....	41
Tablo 4.7. Cerrahi ekip üyelerinin ramak kala olaylara ilişkin bilgi ve bildirim yapma durumuna dair sonuçlar.....	42
Tablo 4.8. Ramak kala önlenen olaylarla karşılaşma durumları ile meslek arasındaki ilişkiye dair sonuçlar.....	43
Tablo 4.9. Cerrahi ekip üyelerinin karşılaştığı ramak kala olaylara ilişkin bulguların dağılımları.....	44
Tablo 4.10. Cerrahi ekibin tıbbi hataların oluşum nedenlerine ilişkin görüşlerine ilişkin bulguların dağılımları.....	45
Tablo 4.11. Ameliyathanede cerrahi ekip üyelerinin olay bildirimini sonrası uygulanan aşamalar ile ilgili bulguları.....	47
Tablo 4.12. Cerrahi serviste çalışan cerrahi ekip üyelerinin olay bildirimini sonrası uygulanan aşamalar ile ilgili bulguları.....	48

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinden faydalanma sürecinde kişilerin zarar görmesini önlemek veya en aza indirmeyi hedeflemek amacıyla uygulanan önlemlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (1). Sağlık biliminin temel taşlarından biri olan “Zarar vermeme ilkesi” doğrultusunda, sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Hastaların güvenliğinin sağlanması; tedavi ile ilişkili ölümle sonuçlanabilecek tıbbi hataları, mesleki suç teşkil edebilecek davaları, hemşire ve diğer ilgili sağlık ekibi üyelerinin mesleki hata sayısını ve tedavi maliyetini azaltmasının yanı sıra tedavi sürecini de kısaltmaktadır. Dolayısıyla güvenli tedavi ortamı oluşturularak, hastaların sağlık ekibine güvenmesi ve bakım uygulamalarına katılması sağlanabilmektedir (2, 3).

Hasta güvenliği kavramı yapılan tıbbi hataların raporlanmasıyla ortaya çıkmıştır. 2000 yılından bu yana Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere’de insan hatalarının ve olumsuz olayların raporlandığı kurum olan Institute of Medicine (IOM) raporu ile ABD, Avustralya ve Birleşik Krallık’ta hastane kayıtları incelenmiş ortalama hata oranlarının %10 olduğu belirtilmiştir. Bu sonuca göre sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği konusu uygulamaya konulmuştur. Böylece hasta güvenliği sağlık politikasının kalıcı bir parçası haline gelmiştir. Hasta güvenliğine yönelik kanıtların incelenmesi sonucunda simülasyon, klinik eğitim, uygulama, standartlaştırma ve eğitime yatırım ve raporlama konuları gündeme gelmiştir. Bu başlıkların geliştirilmesiyle hasta güvenliği konusunda iyileşme olacağı saptanmıştır (4).

Hasta güvenliği konusundaki bu deneyimlerle Hasta Güvenliği Kültürü (Patient safety culture) sağlık çalışanlarında oluşturulmaya çalışılmıştır. Buna yönelik çeşitli çalışmalar yapılarak, hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, klinik

uygulama biçimleri, tutumları ve algıları değerlendirilmiştir. Bu sayede tıbbi hataların azaltılması amaçlanmaktadır (5).

Hasta güvenliğine yönelik yaklaşım ‘bul ve düzelt’ modeline göre uygulanmaktadır. Hasta güvenliğini tehdit edecek bir durum tespit edildiğinde amaç; damgalamak ya da yargılamak değil, olayların yanlış gittiği basamakları tespit edip, hata sayısını mümkün olduğunca en aza indirmektir. Buna ulaşmak için; iş esnekliğini kolaylaştırmak ve hizmet kalitesini artırmaya çalışmak, başarıyı takdir etmek ve motivasyonu artırmak, istenmeyen sonuçlar ve tıbbi hataların olmaması için farkındalığı artırmak gerekmektedir (6).

Sağlık kurumlarının akreditasyonu ile hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesindeki zorluklar aşılmaya çalışılmıştır. Örneğin; 1951 yılında Amerika’da kurulan Sağlık Kurumları Akreditasyon Birliği (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization [JCAHO]), sağlık kurumlarında hasta bakımında güvenliğin geliştirilmesini sağlamak için ilk ulusal hasta güvenliği hedeflerini belirlemiştir (7). Akredite olan tüm sağlık kurumları bu hedeflerin uygulanması için JCAHO tarafından denetlenmektedir, hedefler denetleme sonrası tekrar düzenlenmiştir, her bir hedef sağlık kurumları tarafından zorunlu karşılanmış ve uygulanmıştır. Dolayısıyla sağlık çalışanları, hasta güvenliği hedeflerine uymakla yükümlüdür (2,3).

Literatürde bu yükümlülüğü yerine getirme adına, hasta güvenliği için kurumlar kendi kurum kültürüne ve ihtiyaçlarına göre, değişiklikler yapmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, hastanenin ihtiyaçlarına ve donanımına göre değiştirilerek uygulanmıştır. Bu çalışmada, güvenli cerrahi kontrol listesi uygulanmasının komplikasyonları % 58 oranında azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (8). ABD Genel Sağlık ve İnsani Hizmetler Dairesi Müfettişliği hastanelerin sağlık kayıtlarından 2008 yılında yatan hastalarda, tıbbi hata nedeniyle 180.000 ölüm bildirilmiştir (9). Tıbbi hatalardan dolayı ölümler, kanser, kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklarından sonra ölüm sebebi olarak beşinci sırada yer almaktadır (8, 10).

Literatürde tıbbi hata nedenleri incelendiğinde; sistemden kaynaklanan hataların, personel kaynaklı hatalara göre daha yüksek oranda tıbbi hatalara neden

olduğu görülmüştür (11). Ülkemizde Vural ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 200 sağlık personeline tıbbi hataların sebepleri sorulmuş ve araştırmaya katılanların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü tıbbi hataların sistem aksaklıklarından ortaya çıktığını ve bu aksaklıkların birey kaynaklı olmadığını ifade etmişlerdir (12). Ülkemizde Bodur ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise toplam 489 hekim-hemşire ve 240 hastaya tıbbi hataların kimden kaynaklandığı sorulmuştur. Hekim ve hemşirelerin %55.80'i, hastaların ise %49.70'si tıbbi hataların kurum ve bireylerin ortak hataları olduğunu belirtmiştir (13).

Sağlık hizmetleri uygulaması sırasında meydana gelen bu hataları saptamak ve tanımlayabilmek, bu hatalardan dolayı hastanın zarar görmesini önlemek ve tıbbi hataların sayısını azaltmaya çalışmak, hataların bildirilmesi ve analiz edilmesini sağlayacaktır (14). Buna bağlı olarak, sağlık sisteminde oluşan tıbbi hataların azaltılması ve güvenlik önlemlerinin alınabilmesi için güvenlik raporlama sistemlerine (GRS) ihtiyaç olduğu saptanmıştır (15). Sağlık hizmetinde kalite ve güvenliğin artırılması için güvenlik raporlama sistemlerinin önemli bir rolü bulunmaktadır (16). Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality), tıbbi hatalarda “isim bildirme, suçlama ve yargılama” yaklaşımının etkili olmadığını belirtmektedir (15). Güvenlik raporlama sisteminde kimliksizleştirme, yani anonimizasyon anlayışı tıbbi hata bildirimlerinin artması için önemli bir unsur olduğu ve sağlık sistemlerinde tıbbi hataların bildirimlerine yönelik yaklaşımlar hataya kimin neden olduğuna değil, hatanın kendisine odaklanmak olduğu ifade edilmektedir. Hata bildirimini aşamasında yeterli kimliksizleştirme şartlarının sağlanamaması raporlama sisteminin oluşumunu engellediği saptanmıştır (16).

İstenmeyen olaylar ve olumsuz sonuçların bildirilmesi düşüncesi uzun yıllardan beri birçok sektör tarafından kabul edilen bir durum olarak düşünülmektedir. Havacılık sektöründe 1975 yılında, şahısları suçlamadan ve onlara güven vererek hata veya “ramak kala (near miss)” olaylar, gerçekleşmesi yakın olmasına rağmen zarara neden olmayan olaylar olarak tanımlanmıştır (17). Gerçekleşen olay ve ramak kala olay bildiriminde hasta ve çalışanların zarar gördüğü veya zarar görmeden tespit edilen olaylar bildirilir. Örneğin; delici kesici alet yaralanmaları, düşmeler, yanlış taraf işaretlemesi, hastanın ameliyat hazırlığının eksik olması, tetkiklerin eksik olması ve kimlik doğrulamama gibi olaylar bildirilmesi

gereken olaylardır. Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) üzerinden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesi ve raporlamasının sağlanması son derece başarılı sonuçlar sağlamaktadır (18). Havacılıkta uygulanan raporlama sistemini, anestezi ve diğer tıbbi alanlarda raporlama sisteminin kullanılması takip etmiştir. Raporlama sistemlerinin uygulanması sağlık kurumları tarafından yapılan hatalar konusunda farkındalık yaratmakla birlikte yerel ve ulusal olarak gerekli tedbirlerin alınmasını da sağlamaktadır. Raporlama sistemlerinin uygulanması sonucunda veri tabanı elde edilerek, yapılan hatalar tanımlanmakta ve hataların tekrar oluşması önlenmeye çalışılmaktadır (17). Türkiye’de ise GRS, 2016 yılında ilaç, laboratuvar ve cerrahi süreçte oluşan hataların bildirimini yapılabilmesi için sağlık kurumlarının hizmetine sunulmuştur. Hasta güvenliği modülünü geliştirme çalışmalarının sonuca ulaşması ile 31 Ağustos 2016 tarihinde hasta güvenliği hataları da sisteme girilebilir duruma gelmiştir. 2016 yılı içerisinde GRS’ne toplam 74383 hata bildirimini gerçekleştiği bildirilmiştir. Bunların %93,8’i laboratuvardan kaynaklanan hatalar, %1,5’i hasta güvenliği ile ilgili hatalar, %1,6’sı cerrahi hatalar, %3,1’i ilaç hataları olarak saptanmıştır. Bildirilen bu hatalar Sağlıkta Kalite Standartları’nın geliştirilmesi amacıyla kullanılmakta, sonuç olarak sağlık hizmeti sürecine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir (18).

Sheikhtaheri’nin 2014 yılında İran’da yaptığı çalışma sonucunda tıbbi hataların raporlanması zayıf yönlerin saptanmasının yanında hata yönetimindeki başarılı uygulamaların sayısını arttırdığı saptanmıştır (19). İncesu ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Türkiye’de bir kamu hastanesinde yapılan çalışmada, Ocak 2016 ile 01 Ekim 2017 tarihleri arasında 30 bildirim gerçekleştiği, bu yapılan bildirimlerin 12’sinin çalışanların güvenliğini, 18’inin hasta güvenliği ile ilgili olduğu, katılımcıların %93,8’inin GRS konusunda eğitim aldığı, %91,2’sinin GRS’ni hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında etkili bir basamak olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Çalışma sonucunda kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti için sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarının güvenli bir ortamda olmaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların çoğunun GRS konusunda bilgi sahibi oldukları ve eğitim aldıkları, ancak GRS bildirim sayısının düşük olması sebebiyle kurumda güvenlik raporlama kültürünün tam anlamıyla oluşmadığı ve bildirim sistemini kullanırken çekinceler ve tereddütler yaşadıkları tespit edilmiştir (20).

Raporlama sistemindeki çekinceler ve hata bildiriminin azlığı hasta güvenliği açısından önemli bir risktir, dünyadaki cerrahi girişim sayısı azımsanmayacak kadar çoktur. Dünya’da her yıl 234.2 milyon invaziv işlem ve girişim uygulandığı belirtilmiştir. (21). Dünya çapında cerrahi girişimin çok fazla olması yüksek mortalite ve morbidite oranları göz önüne alındığında, güvenli cerrahi basamaklarının uygulanmamasının önemli bir sağlık sorunu olduğu ihmal edilemez bir gerçek olduğu saptanmıştır (21). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri doğrultusunda Dünya’da yılda ortalama 1.5 milyar ameliyat (büyük, orta ve küçük ameliyatlar) yapılmaktadır. Bu bilgi ışığında her yüz kişiden dördü ameliyat olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (21, 22). Türkiye’de yıllık verilere göre 2017 yılında toplam 4.931.299 ameliyat yapılmıştır (23).

Tıbbi hataların ise ülkemizde %43,6’sının ameliyathanelerde meydana geldiği görülmektedir (24). Yanlış taraf cerrahisi, ameliyathanede en sık meydana gelen ikinci tıbbi hata kaynağıdır. Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) verilerine göre, yanlış taraf cerrahisinin ilk nedeninin (%73) ameliyathanede cerrahi ekip üyelerinin arasındaki iletişim eksikliği olduğu görülmüştür (7, 25, 26). Çalışmalar, ameliyathanelerin hasta güvenliğini tehdit eden birimler olmasına neden olarak, özellikle ekip içi iletişimdeki eksiklikleri en büyük etken olarak göstermiştir (27-29).

DSÖ hasta kayıtlarından yaptığı sistematik incelemede, 74.000’den fazla vakada hataların %43’ünün önlenemez olduğunu, %9.2’sinin kurum kaynaklı hatalar olduğunu saptamıştır. DSÖ 2002 yılında ülkeleri sağlık ve güvenlik sistemlerini arttırmaya davet ederek ülkelere hasta güvenliğini geliştirmeleri için destek sağlamıştır. Sonuç olarak, DSÖ tarafından hasta güvenliği kavramı oluşturulmuş ve küresel hasta güvenliği adlı kampanyalara odaklanılmıştır. Bu amaçla DSÖ “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” sloganı ile 9 Şubat 2009’da GCKL oluşturulmuş ve DSÖ Güvenli Cerrahi Kılavuzları Profesör Atul Gawande tarafından yönetilmiştir. Amacı, ekip çalışması ve iletişimi geliştirmek ve gerçekleştirilen her operasyon için hasta güvenliğinin aktif olarak göz önüne alınmasını teşvik etmek için basit, etkili bir öncelikli kontroller seti sağlamak olmuştur. Profesör Gawande’in ekibi kontrol listesinin uygulanmasından önce 3000’in üzerinde hastayı ve kontrol listesinin uygulanmasından sonra yaklaşık 4000 hastayı gözlemlemiştir. GCKL başlamasından önce toplam ölüm oranının % 1.5 olduğu ve GCKL uygulaması sonrasında % 0.8’e

düştüğü, yatan hasta komplikasyonlarının ise GCKL kullanıldıktan sonra % 11'den % 7 seviyesine düştüğü saptanmıştır (30, 37, 38).

Haugen ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı randomize kontrollü çalışmada; iki hastanede GCKL uygulanmayan 2212 vaka ile GCKL uygulanan 2263 vaka değerlendirilmiş, komplikasyon oranının %19.9'dan %11.5 oranına düştüğü saptanmıştır (33). Bergs ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz çalışmasında, Cochrane Library, MEDLINE, Embase ve CINAHL önceden tanımlanmış dahil etme kriterleri kullanılarak seçilen makaleleri içermektedir. Sonuç olarak çalışmasında, 723 çalışmanın 7'si dahil etme kriterlerini karşılamış ve postoperatif komplikasyonların ve mortalitenin belirgin ölçüde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (34).

Behzadifar ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer meta-analiz çalışmasında ise, 2012-2017 yılları arasında yayınlanan 176 çalışmadan 27 çalışma mevcut meta-analizde yer almaya uygun görülmüştür. GCKL'nin hasta güvenliğinin ciddi dikkat gerektiren farklı yönlerinin farkında olmasına yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, hastanelerin ve cerrahi ekip üyelerinin, örgütsel kültürlerinin hasta güvenliği ve bu alandaki mevcut problemler açısından güçlü ve zayıf yönlerini tespit etmelerini sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (35).

Hasta güvenliğinin sağlanması için bütün bu çalışmalar da göstermektedir ki güvenli cerrahi hayat kurtarır (37, 38). DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Amerika, Avrupa, Afrika ve Asya'da 40'tan fazla ülkede yaklaşık 246 kurum tarafından onaylanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, GCKL uygulaması ile yılda beş yüz bin kişinin ölümünün engellenebileceğini tahmin edilmektedir (39-42).

Güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanmaması hasta açısından önemli bir risk faktörü olduğu için, bu konu üzerinde durulması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan ve hasta bakımında önemli bir rol oynayan hemşirelerin güvenli cerrahi kontrol listesi kriterlerini eksiksiz yapması ve bu uygulamanın hastaya sağladığı yararları görmesi, uygulamada hem hemşireleri olumlu yönde etkileyecek hem de hastaya zarar vermeme yarar sağlama rolüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan araştırmalar sonucunda GCKL'nin uygulanış ve işlevselliğini inceleyen çalışmalar mevcuttur (30, 33-35). Bu alışmalarda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ni kimlerin daha çok kullandığı, kullanım oranları, doğru uygulanıp uygulanmadığı, uygulanma oranı, uygulanamayan eksik kalan yönleri incelenmiştir (22, 27, 33-35). Fakat GCKL kullanımını sırasında ramak kala olaylar incelenmemiştir. Çalışmamız bu gereksinimden yola çıkararak cerrahi ekibin ameliyathanede ve cerrahi servislerde GCKL'nin uygulanışını sırasında karşılaşılan ramak kala olayları tanımlamak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın bu eksikliği gidermenin yanı sıra GCKL'nin kullanımının önlediği ramak kala olayları ortaya koyarak, formun kullanımının önemini ortaya çıkaracağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, cerrahi birimlerde görev yapan cerrahi ekip yelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımını sırasında karşılaştığı ramak kala olayları incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahide Hasta Güvenliğinin Tanımı ve Tarihçesi

Türk Dil Kurumu'na göre cerrahi, ameliyat gerektiren hastalıklarla ilgilenen hekimlik kolu olarak tanımlanmıştır (43, 44). Günümüzde cerrahi ile ilgili en çok kabul görmüş olan tanım hastanın olağan fizyolojik sürecini olumlu yönde etkileyen iyileştirici, kontrol edilebilen uygulamalardır (45).

Türk Dil Kurumuna göre güvenlik; endişe, kaygı ve şüphe duymadan inanıp bağlanma duygusudur (43). Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu'na (National Patient Safety Foundation-NPSF) göre hasta güvenliği, sağlık bakımı sürecinde oluşabilecek travma ve beklenmedik olaylardan kaçınma, bu olayları önleme ve düzeltmek amaçlı sağlık hizmeti veren kurumlarda uygulanan basamaklar olarak tanımlanmaktadır (46).

Hasta güvenliği konusundaki eksiklikler dünya çapında önemle ele alınması gereken bir sorundur. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde tıbbi hatalardan dolayı bireylerin %10'unun olumsuz yönde etkilendiği öngörülmektedir. Hasta güvenliğini tehdit eden başlıca problemler hastane kaynaklı enfeksiyonlar, ilaç uygulama hataları, cerrahi süreçteki komplikasyonlar, kişilerarası iletişimde eksikler, hasta düşmeleri, ekip üyeleri arasındaki çatışmalar, güvenlik kültürünün oluşmaması, gelişmiş tedavilerin uygulanmaması ve yanlış tanı koyma olarak belirtilmiştir (47).

Cerrahinin tarihsel süreçte, insanlığın başlangıcından beri var olduğu ifade edilmiştir. Mısır Çağında; mumyalarda anatomik olarak düzgün kaynamış kırıklar ve cerrahi izler, Ebers ve E.Smith Papiruslarında; ısı ile koterizasyonun yaygın olarak kullanıldığı, Hindistan'da; Rekonstrüktif cerrahinin gelişmesini sağlayan cerrahi uygulamalar tanımlanmaktadır. Yunan ve Roma Devrinde Hipokrat'ın kırık ve çıkık gibi ortopedik cerrahi uygulamalar için yazdığı eserler bulunmuştur. Aristo; dolaşımın merkezinin kalp olduğunu söylemiştir. Ortaçağda; cerrahlar, herni ve katarakt ameliyatlarını yapmışlardır. 11. Yüzyılın sonunda ise cerrahi hekimler derneklerini kurmuştur. Modern cerrahi; anestezi, antisepsi, asepsi, hemostaz, antibiyotiklerin bulunmasıyla gelişmiştir. Modern Tıp Döneminde; W.Thomas Morton, anestezinin yararlarını göstermiş, eter anestezisi altında cerrahi girişim

yapmıştır. Pasteur; mikroorganizmaların hastalığa yol açabileceğini, Leewanheuk ise mikroorganizmaları göstermiştir. Lister; yara enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik uygulamaları başlatmıştır. Böylece 19. yüzyılın sonunda sağlanan gelişmelerle cerrahi uygulamaların gelişmesinin önündeki en önemli engel olan “ağrı” ve “enfeksiyon” ortadan kaldırılmıştır. 1. Dünya Savaşı'nda antisepsi kabul görmüş ve ameliyathane uygulamaları gelişmiştir. 2. Dünya Savaşı ile birlikte askeri hastane çadırları kurularak aynı anda birden fazla hastanın ameliyat edilmesine imkan yaratılmıştır. Kore savaşında hareketli askeri hastanenin geliştirilmesi ile modern ameliyathanelerin temeli oluşmuştur. Modern cerrahi uygulamaların temelleri 19. yüzyılın ikinci yarısında atılmıştır (48, 49).

Hasta güvenliği ilk olarak 1900-1919 yıllarında ortaya çıkmış ve tarihsel süreçte cerrahinin gelişmesiyle hasta güvenliği algısı değişmiş ve geliştirilmiştir. Hasta güvenliği algısı 1900-1919 yıllarında el hijyeni ve semptomların giderilmesi (sıcak ve soğuk uygulama), 1920-1929 yıllarında düşme riski, 1930-1939 ilaç hataları ve ilaç toksisitesi, 1940-1949 yıllarında basınç yaraları, hasta bilgilerinin olduğu kartlar, cerrahi ünitelerin ve uyandırma ünitelerinin diğer birimlerden ayrılması, hastanelerin ruhsatlandırılması, hastanelerde yangın kontrolü, hasta tahliyesi ve afet planı olarak gelişmiştir. 1950-1959 yıllarından itibaren hasta güvenliği algısı birimlere göre spesifikleşmiştir, prematür bebeklerde özel bakım, çocuk güvenliği, hastanın kendine zarar vermesini önleme, nöroloji alanında hemşirelere hizmet içi eğitim konuları ele alınmıştır. Hasta güvenliği gelişen teknoloji ile birlikte 1960-1969 yıllarında karmaşık hidrolik yataklar, sıcak su şişesi yanıkları, hastane kaynaklı enfeksiyonlar, 1970-1979 ilaç dozu ayarlama, raporlama sistemleri, arızalı ekipmanlar, refakatçi kısıtlaması, intravenöz ilaç güvenliği, 1980-1989 düşme riskini önlemek için yatak başı alarm sistemi, ilaç uygulamalarında çift kontrol sistemi, doğru kateterizasyon, invaziv işlemlerde kullanılan ekipmanın tekrar kullanılmaması konularını içermektedir. 1990-1999 ilaç uygulama hataları, lisanslı personel, hastanın mobilizasyonu, 2000-2015 acil müdahale ekipleri kuruldu, reçeteli ilaç ve uygulanan ilaçlara barkod sistemi, önlenebilir olaylar için çaba harcamak, hastanın fizyolojik ve sosyoekonomik sorunlarının değerlendirilmesi olarak değişmiş ve gelişmiştir (50).

Hasta güvenliği kültürü, özellikle hasta güvenliği ile ilgili değer ve inançlara ilişkin bir örgüt kültürünün alt kümesidir. Hasta güvenliği kültürü “hasta

güvenliği göz önünde bulundurularak sağlık hizmeti sağlama sistemi hakkında paylaşılan inançlar ve değerler” olarak tanımlanmaktadır (51). Hasta güvenliği kültürü sosyal öğrenmenin bir ürünü; paylaşılan ve buluşmaya çalışan düşünme ve davranış biçimleridir. Hasta güvenliğinin temel amacı, güvenlik kültürünü “sağlık çalışanlarının hasta takdirini en yüksek önceliklerden biri olarak görmeye yönelik birçok davranışsal davranışını yönlendiren performans belirleyici faktör” olarak tanımlamaktadır (48, 49, 52).

Hasta güvenliğinin sağlanması, tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılması amacıyla; Uluslararası Birleşik Komisyonu yanlış taraf cerrahisinin ve yanlış hastanın ameliyat edilmesinin önlenmesini 2014 yılı hasta güvenliği hedefleri kapsamına almıştır. Sağlık Bakanlığı “Cerrahide Bilinen On Gerçek” verilerine göre; cerrahi hastalarının %3-25’inde karmaşık durumlardan dolayı morbidite gelişmekte, majör cerrahi sonrası %0.4-10 oranında ölüm gerçekleşmekte ve yılda yaklaşık bir milyon insan ameliyat öncesi, ameliyat sırası ya da ameliyat sonrası ölmekte, gelişmiş ülkelerde tıbbi ve teknik hataların %50’si cerrahi kliniklerde meydana gelmekte olup güvenli cerrahi basamaklarının uygulanması ile azaltılabilmektedir. Dünya’da her 150 kişiden biri anesteziye bağlı nedenlerden ölmekte, cilt kesisinden önce antibiyotik kullanımı yara enfeksiyonu gelişimini %50 oranında azaltmakta, cerrahi güvenliğin sağlanması için cerrahi bakım ve tedavi sürecinin iyileştirilmesi gerekmektedir (25, 83).

Dünya Sağlık Örgütü cerrahide güvenlik sağlamak için aşağıda yer alan on ana hedefi belirlemiş, bu hedeflerde güvenli cerrahi kontrol listesi formu oluşturulmasına neden olmuştur. Cerrahi ekip;

1. Doğru hastaya doğru ameliyat uyguladığından ve doğru tarafı ameliyat ettiğinden emin olmalı,
2. Hastayı ağrıdan korurken olası zararlı anestezi risklerine karşı da korumalı,
3. Hastayı tehdit eden havayolu ve solunum kaybı durumundan korumalı,
4. Hastanın kan kaybı riskine karşı hazırlıklı olmalı,
5. Hastada alerjik durum ortaya çıkarabilecek uygulamalardan kaçınmalı,
6. Hastada cerrahi alan enfeksiyonu oluşturmayacak yöntemler uygulamalı,

7. Hastada gazlı bez, alet unutulmasını engellemeli,
8. Hastadan alınan numunelerin isimlendirilmesi sağlanmalı,
9. Ameliyatın hasta bilgilerini eksiksiz bir şekilde birbirine iletmeli,
10. Ameliyat kapasitesi ve ameliyat sonuçları bilgilerinin düzenini sağlamalıdır (25, 83).

Güvenli cerrahi hayat kurtarır programı, DSÖ'nün dünya çapındaki cerrahiye bağlı mortalite oranını düşürmek amacıyla DSÖ tarafından oluşturulmuştur. Programın hedefi, yetersiz anestezi güvenlik uygulamaları, önlenemez cerrahi enfeksiyon ve ekip üyeleri arasındaki zayıf iletişim konularını ele almak amacıyla politik bağlılığı kullanmaktır. Bunların tüm ülkelerde ve ortamlarda yaygın, ölümcül ve önlenemez bir sorun olduğu kanıtlanmıştır (49, 53). GCKL geliştirilmesindeki amaç, cerrahi uygulamadaki hataların sayısını azaltmada yardımcı olmak, kabul edilen güvenlik uygulamalarını güçlendirmek ve disiplinler arası iletişimi ve takım çalışmasını geliştirmektir. GCKL, operasyonlarının güvenliğini artırmak, gereksiz cerrahi ölüm ve komplikasyonları azaltmak için klinisyenler tarafından kullanılmak üzere bir araç olarak tasarlanmıştır. Kullanımı, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki komplikasyon ve ölüm oranlarındaki önemli düşüşlerle ve temel bakım standartlarına uygun iyileştirmelerle gözle görülür şekilde ilişkilendirilmiştir (53).

2.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)

GCKL, hasta servise kabul edildiği andan itibaren başlaması gereken bir süreçtir. DSÖ "Her kurum ihtiyaçlarına ve prosedürüne göre GCKL'ni düzenleyebilir" izni ile liste Sağlık Bakanlığı tarafından yenilenmiş ve "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR" adı ile 2011 yılında yayınlanmıştır. DSÖ'nün kendi gereksinimlerine uygun olarak üç aşamadan oluşan GCKL (Şekil 2.1), ülkemizde cerrahi süreç klinikte başlar düşüncesiyle klinik süreci de kapsamakta ve dört aşamadan oluşmaktadır (Şekil 2.2) (54, 55).

Surgical Safety Checklist



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
(with at least nurse and anaesthetist)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.	Nurse Verbally Confirms: <input type="checkbox"/> The name of the procedure
Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.	<input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts
Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes	Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes	Anticipated Critical Events	<input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed
Does the patient have a:	To Surgeon: <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?	To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?	
Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available	To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?	
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned	Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

Şekil 2.1. Surgical safety checklist (42).

- **Klinikten Ayrılmadan Önce:** Hastanın ameliyattan önce klinikte bulunduğu evredir.
- **Anestezi Verilmeden Önce:** Hastaya anestezi verilmeden önceki evredir.
- **Ameliyat Kesisinden Önce:** Anestezi verildikten sonra ve kesiden önceki evredir.
- **Ameliyattan Çıkmadan Önce:** Cerrahi kesinin kapatılması veya işlemin bitmesi sürecinden hemen sonra, ancak hastanın ameliyathaneden çıkarılmadan önceki evredir (55).

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ ^{TR}		Hastanın Adı Soyadı	
		Ameliyat/Bölgesi	
		Ameliyat Tarihi	
I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesisinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan 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?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>3. Hasta acı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>4. Ameliyat bölgesi tıraş yapıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>5. Hastada makyaj/öje, protez, değerli esya var mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır <p>6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat örtüsü ve bonesi aydırıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?</p> <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Varis Çorabı <input type="checkbox"/> Özel Tedavi protokolü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır <p>8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı leylil edildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikleri mevcut mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</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?</p> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretleme uygulanamaz <p>12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Hastanın Risk Değerlendirmesi <p>14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <p>15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <p>16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var uygun damar yolu etizimi ve sıvı planlandı. <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>17. Ekipleki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>18. Ekipleki bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyat, ameliyat bölgesini leylil etti mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu <p>20. Profilaktik antibiyotik soruldu mu?</p> <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz <p>21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>24. Antikoagülan kullanımı var mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>24. Gerçekleştirilen ameliyat için sözü olarak</p> <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi. <p>27. Alet, sporc/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır <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?</p> <input type="checkbox"/> Anestezinin önerileri: <input type="checkbox"/> Cerrahinin önerileri: <p>30. Hastanın ameliyat sonrası ajideceği bölüm leylil edildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>
* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.			

Şekil 2.2. Güvenli cerrahi kontrol listesi (GCKL)(55).

Her evrede Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini dolduran cerrahi ekip üyesi listede belirtilen görevleri tamamlayıp tamamlamadığını kontrol etmeli, evre tamamlanmışsa sonraki evreye geçişe onay vermelidir. Kontrol listesini dolduran cerrahi ekip üyesi müdahale etmeden sözlü olarak ifade eder. Evrelerde maksimum verimlilik ve minimum düzensizliğe ulaşmanın yollarını araştırıp bulmalıdır (53). Önemli basamaklar ise;

Klinikten Ayrılmadan Önce: Cerrahi klinik hemşiresi, cerrah ve anestezi doktoru hastanın kimlik kontrolünü, taraf işaretlemesini ve cerrahi onamlarını kontrol eder. Ayrıca açlık durumunu, cerrahi alan temizliğini (tırışı), hastada bulunan takı, protez gibi maddeleri, lavman gibi ameliyata özgü girişimleri var ise kontrol eder. Tetkikleri ve tetkik sonuçlarıyla birlikte ameliyat kıyafeti giydirilmesini sağlar (56).

Anestezi Verilmeden Önce: Cerrahi ekip, hastayı teslim almadan önce cerrahi klinikte doldurulması gereken kısmı kontrol eder. Uygulanacak işlemi hasta

kimliğini taraf işaretlemesini kontrol eder. Kol bandı ve dosyadaki hasta bilgilerini karşılaştırarak hastayı teslim alır. Sözel olarak tüm ekiple birlikte risk değerlendirmesi (kan kaybı, alerji, zor entübasyon) kontrol edilir. (53, 56).

Ameliyat Kesisinden Önce: Cerrahi ekip hastaya kendini tanıtır. Sesli olarak hasta adı soyadı, tarafı, antibiyotik uygulaması, kan şekeri kontrolü, antikoagulan, tromboz riski değerlendirmesi yapılır. Bu aşamada cerrahın da odada bulunması gerekmektedir (56).

Ameliyattan Çıkmadan Önce: Ameliyatın tamamlanıp son kontrollerin yapıldığı evredir. Bu evrede sayım (kompres, iğne, cerrahi alet), örnek (patoloji,sitoloji) kontrolü yapıp kaydedilir. Cerrahi servis hemşiresine iletilmesi gereken önemli notlar yazılır. Herhangi bir eksiklik ve sorun yaşanmaması için bu aşama tek kişinin kontrolünde olmalıdır, birden fazla kişinin sürece dahil olması basamakların herhangi birinin gözden kaçmasına neden olur (53).

2.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının Önemi ve Amacı

GCKL'ni koordine edecek ekip üyesi tüm ekibi koordine edebilmeli ve iletişimi iyi olmalıdır. Süreci doğru ve dikkatli kontrol edebilen birine görev verilmelidir. Sürecin her basamağında aşamalar tamamlandıktan sonra, GCKL'ni koordine eden kişi onaylarsa diğer aşamaya geçilmelidir. Mümkün olduğunca herkesin duyabileceği şekilde sözlü olarak tüm basamaklar teyit edilmelidir (54). Güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru kullanımı ile tıbbi hataların önlenmesi sonucu her yıl 500.000 hastanın korunacağı tahmin edilmektedir. DSÖ hasta güvenliği konusunda birçok araştırma yapmaktadır. Yapılan araştırmaların amacı hasta güvenliği kültürü oluşturup hizmette kaliteyi artırmaktır. Eylül 2008 tarihinde Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi ile bunun önemi vurgulanmıştır. Cerrahi ekip üyelerinin güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımının iş yükü ve ezbere form doldurmak amacıyla değil, asıl amacın hasta güvenliğini sağlamak olduğu ortaya konmuştur. GCKL'nin iki temel amacı; ekip içinde tutarlılık ve güvenli cerrahi olarak belirtilmiştir. Ekibin buna inanması uygulamanın başarılı olabilmesi için önemlidir. Cerrahi, multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden, cerrah hastanın

ameliyatından sorumlu olsa da cerrahi ekip bu konuda çaba harcayan ameliyat ekibinin tüm üyelerinden oluşmaktadır. Ameliyatın başarısı ve kalitesi ekip anlayışı ile sağlanır (57-60).

GCKL kullanım rehberinde cerrahi ekip üyeleri; cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler, teknisyenler ve ilgili diğer personeli içerdiği anlaşılmaktadır. Güvenli ve başarılı bir uçuş için bir uçak pilotunun yerdeki mürettebata, uçuş personeline ve hava trafik kontrolörlerine güvenmesi gerektiği kadar, cerrah da hasta bakımından sorumlu bir ekibin önemli, fakat yalnız olmayan bir üyesidir. Cerrahi ekibinin tüm üyeleri, bir operasyonun güvenliğini ve başarısını sağlamada rol oynamaktadır (53, 61).

GCKL kullanım rehberi, kontrol listesinin kullanımı, uygulama önerileri ve cerrahi hizmetlerin ve sonuçların ölçülmesi için öneriler sunmaktadır. Her güvenlik kontrolü, ciddi önlenemez cerrahi zarar olasılığını azaltacağı ve buna bağlı kalmanın yaralanma veya yönetilemez maliyet getirme ihtimalinin düşük olacağı konusunda klinik kanıtlara veya uzman görüşüne dayanılarak yapılmaktadır (56). DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin ana hedefi ekibin güvenlik basamaklarını takip etmesini sağlayarak cerrahi hastaların yaşamlarını ve refahını tehlikeye sokan yaygın ve önlenemez riskleri en aza indirmektir. GCKL, her hasta için uygun bakım standartlarının sağlandığı ve doğrulandığı bir araç olarak sözlü ekip tabanlı bir etkileşime rehberlik etmektedir (49, 53, 56, 61).

GCKL'nin ameliyat sırasında uygulanmasında, listedeki güvenlik kontrollerini sağlamak için tek bir kişi sorumlu (sirküle hemşire, cerrahi teknisyen, anestezi) tutulmalıdır. Bu belirlenmiş kontrol listesinin koordinatörü genellikle sirküle hemşire olur, ancak operasyona katılan herhangi bir cerrahi ekip üyesi de olabilir. Her aşamada, kontrol listesi koordinatörüne, ekibin ilerlemeden önce görevlerini tamamladığını doğrulaması için izin verilmelidir. Cerrahi ekibi kontrol listesi adımlarına aşına olduğunda, kontrolleri tanıdık iş modellerine entegre edebilir ve her adımı tamamlanmadan sözlü olarak tamamlanmasını sağlayabileceği belirtilmiştir (62). GCKL tekrarlayıcı gibi görünse de, tüm ekibin yanlış hasta veya sahada çalışmasını veya yanlış prosedürü gerçekleştirmesini önlemek için gerekli olduğu ifade edilmektedir (53).

2.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanması

GCKL dört aşamada uygulanmaktadır. Klinikten ayrılmadan önce, anestezi uygulanmadan önce, ameliyata başlanmadan önce ve ameliyathaneden ayrılmadan önce basamaklarından oluşur.

2.4.1. Klinikten Ayrılmadan Önce

Bu bölüm hasta cerrahi servisten ayrılmadan önce servis hemşiresi tarafından tamamlanmalıdır.

1. Hasta adı soyadı, taraf işaretlemesi, yapılacak ameliyat kontrol edilir.
2. Hastanın onamları kontrol edilir.
3. Hastanın açlık durumu kontrol edilir.

Ameliyat öncesi süreçte Amerikan Anestezi Birliğinin (ASA, The American Society of Anesthesiologists) önerisi ile altı saat önce katı gıdalar iki saat önce berrak sıvı gıdalar kesilmelidir. Kusma ve aspirasyon riskine karşı anestezi ekibi bu aşamayı sorgulamalıdır. İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing) tarafından 2005 yılında bastırılan rehberde ameliyat öncesi aç kalma süreci; sağlıklı bireyler, sağlıklı çocuklarda, ve yüksek riski olan gruplar preoperatif olarak sınıflandırılmıştır. Planlı cerrahi uygulanacak olan yetişkin hastalar için açlık süresi aşağıdaki gibidir (53).

- İki saat kuralına göre anestezi verilmeden önce 2 saate kadar su içilebilir,
- Altı saat kuralına göre gıdalar için (süt ve süt içeren içecekler, katı gıdalar) en az altı saat aç kalınmalıdır (56).

4. Ameliyat bölgesi temizliği (traş) yapılır.

Bu aşama ameliyathanede cerrahi işlemin hemen öncesi yapılır (53).

5. Hastada bulunan takı, protez gibi maddeler çıkarılır.

Ameliyatta hastada bulunan metal eşyalar, ameliyat esnasında kullanılan koter gibi hemostaz için kullanılan cihazlardan dolayı hasta bedeninde yanıklara neden olabilir (56).

6. Hastanın ameliyat önlüğü ve bonesi giydirilir.

Ameliyathane steril bir ortamdır ve bu ortama mümkün olduğunca az yabancı materyal girmelidir. Steril alan güvenliğini sağlamak daha kolay olur (53).

7. Ameliyat öncesinde özel bir işlem gerekliliği sorgulanır.

Uygulanacak olan cerrahi işlem öncesinde ameliyata özgü girişimler kontrol edilir. Örneğin kolon ameliyatı öncesi lavman uygulaması gibi (56).

8. Ameliyatta kullanılacak özellikli malzemeler hazırlanır.

Ameliyatlarda gelişen teknoloji ile birlikte çeşitli tıbbi malzemeler ve cihazlar kullanılmaktadır. Özellikli malzemelerin (protez, implant, kan ürünleri) hasta ameliyata alınmadan önce temin edilmesi gerekmektedir (56).

9. Hastanın tetkikleri kontrol edilir.

Hastanın kan tetkikleri konsültasyon sonuçları, görüntüleme tetkiklerinin sonuçları ameliyathaneye teslim edilmelidir (56).

2.4.2. Anestezi Verilmeden Önce

Bu bölüm, hastanın cerrahi servisten alınıp ameliyatın başlama süreci öncesi kontrollerini kapsar “Anestezi Verilmeden Önce” içindeki basamaklar aşağıdaki gibidir;

10. Kimlik kontrolü, ameliyat bölgesi, yapılacak cerrahi işlem kontrol edilir.

Cerrahi ekip hastanın kimliğini, kol bandını, dosyasını, onamlarını ve taraf işaretlemesini kontrol eder. Onamlarını taraf işaretlemesini kontrol eder. Bu bilgilerin doğrulanması konusunda hastanın bir engeli var ise (çocuk, zihinsel engelli) bu adımı hasta yakını üstlenir (56).

11. Taraf işaretlenmesi kontrol edilir.

Çift organlar söz konusu olduğunda hastanın ameliyatını yapacak olan cerrahın ameliyat bölgesini işaretlemesi gerekir (56).

12. Anestezi güvenlik kontrolü tamamlanır.

Anestezi cihazlarının çalışıp çalışmadığı kontrol edilir. Zor entübasyon riski değerlendirilir. İlaçlar ve acil ekipmanlar kontrol edilir (53).

13. Pulse oksimetre kontrol edilir.

Pulse oksimetrenin hastaya anestezi verilmeden önce hazır ve çalışır durumda olduğu kontrol edilmelidir (47,63).

14. Hastanın alerjisi sorgulanır.

Hastanın alerjisi olup olmadığını anestezi doktoru daha önce sorgulamış olmalıdır. Neye alerjisi olduğunu ekiple paylaşmalı ve risk değerlendirmesi yapmalıdır (56).

15. Görüntüleme sistemleri kontrol edilmelidir.

Görüntüleme sistemleri, lomber ve torasik girişimler, endoskopik işlemler, tümör rezeksiyonu gibi ameliyatlardan planlanması ve seyri için kritik öneme sahiptir (53).

16. Hastanın (yetişkinlerde >500 ml, çocuklarda ise >7 ml/kg) kan kaybı riski değerlendirilir.

Bu güvenlik adımı anestezi ekibine, kritik bir kan kaybı durumuna karşı farkındalık sağlamak amacıyla ameliyat sırasında 500 mililitreden fazla kan kaybı riski olup olmadığı sorulmalıdır (56).

2.4.3. Ameliyat Kesisinden Önce

İşlem veya cerrahi kesinin hemen öncesinde, ekip tarafından temel güvenlik kontrollerinin tekrar yapıldığı ve ekipteki tüm üyelerin yer aldığı dakikalık bir duraklamadır.

17. Tüm ekip üyeleri isim ve görevini belirterek kendini tanıtırlar.

Ameliyat ekibinde bulunan kişiler sıklıkla değişebilirler. Yüksek risk teşkil edebilecek aşamalarda en etkili yönetim şekli; ameliyatta bulunan tüm ekip üyelerinin, ekibin diğer ilgili üyelerinin kim olduğunu, görevlerinin bilmesini gerektirir. Basit bir tanıtım uygulaması bunu sağlayabilir (53, 56).

18. Hekim, anestezi, hemşire insizyon öncesi son kontrolleri yapar.

Bu basamak cerrahi insizyon öncesi en önemli aşamadır. Cerrahi insizyon yapılmadan önce son olarak yüksek sesle son kontrol yapılır. Doğru hasta, doğru bölge, doğru işlem sesli olarak onaylanır (56).

19. Olası komplikasyonlar için önlemler alınır.

Cerrahi girişim sırasında majör birçok komplikasyon olabilir. Bu komplikasyonlar (ani kan kaybı, travma, yanık, ameliyat süresinin uzaması) ekip ile değerlendirilerek gerekli önlemler alınır (53, 56).

20. Cerrahi ekip, hastanın antibiyotik profilaksisini değerlendirilir.

Cerrahi enfeksiyonuna yönelik hastaya verilecek olan antibiyotik anestezi uzmanı tarafından sözlü olarak cerrahın onayı alındıktan sonra uygulanır. Ameliyat süresince ek doz gerekli olduğu durumlarda yine sözel olarak cerrahın onayı ile uygulanır (53, 56).

21. Ameliyat malzemeleri kontrol edilir.

Cerrahi öncesi kullanılacak malzemeler önceden hazırlanmalıdır. Kullanılacak malzemelerde herhangi bir eksiklik ya da bozukluk durumunda cerraha haber verilmelidir, gerekirse ameliyat ertelenebilir.

22. Ameliyat malzemelerinin sterilizasyonu kontrol edilir.

Cerrahi öncesi kullanılacak malzemeler ameliyatta herhangi bir aksaklık çıkmaması için hazırlık aşamasında malzemenin sterilizasyonun uygun olup olmadığı, malzeme paketlerinin bütünlüğü (delik, yırtık olmaması) kontrol edilmelidir (56).

23. Kan şekeri kontrol edilir.

Ameliyatın kalitesini ve hastanın iyileşme sürecini etkileyen önemli etkenlerden birisi kan şekerinin normal sınırlarda olmasıdır. Hastanın cerrahi işlem sırasında kan şekeri kontrolü yapılmalı ve müdahale edilmelidir (56).

24. Hastanın antikoagülan kullanımı kontrol edilir.

Ameliyat öncesi hastanın antikoagülan ilaçlarına ara verilmelidir. Ameliyat sırasında antikoagülan kullanan hastalarda kanama kontrolünü sağlamak zor olacağından ve ameliyat sürecini olumsuz etkileyeceği için mutlaka değerlendirilmelidir.

25. Derin ven trombozu profilaksisi değerlendirilir.

Ameliyat sırasında hasta hareketsiz olduğu için derin ven trombozu riskine karşı (antiembolik çorap vb.) önlemler alınır (53).

2.4.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Bu aşamadaki değerlendirme hasta için hayati öneme sahiptir. Cerrahi süreçte yaşanan olayların aktarılması, sayımların gerçekleştirilmesi ve cerrahi servisle hastanın ameliyat sonrası bakımındaki önemli basamaklarını içerir (53).

26. Gerçekleştirilen ameliyat sözel olarak doğrulanır.

Ameliyatın her aşamasında olduğu gibi bu aşamada da hasta yapılan cerrahi prosedür ve bölge doğrulanır (50).

27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları kontrol edilir.

Ameliyatta kullanılan malzemeler inzisyon öncesinde sayılır, bu sayım işlemi ameliyat sırasında ve bitiminde de tekrarlanır. Sözel olarak tüm ekip tarafından sayımın tam olduğu onaylanarak sayım tamamlanır ve kaydedilir (53).

28. Hastadan alınan örnekler kaydedilir.

Ameliyat sırasında ve bitiminde hastadan alınan örnekler ve dokular hastanın adı-soyadı, örnek alınan yer ve saat kaydedilir. Alınan örnekler mutlaka etiketlenir ve sözel olarak doğrulanır (56).

29. Ameliyat sonrası gereksinimler değerlendirilir.

Hasta servise gönderilmeden önce, bu bölüme cerrahi ve anestezi önerileri (buz uygulaması, kan transfüzyonu, dren kontrolü, boşaltılan sıvılar, pozisyon, elevasyon) kaydedilir. Kaydedilen bu gereksinimler servis hemşiresine teslim edilirken sözel ve yazılı olarak iletilir (50).

30. Hastanın gideceği bölüm doğrulanır.

Ameliyat sonrası hastanın ameliyat süreci de göz önünde bulundurularak gideceği bölüm (yoğun bakım, cerrahi servis) ekip ile paylaşılır (50).

2.5. Ramak Kala Olay Bildirimi

Hastanelerde sağlıkta kalite standartları gereği çalışanlar ve hastalar için sağlıklı çalışma ortamının oluşturulması ve hasta güvenliğinin sağlanması istenmektedir. Kurumsal hizmet boyutunda yer alan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) kısmında ise hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla ramak kala, gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesi ve bu olayların takip edilerek bildirimlerinin yapılması ve sonucuna göre gerekli önlemlerin alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu amaçla hastanelerde oluşturulan güvenlik raporlama sistemleri ve düzenlenen formlar, bildirim yöntemleri yoluyla çalışanların hasta ve çalışan güvenliğiyle ilgili ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayları bildirebilmelerini sağlamak amaçlı oluşturulduğu belirtilmektedir (82). Güvenlik Raporlama Sistemi, hastanelerde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların tekrar yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan sistemdir. Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, olayları izlemek, bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Sistemin temel odağı

hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirir. Güvenlik raporlama sistemi iyi işleyen hastanelerde; hastalar için iyi hizmet sunumu, çalışanlar için güvenli çalışma ortamları sağlandığı ifade edilmektedir. Sistem, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylara karşı koruyucu görev üstlenmektedir. Bildirimlerin yapılmasından tanık olan tüm personel sorumludur. Bildirimin raporlanması Kalite Yönetim Birimi sorumluluğundadır. Bildirimlerin değerlendirilme ve analizinden, üst yönetim, kalite yönetim birimi ve komiteler sorumludur. Sistem çalışanların kendini güvende hissetmesini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur, cezalandırma yoktur (16). Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit edebilecek olaylara; ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, düşmeler, kesici- delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarına maruz kalma gibi olaylar örnek verilebilir (16).

İstenmeyen olaylar ve olumsuz sonuçların bildirilmesi düşüncesi uzun yıllardan beri birçok sektör tarafından kabul edilen ve kullanılan bir durum olduğu düşünülmektedir. Havacılık sektöründe 1975 yılında kişileri suçlamadan ve onlara güven vererek hata veya “ramak kala (near miss)” olaylar gerçekleşmesi yakın olmasına rağmen zarara neden olmayan olaylar olarak ifade edilmiştir (17). Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) üzerinden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesi ve raporlamasının sağlanması son derece başarılı sonuçlar doğurduğu düşünülmektedir (18).

Ramak kala olay sonuç hariç, önlenemez bir olumsuz olaydan ayırt edilemeyen güvensiz bir durum olarak ifade edilmiştir. Bir hasta tehlikeli bir duruma maruz kalır, ancak şans veya erken teşhis nedeniyle zarar görmez şeklinde ifade edilmiştir (31). Ramak kala olaylar; önlenmesi için ya da şans eseri gerçekleşmeyen, olumsuz sonuçlara yol açması olası olan hata ve kazalardır. Sağlık profesyonellerinin ramak kala olay deneyimlerini paylaşması ve klinik bilgi paylaşımı çok önemli bir yaklaşım olarak değerlendirilir. Bu bilgiler hastaları hangi olası zararlardan nasıl korumamız gerektiğini anlamamıza güçlü veriler sağlar ve ramak kala olayların tartışılıp, tıbbi hizmet sürecinin gözden geçirilip, incelenmesi ve değerlendirilmesi ile olayları önlemeye yönelik yöntemler oluşturur (64-68). Reason’a göre hastanelerde iki tip ihmal bulunur; aktif ihmal ve gizli ihmal. Aktif ihmal prosedürde meydana gelen hatalar ve hafıza yanlışları olabilir. Gizli ihmaller ise çalışma şartları ile ilgili olan ihmallerdir. Bu ihmellere neden olan etkenler ise ağır ve stresli çalışma ortamı

ve iletişimde oluşan aksaklıklardır (69). Sağlık profesyonelleri ciddi hatalar sonrası kendilerini suçlu, endişeli ve üzgün hissettiklerini belirtmiştir. Ayrıca disiplin işlemleri sürecinden korktuklarını, hatalardan doğrudan kendilerinin sorumlu olduklarını ve bunu bildiklerini belirtmiştir (68). Oysaki hataların bildirimi, yapılan hataların tartışılmasını ve önlenmesini destekler; böylece hataların önlenmesi için kuram geliştirilmiş olur. Çözüm basamaklarının sınıflandırılması, hatalardan ders çıkarılması ve konuların tespiti hasta güvenliği açısından çok önemlidir. Sağlık sistemleri hataların kabul edildiği ve hataların neden oluştuğunu anlamaya çalışan organizasyonlar tarafından desteklenmektedir (70).

Literatürde GCKL kullanımının önlediği bu komplikasyonlar ve ölüm oranının yanı sıra kullanımı sırasında ramak kala olaylar da bulunduğu saptanmıştır. Mutic ve arkadaşlarının 2010 yılındaki çalışmasında özel olarak tasarlanmış bir web tabanlı sistem, bireysel olayların raporlanması için tasarlanmıştır ve 2007'de klinik olarak uygulanmıştır. Sistemin amacı hasta bakımı ve güvenliğinde süreç iyileştirmeyi desteklemektir. Raporlama aracı, bireysel olayların klinik çalışmaları aksatmadan hızlı ve kolay bir şekilde raporlanabilmesi için tasarlanmıştır. Raporlama sistemi ve süreç iyileştirme yapısı artan olay raporlaması, gelişmiş olay iletişimi ve süreç, güvenlik iyileştirmeleri gerektiren klinik alanların iyileştirilmesini sağlamıştır. Raporlanan veriler aynı zamanda düzeltici önlemlerin değerlendirilmesi ve etkisiz önlemlerin ve çabaların tanınması için de faydalı olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak raporlama sistemleri, süreç ve hasta güvenliği iyileştirmesi için değerli veriler sağlayabilir ve kayıt tabanlı sistemlerden daha etkili raporlama mekanizmalarıdır (31, 80).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için öncelikleri belirlemede toplu olarak verilerin incelenmesi gerektiği öngörülmektedir. Olay bildirim sistemlerinin geliştirilmesi, sistemler ilk kurulduğunda ve örneğin bir hastane gibi bakım hizmeti verenlerin yararı için tasarlandığında en iyi şekilde çalışacağı öngörülmektedir. Sağlık hizmetleri uygulamalarında verilerin yeniden kullanımını desteklemek için, tüm uygulamalar için aynı veri standartlarının oluşturulması ve kullanılması gerekmektedir (32).

Sağlık profesyonelleri tarafından bildirilmeyen hatalar, sağlık hizmetinin devam ettiği süreçte tekrar oluşmakta ve hastaların zarar görme süreci de devam

etmektedir. Sonuç olarak tıbbi hatalar konusunda amaç; ceza değil, bozuk olan sürecin düzeltilmesi olarak ifade edilmektedir. Bildirimlerin ve raporlama sistemlerinin temel amacı, deneyimlerden öğrenmek olmalıdır (64, 65). Ramak kala olay bildiriminde Hasta Güvenliği Ramak Kala ve Gerçekleşen Olay Bildirim Formu kullanılmaktadır (Şekil 2. 3).

Güvenlik Raporlama Sistemi

Anasayfa | Bildirim Formu | GRS Bilgi Merkezi | Kod Çözümleme Aracı | Bize Ulaşın

TC.Sağlık Bakanlığı, Güvenlik Raporlama Sistemi kapsamında sağlık tesislerinde gerçekleşen 4 kategoriye ait hataların bildirimini gerçekleştirebilirsiniz. Çalışan güvenliği sınıflandırma sistemi geliştirilme aşamasında olduğundan ileri bir tarihte aktifleştirilecektir.

Lütfen hata bildirimini yapacağınız kategoriye seçiniz.

İlaç Güvenliği

Laboratuvar Güvenliği

Cerrahi Güvenlik

Hasta Güvenliği

Çalışan Güvenliği

(Geliştirilme Aşamasında)

Sağlıkta Verimlilik Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı - 2019

Şekil 2.3. Ramak kala olay bildirimini sayfası (81).

DSÖ raporlama ile ilgili yayınlamış olduğu bildirimde dört temel prensibin olması gerektiğini sunmuştur:

1. Hasta güvenliğinde önemli bir role sahip olan raporlama sistemleri, sağlık hizmeti sisteminin hatalarından ders alarak hasta güvenliğini geliştirir.
2. Raporlama doğru olmalıdır ve raporlayan kişi cezalandırılmamalıdır.
3. Rapor eğer yapıcı sonuçlara ulaşıyorsa değerlidir. Veri analizinden elde edilen bilgiler geri bildirilmelidir. Bu bildirimler sağlık sistemindeki olumlu

değişimler için kaynak oluşturur.

4. Analiz sonuçlarının anlaşılması ve ders çıkarılması sonucunda finansal kaynak gereksinimleri ortaya konur (64, 65).

Türkiye’de Güvenlik Raporlama Sistemi 01 Nisan 2011 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir, bu sistem hastaya zararı olan bir durumun oluşmasını veya oluşmadan önce önlenebilen olayların aynısının yaşanmasını engellemeyi ve bu olayları önleyecek eğitim materyali oluşmasını amaçlamaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında kurumlar; İlaç Güvenliği, Cerrahi Güvenlik ve Transfüzyon Güvenliği olmak üzere üç önemli konuya ilişkin bildirim sistemi kurmalıdır. Bu üç önemli başlık hastanın güvenliğini tehdit eden olaylar içerisinde en sık görülen olaylardır. Bu raporlama sistemi ile ilgili kurumda eğitimler verilmeli, gizlilik ilkelerine uyulmalı, sistemin amacı ve önemi anlatılmalıdır. Sistemin faydalı olabilmesi ve olumlu ilerlemesi için, bildirim yapan kişilere verilen eğitimler ve önleyici faaliyetler konusunda geri bildirim yapılması sistemin doğru ve aktif işlemesi için faydalı olacaktır (71).

2.6. Güvenli Cerrahi Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Bilimsel bir bakım sanatı olan cerrahi hemşirelik, sürekli hasta eğitimini geliştirmek, hasta güvenliğini sağlamak, bilimsel ilkeleri uygulamak ve gelişen çok kültürlü toplumlarda sağlığın geliştirilmesi ve sağlanmasında önemli güce sahip bir meslektir. Cerrahi hemşirelerin klinik deneyimlerinin yanı sıra aldığı eğitimin içeriği nedeniyle uygulamalarının güvenilirliği ve alınan standart önlemler doğrultusunda tıbbi hataların önlenmesi bakımından uygulamaların özellikle cerrahi hemşireler tarafından yapılması gerektiği belirtilmektedir. Bu uygulamalar sonrasında bireylerin bakıma yönelik eğitimlerinin de cerrahi hemşireler tarafından verilmesi gerektiği bildirilmektedir (5).

Hemşirelik eğitimi içerisinde yer alan anatomi, fizyoloji, mikrobiyoloji, farmakoloji, yara iyileşme sürecinde rol oynayan beslenme, bakım, immünoloji, etkili iletişim ve hasta eğitiminin, bilimsel bilginin bu uygulamalardaki yerinin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Cerrahi işlem uygulanan hastaların kullandıkları ilaçlar, allerji varlığı, işlem sırasında özellikli malzeme kullanımının gerekebileceği,

bu durumların kontrol altına alınması açısından hemşirelik girişimlerinin önemli olduğu da belirtilmektedir. Bu doğrultuda cerrahi uygulamalarda hemşireler hasta eğitiminin sağlanması, hasta güvenliği, bilimsel ilkelerin uygulanması ve doğru bakım yaklaşımının sağlanması, sağlığın geliştirilmesi uygulamalarını çok yönlü olarak yapmaktadırlar. Cerrahi hemşiresinin öncelikle sorumluluğu hastaya karşıdır. Hastanın hastalığı ile ilgili problemlerinin tanılanmasında, çözümünde, diğer cerrahi ekip üyeleri ile olan iletişimin sağlanmasında, hastanın eğitiminde, cerrahi girişim boyunca hastaların aldığı bakımın kalitesinden yasal olarak sorumludur. Ayrıca cerrahi hemşirelerin bakım verici, tedavi edici, eğitici, koruyucu, hasta haklarını koruyucu, yönetim, danışmanlık ve araştırmacı rolleri vardır. Bu rollerin etkin biçimde uygulanabilmesi cerrahi hemşirelerin bilgi ve becerilerini hastanın ihtiyaçlarını karşılamada kullanabilmesine bağlıdır (5, 10).

Cerrahi hemşiresinin kaliteli bakım verebilmesi için anatomi ve fizyolojideki değişiklikler, hasta açısından sonuçları, ameliyat sırası risk faktörleri, olası kazaların önlenmesi ile hastanın psikososyal açıdan desteklenmesi üzerine bilgi sahibi olmalıdır. Cerrahi hemşirelerinin hastanın gereksinimlerini önceden belirleme ve uygun girişimleri başlatmada yetenekli olmaları gerekmektedir. Perioperatif hemşirelik uygulamaları ameliyathanedeki bakımı belirleyen bir süreç olarak açıklanmaktadır. Cerrahi girişimin kapsamının ve hasta üzerindeki etkilerinin ne olduğunun bilinmesini gerektiren, perioperatif hemşirelik bakımının amacı ise, cerrahi girişimden önce, hastanın sahip olduğu iyilik düzeyine eşit ya da daha iyi koşulların sağlanmasına yardımcı olmaktır (10, 12).

Bu amaç doğrultusunda perioperatif hemşireliğin önemli öğeleri, bilimsel temele dayalı bakımı gerçekleştirme, bakıma ilişkin değişik tekniklerin gereğini anlama, bunları ne zaman ve nasıl başlatacağını bilme, esneklik gerektiğinde tekniği sürdürme adına yaratıcı olma, güveni sağlama, bakım hedeflerini ve maliyeti değerlendirmedir. Cerrahi süreç içerisinde hasta açısından sorun olan ve iyileşmeyi geciktiren en önemli konu cerrahi girişiminin hasta üzerine etkileridir. Cerrahi girişim gerektiren durumlarda cerrahi hemşirelerinin hasta ile birlikteliği diğer cerrahi ekip üyelerine göre daha uzun zaman diliminde birlikte olması nedeniyle hastanın bakımında oldukça önemli bir paya sahiptir. Cerrahi girişim geçirecek hasta için yabancı olduğu ameliyathane ortamı, yalnız ve savunmasız olması, kalabalık ve bilmediği ortamlar olup hemşirelik bakımına gereksinimi olan uygulama alanlarıdır.

Cerrahi hemşirelerinin hastaya olan duyarlılığı ve cerrahi süreçte hastanın bakımını önemsemesi, ameliyat sonrası dönemde iyileşmesini en st düzeye getirmeyi sağlamaktadır (24, 25, 87, 88).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma cerrahi birimlerde çalışan cerrahi ekip üyelerinin (hemşire, cerrah, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri ve cerrahi teknisyenlerin) GCKL uygularken karşılaştığı ramak kala olayları incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ankara ilinde bulunan üç kamu hastanesinin (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi (GÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) cerrahi servisleri ve ameliyathane ünitelerinde Haziran – Ekim 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 960 yatak kapasitesine sahip olup, 28 ameliyat odası, 10 cerrahi servis ve 390 cerrahi ekip üyesi ile 1976 yılından itibaren Bahçelievler’de hizmet vermektedir. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi 260 yatak kapasitesi, 80 cerrahi ekip üyesi ile 2010 yılından itibaren Batıkent’te hizmet vermektedir. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2004 yılından bu yana 300 yatak kapasitesi, 90 cerrahi ekip üyesi ile Bilkent’te hizmet vermeye başlamış, 2018 yılı itibariyle Şehir Hastaneleri bünyesine katıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde bulunan Ankara Yıldırım Beyazıt

Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cerrahi servisleri ve ameliyathane ünitelerinde çalışan toplam 560 cerrahi ekip üyesi oluşturdu. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında ise kamu hastanesinde aktif olarak çalışan toplam 440 cerrahi ekip üyesine ulaşıldı.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Tüm cerrahi ekip üyelerinin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Araştırmanın örneklemi, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve anket formunu tamamlayan 387 cerrahi ekip üyesi oluşturdu. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde çeşitli nedenlerden dolayı (doğum izni, görevlendirme vs.) bu hastanelerde aktif görevli olmayan 120 kişi ile anket formunu tamamlamayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 53 kişi araştırmaya dahil edilmedi.

3.3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Cerrahi servislerde veya ameliyathane ünitesinde çalışıyor olmak,
- Hemşire, cerrah, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri veya cerrahi teknisyeni olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Anket formunu tamamlamak.

3.3.4. Araştırmaya Alınmama Kriterleri

- Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde çeşitli sebeplerden dolayı (doğum izni, görevlendirme, mazeret izni, yıllık izin vs.) kurumda olmamak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması için konu ile ilgili literatür taramasına dayalı iki bölümden oluşan veri toplama formları kullanıldı. İlk bölümde cerrahi birimlerde çalışan cerrahi ekip üyelerinin bireysel özelliklerinin yer aldığı 10 sorudan oluşan “Bireysel Bilgi Formu” yer almaktadır (Ek-1). İkinci bölümde ise cerrahi birimlerde çalışan cerrahi ekip üyelerinin kullandığı GCKL ve ramak kala olay bildirimini içeren 45 sorudan oluşan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Formu” kullanıldı (5, 8, 20, 36, 42, 55, 57, 70) (Ek-2). Veri toplama formu iki farklı üniversitenin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında görev yapan iki uzman görüşüne sunulmuş ve düzenlendi ve uygulanmaya başlandı.¹

3.4.1. Bireysel Bilgi Formu

Cerrahi birimlerde çalışan cerrahi ekip üyelerinin bireysel özelliklerini belirlemek için hazırlanan bu form 10 sorudan oluşmaktadır. Bu formda çalışmaya katılanların yaşı, cinsiyeti, görevi, mezuniyet durumu, çalıştığı süre, çalıştığı birim, görev süresi, GCKL ile ilgili bilgisi ve aldığı eğitim türünü içeren sorular bulunmaktadır (Bkz. EK 1).

3.4.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Formu

Cerrahi birimlerde çalışan sağlık personelinin GCKL’ nin kullanımını ve karşılaştığı ramak kala olayları saptamak amacıyla hazırlanan bu form, literatür taraması yapılarak ve uzman hocalarımızın görüşleri doğrultusunda hazırlandı. İlk bölümde GCKL’ nin uygulanma oranını saptamak için “Evet/Hayır” şeklinde seçenekler belirlenerek hazırlanan Sağlık Bakanlığı formu olan GCKL-TR formu kullanılmıştır ve bu form 31 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümdeki sorular ise açık uçlu, “Evet/Hayır ve çoktan seçmeli, sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanmış olup, alınan vaka sayısı, karşılaşılan tıbbi

¹ Dr.Öğr.Üyesi Elif GEZGİNCİ / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İSTANBUL

¹ Öğr.Gör.Dr. Tuğba YILMAZER / AYBÜ Hemşirelik Bölümü ANKARA

hatalar, ramak kala olaylar, GCKL yararları, ramak kala olay bildirimini sonrası uygulanan aşamaları içeren toplam 14 soru bulunmaktadır (5, 8, 20, 36, 42, 55, 57, 70) (Bkz. EK 2).

3.5. Araştırmanın Uygulaması

Kurum onayları alındıktan sonra cerrahi servisler ve ameliyathane ünitelerinde görev yapan, 440 cerrahi ekip üyesine araştırmanın amacı açıklanarak, yazılı ve sözel onamları alınarak kişiye özel kapalı bir zarf içerisinde veri toplama formu teslim edildi. Veri toplama formunun bireysel yapılması hususunda bilgi verildi ve iki hafta sonra teslim alınmak koşuluyla uygulandı. Veriler Haziran 2018-Ekim 2018 tarihleri arasında kapalı zarf yöntemi ile toplanmış, formları uygulayan 387 kişi uygulamaya dahil edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için AYBÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı (Karar no:2018-36) (Bkz. EK 4).

Araştırmayı uygulamak için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi (Karar no:23173465/406) (Bkz. EK 6), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Karar no:2018/4686) (Bkz. EK 7) ve Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Karar no:2018/4685) (Bkz. EK 5) yazılı olarak kurum onayı izni alındı.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve araştırma kapsamına giren sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı ve içeriğiyle ilgili bilgilerin bulunduğu anket içerisinde Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatıldı (Bkz. EK 3).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma,

- Araştırma Ankara ilinde yer alan üç kamu hastanesinde gerçekleştiği için genellenemez.
- Araştırmaya katılan sağlık personellerinin karşılaştığı olaylar,
- Cerrahi ekibin vardiyalı çalışmasından dolayı formların zarfla verilmesi,
- Araştırmanın yurütulduğu hastanelerin cerrahi ve ameliyathane birimleri ile sınırlıdır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı aracılığı ile analiz edildi. Tanımlayıcı değerkenlerin gosteriminde sayı, yuzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanıldı. Elde edilen verilerde iki gruplu ortalama karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, kategorik değerkenlerin bağımlılık testlerinde ise Ki-Kare analizi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırma verilerinin normalliğe uygunluğu test edilip, verilerin normal dağılım gostermemesi durumunda parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup, $p<0.05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p>0.05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtildi. Araştırma verilerinin normalliğe uygunluğu test edilip, verilerin normal dağılım gostermemesi durumunda parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu çalışma cerrahi ekip üyelerinin GCKL’ni kullanımı sırasında karşılaştığı ramak kala olayları incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular dört başlık altında ele alınmıştır.

- 4.1. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Bireysel Özelliklerine (Yaş, Cinsiyet, Öğrenim Durumu, Çalışma Süresi vb.) İlişkin Bulgular
- 4.4. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Güvenli Cerrahi Kavramı Bilgi Durumları ile Görev Yapılan Birim Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçlarına Dair Bulgular
- 4.7. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL’ninin Uygulanması Sırasında Karşılaştığı Ramak Kala Olaylara İlişkin Bulgular
- 4.10. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Tıbbi Hata Oluşum Nedenlerine Dair Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.1. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan cerrahi ekip üyelerinin bazı bireysel özelliklerinin dağılımları (n=387).

Bireysel özellikler	Doktor (n=82)		Hemşire (n=277)		Diğer* (n=28)		Toplam (n=387)	
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%
Cinsiyet	42	51.2	238	85.9	17	60.7	297	76.7
Kadın								
Erkek	40	48.8	39	14.1	11	39.3	90	23.3
Toplam	82	100.0	277	100.0	28	100.0	387	100.0
Görev yapılan birim	78	95.1	187	67.5	28	100.0	293	75.7
Ameliyathane								
Cerrahi klinik	4	4.9	90	32.5	0	0.0	94	24.3
Toplam	82	100.0	277	100.0	28	100.0	387	100.0
Eğitim düzeyi	-	-	43	15.5	9	32.1	56	14.5
Sağlık meslek lisesi								
Ön lisans	-	-	20	7.2	17	60.7	65	16.8
Lisans	82	100.0	171	61.7	2	7.1	201	51.9
Yüksek lisans	-	-	41	14.8	0	0.0	46	11.9
Doktora	-	-	2	0.7	0	0.0	19	4.9
Toplam	82	100.0	277	100.0	28	100.0	387	100.0

*Anestezi teknisyeni, cerrahi teknisyen

** Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1.'de cerrahi ekip üyelerinin bireysel özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılanların %76.7'si kadındır. Araştırmaya katılanların % 75.7'si ameliyathanede, %24.3'ü, cerrahi serviste çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathanede çalışanlarının %67.52'si hemşiredir. Araştırmaya katılan cerrahi servis çalışanlarının sayısı 94 kişidir, 94 kişinin 90'ı hemşiredir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %61.7'si lisans mezunu, %14.8'i yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir.



Tablo 4.2. Çalışmaya katılan cerrahi ekip üyelerinin bazı bireysel özelliklerinin dağılımı (n=387).

Bireysel özellikler	n	Mean	SS	Analiz	
				p	Analiz
Yaş					
Doktor	82	35.56	4.70	0.111*	-
Hemşire	277	34.06	5.78		
Diğer**	28	34.98	5.29		
Meslek yılı					
Doktor	82	8.33	5.89	0.002*	2-1
Hemşire	277	11.12	6.61		2-3
Diğer**	28	9.93	5.95		
Görev süresi					
Doktor	82	5.76	4.41	0.039*	2-1
Hemşire	277	6.41	4.81		2-3
Diğer**	28	4.57	4.56		
Total	387	6.14	4.72		

*Kruskall-Wallis testi, $p < 0.05$

**Anestezi teknisyeni, cerrahi teknisyen (n=28)

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan cerrahi ekip üyelerinin bazı bireysel özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Yaş açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$). Meslek süresi hemşirelerde anlamlı derecede yüksek olarak görülürken, bulunulan birimde en yüksek sürenin gene hemşirelerde olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin ortalama görev süresi 11.12 yıldır. Çalıştığı birimdeki görev süresi ise 6.41 yıl ile en uzun görev süresi hemşirelere aittir.

Tablo 4.3. Çalışmaya katılan cerrahi ekip üyelerinin GCKL eğitim alma durumu ve eğitim türü dağılımları (n=387).

Eğitim	Doktor		Hemşire		Diğer **		Total		Analiz	
	N	%	n	%	n	%	n	%	X ² *	P
Eğitim alma durumu										
Evet	49	59.8	210	75.8	23	82.1	282	72.9	9.1	0.01
Hayır	33	40.2	67	24.2	5	17.9	105	27.1		
Toplam	82	100.0	277	100.0	28	100.0	387	100.0		
Eğitim türü										
Kurs	1	2.9	27	77.1	7	20.0	35	100.0	-	-
Kongre-Konferans	27	22.0	94	76.4	2	1.6	123	100.0		
Hizmet içi eğitim	47	18.7	188	74.6	17	6.7	252	100.0		

*Ki-Kare testi p<0.05

**Cerrahi teknisyen, anestezi teknisyeni (n=28)

Tablo 4.3.'de araştırmaya katılan cerrahi ekip üyelerinin GCKL eğitim alma durumu ve eğitim türü dağılımları yer almaktadır. Hemşirelerin eğitim oranı %75.8 olarak en yüksek değere sahiptir. Gruplar arasında eğitim alma durumu açısından anlamlı fark vardır (p<0.05). Hemşirelerin eğitim oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %77.1'i kurs, %76.4'ü kongre ve konferans, %74.6'sının ise hizmet içi eğitimlerde eğitim aldığı görülmektedir.

4.4. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL'ni Uygulama Durumuna Dair Bulgular

Tablo 4.4. Cerrahi ekip üyelerinin güvenli cerrahi kavramı bilgi durumları ile görev yapılan birim arasındaki ilişkiye dair sonuçlar (n=387).

GCKL Bilgi Durumu	Ameliyathane		Cerrahi klinik		Toplam		Analiz	
	n	%	n	%	n	%	X ²	P
Evet	274	93.52	92	97.87	366	94.57	2.633	0.105
Hayır	19	6.48	2	2.13	21	5.43		
Toplam	293	100	94	100	387	100		

* Ki-Kare Testi

GCKL : Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Tablo 4.4.'de sağlık çalışanlarının güvenli cerrahi kavramı bilgi durumları ile görev yapılan birim arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare Testi sonuçları yer almaktadır.

Ameliyathanede çalışanların %93.52'sinin ve cerrahi serviste çalışanların ise %97.87'sinin güvenli cerrahi kavramı ile ilgili bilgisi olduğu görülmektedir. Ameliyathane ve cerrahi serviste çalışan cerrahi ekip üyelerinin güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında bilgi sahibi olma durumları açısından fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Ameliyat Öncesi uygulama formu ile görev yapılan birim arasındaki ilişkiye dair sonuçlar (n=387).

AMELİYAT ÖNCESİ	Ameliyathane (n=293)		Cerrahi klinik (n=94)		Toplam		Analiz (n=387)	
	n	%	n	%	n	%	X ²	P
Hastanın kimlik bilgileri ve taraf işaretlemesinin kontrolü	205	69.97	90	95.74	295	76.23	26.099*	0.0001
Evet	88	30.03	4	4.26	92	23.77		
Hayır								
Hastanın onamlarının alınması	177	60.41	82	87.23	259	66.93	23.134*	0.0001
Evet	116	39.59	12	12.77	128	33.07		
Hayır								
Hastanın açlık durumunun kontrolü	169	57.68	88	93.62	257	66.41	41.203*	0.0001
Evet	124	42.32	6	6.38	130	33.59		
Hayır								
Ameliyat bölgesi tıraşı kontrolü	156	53.24	78	82.98	234	60.47	26.325*	0.0001
Evet	137	46.76	16	17.02	153	39.53		
Hayır								
Takı, oje, makyaj ve takma diş kontrolü	164	55.97	86	91.49	250	64.60	39.256*	0.0001
Evet	129	44.03	8	8.51	137	35.40		
Hayır								
Hastanın ameliyat bonesi ve önlük kontrolü	157	53.58	87	92.55	244	63.05	44.733*	0.0001
Evet	136	46.42	7	7.45	143	36.95		
Hayır								
Ameliyat için gerekli özel işlem kontrolü	151	51.54	84	89.36	235	60.72	41.123*	0.0001
Evet	142	48.46	10	10.64	152	39.28		
Hayır								
Ameliyatta kullanılacak özel cihaz ve malzeme kontrolü	179	61.09	78	82.98	257	66.41	14.317*	0.0001
Evet	114	38.91	16	17.02	130	33.59		
Hayır								
Tetkiklerin kontrolü	166	56.66	80	85.11	246	63.57	23.661*	0.0001
Evet	127	43.34	14	14.89	141	36.43		
Hayır								

* Ki-Kare Testi (p<0.05)

Tablo 4.5.'de "Ameliyat Öncesi" uygulama formu ile görev yapılan birim arasındaki ilişkiye dair dağılımlar yer almaktadır. Hastanın kimlik bilgileri ve taraf

işaretlemesi kontrolü değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların %69.97' sinin kontrol ettiği, Cerrahi klinikte çalışanların %95.74' ünün kontrol ettiği saptanmıştır.

Hastanın onamları değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların %60.41' inin hasta onamlarını aldığı, Cerrahi klinikte çalışanların %87.23' ünün hastanın onamlarını aldığı saptanmıştır. Hastanın açlık durumu kontrolü değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların %57.68' inin hastanın açlık durumunu kontrol ettiği, Cerrahi klinikte çalışanların %93.62' sinin hastanın açlık durumunu kontrol ettiği saptanmıştır. Takı, oje, makyaj ve takma diş kontrolü değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların %55.97' sinin kontrol ettiği, Cerrahi klinikte çalışanların %91.49' unun kontrol ettiği saptanmıştır. Hastanın bonesi ve önlük kontrolü değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların %53.58' inin bu işlemi yaptığı, Cerrahi klinikte çalışanların %92.55' inin bu işlemi yaptığı saptanmıştır. Ameliyat için gerekli özel işlem kontrolü değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların %51.54' ünün gerekli işlem varsa uyguladığı, Cerrahi klinikte çalışanların %89.36' sının gerekli işlem varsa uyguladığı görülmektedir. Tetkiklerin kontrolü değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların %56.66' sının tam olup olmadığını kontrol ettiği, Cerrahi klinikte çalışanların %85.11' inin gerekli tetkiklerin tam olup olmadığını kontrol ettiği görülmektedir.

Özetle Cerrahi klinikte olanlarda evet cevapları anlamlı derecede yüksek görülmektedir. Bunun nedeni cerrahi süreç öncesi basamakların klinikte uygulanıp ameliyathanede kontrol ediliyor olmasıdır.

Tablo 4.6. Cerrahi ekibin “Anestezi Öncesi” uygulama formuna ilişkin frekans dağılımları (n=293).

Anestezi Öncesi						
	Evet		Hayır		Toplam (n=293)	
	n*	%	n*	%	n*	%
Cerrahi işlem ve taraf kontrolü	223	76.11	70	23.89	293	100
Kimlik bilgileri ve onam kontrolü	235	80.20	58	19.80	293	100
Taraf işaretleme kontrolü	215	73.38	78	26.62	293	100
Anestezi güvenlik kontrol listesi kontrolü	223	76.11	70	23.89	293	100
Pulse oksimetrenin kontrolü	212	72.35	81	27.65	293	100
Hastanın alerji kontrolü	231	78.84	62	21.16	293	100
Gerekli görüntüleme cihazlarının odada olup olmadığı kontrolü	227	77.47	66	22.53	293	100
Hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından değerlendirilmesi	221	75.43	72	24.57	293	100
Hava yolu zorluğu kontrolü anestezi doktoru tarafından değerlendirilmesi	227	77.47	66	22.53	293	100

* Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.6.’da ameliyathane çalışanlarının anestezi öncesi uygulama formuna ilişkin frekans dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan ameliyathane ekibinin %76.11’i hastaya uygulanacak işlemi ve taraf doğrulamasını sözel olarak tekrar yapmaktadır, %80.20’si kimlik bilgilerini ve onamlarını tekrar kontrol etmektedir, %73.38’i taraf işaretlemesi olup olmadığını kontrol etmekte, %76.11’i ise anestezi güvenlik kontrol listesinin tam olup olmadığına ve pulse oksimetrenin çalıştığına bakmaktadır. Araştırmaya katılan ameliyathane ekibinin sırasıyla risk değerlendirme yüzdeleri alerji, görüntüleme cihazı, kan kaybı, hava yolu zorluğu kontrol oranları, %78.84, %77.47, %75.43, %77.47 olarak saptanmıştır.

4.7. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Karşılaştığı Ramak Kala Olaylara İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Cerrahi ekip üyelerinin ramak kala olaylara ilişkin bilgi ve bildirim yapma durumuna dair sonuçlar (n= 387).

Özellikler	Doktor (n=82)		Hemşire (n=277)		Diğer** (n=28)		Toplam		Analiz (n=387)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	x ² *	P
Ramak kala olayı bilme durumu										
Evet	77	93.9	247	89.2	25	89.3	349	90.2	1.6	0.443
Hayır	5	6.1	30	10.8	3	10.7	38	9.8		
Ramak kala olay bildirimini yapma durumu										
Evet	6	7.3	23	8.3	1	3.6	30	7.8	0.8	0.662
Hayır	76	92.7	254	91.7	27	96.4	357	92.2		

*Ki-Kare testi, p<0.05

** Cerrahi teknisyen, anestezi teknisyeni (n=28)

Tablo 4.7.'de cerrahi ekip üyelerinin ramak kala olaylara ilişkin bilgi durumuna dair sonuçlar yer almaktadır. Araştırmaya katılan cerrahların %93.9'unun ramak kala olayı bilekte, hemşirelerin ise %89.2'si ramak kala olay ile ilgili bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Cerrahlar 6 olay bildirimini yaparken (n=82), hemşirelerin 23 olay bildirimini yaptığı saptanmıştır (n=277).

Tablo 4.8. Ramak kala önlenen olaylarla karşılaşma durumları ile meslek arasındaki ilişkiye dair sonuçlar (n=387).

GCKL kullanımında ramak kala olay ile karşılaşma durumu	Doktor		Hemşire		Diğer**		Toplam		Analiz*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	x ²	P
Evet	25	30.5	109	39.4	9	32.1	143	37.0	2.47	0.291
Hayır	57	69.5	168	60.6	19	67.9	244	63.0		
Toplam	82	100.0	277	100.0	28	100.0	387	100.0		

* Ki-Kare Testi, p<0.05

** Cerrahi teknisyen, anestezi teknisyeni

Tablo 4.8.'de ramak kala önlenen olaylarla karşılaşma durumları ile görev yapılan birim arasındaki ilişkiye dair sonuçlar yer almaktadır. Araştırma sonucunda cerrahi ekip üyelerinin %37.0'sinin ramak kala olayla karşılaştığı saptanmıştır.

Tablo 4.9. Cerrahi ekip üyelerinin karşılaştığı ramak kala olaylara ilişkin bulguların dağılımları (n=100).

Karşılaşılan ramak kala olaylar	Doktor (n=21)		Hemşire (n=71)		Diğer** (n=8)		Toplam (n=100)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allerji	1	4.8	4	5.6	4	50.0	9	9.0
Ameliyat hazırlığında eksiklikler	0	0.0	3	4.2	0	0.0	3	3.0
Antikoagülan kullanımı	0	0.0	1	1.4	0	0.0	1	1.0
Eksik tetkik	0	0.0	1	1.4	0	0.0	1	1.0
Hastanın tok gelmesi	2	9.5	16	22.5	0	0.0	18	18.0
Hastaya kontrol edilmeden yanlış kan takılması	0	0.0	0	0.0	1	12.5	1	1.0
Kimlik doğrulamama	2	9.5	8	11.3	0	0.0	10	10.0
Onam eksikliği	0	0.0	3	4.2	0	0.0	3	3.0
Sayım ve patoloji kontrolünün yapılmaması	1	4.8	1	1.4	1	12.5	3	3.0
Sterilizasyonun uygun olmaması	0	0.0	2	2.8	0	0.0	2	2.0
Takı ve protezin çıkarılmaması	10	47.6	13	18.3	0	0.0	23	23.0
Taraf doğrulamama	5	23.8	19	26.8	2	25.0	26	26.0
Toplam	21	100	71	100	8	100	100	100

* Ki-Kare Testi, p<0.05

**Cerrahi teknisyen, anestezi teknisyeni (n=28)

Tablo 4.9.'da cerrahi ekip üyelerinin ramak kala önlenen olaylarla karşılaşma durumları yer almaktadır. Cerrahi ekibin karşılaştığı ramak kala olaylar %26.0 taraf doğrulamama, %23.0 takı ve protez çıkarmama, %18.0 ise hastanın tok gelmesi olarak saptanmıştır.

4.10. Çalışmaya Katılan Cerrahi Ekip Üyelerinin Tıbbi Hata Oluşum Nedenlerine Dair Görüşlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.10. Cerrahi ekibin tıbbi hataların oluşum nedenlerine ilişkin görüşlerine ilişkin bulguların dağılımları (n=149).

Tıbbi hataların oluşum nedenleri	Doktor		Hemşire		Diğer		Toplam	
	n (%)*		n (%)*		n (%)*		n (%)*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dikkatsizlik	4	22.2	31	27.0	4	25.0	39	26.2
Yetersiz bilgi	2	11.1	17	14.8	3	18.8	22	14.8
Hasta sayısının fazla olması	3	16.7	13	11.3	2	12.5	18	12.1
Eksik personel	2	11.1	14	12.2	0	0.0	16	10.7
Yoğunluk	0	0.0	13	11.3	2	12.5	15	10.1
İletişimsizlik	2	11.1	5	4.3	2	12.5	9	6.0
İş yükü	1	5.6	5	4.3	0	0.0	6	4.0
Yorgunluk	0	0.0	3	2.6	0	0.0	3	2.0
Eğitim eksikliği	1	5.6	0	0.0	1	6.3	2	1.3
Hastaları yetersiz bilgilendirme	0	0.0	1	0.9	1	6.3	2	1.3
Kontrol eksikliği	0	0.0	2	1.7	0	0.0	2	1.3
Malzeme eksikliği	1	5.6	1	0.9	0	0.0	2	1.3
Acelecı davranmak	1	5.6	0	0.0	0	0.0	1	0.7
Bilgi Eksikliği	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Deneyim eksikliği	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Formların önemsenmemesi	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Unutkanlık	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Önemsememe	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Hastaların bilgi eksikliği	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
İhmal	0	0.0	0	0.0	1	6.3	1	0.7
Sağlık çalışanının ihmali	1	5.6	0	0.0	0	0.0	1	0.7
Sorgulamama	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Teknolojik gelişmeye bağlı çok fazla cihaz alet olması	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Tıbbi cihazların ölçüm hataları	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Yanlış taraf işaretlemesi	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Toplam	18	100	115	100	16	100	149	100

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.10.'da cerrahi ekibin tıbbı hataların oluşum nedenlerine ilişkin frekans dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılanların %26.2'si tıbbi hata sebebi olarak dikkatsizliği gördüğü, %14.8'i ise tıbbi hata sebebi olarak yetersiz bilgi gördüğü saptanmıştır.



Tablo 4.11. Ameliyathanede cerrahi ekip üyelerinin olay bildirimini sonrası uygulanan aşamalar ile ilgili bulgular (n=293).

OLAY BİLDİRİMİ SONRASI UYGULANAN AŞAMALAR		n (n=143)	%*
Olay bildirimini sonrası uygulanan aşamalar	Eğitim Planlaması	4	50
	Eğitim Ve Hastaların Alerjilerini Sorgulamada Daha Dikkatli Olundu	2	25
	Taraf İşaretlemesi Konusunda Dikkatli Olundu	1	12.5
	Olaylar Tekrar Gözden Geçirildi	1	12.5
Olay bildirimini sonrası olumsuz geri bildirim yaşama durumu	Evet	3	3.53
	Hayır	82	96.47
Olay bildirimini sonuçları ve ekibe yansıma durumu	Eğitimler Artırıldı	1	10.00
	Olay Yaşanmadı	1	10.00
	Olumlu	6	60.00
	Eğitim	2	20.00
GCKL ile ilgili görüşler	GCKL Eğitiminin ve Denetiminin Bazı Hastanelerde Eksik ve Önemsizdir	2	22.2
	GCKL İş Yüğü Olarak Görülse de Hastayı ve Bizi Koruduğunu Düşünüyorum.	3	33.3
	Hasta Yoğunluğunun Fazla Olması Nedeniyle Oda Temizliği, Malzeme Hazırlaması, Kontrolü Hızlı Yapıldığı İçin Gözden Kaçan Bazı Olaylar Oluyor.	1	11.1
	Karşılaşılan Tüm Olayların Bildirimi Yapılmalıdır.	2	22.2
	R.K.O. Önemi, Sağlık Çalışanlarına Farkındalık Yaratacak Örnek Olaylar ve Eğitimlerin Belirli Aralıklarla Verilmesi Gerekli'dir.	1	11.1

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

GCKL:Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Tablo 4.11.'de Olay bildirimini sonrası değişkenlere ilişkin frekans dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan ameliyathane cerrahi ekip üyeleri GCKL'nin hasta güvenliği açısından yararlı olduğunu düşündüğü, eğitim verilmesi gerektiği, bildirim yaptıktan sonra cerrahi ekip üyelerinin %96.47'sinin olumsuz geri bildirim yaşamadıkları saptanmıştır.

Tablo 4.12. Cerrahi serviste çalışan cerrahi ekip üyelerinin olay bildirimini sonrası uygulanan aşamalar ile ilgili bulguları (n=94).

Olay Bildirimi Sonrası Uygulanan Aşamalar		n	%*
Olay bildirimini sonrası uygulanan aşamalar	Eğitim	2	66.67
	Hastanın Cerrahi Hazırlığı Sürecinde Daha Açık Bilgilendirme Yapılması İçin Birimlere Yazı Gönderildi	1	33.33
Olay bildirimini sonrası olumsuz geri bildirim yaşama durumu	Evet	0	0
	Hayır	11	100
Olay bildirimini sonuçları ve ekibe yansıma durumu	Hastalar Cerrahi Hazırlık Sürecinde Daha Net Bilgilendirilmiş Oldu. Ekip Bu Konuda Daha Net Bilgilendirme Yaptı	1	33.33
	Olumlu	2	66.67
GCKL ile ilgili görüşler	Cerrahi ve Ameliyathane olarak sorular ayrılabilir.	1	25.0
	GCKL'nin Hasta Açısından Ve Çalışanlar Açısından Güvenli Olduğunu Düşünüyorum	1	25.0
	GCKL Uygulamasının Hasta Açısından Yararlı Olduğunu Düşünüyorum.	1	25.0
	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Yalnızca Servisten Ameliyathaneye Gönderen Hemşire Tarafından Değil Tüm Ekip Tarafından İlgili Kısımlarının Doldurulması Gereklidir. Yalnızca Hemşire Doldurduğu Zaman Formalite Olmaktan Başka Bir İşe Yaramıyor.	1	25.0

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.12.'de cerrahi klinik bölümü çalışanlarının, değişkenler için frekans dağılımları yer almaktadır. Cerrahi klinik bölümü çalışanlarının görüşleri incelendiğinde, %100 olay bildirimini sonrası olumsuz geri bildirim yaşamadıkları, %50 GCKL'nin hasta güvenliği açısından olumlu olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Araştırma cerrahi birimler ve ameliyathanelerde çalışan cerrahi ekip üyelerinin GCKL'nin kullanımı sırasında karşılaştığı ramak kala (önlenebilen) olayları incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Literatürde daha çok GCKL'nin uygulanması ile ilgili engeller, cerrahi hata oranlarındaki kullanıma bağlı değişim, morbidite oranlarındaki değişim, mortalite oranlarındaki değişim ve ekip uyumu değerlendirilmiştir. Cerrahi hataların ortaya çıkmadan formun kullanımı sırasında da birçok hatayı önlediğini gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu nedenle araştırmanın sonuçları yapılan çalışmalarla ve literatür bilgileriyle karşılaştırma yapılarak tartışılmıştır (61, 62, 70, 72).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, 2007-2008 yılları arasında DSÖ tarafından 'Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır' kampanyasıyla hasta güvenliğine dikkat çekilerek ilk olarak tanımlanmıştır. Bu kampanya sayesinde birçok uygulama rehberi oluşturulmuş ve zamanla kullanıma göre revize edilmiştir (61, 62, 70, 73). Delgado Hurtado ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının (cerrah, anestezi, hemşire, asistan) %93.80'i GCKL hakkında bilgi sahibidir (70). Çalışmamızda ise bu oran %94.57 olarak görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda çalışma sonuçlarının paralel olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak sağlık çalışanlarının seminer, kongre, eğitim ve kişiler arası iletişim ile eğitimlerinin desteklenmesi ve SKS denetimleri ile konunun güncel tutulması olabilir.

Bilimsel Çalışmalara katılım, çalışmaya destek olan sağlık personellerinin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği konularına katılımları değerlendirildiğinde (Carvalho ve ark. 2015), bilimsel çalışmalara katılım ve hasta güvenliği algısının hemşirelerde % 60 olduğu saptanmıştır (51). Çalışmamıza cerrahi birimlerde çalışan sağlık personelleri içerisinde hemşirelerin çalışmamıza katılım oranı % 71.58 olarak saptanmıştır. Tüm ekibin hasta güvenliği bilincine sahip olabilmesi için hizmet içi eğitimin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

GCKL'nin eksiksiz doldurulması ve uyum konusu incelendiğinde kontrol listesinin tamamlanmasında en zor bölüm olarak ameliyathaneden çıkış kontrolü bölümü olduğu saptanmıştır. İncelenen çalışmaların % 39'unun çıkış kontrolü kısmının vakalarda eksik olduğu tespit edilmiştir (Gebremedhen 2014).

Çalışmamızda GCKL formunun 4 aşamasının kullanım oranlarına baktığımızda; ameliyat öncesi bölüm % 95.74, anestezi öncesi bölüm %76.11, cerrahi insizyon öncesi bölüm %74.74, ameliyattan çıkış kontrolü ise %68.6 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulgular literatürle paralel sonuç göstermektedir. Çıkış kontrolü kısmında bulunan basamakların eksik olması hastanın iyileşme sürecini doğrudan olumsuz etkileyeceği düşünüldüğünden bu basamağın uygulanmasındaki eksiklikler ile ilgili daha çok araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

GCKL kullanımında en sık sorunlar hasta sayısının fazlalığı, yoğun iş, fazla iş yükü olarak görülse de, sağlık çalışanları cerrahi hataları azalttığını, hasta ve çalışan güvenliği için önemli olduğunu düşünmektedir. Delgado- Hurtado ve ark.'nın (2012) çalışmasında; %93.8'i GCKL hakkında bilgi sahibi, %88.8'i GCKL'nin amacını bilmektedir, sağlık çalışanları cerrahi süreçte kontrol listesinin kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir (70). Çalışmamızda da GCKL kullanımının hataları önlediği, hastayı ve çalışanları koruduğu, doğru bir kontrol mekanizması olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bunun nedeni GCKL kullanımı sırasında fark edilen ve önlenen olaylar olabilir.

Perioperatif süreçte cerrahi hastaları, tıbbi hata açısından önemli ölçüde risk altındadır. Ameliyathaneler karmaşasının en fazla yaşandığı ve buna bağlı olarak hata yapma riskinin yüksek olduğu çalışma alanlarından biri olarak kabul edilmektedir. Ameliyathanede istenmeyen olayların gerçekleşme oranı % 40 ve bu olayların % 50'sinin önlenemez olduğu saptanmıştır. Amerika birleşik Devletleri'nde her yıl 400.000'den fazla önlenemez nedenlerden kaynaklanan ölümün gerçekleştiği bildirilmiştir. Bunun nedeni hasta yoğunluğu, iletişim eksikliği, deneyim ve bilgi eksikliği olarak saptanmıştır (74). Çalışmamızda tıbbi hata nedeni olarak aynı nedenler ifade edilmiştir (yoğunluk %16.33, bilgi eksikliği % 14.97). GCKL kullanım oranının artırılması ve öneminin ifade edilmesi ile ekip çalışması sağlanarak iletişim eksikliği ortadan kaldırılabilir.

Carvalho ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında kontrol listesinin uygulanması, 2 yıl boyunca komplikasyon oranlarında önemli bir düşüşe neden olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol listesinin kullanılması iletişim ve hasta güvenliği algısında bir iyileşme olduğunu ortaya koymuştur. Ankete katılanların çoğunluğu, kontrol listesinin gelişmiş hasta güvenliği, iletişim ve hataların

önlenmesine yardımcı olduğu konusunda anlaşmışlardır (51). Bir diğer çalışmada da GCKL uygulamasının hasta güvenliğini arttırdığı ve hataları önlediği sonucuna varılmıştır (35). Çalışmadaki katılımcıların çoğunluğu, bir operasyon geçiriyorlarsa kontrol listesinin kullanılmasını istediğini bildirmiştir. Bu, GCKL kullanımının süreç veya sonuç ölçümleri üzerindeki performansı iyileştirebileceğini göstermiştir (51). Çalışmamızda ise bunun aksine ramak kala olay ile karşılaşanların %37'si bir komplikasyonu önlemiştir. Bu çalışmaya paralel olarak GCKL'nin ekip iletişimini arttırdığı sonucuna çalışmamızda da ulaşılmıştır.

Weieser ve arkadaşlarının (2016) sistematik derleme çalışmasında hasta cerrahi bakım alır, ancak güvenlik ve bakım kalitesinin ölçülmesi öncelikli değildir, güvenlik kriterleri sistematik olarak değerlendirilmelidir sonucuna ulaşmıştır (75). Bizim çalışmamızda buna paralel olarak cerrahi ekip üyeleri ramak kala olay bildirim konusunda bilgi sahibi ancak ramak kala olayla karşılaşmasına rağmen bildirim oranı düşük olduğu saptanmıştır. Olay bildirim kayıt sistemleri konusunda cerrahi ekip üyeleri yönlendirilmeli ve denetlenmelidir.

İsveç'te 63 hastaneden seçilen 3301 cerrahi başvuru analiz edilmiştir. Bu cerrahi hastalarda karşılaşılan ramak kala olaylar analiz edilmiş ve sonuç olarak olumsuz olayların cerrahi bakımda yaygın ve önlenbilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (76). Bizim çalışmamızda bu çalışmaya paralel olarak sağlık çalışanları tıbbi hataların GCKL ile önlenbildiğini düşünmektedir. Ramak kala olaylar tıbbi hatalarla paralel sonuçlara sahip olup bu verilerin cerrahi ekiple paylaşılması bildirim yapılması konusundaki farkındalığı artıracaktır.

Brezilya'da 2019'da yayınlanan çalışmada GCKL kullanımında hemşirelerin bakış açısı değerlendirilmiştir. 220 hemşireye e-posta yoluyla uygulanan anket sonucunda hemşirelerin cerrahi girişim hedeflerine bağlılıkları saptanmış ancak olayların önlenmesinde zayıflıklar belirlenmiştir (77). Bizim çalışmamızda da güvenli cerrahi konusuna sağlık çalışanlarının önem verdiği görülse de bildirim konusunda zayıflıklar saptanmıştır. Bildirimi yapılmayan olaylar bireylerin bilgisi dahilinde sınırlı kaldığı sürece çözüme ulaşmayacaktır ve yeni hataların oluşmasına sebep olacaktır.

Ramsey ve arkadaşlarını 2019'da yayınladığı çalışmada mortalite oranlarında GCKL kullanımına bağlı olarak 2000'li önemli düşüşler saptamıştır. Kontrol

listesinin uygulanmasından bu yana, genel bir ulusal güvenlik stratejisinin bir parçası olarak, perioperatif ölümlerde azalma görülmüştür (78). Bizim çalışmamızda da en önemli tıbbi hata nedeni dikkatsizlik ve yoğunluk olarak saptanmıştır. GCKL dikkatsizlik ve yoğunlukta artabilecek tıbbi hata ve mortalite oranlarını azaltmaya yardımcı bir güvenlik basamağı olarak görülmektedir.

Schwendimann ve arkadaşları (2019) Dünya Sağlık Örgütü Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, cerrahi sırasında hasta güvenliğini sağlamak için global olarak kullanılmaktadır konulu çalışmasıyla, kapsamlı yerel uzman görüşmeleri, bireysel, usule ilişkin ve bağlamsal değişkenlerin kontrol listesinin uygulanmasını etkilediğini göstermiştir. Kolaylaştırıcı faktörler, kontrol listesinin kullanımını savunan iyi bilgilendirilmiş uzmanları ve kontrol listesinin amaçlanan sürecine ve içeriğine odaklanan ekipleri içermiştir. Buna karşılık, personel güvensizliği, kontrol listesine karşı genel olarak olumsuz bir tutum, ekip çalışması eksikliği ve kontrol listesini tamamlama konusunda tereddüt gibi faktörlerin uygulanmasını engelledi, uygulanmasını destekleyen ve engelleyen faktörleri göstermektedir (79). Çalışmamızda da bu sonuca paralel görüşler bulunmaktadır. Yoğunluk ve vakit azlığı kullanımını etkilediği düşünülmektedir. GCKL iş yükü olarak görmek yerine cerrahinin olmazsa olmaz parçası olarak düşünülmeli ve denetimler artırılmalıdır.

GCKL'nin kullanımının etkisinin ve önlediği komplikasyonların incelendiği meta analiz çalışmada; dokuz çalışmada, hasta kimliğinin doğrulanmasında artış, taraf işaretlemesinde artış ve yeniden ameliyat olma oranlarında azalma görülmüştür (36, 62). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar da literatürle paralel sonuç göstermektedir. GCKL'nin kullanımı sırasında karşılaşılan ramak kala olaylar %14.91 yanlış taraf ve %8.71 taraf doğrulamama olarak saptanmıştır. Bu paralel sonuçlar GCKL kullanımının önemini ortaya koymaktadır.

Moy ve arkadaşlarının (2018) çalışması güvenli hastaneler oluşturmaya katkı sağlamak amacıyla, hasta bakım ve hizmet süreçlerinde doğrudan görev alan meslek gruplarından 50 ve üzerinde personele sahip, toplam 290 kişiye anket uygulandı. Katılımcıların % 96.90'ının ramak kala olayın ne olduğunu bildikleri, % 91.03'ünün hasta güvenliğiyle ilgili, %81.72'sinin çalışan güvenliğiyle ilgili ramak kala olayı doğru tanımladıkları, sağlık çalışanlarının % 16.90'ı ramak kala olay yaşadıklarını/gözlemlediklerini ifade etti, bu olayların %69.77'si bildirilmemiştir

(84). Kaplan ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) 2003 ve 2008 yılları arasında malpraktis olgular incelenmiş ebelerin fenilketonüri testini uygularken dikkatsizlik ve acemilikleri nedeni ile yenidoğanın yaralanmasına neden olduklarını bildirilmiştir (86). Karagözoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) 204 hemşirenin ilaç hataları ile karşılaşma ve bildirim oranları değerlendirilmiş sonuç olarak, %62.30'u ilaç hatasıyla karşılaşmasına rağmen %80.40'ının hata bildiriminde bulunmadığını ve en çok karşılaşılan ilaç hatasının yanlış ilaç uygulaması olduğu bildirilmiştir. Çalışmada hemşirelerin çoğunluğunda hata bildiriminde bilgi eksikliği olduğu ve tıbbi hatalar konusunda yönetimin tutumuyla ilgili olumsuz görüşün hâkim olduğu sonucuna ulaşılmıştır (85). Çalışmamızda da %37.0 ramak kala olayla karşılaşma olmasına rağmen, bildirim oranı %7.8 olarak saptanmıştır. Sonuç olarak, hasta ve çalışan güvenliğiyle ilgili ramak kala olay bildirimlerinin artırılmasını sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır, raporlamanın ve ramak kala bildirimlerin hataların önlenmesinde nasıl bir rol oynadığının görülmesini sağlamak amacıyla analiz sonuçları ve alınan önlemler çalışanlarla paylaşılmalıdır. Bu paylaşımlar güvenli hastane ortamı oluşmasına olumlu katkılar sağlayacaktır.

Güvenlik Raporlama Sistemine 2016 yılında yapılan 74383 bildirimde cerrahi alanda sayılarına baktığımızda; ameliyat bölgesinin işaretlenmemesi 346, kimlik, ameliyat yeri ve işlemin doğrulanmaması 130, makyaj, protez ve değerli eşyaların çıkarılmaması 104, ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmaması 54, hasta transferi sırasında sağlık çalışanı olmaması 52, onamların kontrol edilmemesi 50 taraf kontrolünün yapılmaması 45 Hastanın rızasının alınmamış olması 38, işaretlenmesinin kontrol edilmemesi 32, ameliyat öncesi açlık teyit edilmemesi 27 bildirim olarak saptanmıştır (18). GRS'nin sonuçlarına paralel olarak bizim çalışmamızda da taraf doğrulama esnasında ramak kala olay oranı %14.69 ile en yüksek olan olaydır. Bu sonuç göstermektedir ki ramak kala olaylar ile tıbbi hatalar paralel sonuçlara sahiptir. Sonuç olarak ramak kala olayların tıbbi hatalar gibi bildirimlerinin yapılması ile tıbbi hata oranlarının da azalmasını sağlayacaktır. Bu bilgilerin kişi ile sınırlı kalması, kısır döngüye yol açacak hasta güvenliği açısından yarar sağlamayacaktır. Hatanın kim tarafından yapıldığının değil, sistemdeki hangi eksiklikten kaynaklandığının ortaya konulmasının önemi vurgulanmalı ve cerrahi ekip üyelerinin bu konu ile ilgili olası endişeleri giderilmelidir. Çalışmalarla ramak

kala olay bildiriminin teşvik edilmesi, bildirim sayısını artırıp, farkındalık yaratacaktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının GCKL kullanımını sırasında karşılaştığı ramak kala olayları tespit etmek amacıyla yapılan bu çalışmada; Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi servis (93) ve ameliyathane (293) ünitelerinde çalışan toplam 387 sağlık personelinde elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmamızda yer alan;

- Cerrahi ekibin 293' ü ameliyathanede, 94'ü cerrahi serviste çalıştığı,
- Cerrahi ekibin %76.7'si kadın, %23.3'ünün erkeklerden oluştuğu,
- Araştırmaya katılan Cerrahi ekip üyelerinin %67.52'sini hemşirelerin oluşturduğunu,
- Araştırmaya katılan hemşirelerin % 61.7'sinin lisans mezunu olduğu, %14.8'nin yüksek lisans mezunu olduğu,
- Cerrahi birimlerde çalışanların yaş ortalamasınının 34 olduğu,
- Araştırmaya katılan hemşirelerin ortalama görev süresinin 11.12 yıl olduğu, çalıştığı birimdeki görev süresi ise 6.41 yıl ile en uzun görev süresi hemşirelere aittir.
- GCKL eğitim alma durumunun %75.8 ile hemşirelerin en yüksek değere sahip olduğu,
- Ameliyathanede çalışanların %93.52'sinin güvenli cerrahi kavramı ile ilgili bilgisi olduğu, cerrahi klinikte çalışanların ise %97.87'sinin bilgisi olduğu,
- "Hastanın kimlik bilgileri ve taraf işaretlemesi kontrol edilir" değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0.05$). Ameliyathanede çalışanların %69.97' sinin kontrol ettiği, Cerrahi klinikte çalışanların %95,74' ünün kontrol ettiği,
- "Hastanın onamları alınır" değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0.05$). Ameliyathanede çalışanların %60.41' inin hasta onamlarını aldığı, Cerrahi klinikte çalışanların %87.23' ünün hastanın onamlarını aldığı,

- “Hastanın açlık durumu kontrol edilir” değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0.05$). Ameliyathanede çalışanların %57.68’ inin hastanın açlık durumunu kontrol ettiği, Cerrahi klinikte çalışanların %93.62’ sinin hastanın açlık durumunu kontrol ettiği,

- “Tetkiklerin tam olup olmadığı kontrol edilir” değişkeninin durumları ile görev yapılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0.05$). Ameliyathanede çalışanların %56.66’ sının tam olup olmadığını kontrol ettiği, Cerrahi klinikte çalışanların %85.11’ inin gerekli tetkiklerin tam olup olmadığını kontrol ettiği,

- Araştırmaya katılan ameliyathane ekibinin %76.11’i hastaya uygulanacak işlemi ve taraf doğrulamasını sözel olarak tekrar yapmaktadır, %80.20’si kimlik bilgilerini ve onamlarını tekrar kontrol etmektedir, %73.38’i taraf işaretlemesi olup olmadığını kontrol etmekte, %76.11’i ise anestezi kontrol listesinin tam olup olmadığına baktığı,

- Araştırmaya katılan ameliyathane bölümü çalışanlarının %68.60’sı alet, spanç, kompres, iğne sayımını kontrol etmektedir, %69.28’i patoloji teslimi aşamalarını uygulamakta, %72.70’si ise hasta kimliği ve gideceği birimi tekrar kontrol ettiği,

- Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımı sırasında ramak kala önlenen olaylarla karşılaşma durumu ile ilgili görev yapılan birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p>0.05$), Anlamlı olmamakla birlikte, Ameliyathanede çalışanların %61.09’ unun karşılaşmadığı, Cerrahi klinikte çalışanların %69. 15’ inin karşılaşmadığı,

- Önlenebilen olaylarla karşılaşma durumu ise azımsanmayacak oranda olduğu, cerrahi ekip üyelerinin %37.00’sinin ramak kala olayla karşılaştığı,%7.80’inin bildirim yaptığı,

- Araştırmaya katılan ameliyathane bölümü çalışanları GCKL’nin hasta güvenliği açısından yararlı olduğunu düşündüğü, eğitim verilmesi gerektiği, bildirim yaptıktan sonra olumsuz geri bildirim yaşamadıkları,

- Cerrahi klinik bölümü çalışanlarının görüşleri incelendiğinde, olay bildirim sonrası olumsuz geri bildirim yaşamadıkları, GCKL’nin hasta güvenliği açısından olumlu olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- GCKL kullanımı ile ilgili ve hasta güvenliği bilinci oluşturma konusunda hizmet içi eğitimler artırılmalı,
- Uygulama kısmı ile ilgili denetimler artırılmalı,
- Ramak kala olay bildiriminin cerrahi hataların oluşumunu azalttığı ile ilgili eğitim verilmeli,
- Cerrahi birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının ramak kala olay bildiriminin hataları ortaya çıkarmaktan ve çalışanı cezalandırmaktan çok, tıbbi hataların önlenmesini sağladığı bilincinin oluşturulması,
- Perioperatif süreçte ekip üyelerinin iletişimini, iş birliğini, ve hasta güvenliğini geliştiren GCKL'nin uygulanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Yardımcı F, Başbakkal Z. *Tıp Bilimlerinde Ekip Kaynak Yönetimi*, Nobel Medicus, 2012 8(3): 12-17.
2. Beare P, Myers J. *Principles And Practice Of Adult Health Nursing.*, 2nd ed St. Louis, Mosby, 1994.
3. Centers for Disease Control and Prevention : Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online],National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (producer), www.cdc.gov/ncipc/wisqards,2003. 22 Kasım 2018.
4. Sevdalis N, Hull L, Birnbach DJ. Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress, *British Journal of Anaesthesia*, 2012, 109:3-16, DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aes391>.
5. de Elguea JO, Orkaizagirre A, de Miguel MS, Urcola F, Germán C, Lizaso I. Adapting and validating the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) for nursing students (HSOPS-NS): A new measure of Patient Safety Climate, *Nurse Education Today*, 2019, 75: 95-103, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.008>.
6. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head, *International Journal for Quality in Health Care*, 2015, 27(5):418-420, doi: 10.1093/intqhc/mzv063.
7. Joint Commission. National patient safety goals effective, *Critical Access Hospital Accreditation Program*, 1 Ocak 2019.
8. Binazir MB, Alizadeh M, Nikasa P, Azhough R, Movassaghi R. The effect of a modified worldhealth organization surgical safety checklist on postoperative complications in a tertiary hospital in İran, 2012, *European Journal of General*

- Medicine*, 2016, 13(1):21-27, <https://doi.org/10.15197/ejgm.01442>.
9. American Hospital Association. Fast facts on US hospitals, Retrieved from, 2018, <http://www.aha.org/products-services/aha-hospital-statistics.html>. 22 Nisan 2019.
 10. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/27595_lizbonbildirgesi1981pdf.pdf?0&tag1=B604E65F9D752DBD1BCFA298D02CC89A4C8DE295. 5 Nisan 2019.
 11. Adams JL, Garber S. Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments, *Journal of Empirical Legal Studies*, 2007, 4(1): 185-222.
 12. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanların hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5(2):152-157.
 13. Bodur S, Filiz E, Durduran Y. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması, *Genel Tıp Dergisi*, 2011, 21(4):123-130.
 14. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(2):129-135.
 15. Institute of Medicine (IOM) To Err is Human: Building A Safer Health System, *National Academy Press*, 2000, Washington. 20 Mayıs 2019.
 16. Sağlık Bakanlığı (2017) *Güvenlik Raporlama Sistemi*.<http://grs.saglik.gov.tr/Default.aspx>. 20 Mayıs 2019.
 17. Mallory S, Weller J, Bloch M, Maze M. The individual, the system, and medical error, *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 2003, 3(6):179-182.

18. Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*, 2016, Ankara.
19. Sheikhtaheri A. Near misses and their importance for improving patient safety, *Iranian Journal Of Public Health*, 2014, 43(6): 853.
20. İncesu E, Orhan F. Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi: Retrospektif bir araştırma, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018, 5(2): 79-86, DOI: 10.5455/sad.13-1525867323.
21. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, Gawande AA. An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data, *The Lancet*, 2008, 372(9633): 139-144.
22. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Donaldson L. 'Clean care is safer care': The global patient safety challenge 2005-2006, *International Journal of Infectious Diseases*, 2006, 10(6): 419-424.
23. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı 2017.
<https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>. 25 Nisan 2019.
24. Akalın Z, Tekin DE, Civil SO, *Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 63-81.
25. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2013) Cerrahide bilinen 10 gerçək. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr &page =225>. 18 Ocak 2018.
26. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme, *Dirim Tıp Dergisi*, 2009, 84(1):1-10.

27. Zahiri HR, Stromberg J, Skupsky H, Knepp EK, Folstein M, Silverman R, Singh D. Prevention of 3 “never events” in the operating room: fires, gossypiboma, and wrong-site surgery, *Surgical Innovation*, 2011, 18(1): 55-60.
28. Hospitals and Health Networks. Patient safety in the operating room. http://www.hhnmag.com/display/HHN-new-article.dhtml?dcrPath=/templatedata/HF_Common/NewsArticle/data/HHN/Magazine/2012/Oct/101_HHN_FEA_Gatefold1012, 18 Ocak 2019.
29. Makary MA, Sexton B, Freischlag JA, Halzmueller CG, Millman EA, Rowen L, Pronovost PJ. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder, *American College of Surgeons*, 2006, 202(5):746-752, <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017>.
30. Woodman N, Walker I. World Health Organization Surgical Safety Checklist. 2016.
31. Mutic S, Brame RS, Oddiraju S, Parikh P, Westfall MA, Hopkins ML, Low DA. Event (error and near-miss) reporting and learning system for process improvement in radiation oncology, *Medical Physics*, 2010,37(9):5027-5036, <https://doi.org/10.1118/1.3471377>.
32. Deng J, Xing L. Big Data in Radiation Oncology, CRC Press, 311, 2019, <http://doi.org/10.1201/9781315207582>.
33. Haugen AS, Søfteland E, Almeland S K, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, Harthug S. Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial, *Annals Of Surgery*, 2015, 261(5): 821-828, DOI: 10.1097/SLA.0000000000000716.
34. Bergs J, Hellings J, Cleemput I, Zurel Ö, De Troyer V, Van Hiel M, Vandijck, D. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications, *British Journal of Surgery*, 2014, 101(3): 150-158, doi: 10.1002 / bjs.9381.

35. Behzadifar M, Behzadifar M, Jahanpanah F, Bragazzi NL. Patient safety culture assessment in Iran using the “Hospital survey on patient safety culture” tool: A systematic review and meta-analysis, *Clinical Epidemiology and Global Health*, 2019, <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.02.008>.
36. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jawett C, Kong K, Vemalapalli K, Levack B. Use of the WHO surgical checklist in trauma and orthopaedic patients, *International Orthopaedics*, 2011, 35(6): 897-901.
37. Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery, *Annals of Surgery*, 2012, 256(6): 925–933.
38. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, Zinner MJ, Dierks MM, A prospective study of patient safety in the operating room, *Surgery Journal*, 2006, 139(2): 159-173, <https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.07.037>.
39. Ragusa PS, Bitterman A, Auerbach B, Healy WA, Effectiveness of surgical safety checklist in improving patient safety, *Orthopedics Journal*, 2016, 39(2):307-310, <https://doi.org/10.3928/01477447-20160301-02>.
40. Catalano K. The World Health Organization’s surgical safety checklist, *Plastic Surgical Nursing*, 2009, 29(2):124-127.
41. Beaumont K, Russell J. Standardising for reliability: the contribution of tools and checklists, *Nursing Standard*, 2012, 26(34): 35-39.
42. Anonymous. Checklist improves surgical safety, *The Canadian Nurse*, 2009, 105(3):8.
43. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/index.php>. Erişim tarihi: 10 Mart 2019.

44. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/index.php>. Erişim tarihi: 14 Nisan 2019.
45. Young-Xu, Y, Neily J, Mills PD, Carney BT, West P, Berger DH, Bagian JP. Association between implementation of a medical team training program and surgical morbidity, *Archives of Surgery*, 2011, *146*(12):1368-1373, doi:10.1001/archsurg.2011.762.
46. Bliss LA, Ross-Richardson CB, Sanzari LJ, Shapiro DS, Lukianoff AE, Bernstein BA, Ellner SJ. Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist, *Journal of the American College of Surgeons*, 2012, *215*(6):766-776, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2012.07.015.
47. Cherkashin M, Berezina N, Serov A, Fedorov A, Andreev G, Kuplevatsky V. Safety management for MR-guided interventions, *Investigative Magnetic Resonance Imaging*, 2016, *20*(3):152-157.
48. Krizek TJ. Surgical error: ethical issues of adverse events, *Archives of Surgery*, 2000 *135*(11):1359-1366, doi: 10,1001 / archsurg.135.11.1359.
49. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error, *Journal of the American Medical Association*, 1998, *280*(16):1444-1447, doi: 10,1001 / jama.280.16.1444.
50. Kowalski SL, Anthony M. CE: Nursing's evolving role in patient safety, *AJN The American Journal of Nursing*, 2017, *117*(2):34-48, doi:10.1097/01.NAJ.0000512274.79629.3c.
51. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLCD. Safety culture in the operatingroom of a public hospital in the perception of health care professionals, *Revistalalatio-Americana de Enfermagem*, 2015, *23*:6, 1041-1048, <https://doi.org/10.1590/0101-1169.0669.2647>.
52. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) Guidance Statement. (2006). Creating a Patient Safety Culture. *52*, *Association of Perioperative*

Registered Nurses Journal, 2006, 83(4):936-942.

53. WHO Patient Safety & World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery. <http://www.who.int/iris/handle/10665/44185>. 1 Nisan 2019.
54. Pauniahho S, Lepojarvi M, Peltomaa K, Saario I, Isojarvi A, Malmivaaro A. A surgical checklist increases patient safety, *Suomen Lääkärilehti*, 2009, 49(64): 4249-4254.
55. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2011). Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi Uygulama Kılavuzu. <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/4333,guvenlicerrahikontrollistesiuysulamarehberipdf.pdf>. 4 Nisan 2019.
56. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” 2012. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3516,21072015guvenlicerrahiuygulamarehberipdf.pdf?0>. 4 Nisan 2019.
57. Çakır Z, Kırılmaz H. Hasta gözüyle hasta güvenliği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, 2009, Kongre Bildiri Özetleri Kitabı: Cilt 2, Sayfa: 145
58. Yavuz M. Dünya sağlık örgütü güvenli cerrahi kampanyası. Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, İzmir, 2010.
59. Yavuz M. DSÖ’nün “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” Kampanyası. (<http://www.medimagazin.com.tr/authors/meryem-yavuz/tr-dsonun-guvenlicerrahihayat-kurtarir-kampanyasi-72-101-2595.html>). 20 Haziran 2018.
60. Saturno PJ, Soria-Aledo V, Gama ZADS, Lorca-Parra F, Grau-Polan M. Understanding WHO surgical checklist implementation: tricks and pitfalls. An observational study, *World journal of surgery*, 38(2):287-295.

61. Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WB, Lipsitz SR, Gawande AA, Fort he safe surgery saves lives investigators and study group, affect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population, *Annals of Surgery.*, 2010, 251: 976-980.
62. Haynes A B, Weiser T G, Berry W R, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population, *The New England Journal of Medicinen*, 2009, 360:491-499, <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
63. Zingiryan A, Paruch JL, Osler TM, Hyman NH. Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes, *The American Journal of Surgery*, 2017, 214(2), 193-197.
64. World Health Organization. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to action 2005. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 15 Mart 2019, s:59.
65. World Health Organization. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: World alliance for patient safety. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 15 Mart 2019. s: 75.
66. Institute of Medicine. Preventing medication errors. Washington, DC: The National Academies Press, 2007.
67. Leape LL. Error in medicine, *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1851-7.
68. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. Responses and concerns of healt care providers to medication errors, *Clinical Nurse Specialist*, 2000, 14(6) : 278-89.
69. Reason J.Achieving a safe culture: theory and practice, *Works&stress*, 1998, 12

(3): 293-306.

70. Delgado-Hurtado JJ, Jimenez X, Penalonzo PA, Villatoro C, İzquierdo S, Cifuentes M. Acceptance of the WHO surgical safety checklist among surgical personnel in hospitals in Guatemala City, *Biomed Central Health Services Research*, 2012,12:169.
71. Birgen N. Tıbbi uygulama hatalarına adli tıp açısından yaklaşım, *Ankem Dergisi*, İstanbul, 2006;20(Ek 2):20-5.
72. Alfredsdottir H, Björnsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room, *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 61(1):29-37, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x>.
73. Nwosu A. The horror of wrong-side surgery continues: report of two cases in a regional trauma centre in Nigeria, *Patient Safety Surgery*, 2015, 9:6, <https://doi.org/10.1186/s13037-014-0053-2>.
74. James JT. A New, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care, *Journal Patient Safety*, 2013, 9(3):122-8, <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a6>.
75. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR., Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Gawande AA. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012, *Bulletin of the World Health Organization*, 2016, 94(3), 201, <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.159293>.
76. Nilsson L, Risberg MB, Montgomery A, Sjö Dahl R, Schildmeijer K, Rutberg H. Preventable adverse events in surgical care in Sweden: a nationwide review of patient notes, *Medicine*, 2016, 95(11), doi: 10.1097 / MD.0000000000003047.
77. de Siqueira Gutierrez L, dos Santos JLG, Barbosa SDF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives

Initiative: perspective of nurses, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2019, 27, Doi: 10.1590 / 1518-8345.2711.3108.

78. Ramsay G, Haynes AB, Lipsitz SR, Solsky I, Leitch J, Gawande A A, Kumar M. Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist, *British Journal of Surgery*, 2019, <https://doi.org/10.1002/bjs.11151>.
79. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, Hoffmann H. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center, *Patient safety in surgery*, 2019, 13(1):14.
80. Fusun Sayek Hasta Güvenliği Raporları.
https://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf. 20 Mayıs 2019.
81. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Sistemi & GRS
<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Resim/37299,f-02-ramak-kala-olay-bildirim-formu-ek-2jpg.png?0>. 19 Mayıs 2019.
82. Sağlıkta Kalite Standartları. Versiyon-5. Revizyon-01 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2016, Ankara.
83. Cheek DJ, Jones TS . Safe surgery initiative saves lives, *Nursing*,2009, 39(8): 14-15.
84. Moy EB, Akkor A, Aydın Ö, Çelik N, Cankuş B , Mamur C, Karagülle M. Önemsenmiyor mu? Bilgi eksikliği mi? Ramak kala olaylar , *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 3(2):70-86.
85. Karagözoğlu Ş, Meryem OTU, Coşgun G. Bir araştırma ve uygulama hastanesinde ilaç hatalarının bildirimine yönelik hemşirelerin düşünceleri ve ilaç hatalarını raporlama alışkanlıkları, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2019, 4(1):26-39.
86. Kaplan S, Çelik S, Şahin S, Pınar G. Evaluation of cases of nursing and midwifery malpractice discussed between 2003 and 2008 in high health council,

Balkan journal of Health Science,2014,2(1):7-11.

87. Uysal A, Karakurt P. Hemşirelerin mesleğe bağlılık durumlarının tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzincan: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
88. Toprak A. Hemşire yetkinlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, gerçeklik ve güvenilirlik çalışması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.



8. EKLER

Ek-1. Bireysel Bilgi Formu

Tarih:

Anket no:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. () Kadın 2. () Erkek

3. Bölüm:

1)Hemşire ()

4) Anestezi teknikeri ()

2) Anestezist()

5) Cerrahi teknikeri ()

3)Cerrah ()

4. Mezun olduğunuz okul türü:

1. Sağlık meslek lisesi ()

4. Yüksek lisans ()

2. Önlisans ()

5. Doktora ()

3. Lisans ()

5. Mesleğinizi ne kadar süredir yapıyorsunuz?(Ay yada yıl)

.....

6. Hangi birimde görev yapıyorsunuz?

1.Ameliyathane ()

2.Cerrahi klinik ()

7. Bulduğunuz birimdeki görev süreniz?

.....

8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması ile ilgili eğitim aldınız mı?

1.Evet () 2.Hayır()

9. Aldığınız eğitim türü nedir?

1. Kurs ()

2. Kongre –Konferans ()

3.Hizmet içi eğitim ()

4.Diğer.....

10.Güvenli cerrahi kavramı ile ilgili bilginiz var mı?

1.Evet () 2.Hayır ()

KATILIMCI İMZASI

Ek-2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Formu

BÖLÜM -1 GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

1) AMELİYAT ÖNCESİ	UYGULANDI	
	EVET	HAYIR
1.Hastanın kimlik bilgileri ve taraf işaretlemesi kontrol edilir .		
2. Hastanın onamı alınır.		
3. Hastanın açlık durumu kontrol edilir.		
4. Gerekli ise cerrahi bölge tıraşı yapılır.		
5. Takı, oje makyaj kontrolü yapılır.		
6. Hastanın kıyafetleri çıkarılıp ameliyat bonesi takılır ve önlük giydirilir.		
7. Ameliyat için gerekli özel bir işlem(lavman, varis çorabı) varsa uygulanır.		
8. Ameliyatta kullanılacak özel bir cihaz ya da malzeme varsa hazırlanır.		
9. Tetkiklerinin tam olup olmadığı kontrol edilir.		

2) ANESTEZİ ÖNCESİ	UYGULANDI	
	EVET	HAYIR
10. Uygulanacak ameliyat ve taraf tekrar sözel olarak doğrulanır.		
11. Hastanın kimlik bilgileri, onamları ve taraf doğrulaması tekrar yapılır.		
12. Ameliyat bölgesi işaretlenir.		
13. Anestezi güvenli kontrol listesi tamamlanır		
14.Pulsoksimetrenin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.		

	UYGULANDI	
	EVET	HAYIR
15. Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı teyit edilir.		
16. Gerekli görüntüleme cihazlarının odada olup olmadığı kontrol edilir.		
17. Hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından değerlendirilir ve uygun önlemler alınır.		
18. Hava yolu zorluğu kontrolü anestezi doktoru tarafından değerlendirilir.		

Ek-2. Devamı

BÖLÜM -1 GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

3) AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCEKİ KONTROLLER	UYGULANDI	
	EVET	HAYIR
19.Ekip kendini ve görevini tanıtır.		
20.Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, taraf doğrulamasını yapar.		
21.Kritik olaylar gözden geçirilir ve önlem alınır.		
22.Profilaktik antibiyotik sorgulanır.		
23.Kullanılacak malzemelerin hazır olup olmadığı kontrol edilir.		
24.Kullanılacak malzemelerin sterilizasyon uygunluğu kontrol edilir.		
25.Kan şekeri kontrolü yapılır.		
26.Antikoagülan kullanımı sorgulanır.		
27. Derin ven trombozu profilaksisi yapılır		

4) AMELİYAT SALONUNDAN ÇIKMADAN ÖNCE KONTROLLER	UYGULANDI	
	EVET	HAYIR
28.Alet, spanç, kompres ve iğne sayımları yapılır. Kaydedilir.		
29.Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin doğru yazılıp yazılmadığı kontrol edilir.		
30.Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir. Eksikler tamamlanır.		
31.Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm doğrulanır.		

Ek-2. Devamı

BÖLÜM -2 GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

BÖLÜM-2 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Durumu ve Ramak Kala Olaylar

1. Ameliyathanedeki günlük vaka sayısı ne kadardır?

1) 1-5 vaka () 2) 6-10 vaka () 3) 11-15 vaka () 4) 16 vaka ve üstü ()

2. Ameliyathanede ne gibi tıbbi hatalarla karşılaştınız? (belirtiniz)

.....

3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı sırasında önlenen tıbbi hatalarla karşılaştığınız oldu mu?

1) Evet () 2-) Hayır ()

4. Cevabınız evet ise bu hatalar nelerdir?

.....

5. Ameliyathanede tıbbi hataların bildirimini sağlık çalışanını olumsuz etkiler mi?

1) Evet () 2-) Hayır ()

6. Ameliyathanede Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini uygulamak ekip işi ,bu ekip kavramının tıbbi hataları önlediğini düşünüyor musunuz?

1) Evet () 2-) Hayır ()

7. Ameliyathanede tıbbi hataların oluşum nedenleri sizce nedir?

.....

8. Güvenli cerrahi kontrol listesinin sizce yararları nedir?

.....

9. Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla ramak kala ve gerçekleşen olay bildiriminin zorunlu olduğunu biliyor musunuz?

1) Evet () 2-) Hayır ()

10. Ramak kala olay bildirimini yaptınız mı?

1) Evet () 2-) Hayır ()

11. Olay bildirimini sonrası hangi aşamalar uygulandı?

.....

12. Bu aşamalar yaralı oldu mu?

1) Evet () 2-) Hayır ()

13. Olay bildirimini sonrası herhangi bir olumsuz geri bildirim yaşadınız mı?

1) Evet () 2-) Hayır ()

14. Eklemek istediğiniz herhangi bir konu var mı?

.....

.....

KATILIMCI İMZASI

Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Sultan BOZKURT tarafından yürütülen "Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala (Önlenebilen) Olaylar " başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlanmaz, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Bu tanımlayıcı çalışmada hemşirelere ve cerrahi ekibe cerrahi süreçte hasta güvenliği için kullandığımız Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin önlediği olaylara farkındalık yaratarak bu uygulamanın hangi hataları önlediğini tespit etmemizi sağlamak
- Araştırmanın İçeriği: Bu çalışmada cerrahi ekip üyelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanımı sırasında önleyebildikleri cerrahi hataların farkında olmasını sağlayacak tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmada Sosyodemografik Bilgi Formu ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Değerlendirme Formu kullanılacaktır. Anket 55 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 5 dk sürmektedir.
- Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 560 cerrahi birimlerde çalışan sağlık personeli
- Araştırmanın Yapılacağı Yerler: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Ek-4. Etik Kurul Kararı



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ) ETİK KURULU PROJE ONAY BELGESİ



Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans bölümü öğrencilerinden Sultan BOZKURT 'un Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala (Önlenebilen) Olaylar adlı araştırması değerlendirilmiştir. (Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2018-36
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	13.02.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	23.02.2018/36
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANLI BAKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

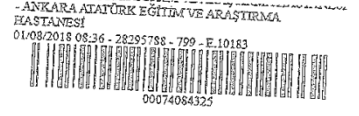
		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	<input type="text"/>
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	<input type="text"/>
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	<input type="text"/>
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	Üye	<input type="text"/>
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	<input type="text"/>
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	Üye	<input type="text"/>
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	Üye	<input type="text"/>
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	Üye	<input type="text"/>
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	Üye	<input type="text"/>

Ek-5. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 28295788-799
Konu : Sultan BOZKURT(Araştırma İzni

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİNE

İlgi: 25.06.2018 tarih ve 4685 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programına kayıtlı Sultan BOZKURT'un " Cerrahide Hasta Güvenliği; Cerrahi Ekibin Güvenli Kontrol Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala (Önlenebilen) Olaylar" konulu çalışmasının uygulamasını sağlık tesisimizde yapması talebi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-izmalıdır.
Ayşegül ERCİYAS
Başhekim a
Sağlık. Bak. Hiz. Md

Bilkent Yolu 3. km Çankaya ANKARA

Faks No:

e-Posta:hulya.savas1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: hulya.savas1

Bilgi için:Hülya SAVAŞ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:2912525-3657

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9d104d7b-0745-4b1f-86b6-0977f36ad03b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek-6. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve
Araştırma Hastanesi İzni**



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi



Sayı : 33373887-771
Konu : Tez Çalışması/Sultan BOZKURT

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nin 25/06/2018 tarih ve 23173465/406 sayılı yazısı.

İlgili yazı ile anılan çalışmanın, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Sultan BOZKURT tarafından 01/03/2018–01/09/2018 tarihleri arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonuçunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgilinin kendisi tarafından Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla, çalışmanın Kurumumuzda yapılmasında sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Prof.Dr.Gülten KIYAK
Başhekim

DAĞITIM:

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Yeni Batı Mah. 2026. Cad. Batıkent - Yenimahalle / ANKARA
Faks No:587 24 37

e-Posta:dilek.bagci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yenimahalleegitimbirimi@gmail.com

Bilgi için:Dilek BAĞCI
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:0312 587 25 81

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 67f5e55-a36f-4aed-bdf0-57486ef7fa91 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-7. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/07/2018-E.28178



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği**



Sayı : 42000842-302.99-
Konu : Sultan BOZKURT / Tez
Çalışması

**T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi No:7
Etlik - Keçiören - ANKARA**

İlgi : 25/06/2018 tarihli ve 4686 sayılı yazı.

Enstitünüz bünyesinde Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programına kayıtlı D1000001275 numaralı Sultan BOZKURT'un, "Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala (Önlenebilir) Olaylar" başlıklı tezinin staj amaçlı olmayan uygulamasını hastanemizde yapabilmesi talebi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

**e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim**

Ek:Uygunluk Yazısı

Evrak Doğrulamak İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025988 Faks:0 (312) 223 05 28
Posta: hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi: hastane.gazi.edu.tr

Pin: 13222
Bilgi için :Neşe Şeniz
Sekreter
Telefon No:03122027345

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PIN:13222)

Ek-8. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Sultan BOZKURT
Doğum Tarihi	01.05.1983
Doğum Yeri	ANKARA
Medeni Hali	Evli
Uyruğu	T.C.
Adres	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Tel	
E-Mail	sbozkurt070912@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	Ankara Halide Edip Adıvar Lisesi
Lisans	Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	Orta
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	