

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ KONUSUNDA

AMELİYATHANE EKİBİNİN DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MERYEM YAVUZ

HAZIRLAYAN

DERYA ÖZKAN

2012

Bornova – İZMİR

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ KONUSUNDA
AMELİYATHANE EKİBİNİN DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ**

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MERYEM YAVUZ

HAZIRLAYAN

DERYA ÖZKAN

2012

Bornova - İZMİR

TEZ ONAY SAYFASI

Kurum Adı : Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Programı : Yüksek Lisans

Tez Konusu : Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında
Ameliyathane Ekibinin Düşüncelerinin İncelenmesi

Danışman : Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Tezi Hazırlayan : Derya ÖZKAN

Değerlendirme Kurulu Üyeleri :

Adı Soyadı

Başkan (Danışman) : Doç. Dr. Meryem YAVUZ 

Üye / İmza : Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ 

Üye / İmza : Doç. Dr. Filiz ÖĞCE 

Tezinin Kabul Edildiği Tarih : 08-11-2012

ÖNSÖZ

Araştırma konumun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada hem yol gösteren hem de çalışmalarında beni yüreklendiren tez danışmanım Doç. Dr. Meryem YAVUZ'a,

Tez önerim sırasında önerileri ve katkıları ile yardımda bulunan tez jüri üyeleri Doç. Dr. Fatma DEMİR ve Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR'a,

Araştırmam sırasında yardım ve desteklerini gördüğüm çalışma kapsamında bulunan 7 hastanedeki ameliyathane çalışanlarına,

Araştırmamın her aşamasında beni destekleyip güç veren eşim Erkan ÖZKAN'a ve güçlerini hep arkamda hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Derya ÖZKAN

07.09.2012

İZMİR

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
BÖLÜM I.....	viii
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Konusu.....	3
1.2.Araştırmanın Amacı.....	32
1.3.Araştırmanın Hipotezleri.....	32
1.4.Araştırmanın Önemi.....	32
1.5.Tanımlar.....	39
BÖLÜM II.....	40
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
2.1.Araştırmanın Tipi.....	40
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yerler.....	40
2.3.Araştırmanın Zamanı.....	40
2.4.Araştırmanın Evreni.....	40
2.5.Araştırmanın Örneklemi.....	41
2.6.Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri.....	41
2.7.Veritoplama Araçları.....	41
2.8.Veritoplama Yöntemi ve Süresi.....	43
2.9.Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	45
2.10.Süre ve Olanaklar.....	45
2.11.Etik Açıklamalar.....	45

BÖLÜM III.....	46
BULGULAR.....	46
3.1.Tanımlayıcı Veriler.....	46
3.2.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında Ekibin Görüşleri.....	51
3.3.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler ile Cinsiyetin Karşılaştırılması.....	91
3.4.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması.....	91
3.5.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler ile Ameliyathane Ekibinin Mesleklerinin Karşılaştırılması.....	91
3.6.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler ile Ameliyathane Ekibinin Meslekte Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması.....	91
3.7.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler ile Ameliyathanede Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması.....	92
3.8.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler ile Ameliyathane Ekibinin Kontrol Listesi ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarının Karşılaştırılması.....	92
3.9.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Alt Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	93
3.10.Ameliyathane Ekibinin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumları ile Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	94
3.10.1. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile “Klinikten Ayrılmadan Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	94
3.10.2. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile “Anestezi Verilmeden Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	94
3.10.3. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile “Hastanın Risk Değerlendirmesi” Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	95

3.10.4. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile “Ameliyat Kesisinden Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	95
3.10.5. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile “Ameliyattan Çıkmadan Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	95
3.10.6. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile “Genel Düşünceler” Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	96
BÖLÜM IV.....	97
TARTIŞMA.....	97
BÖLÜM V.....	99
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
BÖLÜM VI.....	101
ÖZET.....	101
SUMMARY.....	102
BÖLÜM VII.....	103
KAYNAKÇA.....	103
EKLER.....	109
EK-I.....	109
EK-II.....	110
EK-III.....	111
EK-IV.....	112
EK-V.....	114
EK-VI.....	115
EK-VII.....	117
EK-VIII.....	120
EK-IX.....	121
EK-X.....	122
EK-XI.....	123

EK-XII.....124

ÖZGEÇMİŞ.....125

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Ameliyathane Ekibinin Hastanelere Göre Dağılımı.....	46
Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	47
Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Yaşlara Göre Dağılımı.....	47
Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Ameliyathanede Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	50
Tablo 10: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Alt Puanlarına Göre Değerleri.....	93

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

Sağlık toplumsal bir olgudur ve bunu etkileyen etmenler de toplumsal kaynaklı olduğu için gerekli olan yöntem, araç ve gereçlerin temini de toplumsal boyutta mümkün olacaktır. Sağlık hizmetinden; devlet, toplum, kamu otoritesi, aile, çevre ve birey sorumludur. Sağlık bakımı “bir ekip hizmeti”dir ve bu hizmetten yararlanan birey de bu ekibin bir parçasıdır. Sağlık bakımı gelişen teknoloji ve sosyokültürel yapıdaki değişikliklerle birlikte bilgiye hızlı ve kolay ulaşabilirliğin sonucunda, bireyler kendi yaşam planlarıyla ilgili olarak toplum ve onun kurumlarından hak ve hizmet talebi içerisine girmiştir. Sağlık bakımında kalite; doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yaparak istenilen ve beklenen sonuçlara ulaşmaktır (39).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2004 raporunda, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda ve Danimarka’da yapılan çalışmalarda, tıbbi hata görülme sıklığının %3.2 ile 16.6 arasında olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte dünyada yaklaşık her 10 hastadan birinin tıbbi bakım sırasında herhangi bir nedenle yapılan hatadan ciddi şekilde etkilendiği tıbbi hataların %14’ünün ölümle, %70’inin ise hastanın yaşamında sınırlama oluşturacak sakatlıklarla sonuçlandığı bildirilmiştir (46).

Tıbbi hatalar, hastanelerde yaşanan ölüm nedenleri arasında, kalp hastalıkları, kanser, damar hastalıkları ve KOAH’dan sonra beşinci sırada yer alıyor (13).

Her yıl neredeyse 7 milyon cerrahi hastası ciddi komplikasyonlar yaşamakta, bunlardan 1 milyonu cerrahi işlem sırasında ya da hemen sonra ölmektedir. Bu nedenle cerrahi güvenlik küresel bir soruna dönüşmüştür (4,48,44).

WHO tıbbi hataların önemli bir sağlık problemi olduğunu görünce 2004 yılında bir hasta güvenliği birimi oluşturmuş ve böylelikle hasta güvenliğine yönelik uygulamalar daha sistematik halde yürütülmeye başlanmıştır (14).

Günümüz sağlık bakımında “hasta güvenliği” terimi önemli kavramlardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında hasta güvenliği ile ilgili yetersizlikler ve sorunlara bağlı toplum sağlığı ile ilgili zararları izlemek üzere çalışmalara başladığında bu terim dünyada sağlık bakım kurumlarının çok kullandıkları terimlerden biri değildi. Amerikan modeli olan Uluslararası Birleşmiş Komisyon (Joint Commission International/ JCI) dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık kuruluşlarında önemli bir kılavuz olarak takip edilmektedir (49).

Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir (1,2,38).

Günümüz de sağlık bakımında kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Sağlık bakımının sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık bakımının birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; bakım sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (14).

Sağlık bakımında hasta güvenliğinin sağlanması ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın her ülkenin önemle üzerinde durması gerekli bir konudur.

Hem maddi hem manevi anlamda önemli kayıplara neden olan böyle bir sorunun çözümü ise sağlık organizasyonlarında, her düzeyde etkin olan bir hasta güvenliği kültürünün oluşmasına bağlıdır (15).

WHO' nun tüm dünyada cerrahi işlemlerden kaynaklanan ölümleri azaltma çabalarının bir parçası olarak Dünya Hasta Güvenliği Birliği kurulmuştur. Bu oluşumun amacı, politik taahhüdü ve klinik hedefleri, anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenbilir cerrahi enfeksiyonları ve çalışma ekibi arasındaki yetersiz iletişim de dahil olmak üzere önemli güvenlik sorunlarına çözüm bulmaktır. Bu sorunların bütün ülkelerde ve ortamlarda ortak olduğu, ölümcül ve önlenbilir sorunlar olduğu belirlenmiştir. WHO' nun Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır kampanyasının amacı dünya genelinde uygulanabilecek güvenlik standartları ile cerrahi bakımın kalitesini arttırmaktır (4,38).

Ülkemizden bu kampanyayı destekleyen kuruluş Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi (Center for Research and Promotion of Community Health) olarak görülmektedir (30). Sağlık Bakanlığı ve Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezinin bu konudaki yaptıkları çalışmalar ile ülkemizde de pek çok hastanenin bu kampanya içinde yer alan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”ni kullandıkları bilinmektedir (4).

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Dünyanın giderek daha açık ve daha özgür bir yapıya doğru ilerlediği günümüzde, sağlık bakımı da giderek daha çok “hasta ve insan odaklı” olmaya doğru ilerlemektedir (38).

Doğru hasta, işlem ve ameliyat alanı ile ilgili olarak Sağlık Organizasyonları Akreditasyon Komisyonunun 1995-2006 yılları arasındaki analiz raporlarında yüzde 13'ten fazla yanlış taraf cerrahisine bağlı olaylar bildirilmiştir. 2005 yılında 126

yanlış taraf ya da yanlış hasta ameliyatı olgusunun analizinde, yüzde 76 oranında yanlış taraf cerrahisinin, yüzde 13 yanlış hasta ve yüzde 11 yanlış işlemin uygulandığı belirtilmiştir. Literatür yanlış taraf cerrahisinin özellikle ortopedi ameliyatlarında daha yaygın olduğu varsayımını desteklemektedir. Yanlış taraf ameliyatının daha çok iki taraflı organlarla ilişkili olan işlemlerde oluşma olasılığı daha yüksektir. Radyolojik görüntülerin olmaması ve yanlış alanın işaretlenmesi gibi faktörler ortopedik ve spinal işlemlerde hataların olmasında rol oynamaktadır (48).

Yine yapılan araştırmalarda en iyi hastanelerde bile her 100 hastanın %6,7'sinde ciddi sonuçları olan ya da potansiyel ciddi sorunlara yol açabilecek ilaç hatalarının olduğunu, sadece ABD' de tıbbi hatalar nedeniyle yaşanan ölümlerin genel sıralamada beşinci sırada yer aldığını ve bu şekilde her gün ortalama 100 hastanın hayatını kaybettiğini, tıbbi hatalar nedeniyle bu ülkede yılda 44 - 98 bin kişinin hayatını kaybettiğini ve bunların ülke ekonomilerine getirdiği ağır yükleri görmekteyiz. ABD' de tıbbi hataların yıllık maliyetinin 17 milyar USD olduğu görülmüştür. Ayrıca her yıl 5000 sağlık çalışanı işyerindeki yaralanmalar nedeniyle Hepatit-B, Hepatit-C ve HIV etkenlerine ya da diğer türlü iş kazalarına maruz kalmaktadır. Bunların % 88' i ise basit önlemler alınarak önlenabilir nitelikte olmasından dolayı, hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları önleme çabaları başlatılmış ve bu amaç doğrultusunda bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmaya çalışılmıştır (39).

Hastanede yatan hastaların %3-16' sının komplikasyonlar nedeni ile etkilendiği belirlenmiş, tıbbi hataların da %48' ini cerrahi hataların oluşturduğu saptanmıştır. Cerrahiye bağlı yaralanmaların ve ölümlerin çoğunlukla önlenabilir komplikasyonlar ile geliştiği bilinmektedir (4,37).

Cerrahi bakım yılda gerçekleştirilen yaklaşık 234 milyon operasyonları ile dünya genelinde sağlık bakımının ayrılmaz bir parçasıdır (10,23,32,33,34,45,47,48, 49). 2004 yılında 56 ülkeden alınan verilere göre dünyada her 25 kişiden birine cerrahi işlem uygulandığı görülmüştür. Bu sayı 2006 yılında doğum oranının iki katıdır. Bu sayı dünyada toplum sağlığını etkileyebilecek büyüklükte bir sayıdır. Dünya genelinde uluslararası çalışma grupları bu konudaki bilgi kaynaklarını ve klinisyen deneyimlerini inceleyerek; ekip çalışması, anestezi, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi, cerrahi hizmetlerin sunulması ile ilgili alanları gözden geçirmişlerdir. Bu çalışmalara cerrahi, anestezi, hemşirelik, enfeksiyon hastalıkları, epidemiyoloji, biyomedikal mühendislikler, sağlık sistemleri, kalite geliştirme ve hasta güvenliği ile ilgili alanlarda uzmanlar katılmıştır (4,47,49).

Tıbbi hatalar, doktor, eczacı gibi genellikle sağlık bakımı verenler nedeniyle olmaktadır. Ancak tıbbi hatalar meydana geldiğinde genellikle hemşireler ön planda yer almaktadırlar. Hemşireler tıbbi tedavinin yönetiminde anahtar rol oynamak ve bu nedenle tıbbi hataların önlenmesinde aktif rol almaktadırlar (50).

Sağlık bakımının özellikleri arasında yer alan “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (11).

Güvenli bir sağlık bakımı için önce hasta güvenliğini tehlikeye sokan faktörlerin bilinmesi gerekir. Yapılan çalışmalarla artık hasta güvenliğini tehlikeye sokan ve dolayısıyla hasta bakımında risk oluşturan faktörler oldukça iyi bilinmektedir. Bu faktörlerin başında “iletişim” problemleri gelmektedir. Yani “yanlış anlaşılmalara”, söylenenlerin “anlaşılmaması” veya “yanlış algılanması” hasta güvenliğini riske atan en önemli faktörlerdir. Hastane enfeksiyonları bir başka risk faktörüdür. Yanlış veya hatalı ilaç uygulamaları ve hasta düşmeleri de hasta

güvenliğini tehdit edebilmektedir. Özellikle cerrahi müdahale yapılacak hastalarda ameliyat yeri ve tarafının işlem öncesinde belirlenmemesi ve işaretlenmemesi hatalı veya yanlış uygulamalara neden olabilmektedir (38,49).

Bütün bunları göz önünde bulunduran WHO ve JCI hasta güvenliği hedeflerini 6 başlık altında toplamışlardır; (39)

1. Hastaların doğru tanımlanması,
2. Etkin iletişimin sağlanması,
3. Yüksek riskli ilaçların kullanım güvenliğinin sağlanması,
4. Ameliyatlarda doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta uygulamasının sağlanması,
5. Sağlık bakımında enfeksiyon riskinin azaltılması,
6. Düşmelerden kaynaklanan hasta yaralanma riskinin azaltılmasıdır.

Sağlık bakımının sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık bakımının birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (20,44).

Sağlık sektöründe yapılan işlemler nedeniyle oluşan hatalar doğrudan insanın ölümüyle veya önemli derecede zarar görmesiyle sonuçlanabilmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar, bu hataları ve buna bağlı ölümleri en aza indirmeye odaklanmaktadır. Bir sağlık kuruluşunun hastaların güvenliğini sağlamasından daha önemli bir şey yoktur. Bu yüzden sağlık sektörü yöneticilerinin asli görevlerinden birisi, hasta güvenliğini artırmak olmalıdır. Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda genellikle tıbbi hatalara yönelik istatistiksel sonuçlar verilmekte, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik oluşturulan programlarda bu tıbbi hataları önlemek için çözümler aranmaktadır (41).

ABD'deki hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili olaylar, 2003 ile 2005 arasında yüzde 3 oranında artış göstermiş ve bu alanda en iyi hastaneler ile en kötü hastaneler arasındaki fark büyüklüğünü korumuştur. Yaklaşık 5 bin hastanedeki 40 milyondan fazla kayıtların incelendiği dördüncüsü yayınlanan hasta güvenliği çalışmasına göre, çalışmanın yapıldığı 3 yıllık sürede 1.16 milyon hasta güvenliği olayı meydana gelmiştir. Bu da %2,86'lık insidans anlamına gelmektedir. Bu tıbbi hatalardan 247.662'si ölümlle sonuçlanmıştır. Buna göre hasta güvenliği ile ilgili bir olaya maruz kalan hastalardan yaklaşık %25'inin ölme riski bulunmaktadır (12).

WHO'nun Cerrahi Güvenliği Sağlama Konusunda Ortaya Koyduğu

Gerçekler: (38)

1. Ameliyat edilen yatan hastaların %25'inde komplikasyon gelişmektedir.
2. Büyük cerrahiler sonrasında ölüm hızının % 0.5–5 olduğu bildirilmiştir.
3. Sanayileşmiş ülkelerde tüm olumsuz olayların neredeyse yarısı hastanede yatan hastaların cerrahi bakımı ile ilgilidir.
4. Zarara yol açan durumların en az yarısının önlenemez olduğu düşünülmektedir.
5. En gelişmiş yerlerde bile bilinen cerrahi güvenlik kuralları yetersiz uygulanmaktadır.

Bu kapsamda ülkemizde ve dünyada bazı çalışmalar yapılmıştır:

Dünya Sağlık Örgütü (WHO/DSÖ) Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Kampanyası (Safe Surgery Saves Lives): “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” kampanyası 25 Haziran 2008'de Washington'da resmi olarak başlatılmıştır. 1 Ocak 2009'da 250 hastane programa katılmış, 2010'a kadar 2500 hastane, 2009'da programa katılan hastaneler dünya nüfusunun dörtte birini temsil ederken, 2010'da dünya nüfusunun yarısını içermesi ve cerrahi ile ilgili temel istatistikleri toplamak hedeflenmiştir. Kampanyayı 300'ün üzerinde sağlık bakanlığı, ulusal ve uluslararası

profesyonel dernek ve organizasyon desteklemiştir. WHO' nun sitesinde 122 ülkede 3885 hastanenin kayıt yaptırdığı kampanyada 1788 hastanenin çalışmalarını aktif olarak sürdürdüğü belirtilmektedir (2,4,31,38,49).

Çalışmanın ilk ürünü olan güvenli cerrahi kontrol listesinin pilot çalışmaları; Hindistan, Tanzanya, Ürdün, Kanada ve Filipinler'de yürütülmüştür (9,35,38,45).

Kontrol Listesinin İçeriği (49)

- **Doğru Hasta, İşlem ve Ameliyat Alanı**

ABD' de yaklaşık 50000-100000 işlemde bir olduğu tahmin edilmektedir ki bu durum her yıl 1500-2500 olayın olmasına eşdeğerdir (40). Yapılan bir çalışmada 1050 el cerrahının, %21' i hayatında en az bir yanlış taraf cerrahisi deneyimlediklerini belirtmişlerdir (24).

- **Güvenli Anestezi ve Resüsitasyon (4,49)**

Gelişmekte olan ülkelerde anestezi ile ilgili ölüm oranı gelişmiş ülkelere göre 100-1000 kat fazla olduğu bulunmuştur (4).

Gannon, anesteziye bağlı ölüm nedenleri olarak, yetersiz preoperatif değerlendirme, ekip içinde iletişim eksikliği, yanlış entübasyon, ilaç yan etkileri ve ekipman sorunlarını göstermektedir (19). Cooper ve arkadaşlarının çalışmasında da, önlenebilir anestezi kazalarının büyük çoğunluğunu insan hatalarının (%82) oluşturduğu saptanmıştır.

- Ventilasyon-solunum sistemi (%19.5),
- Anestezi makinesi (%19)
- İlaç kullanımına yönelik (%19)
- Havayolu sağlanması (%12),
- İntravenöz damar yolu (%7),

- Monitörizasyon (%4.5)
- Sıvı düzenlenmesi (%4) ile ilgili hatalar izlemektedir (8).

En Sık Hata Sebepleri (17)

- ❖ **Ameliyat öncesi hazırlığın yapılmaması veya yetersiz yapılması (%42.5)**
- ❖ Hava yolu güvenliğinin sağlanamaması (%20)
- ❖ Ameliyathane dışında uygun koşullar sağlanmadan anestezi uygulanması (%15)
- ❖ İlaç ve serum kullanımında hata (%7.5)
- ❖ Anestezi cihaz ve bağlantı hataları (%7.5)
- ❖ EKG monitorizasyonu olmaması (%5)

- **Enfeksiyon Riskini Azaltma (4,49)**

Antibiyotikleri insizyondan bir saat önce vermek cerrahi alan enfeksiyonunu %50 azalttığı belirtilmektedir (4).

- **Etkili ekip çalışması (4,49)**

Joint Commission'un 1995-2005 yılları arasındaki hata raporları incelendiğinde %70 olayda ana nedenin yetersiz iletişim olduğu belirtilmektedir (4).

Kontrol Listesi Kullanmanın Avantajları (4,48)

- Tüm dünyada yaygın şekilde kullanılabilmesi,
- Bilimsel kanıtlar ve geniş bir fikir birliği ile desteklenmesi,
- Kontrol listelerini kullanmanın olayların hatırlanmasını kolaylaştırması,
- Karmaşık işlemlerde yapılması gereken asgari uygulamaları tanımlaması,
- Hastanelerin uygulama ve gereksinimlerine göre düzenlenebilmesi,

- Ekibin bir arada çalışmasına yardım ederek performansı arttırmaya yardım etmesidir.

Bu olayların sayısının azaltılmasında, dünyadan cerrahlarla, anestezi uzmanlarıyla, hemşirelerle, hasta güvenliği uzmanlarıyla ve hastalarla birlikte çalışarak güvenli cerrahi için on temel hedef belirlendi. Bunlar WHO Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi içinde derlendi (10,32).

Güvenli cerrahi, hasta ameliyathaneye gelmeden önce daha klinikte iken başlaması gereken bir kavramdır. Bu düşünceden yola çıkarak WHO'nun "Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir" ifadesi ile belirttiği izni ile liste Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından revize edilmiş ve "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR" adı ile 2011 yılından itibaren sağlık çalışanlarının kullanımına sunulmuştur (32,47).

Güvenli Cerrahi Yönergesi (37)

Ciddi kayıpların önüne geçmek için, hastaya özel olarak optimize edildikten sonra uygulanması beklenen durumlar WHO tarafından Güvenli Cerrahi Yönergesi adı altında ortaya konulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Güvenli Cerrahi İçin 10 Temel Hedefi (37,47)

1. Ekibin, doğru hastada, doğru alan üzerinde cerrahi işlem yapması
2. Ekibin, ağrıyı önlemek üzere uygulanan anesteziye bağlı oluşabilecek zararlardan hastayı korumak için bilinen yöntemleri kullanması
3. Ekibin, yaşamı tehdit edici düzeydeki havayolu tıkanıklıklarını ve solunum fonksiyonu yetersizliklerini tanınması ve önlem alması
4. Ekibin, aşırı kan kaybı riskini bilmesi ve buna karşı hazırlıklı olması
5. Ekibin, hasta için önemli bir risk olan alerjik reaksiyonlara ya da ilaç etkileşimlerine neden olmaması

6. Ekibin, cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltmak için bilinen yöntemleri sürekli kullanması
7. Ekibin, ameliyat alanında alet ve spançların unutulmasını önlemesi
8. Ekibin patolojiye gönderilmek üzere alınan örnekleri doğru etiketlemesi ve güvenliği sağlaması
9. Ekibin, etkili bir iletişimle cerrahi işlemin güvenli bir şekilde yapılabilmesi için hasta ile ilgili önemli bilgileri paylaşması
10. Hastane ve halk sağlığı sistemlerinin cerrahi kapasite, hacim ve sonuçları ile ilgili rutin araştırmalar yapması

Kontrol listesinin kullanımı için hazırlanan rehberde tüm aşamalar ayrıntılı olarak verilmiştir.

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi_uygulama_rehberi.pdf

Kontrol listesi, cerrahi tedaviyi, her bir girişimin normal seyrine özgü zaman dilimine karşılık gelen dört ayrı aşamaya bölmektedir (11,32):

1. Klinikten ayrılmadan önceki evre (Klinikten Ayrılmadan Önce)
2. Anestezinin verilmesinden önceki evre (Anestezi vermeden Önce)
3. Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki evre (Ameliyat Kesisinden Önce)
4. Yaranın kapanması sürecindeki ya da kapanmasının hemen sonrasındaki ancak hastanın ameliyathaneden çıkarılmasından önceki evre (Ameliyattan Çıkmadan Önce)

Her evrede Kontrol Listesi koordinatörü ekibin listede belirtilen görevleri tamamlayıp tamamlamadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye

geçişe izin vermelidir. Ameliyat ekipleri kontrol listesinin adımlarına daha fazla aşına olmaya başladıkça, kontrol listesini kendi alışılmış çalışma düzenlerine entegre edebilirler ve her bir adımın tamamlanmış olduğunu kontrol listesi koordinatörü açıkça müdahale etmeden sözle ifade edebilirler. Adımlara etkili bir şekilde ulaşmayı hedeflerken, her bir ekip, kontrol listesinin kullanımını kendi çalışmalarıyla azami verimlilik ve asgari düzensizlikle birleştirmenin yollarını araştırmalıdır.

Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için hemen hemen bütün adımlar uygun bir personel ile sözlü olarak kontrol edilir. Bu nedenle **“Klinikten Ayrılmadan Önce”** evresinde kontrol listesini koordine eden kişi hasta ve hekim ile birlikte (mümkün olduğunda) sözlü olarak hastanın kimliğinin teyit edilmiş olduğunu, girişimin ve ameliyat yerinin doğru ve işaretlenmiş olduğunu, ameliyat için rızanın verilmiş olduğunu gözden geçirir. Koordinatör hastanın açıklığını, ameliyat bölgesi tıraşını, hastanın vücudunda yabancı bir madde olup olmadığını (makyaj, oje, protez vs.), ameliyat öncesi özel bir işlem gerekliliğini, hastanın tüm tetkik sonuçları ile birlikte ameliyathaneye gitmek için hazır olduğunu kontrol eder.

“Anestezinin Verilmesinden Önce” evresinde kontrol listesini koordine eden kişi, hasta ile birlikte (mümkün olduğunda) sözlü olarak hastanın kimliğinin doğrulanmış olduğunu, girişimin ve ameliyat yerinin doğru olduğunu, ameliyat için rızanın verilmiş olduğunu gözden geçirir. Koordinatör ameliyat yerinin işaretlenmiş olduğunu (mümkünse) ve bir pulse oksimetresinin hasta üzerinde çalışır vaziyette olduğunu görsel olarak onaylar. Koordinatör aynı zamanda sözlü olarak anestezi uzmanı ile hastanın kan kaybı riskini, hava yolu zorluğunu, alerjik reaksiyonunu ve tam bir anestezi güvenlik kontrolünün tamamlanıp tamamlanmadığını sözel olarak ifade ederek gözden geçirir. Zorunlu görüntülemelerin uygun bir biçimde gösterildiğini de doğrularlar. Tahmin edilen kan kaybı, alerjiler ya da başka

komplasyonlara ilişkin daha açık bir fikre sahip olabileceği için ideal olanı, cerrahın, “Anestezi Verilmeden Önce” evresinde mevcut olmasıdır. Ancak cerrahın varlığı, kontrol listesinin bu bölümünün doldurulması için zorunlu değildir.

“Ameliyat Kesinden Önce” evresi için her bir ekip elemanı kendini isim ve görevi ile tanıtır. Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip ameliyat odasındaki herkesin birbiri tarafından bilindiğini basit bir şekilde doğrulayabilir. Ekip, cilt veya ameliyat kesisi öncesinde, doğru hasta üzerinde ve doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak doğrulamak üzere durmalıdır. Sonra ameliyat planlarının kritik unsurlarını kontrol listesindeki soruların rehberliğinde sözel olarak gözden geçirmelidirler. Ayrıca önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir.

“Ameliyattan Çıkmadan Önce” evresi için ekip, gerçekleştirilmiş olan ameliyatı, spanç (tampon) ve aletlerin sayımının tamamlanmasını ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesini gözden geçirir. Aynı zamanda aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar da gözden geçirilir. Son olarak ekip, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili anahtar hususları ve düşünceleri gözden geçirir. Gerekirse yazılı olarak özel notlar eklenebilir. Kontrol listesinin özellikle 2., 3. ve 4. bölümlerinin başarılı olması için tek bir kişinin yönetiminde olması gereklidir. Bir ameliyat odasının karmaşık düzeninde, hızlı ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hazırlıklar esnasında adımların herhangi biri gözden kaçırılabilir. Kontrol listesinin her adımının tamamlandığını onaylayacak bir tek kişinin görevlendirilmesi ameliyatın bir sonraki aşamasına geçilirken yaşanan acelede hiçbir güvenlik adımının atlanmadığının

garantilenmesi bakımından önemlidir. Ekip üyeleri ilgili adımlara aşına olana kadar, kontrol listesi koordinatörü bu kontrol listesi süresince ekibe kılavuzluk eder.

Kontrol listesinin tek bir kişi tarafından yönetilmesinin muhtemel bir dezavantajı ameliyattaki diğer ekip elemanları ile zıt bir ilişkinin kurulabilmesidir. Kontrol listesi koordinatörü, her bir adım tatminkâr bir şekilde tamamlanana kadar ekibin bir sonraki aşamaya geçmesini önleyebilir ve önlemelidir. Ancak bunu yaparken diğer ekip üyelerini yabancılaştırabilir ya da rahatsız edebilir. Bu nedenle hastaneler bu rol için kimin uygun olduğuna dikkatlice karar vermelidir. Belirtildiği üzere pek çok kurum için, bu konuda sirküle (dolaşıcı) bir hemşire görev alır, ancak kontrol listesi girişimini bütün sağlık görevlileri koordine edebilirler.

Her aşamada kontrol listesi koordinatörü önce ekibin listede belirtilen görevleri tamamlamış olduğuna onay vermelidir. Ameliyat ekipleri kontrol listesinin adımlarına daha fazla aşına olmaya başladıkça, kontrol listesini kendi alışılmış çalışma düzenlerine entegre edebilirler ve her bir adımın tamamlanmış olduğunu kontrol listesi koordinatörü müdahale etmeden sözle ifade edebilirler. Adımlara etkili bir şekilde ulaşmayı hedeflerken, her bir ekip, kontrol listesinin kullanımını kendi çalışmalarıyla azami verimlilik ile birleştirmenin yollarını araştırmalıdır.

Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için hemen hemen bütün adımlar uygun bir personel ile *sözlü* olarak kontrol edilmelidir. Bu nedenle anestezinin verilmesinden önce kontrol listesini koordine eden kişi, hasta ile birlikte (mümkün olduğunda) sözlü olarak hastanın kimliğinin teyit edilmiş olduğunu, girişimin ve müdahale yerinin doğru olduğunu, ameliyat için rızanın verilmiş olduğunu gözden geçirir. Koordinatör aynı zamanda sözlü olarak anestezi uzmanı ile hastanın kan kaybı riskini, hava yolu zorluğunu, alerjik reaksiyonunu ve bir anestezi makinesi ve ilaç güvenliği kontrolünün tamamlanıp tamamlanmadığını ve ameliyat

yerinin işaretlenmiş olup olmadığını (mümkün olduğunda) doğrular. İdeal olarak cerrah, bu aşama süresince beklenen kan kaybı, alerjiler ya da diğer komplike hasta faktörleri ile ilgili daha net bir fikre sahip olacaktır. Ancak cerrahın varlığı, kontrol listesinin bu bölümünün doldurulması için zorunlu değildir.

Cilt insizyonu öncesi her bir ekip üyesi kendini isim ve görevi ile tanıtır. Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip ameliyat odasındaki herkesin birbiri tarafından bilindiğini basit bir şekilde onaylayabilir. Ekip doğru hasta üzerinde ve doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak doğrular ve sonra ameliyat planlarının kritik unsurlarını kontrol listesindeki soruların rehberliğinde sözel olarak gözden geçirmelidir. Ayrıca önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğunu ve gerekli görüntülemelerin uygun bir biçimde gösterildiğini de doğrular.

Ameliyathaneden ayrılmadan önce ekip, gerçekleştirilmiş olan ameliyatı, spanç ve aletlerin sayımının tamamlanmasını ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesini gözden geçirir. Aynı zamanda aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar da gözden geçirilir. Son olarak ekip, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili anahtar konuları ve düşünceleri gözden geçirir.

Kontrol listesinin başarılı olması için tek bir kişinin yönetiminde olması önerilmektedir. Bir ameliyat odasının karmaşık düzeninde, hızlı ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hazırlıklar esnasında adımların herhangi biri gözden kaçırılabilir.

Ameliyat işlemlerine dahil olan tüm klinik ekip üyelerinin katılımı gereklidir. Doktorları da işin içine katarak katılım desteği sağlanmalıdır. Mümkün olabildiğince, en fazla klinik bölümden (cerrahi, anestezi, hemşirelik) kişi dahil edilmelidir. Her bir

klirik bölümden en az bir üyeyi katmaya çalışırken, kontrol listesi konusunda istekli olan bir çekirdek grup kurulmalıdır. Bu erken aşamada, en fazla direnç gösteren kişileri iknaya çalışan kişilerden çok, ilgi gösterenlerle çalışılmalıdır. Eğer mümkünse, aynı zamanda hastane liderlerinin ve yöneticilerinin de katılması önerilmektedir (1,32). Güvenli cerrahi kontrol listesi ile önlenebilir hataların engellenmesi sonucu her yıl 500.000 kişinin hayatının korunacağı hesaplanmaktadır (46).

Bilindiği zere WHO tarafından son yıllarda tıbbi pratiklerde hasta güvenliği konusunda çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Bu alışmalar küresel mücadeleler şeklinde dünya sağlık kamuoyunun gündemine taşınmaktadır (33).

Ülkemizde de Bakanlık sağlık kurumlarında kurumsal performans ve kaliteyi geliştirme çalışmaları çerçevesinde hasta güvenliğini sağlama ve hasta güvenliği kültürünü oluşturma adına faaliyetler yürütmektedir. Ayrıca, 01.09.2008 tarihi itibariyle yürürlüğe giren Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde konunun önemine binaen hasta ve çalışan güvenliği hususlarına geniş yer verilmiştir (33,46).

Ekiplerin kontrol listesini etkili bir şekilde kullanmayı öğrenmesi için biraz pratik yapmaları gerekir. Bazı bireyler bunu bir zorlama hatta bir zaman kaybı olarak görebilir. Amaç ezberden iş yapmak veya iş akışını bozmak değildir. Kontrol listesinin amacı ekiplere etkili ekip çalışması ve iletişimi iyileştirmek ve yapılan her ameliyatta hasta güvenliğinin aktif düşünülmesini teşvik etmek üzere basit ve verimli bir dizi öncelik kontrolü sağlamaktır. Kontrol listesindeki adımların çoğu zaten dünyanın çoğu yerinde ameliyathanelerde izlenmektedir, fakat pek azı bunları güvenilir şekilde izlemektedir. Kontrol listesinin iki amacı vardır: hasta güvenliğinde tutarlılık sağlanması ve bunun başarılmasına değer veren bir kültür oluşması. Kontrol

listesinin başarılı olabilmesi için, cerrahi şefleri, anestezi ve hemşirelik alanlarının, güvenliğin bir öncelik olduğuna ve WHO güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanılmasının bunun gerçekleşmesine yardımcı olduğuna inanılması gerekmektedir. Eğer açıkça belirlenebilecek bir liderlik yoksa bu tip bir kontrol listesi oluşturulması hoşnutsuzluk ve zıtlık doğurabilir. Kontrol listeleri, hasta bakım ortamları da dahil olmak üzere pek çok farklı ortamda faydalı olmuştur. WHO güvenli cerrahi kontrol listesi farklı kaynak sıkıntıları olan çeşitli sağlık kurumlarında başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Uygun planlama ile kontrol listesi adımları kolaylıkla başarılabılır ve cerrahi bakımın güvenliğinde derin bir fark yaratabilir (32).

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta kaliteyi sağlamak için, sağlık politikalarının; sağlık bakımı alanlar, sağlık çalışanları ve sağlık bakımı veren kurumların, uygulamalarını düzenlemek, geliştirmek için uygun şekilde oluşturulması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için, temel koşulları yerine getirmeleri, kurumlarda hasta güvenliği yönünden gereken süreçlerin, eksiksiz ve hatasız uygulanması gerekmektedir (42).

Kontrol listesi ameliyatların güvenliğini artırmaya ve cerrahi ölümleri ve komplikasyonları azaltmaya ilgi duyan klinisyenlerin kullanmaları için bir araç olması amaçlanmıştır. Güvenli cerrahi kontrol listesi ameliyat ekibinin cerrahları, anestezi görevlilerini, hemşireleri, teknisyenleri ve ameliyatla ilgisi olan diğer ameliyathane görevlilerini kapsamaktadır. Bir uçağın güvenli ve başarılı uçuşu yer ekibine, uçuş personeline ve hava trafik kontrolörlerine dayalı olması gibi, bir cerrah da hastanın tedavi edilmesinden sorumlu olan ekibin esas üyesidir ancak tek üyesi

değildir. Bu nedenle, bu listede bahsedilen ameliyat ekibi, her biri bir ameliyatın güvenliğini ve başarısını sağlamak için bir role sahip olan ameliyat ekibinin tüm üyelerinden oluşmaktadır (32,33).

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİNİN UYGULANMASI

I. KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE

Bu bölüm cerrahi tedaviye güven içerisinde başlamak için hasta klinikten ayrılmadan önce tamamlanır. Bu bölümün kontrolü için en az bir hemşire veya bir sağlık görevlisinin orada olması gerekir. Bu aşamada cerrah da kontrole katılabilir. “Klinikten Ayrılmadan Önce” içindeki kutuların her birindeki detaylar şöyledir:

1. Hasta Kimliğini, Ameliyat Yerini, Gerçekleştirilecek Girişimini Teyit Etti mi?

2. Hasta Rızasını Teyit Etti mi?

3. Hasta Aç mı?

Cerrahi girişimler öncesinde hastanın 8-10 saat aç kalması istenir. Burada bazı istisnai durumlar söz konusu olabilir. Mide doluluğu anestezi sırasında aspirasyon riskini artırdığından dolayı olarak cerrahi güvenliği etkilemektedir. Bu nedenle özel durumlar dışında ameliyathaneye gitmeden önce hastanın aç olduğu mutlaka doğrulanmalıdır.

4. Ameliyat Bölgesi Tıraşı Yapıldı mı?

Cerrahi işlem öncesi cilt hazırlığı yapılmalıdır. Bu işlemin zamanlama konusu halen cerrahlar arasında tartışılmaktadır. Ancak bu işlemin ameliyat öncesi hazırlık aşamasında gündeme getirilmesi gerekir. Önemli olan yapılmış olması değil gerekliliğidir.

5. Hasta Üzerindeki Değerli Eşyaları (Varsa Makyaj/Oje ve Protezlerini) Çıkardı mı?

Ameliyat olacak hastanın üzerinde metal bir eşya olması ameliyat sırasında kullanılan bazı cihazlardan dolayı hasta bedeninde yanıklara neden olabilir. Bu nedenle hasta üzerinde hiçbir şekilde metal olmamalıdır.

6. Hasta Ameliyat Önlüğünü ve Bonesini Giydi mi?

Hiç şüphesiz ameliyathane steril bir ortamdır ve bu ortamda ne kadar yabancı materyal varsa sterilizasyon güvenliğini sağlamak o kadar zor olur. Bu nedenle ameliyata girecek hasta klinikte kıyafetlerini çıkarıp ameliyat önlüğünü giyerse hem sterilite daha kolay sağlanır hem de hastanın kendine ait eşyaları güvencede olur.

7. Ameliyat Öncesinde Özel Bir İşlem Gerekli mi?

Bazı operasyonlar öncesinde o işleme özgü uygulanması gereken prosedürler vardır. Örneğin kalın barsak ameliyatı öncesinde barsak temizliği amacı ile lavman uygulanması gibi. Ameliyathaneye gitmeden önce bunun gibi işlemlerin yapılmış olduğunu onaylamak gerekir. Aynı şekilde bazı hastalara ameliyat öncesi ve sırasında uygulanması hayati önem taşıyan medikasyonların, (örneğin Addison protokolü gibi) bu aşamada kontrol edilmesi gerekir.

8. Kullanılacak Malzeme, İmplant, Kan veya Kan Ürünü Hazır mı?

Günümüzde birçok ameliyatta çeşitli tıbbi malzemeler kullanılmaktadır. Bu malzemelerin hasta daha ameliyathaneye gitmeden hazır olması cerrahi güvenliğin önemli bir parçasıdır. Hasta henüz serviste iken malzemeler kontrol edilmeli ve kullanılacaksa kan ve kan ürünleri önceden hazır olmalıdır.

9. Hastanın Yapılan Tüm Tetkikleri Yanında mı?

Hastanın ameliyat öncesi yapılan, görüntüleme dahil tüm tetkikleri ve varsa ameliyat öncesi konsültasyonları bir kez daha gözden geçirilir ve ameliyathaneye hasta ile birlikte gitmesi sağlanır.

Kontrol listesinin 1. bölümü burada sonlanmaktadır. Bu aşamada hasta artık güvenli bir şekilde ameliyathaneye teslim edilebilir.

II. ANESTEZİ VERİLMEYEN ÖNCE

Bu bölüm, işlemlere devam etmenin güvenliğini onaylamak için anestezi verilmeden önce tamamlanır. Bu bölümün kontrolü için en az bir anestezi görevlisi ve sağlık personelinin orada olması gerekir. Kontrol listesi koordinatörü, anestezi hazırlıklarının akışına bağlı olarak bu bölümü bir kerede veya sıralı olarak doldurabilir. “Anestezi verilmeden Önce” içindeki kutuların her birindeki detaylar şöyledir:

10. Hasta Kimliğini, Ameliyat Yerini, Gerçekleştirilecek Girişimini Teyit Etti mi?

Koordinatör hasta ile birlikte sözlü olarak hastanın kimliğini, planlanan girişim türünü, ameliyat alanını ve ameliyat için rıza verilip verilmediğini kontrol eder. Bu tekrar gibi gözükse de ekibin yanlış hastayı veya hastanın yanlış tarafını ameliyat etmemesi veya yanlış girişim yapmaması için gereklidir. Hasta tarafından doğrulanması mümkün değilse, örneğin bir çocuk veya zihinsel engelli hasta söz konusuysa, o zaman bu görevi hasta yakını üstlenir. Eğer hasta yakını da yoksa, bu adım atlanır ve acilde olduğu gibi kutu boş bırakılır.

11. Ameliyat Yeri İşaretlenmiş mi?

Kontrol listesi koordinatörü, sağ-sol ayrımı gibi taraf söz konusu olan vakalarda veya çoklu yapı olan (örneğin belli bir parmak, deri lezyonu, vertebra gibi) vakalarda ameliyatı yapan cerrahın ameliyat alanını işaretlediğini doğrulamalıdır (genelde çıkmayan boyalı bir kalemle). Orta hattaki yapılarda (örneğin tiroid) ya da tek organlarda (örneğin dalak) işaretleme için yerel uygulamalar izlenmelidir. Bazı hastaneler bu gibi durumlarda cerrahinin yetersiz olmasından dolayı işaretleme yapmazlar. Fakat tüm vakalarda sürekli olarak alan işaretleme yapılması, doğru alan ve doğru girişimi onaylayan yedek bir kontrol sağlamak bakımından önemlidir.

12. Anestezi Güvenlik Kontrolü Tamamlandı mı?

Bu adımı koordinatör anestezi uzmanından anestezi güvenlik kontrolünün (bu her bir vakadan önce anestezi ekipmanı, ilaçları ve hastanın anestezi riskinin incelenmesini içeren resmi bir incelemedir) tamamlandığını doğrulamasını isteyerek yapar. Kısaltma şeklindeki bir anımsatıcı faydalı olabilir: Şöyle ki hastanın ameliyat için uygun durumda olduğunu doğrulamaya ek olarak, anestezi ekibi **ABCDE** yi tamamlamalıdır:

- A**irway (havayolu) ekipmanı,
- B**reathing (solunum) sistemi (buna oksijen ve solunum ajanları dahildir)
- Su**Ction (aspirasyon)
- D**rugs (İlaçlar) ve cihazlar
- E**mergency (acil) ilaçları, ekipmanlar ve yardımın var olup olmadığının ve işler durumda olduklarının incelenmesi.

Bu amaçla düzenlenmiş olan anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır. Bu kontrol listesinin bir parçası olarak hastanın zor entübasyon veya aspirasyon riski değerlendirilir, anestezi ekibinin hastanın zor bir havayolu olup olmadığını objektif olarak değerlendirdiği sözlü olarak doğrulanır. Hava yolunu puanlandırmak için çeşitli yollar vardır (örneğin Mallampati skoru, thyromental mesafe, ve Bellhouse-Doré skoru). Geçerli bir yöntem kullanan objektif bir havayolu değerlendirmesi, yöntemin seçiminin kendisinden daha önemlidir. Anestezi sırasında hava yolu kaybından kaynaklanan ölümler halen küresel olarak yaygın bir sorun olmaya devam etmektedir. Fakat uygun planlama ile bunun önüne geçilebilir. Eğer havayolu değerlendirmesi zor havayolu olması riskinin yüksek olduğunu gösterirse (örneğin Mallampati skoru 3 – 4 arası olursa), anestezi ekibi bir havayolu problemine karşı hazırlıklı olmalıdır. Buna en azından anestezi yaklaşımının ayarlanması (örneğin

mümkünse bölgesel anestezi kullanılması) ve acil ekipmanın erişilebilir duruma getirilmesi dahildir. Yetkin bir asistan (ikinci bir anestezi görevlisi, cerrah veya ekibin hemşire üyesi olabilir), anestezinin verilmesine yardımcı olmak üzere bulunmalıdır.

Aspirasyon riski de hava yolu değerlendirmesinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Eğer hastanın semptomatik aktif reflüsü veya dolu bir midesi varsa anestezi görevlisi aspirasyon olasılığına karşı hazırlıklı olmalıdır. Bu risk anestezi planı değiştirilerek, örneğin hızlı indüksiyon teknikleri kullanarak veya indüksiyon sırasında krikoid baskı yapmak üzere asistan yardımı alınmasıyla azaltılabilir. Zor hava yolu olduğu veya aspirasyon riskine sahip olduğu kabul edilen bir hasta için, ilgili kutu ancak anestezi görevlisinin hastanın başucunda uygun ekipman ve yardım mevcut olduğunu doğrulamasından sonra işaretlenmeli ve anestezi vermeye başlanmalıdır.

13. Pulse Oksimetre Hasta Üzerinde ve Çalışır Durumda mı?

Kontrol listesi koordinatörü, anestezi verilmeden önce hasta üzerine bir pulse oksimetre yerleştirildiğini ve bunun düzgün çalışır durumda olduğunu doğrular. Tercih edilen, pulse oksimetrenin okuma göstergesinin ameliyat ekibi tarafından görülebilir durumda olmasıdır. Mümkün olursa hastanın nabızı ve oksijen saturasyonu konusunda ekibi uyarmak için sesli bir sistem de kullanılmalıdır. Pulse oksimetre, Dünya Sağlık Örgütü tarafından güvenli anestezinin gerekli bir bileşeni olarak kuvvetle önerilmektedir. Eğer işler durumda bir pulse oksimetre yoksa cerrah ve anestezi görevlileri hastanın durumunu değerlendirmeli ve bir tane bulunana kadar ameliyatı erteleme seçeneğini düşünmelidirler. Acil durumlarda, mesela hayat veya bir uzvu kurtarmak için, bu koşuldan feragat edilebilir ancak böyle durumlarda ilgili kutu işaretsiz yani boş bırakılmalıdır

14. Hastanın Bilinen Bir Alerjisi Var mı?

Kontrol listesi koordinatörü, bu ve sonraki 2 soruyu anestezi görevlisine sormalıdır. Öncelikle koordinatör hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığını ve varsa ne olduğunu sormalıdır. Bunu cevabı bilse bile, anestezi görevlisinin hasta için risk teşkil eden alerjilerin farkında olup olmadığını doğrulamak için sormalıdır. Daha sonra bununla ilgili kutu doldurulur. Eğer koordinatör anestezi görevlisinin farkında olmadığı bir alerjiyi biliyorsa, bu bilgiyi iletmelidir.

15. Gerekli Görüntüleme Mevcut mu?

Görüntüleme, ortopedi, bel kemiği ve torasik girişimler ile çeşitli tümör rezeksiyonu içeren ameliyatların uygun planlanması ve yapılması için kritik önem taşımaktadır. “Ameliyat Kesisinden Önce” bölümü esnasında koordinatör cerraha vaka için görüntüleme gerekip gerekmediğini sorar. Gerekiyorsa, koordinatör söz konusu görüntülemenin odada ve görünür şekilde mevcut olduğunu sözlü olarak doğrulamalıdır. Ancak o zaman ilgili kutu işaretlenmelidir. Görüntüleme gerekiyor ancak yok ise mutlaka getirilmesi talep edilmelidir. Görüntüleme gerekli ama mevcut değilse o zaman cerrah görüntüleme olmadan devam edilip edilmeyeceğine karar verecektir. Fakat böyle bir durumda ilgili kutu boş bırakılacaktır. Eğer görüntüleme gerekli değilse, “geçersiz” kutusu işaretlenmelidir.

16. Hastanın >500 ml ya da Daha Fazla Kan Kaybı (Çocuklarda >7 ml/kg) Riski Var mı?

Bu güvenlik adımında koordinatör anestezi ekibine, kritik bir kan kaybı olayına karşı farkındalığı sağlamak üzere ameliyat sırasında yarım litreden fazla kan kaybı riski olup olmadığını sorar. Büyük oranda kan kaybı, cerrahi hastalarına yönelik en yaygın ve en önemli tehlikelerden biridir, çünkü 500 ml’den fazla kan kaybı olduğu zaman hipovolemik şok riski artmaktadır (çocuklarda >7 ml/kg). Yeterli

hazırlık ve yeniden canlandırma yapılması olumsuz sonuçları önemli derecede azaltabilir. Cerrahlar kan kaybı riskini anestezi veya sağlık personeline her zaman iletmebilirler. Bu yüzden eğer anestezi görevlisi o vaka için majör kan kaybı riskinin ne olduğunu bilmiyorsa, anestezi vermeden önce mola alarak cerrahla bu riski konuşmalıdır. Bariz biçimde 500 ml'den fazla kan kaybı riski varsa, en az iki büyük delikli intravenöz damar yolu seti ya da cilt kesisinden önce santral venöz kateter yerleştirilmesi kuvvetle önerilir. Buna ilaveten ekip yeniden canlandırma için sıvı veya kanın mevcut olduğunu doğrulamalıdır. (Not: Beklenen kan kaybı ameliyat kesisinden önce kısmında tekrar gözden geçirilecektir. Bu anestezi görevlisi ve sağlık personeli için ikinci bir güvenlik kontrolü sağlayacaktır).

Bu noktada 2. bölüm tamamlanmıştır ve ekip anestezi verme işlemlerine devam edebilir.

III. AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE

Cilt veya ameliyat kesisinin hemen öncesinde, ekip tarafından belli başlı temel güvenlik kontrollerinin yapıldığı ve ekipteki her bir kişinin yer aldığı dakikalık bir duraklamadır.

17. Tüm Ekip Üyeleri Ad ve Görevlerini Belirterek Kendilerini Tanıtırlar

Ameliyat ekibi üyeleri sıklıkla değişebilir. Yüksek risk teşkil edebilecek durumlarda en etkili yönetim; tüm ameliyat ekibi üyelerinin, ekibin diğer ilgili üyelerinin kim olduğunu, görevlerini ve kabiliyetlerini bilmesini gerektirir. Basit bir tanıtım bunu sağlayabilir. Koordinatör odadaki her bir kişiye adları ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtmalarını ister. Ekipte bulunanlar birbirlerine aşina ise kişiler birbirlerini tanıdıklarını doğrulayabilirler, ancak yeni personel veya en son ameliyattan sonra yer değiştirmiş olan ekip üyesi, öğrenci ve diğer personel de dahil olmak üzere kendilerini tanıtmalıdır.

18. Cerrah, Anestezi Görevlisi ve Hemşire;

- Hastanın doğru hasta olduğunu,
- Ameliyat yerinin doğruluğunu,
- Gerçekleştirilecek girişimi sözlü olarak onaylar.

Bu adım “ Ameliyat Kesisinden Önce” evresinin en önemli adımıdır ve birçok ulusal ve uluslararası düzenleyici organizasyonların standartlarını karşılamaktadır. Cerrah cilt veya ameliyat kesisini yapmadan hemen önce, kontrol listesini koordine eden kişi veya ekibin bir diğer üyesi ameliyathanedeki herkesin durmasını ister. Ardından sözlü olarak hastanın adını, gerçekleştirilecek girişimi, ameliyat bölgesini ve yanlış bir hastanın ameliyat edilmesini veya o hastanın yanlış bir bölgesinin ameliyat edilmesini önlemek için hastanın pozisyonunu doğrular. Örneğin, görevli hemşire şöyle bir anons yapabilir “*Şimdi kontrol için mola anını*

kullanalım” ve şöyle devam eder, “Herkes bu hastanın X hastası olduğu ve sağ kasık fıtığı tedavisi olacağı konusunda görüş birliği içinde midir?” Bu soruya ait kutu, anestezi görevlisinin, cerrahın ve görevli hemşirenin açık bir şekilde ve şahsen onayı alınmadığı takdirde işaretlenmemelidir. Eğer hasta uyutulmamışsa, hastadan da aynı onayı almak faydalı olacaktır.

19. Gerçekleşebilecek Kritik Olaylar Gözden Geçirilir

Etkili bir ekip iletişimi, güvenli cerrahi girişim, verimli ekip çalışması ve majör komplikasyonların önlenmesi konularında kritik önemi olan bir bileşendir. Bu basitçe ekibin her bir üyesine belirlenmiş soruları sesli olarak sorma yoluyla yapılabilir. Tartışmada sıralamanın bir önemi yoktur, ancak her bir kutucuk, her bir disiplin kendisine yönelik bilgileri sağladıktan sonra işaretlenmelidir. Tüm ekibin aşına olduğu girişimlerde, cerrah basitçe “Bu X süresinin rutin bir vakasıdır” diye belirtebilir ve sonrasında anestezi uzmanından ve hemşireden onların özel kaygıları olup olmadığını sorar.

Cerrahın Gözden Geçirdikleri: Kritik ve beklenmedik adımlar, ameliyat süresi, beklenen kan kaybı nedir?

“Kritik veya beklenmedik adımlar” ile ilgili konuşmalar, hastayı ani kan kaybı, yaralanma veya diğer majör hastalıklara maruz kalma gibi risk altına sokabilecek tüm adımlar hakkında bütün ekip üyelerini en azından bilgilendirmeyi hedeflemektedir. Bu konuşmalar aynı zamanda özel ekipman, implant veya hazırlık gerektirebilecek durumlar için atılacak adımları gözden geçirme fırsatı tanımaktadır.

Anestezi Ekibinin Gözden Geçirdikleri: Hastaya özgü anestezi riskleri var mı? Majör kan kaybı, “hemodinamik instabilite” veya başka majör morbidite riski bulunan hastalarda, anestezi ekibinin bir üyesi yüksek sesle spesifik planları ve yeniden canlandırma ile ilgili, özellikle de, kan ürünleri kullanılması gerektiğinde ve

(kalp rahatsızlığı veya göğüs hastalığı, ritim bozukluğu, kan düzensizliği, vs) gibi comorbidite veya komplike bir hasta özelliği olan durumlar için endişelerini yeniden gözden geçirmelidir. Çoğu ameliyat ekiple paylaşılması gereken herhangi bir kritik risk veya endişe taşımayabilir. Bu gibi durumlarda anestezi uzmanı sadece “bu vaka ile ilgili herhangi bir kaygım yoktur” diyebilir.

Hemşire Ekibinin Gözden Geçirdikleri: Sterilite (indikatör sonuçları dahil olmak üzere) teyit edildi mi? Ekipmanla ilgili sorun veya endişe var mı?

İlgili vaka için ekipmanları hazırlayan hemşire veya teknoloji uzmanı sözlü olarak sterilizasyonun gerçekleştirildiğini onaylar ve ısı ile sterilize edilen ekipmanlar için ise sterilite indikatörü başarılı bir sterilizasyon yapıldığını doğrular. Bu aynı zamanda cerrahi aletler ya da diğer hazırlıklarla ilgili herhangi bir sorun varsa ya da cerrahi hemşirelerinin dile getirmek istediği güvenlik konularını, özellikle cerrah ve anestezi ekibi tarafından üzerinde durulmayanları tartışmak için bir fırsattır. Özellikle belirtilmesi gereken bir konu yoksa, hemşire ya da teknisyen, *“Sterilite doğrulandı. Herhangi bir özel bir notum yok.”* der.

20. Son 60 Dakika İçinde Antibiyotik Profilaksisi verildi mi?

Yara enfeksiyonuna yönelik verilen antibiyotik profilaksisinde, serum veya dokuda yeterli antibiyotik düzeyinin elde edilmesi gerektiğine ilişkin sağlam kanıtlara ve geniş çaplı bir görüş birliğine rağmen, cerrahlar arasında insizyondan bir saat öncesinde antibiyotik verilmesi hususunda fikir ayrılıkları vardır. Cerrahi enfeksiyon riskini azaltmak için, koordinatör “Ara” evresinde son 60 dakika içinde profilaktik antibiyotik verilip verilmediğini yüksek sesle sorar. Antibiyotik vermekle görevli ekip üyesi (genellikle de anestezi uzmanı) sözlü olarak onay vermelidir. Eğer antibiyotik profilaksisi henüz verilmemişse, insizyon öncesi hemen verilmelidir. Eğer antibiyotik profilaksisi 60 dakikadan da önce yapılmışsa, ekip hastaya doz

tekrarı yapmalıdır; eğer ek doz verilmez ise kutucuk boş bırakılmalıdır. Profilaktik antibiyotiklerin verilmesi uygun görülmemişse (cilt kesisi yapılmayan olgular, antibiyotiklerin tedavi için verildiği kontamine olgular gibi), ekip bunu sözel olarak onayladığı takdirde “uygulanamaz” kutucuğu işaretlenebilir.

21. -22. Kullanılacak Malzemeler Hazır ve Sterilizasyonu Uygun mu?

Ameliyat kesisinden önce son bir kez kullanılacak malzemelerin hazır ve sterilizasyon kontrollerinin uygun olduğu kontrol edilmelidir. Önemli olan rutin kullanılan malzemelerden çok dışarıdan kullanılacak malzemelerin uygunluğunun onaylanmasıdır.

23. Kan Şekeri Kontrolü Gerekli mi?

Yapılan ameliyatın kalitesini doğrudan etkileyen, ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecini etkileyen faktörlerden bir tanesi ise hastanın kan şekeri regülasyonudur. Preoperatif dönemde regülasyon sağlanan hastalarda yapılan cerrahi işlem sırasında da kan şekeri takibi yapılması ve bazen müdahale edilmesi gerekebilir. Bu durumun ameliyat kesisinden önce kontrol edildiği onaylanmaktadır.

24. - 25. Hasta Antikoagülan Kullanıyor Mu? Derin Ven Trombozu Profilaksisi Gerekli mi?

Ameliyat sonrasında yara iyileşme sürecini etkileyen bir başka faktör ise ameliyat sırasında fazla doku harabiyeti oluşturmamaktır. Gereksiz doku harabiyeti en çok hemostaz (kanama kontrolü) sırasında oluşmaktadır. Hastanın tıbbi geçmişinde antikoagülan kullanımı olması cerrahi işlem sırasında kanama riskini artıracaktır. Bu riskin değerlendirilmesi bu aşamada yapılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde hareketsizliğin artması ile artan derin ven trombozu riski bilinmeli ve önlem alınmalıdır. Her iki durumun da tüm ekip üyeleri tarafından bilindiği doğrulanmalıdır.

IV. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE

Bu bölüm hasta ameliyathaneden çıkarılmadan önce tamamlanmalıdır. Amaç, önemli bilgilerin, hastanın ameliyat sonrası bakımından sorumlu olan bakım ekiplerine aktarılmasını kolaylaştırmaktır. Bu kontrol cerrahi hemşiresi, cerrah ya da anestezi görevlisi tarafından başlatılabilir ve cerrah ameliyat odasını terk etmeden tamamlanmalıdır.

Örneğin, yaranın kapatılmasıyla eş zamanlı olabilir. Yine, her kutucuk mutlaka koordinatör ilgili konunun ekip tarafından ele alındığını onaylattıktan sonra işaretlenmelidir.

Hemşire Sözlü Olarak Şunları Ekip ile Teyit Eder:

26. Gerçekleştirilen Girişimin Teyit Edilmesi

Bir ameliyatın seyirinde, girişim değişmiş ya da uzatılmış olabileceğinden kontrol listesi koordinatörü, cerrah ve ekiple tam olarak hangi girişimin yapılmış olduğunu doğrulamalıdır. Bu bir soru olarak “*hangi girişim gerçekleştirildi ?*” ya da onay alınarak yapılabilir, “*x girişimini gerçekleştirdik, doğru mu?*”.

27. Alet, Spanç/Kompres ve İğne Sayımlarının Doğruluğu

Cerrahi için açılan alanda unutulmuş aletler, spançlar ve iğneler sık rastlanmayan ancak kalıcı ve potansiyel olarak kötü hatalardır. Bu nedenle, cerrahi ya da sirküle hemşire en son spanç ve iğne sayımlarının tam olduğunu sözlü olarak doğrulamalıdır. Açık bir kavite olması durumunda alet sayımlarının tam olduğu da doğrulanmalıdır. Sayımlarda uygun bir şekilde hemfikir olunmaması halinde, uygun adımların atılabilmesi için (kumaş kıvrımlarının, çöpün, yaranın ve ihtiyaç halinde radyografik görüntülerin gözden geçirilmesi) ekip alarma geçirilmelidir. Sayım uygulanmasına gerek olmayan girişimlerde “Sayım Uygulanmaz” kutucuğu işaretlenir.

28. Numunenin Ne Şekilde Etiketlendiği (Hasta Adı, Alınan Bölge Dahil)

Patolojik numunelerin hatalı etiketlenmesi hasta için potansiyel bir hatadır ve sıkça rastlanan bir laboratuvar hatası kaynağı olduğu görülmüştür. Sirküle hemşire, hastanın adını, numunenin tanımını ve bütün ayırt edici işaretleri yüksek sesle okuyarak, girişim süresince alınan bütün patolojik numunelerin doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğunu doğrular.

29. Ele Alınması Gereken Ekipman Sorunları Olup Olmadığı

Ameliyat odasında aletlerle ilgili sorunlara her yerde rastlanabilir. Hata kaynaklarının ve arızalanan aletlerin ya da ekipmanların doğru bir şekilde tanımlanması, bu aletlerin ameliyathaneye tekrar geri dönmesini engelleme konusunda önem taşır. Koordinatör, bir vaka sırasında ortaya çıkan ekipman hatalarının ekip tarafından tanımlanmasını sağlamalıdır.

30. Cerrah, Anestezi Görevlisi ve Hemşire Bu Hastanın Ameliyat Sonrası İyileşmesi ve Tedavisinin Yönetimine Yönelik Kilit Gereksinimleri Gözden Geçirir

Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire, özellikle hastayı etkileyebilecek ameliyat ya da anestezi konularına odaklanarak, ameliyat sonrası iyileşme ve yönetme planını gözden geçirmelidir. İyileşme süresince hastaya özgü bir risk teşkil eden olaylar özellikle önemlidir. Bu adımın amacı, kritik bilgilerin ekibin tamamına uygun bir şekilde iletilmesidir. Tüm bu bilgilerin ameliyat ekibi kadar hastanın ameliyathaneden çıktıktan sonraki takip sürecinde yer alacak sağlık personeline de iletilebilmesi için bu kontrol listesinin son bölümüne yazılı olarak önemli notlar belirtilmelidir.

Bu nihai adımla, Güvenlik Kontrol Listesi tamamlanır. İstenmesi halinde kontrol listeleri hasta kaydına yerleştirilebilir ya da kalite güvencesi incelemesi için ayrı bir kayıt altında da tutulabilir (32).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma; İzmir ilindeki güvenli cerrahi kontrol listesini kullanan araştırma ve uygulama hastanelerinin ameliyathanelerinde güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanması konusunda ameliyathane ekibinin düşüncelerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

H₀: Güvenli cerrahi kontrol listesi konusunda ameliyathane ekibi olumsuz düşünmektedir.

H₁: Güvenli cerrahi kontrol listesi konusunda ameliyathane ekibi olumlu düşünmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hastanelerde, her yıl iki milyondan fazla insan, “önlenebilecek hatalar” nedeniyle yaralanıyor, on binlerce insan ise ölüyor. İnsanlık tarihi kadar eski olan hastaneler, başlangıçta şifa dağıtmak için kurulmuştu. Şifa dağıtma hedefine çeşitli nedenlerle ulaşamayan kurumlar ortak bir noktada buluştu; “hasta güvenliği kültürü” oluşturmak (37).

Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine - IOM) yayınladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununu gözler önüne serdi (22).

- ✓ Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği
- ✓ Sağlık hizmetlerinde kalite sorunu

IOM tarafından 1999'da yayınlanan rapora göre her yıl tıbbi hatalara bağlı olarak 44.000 - 98.000 insanın öldüğü belirtilmiştir. Ayrıca yine aynı raporda tıbbi hataların ABD'de ölüme yol açan faktörler arasında motorlu araç kazalarının önünde ve 8. sırada yer aldığı vurgulanmıştır (12,14,15,17,18,22,29,35,38,46).

IOM 'nın raporu dikkate alınır, ABD hastanelerinde her gün en az 100 hasta, tıbbi hatalar nedeni ile ölmektedir (7).

ABD' de IOM tarafından yayınlanan raporda, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalar ortaya konmuş; kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiştir (44).

IOM1999 Yılı Raporu –ABD (6,12,19)

- Tıbbi Hataların Yıllık maliyeti 17 Milyar USD
- Hastane yatışlarının % 2'sinde istenmeyen (önlenebilir) ilaç hataları
- Bu hataların ortalama yatış süresini 4,6 gün uzattığı
- Hasta başına hastaneye 4.700 USD ek maliyet getirdiği ifade edilmiştir.

Ayrıca bu raporda, 1983-1993 yıllarını kapsayan bir çalışmanın sonuçlarına istinaden hasta güvenliğinin çalışan güvenliği kadar önemli olduğu, çünkü ABD'de her yıl işyeri kazalarından yılda 6000 kişi hayatını kaybederken, bir yılda hastane içi veya dışında sadece tıbbi hatalardan hayatını kaybedenlerin sayısının 7000'den fazla olduğu ifade edilmiştir (22).

Amerika'daki ilaç enstitüsünün 2000 yılında yayınladığı analiz raporuna göre Amerikan sağlık sisteminde geniş oranda, ciddi hasta güvenliği problemleri bulunmaktadır. Rapor hastane kayıtlarının %2.9-3.7'sinin önlenebilir tıbbi hatalardan

oluşturduğunu belirtmiştir. Bu yıllık ölüm oranı akciğer kanseri, motorlu araçlarla kaza ve AIDS nedeniyle ölüm oranını rahatlıkla aşmaktadır (15,18,31).

New York'ta ve Utah'ta hastaneye yatan hastalar üzerinde yapılan iki çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı sırasıyla %3.7 ve %2.9 bulunmuştur. Bunların %58 ve %53'ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmış ve %13,6'sı ve %6,6'sının ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir. Leape ve arkadaşları (1991) en sık karşılaşılan tıbbi hataların ilaç hataları olduğunu (%19) ve bunu cerrahi yara enfeksiyonlarının (%14) izlediğini bildirmişlerdir. Daha sonra sırasıyla tanı hataları (%8), tedavi hataları (%8), işlemle ilişkili hatalar (%7) ve düşmeler (%3) gelmektedir. Cerrahi hatalar tüm hataların neredeyse yarısını (%48) oluşturmaktadır. Aynı çalışmada tıbbi hataların ameliyathanede (%41), hasta odasında (%27) yaşandığı belirtilmiştir. Bu birimleri acil, doğum odası ve yoğun bakım ünitesi izlemektedir (her biri yaklaşık %3 oranında). WHO Ekim 2007'de Cenevre'de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl dünyada tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar sebebiyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (19).

Fontan ve arkadaşları (2003) tıbbi hataların çeşitli kaynaklarını açıklamışlardır. Bunlar arasında, eksik yazılan orderler, hazırlama hataları, hesaplama hataları ve yönetim hataları bulunmaktadır.

Tıbbi hatalara katkıda bulunan faktörler;

- Tarihi geçmiş ilaçlar,
- Yetersiz ya da dikkat çekmeyen etiketleme gibi bilgilendirme, iletişim alanları problemleri,

- İlaç isimlerinde karışıklık ve eksik belgeleme, ya da hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmama,
- Hasta mortalitesini önemli derecede etkileyen hemşire yokluğu veya iş yükü
- İnfüzyon pompaları
- Hataların nedenini açıklamada eksikliklerdir (42,48).

Yapılan araştırmalarda hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil, sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation); tıbbi hatayı, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, yani kasıtsız, beklenmeyen sonuçlar şeklinde tanımlamaktadır. Tıbbi hatalar hastaları, hemşireleri ve kurumları olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle tıbbi hatalara, sağlık bakım ekibinin tüm üyelerinin dikkat etmesi gerekmektedir (42).

ABD'deki hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili olaylar, 2003 ile 2005 arasında yüzde 3 oranında artış göstermiş ve bu alanda en iyi hastaneler ile en kötü hastaneler arasındaki fark büyüklüğünü korumuştur. Amerika'da yayınlanan bir rapora göre, "Medicare" popülasyonunda bulunan hastalarda 2000 ile 2002 yılları arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (%3.08) hasta güvenliği ihlali saptanmıştır. Bu rapora göre Amerikan hastanelerinde bir yılda 195000 hastanın önlenemez hatalardan dolayı ölebileceği öngörülmektedir. Yine IOM tarafından yayınlanan "Preventing Medication Errors" adlı rapora göre; ABD'de her yıl 1.5 Milyon önlenemez ilaç yan etkisi meydana gelmektedir. İlaç hatalarına bağlı ekonomik kayıp ise, 2006 yılında yaklaşık olarak 3.5 Milyar USD'dir (40).

Hasta güvenliği konusundaki gelişmelere paralel olarak anestezi güvenliği konusu son 20 yılda tıp dünyasının gündeminde genişçe yer almıştır ve almaya da devam etmektedir. Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü tarafından başlatılan “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” kampanyası çerçevesinde yakın geçmişte hazırlanan ve Eylül 2009’da yeniden revize edilerek yayımlanan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” anestezi açısından da uyulması gereken bazı prensipler içermektedir. Anestezi hastanın güvenliğini sağlama açısından en önemli hususlardan biri anestezi uzmanının hastayı ameliyata girmeden önce (mümkünse ameliyat gününden önce) görmesi (preanestezik ziyaret), hem kendisini hem de hastayı anesteziye hazırlamasıdır. Bu sırada anestezi uzmanı hastayı tanır, mevcut (ameliyata neden olan) hastalığın durumunu öğrenir, varsa diğer hastalıklar hakkında bilgi alır. Hastanın daha önce anestezi alıp almadığını, anestezi aldıysa daha önce sorun yaşanıp yaşanmadığını kayıt altına alır. Hastayı hem psikolojik hem de tıbbi olarak anesteziye hazır hale getirir, anestezi açısından riskleri tespit eder, uygulayacağı anestezinin planını yapar ve bütün bunları kayıt altına alır. Bu sırada hasta da anestezi doktorunu tanımış olur, tedirginliği azalır, kendisine uygulanacak anestezi hakkında bilgi alma fırsatı bulur. Ameliyat olacak hastalarda genellikle tedirginlik vardır. Bazen bu tedirginlik ölüm korkusuna kadar varabilir. Bu aşırı tedirginlik hastanın güvenliğini tehdit eder. Anestezi doktorunun hastayı ziyaret etmesi anksiyetenin azalmasındaki en önemli faktördür. Preanestezik ziyaretin sağladığı bu etkilerin tümü anestezi açısından son derece önemli ve hem mortalite hem de morbidite açısından risk azaltıcı unsurlardır (37).

Ancak cerrahi işlemlerin standartlaştırılması yalnızca ameliyathanelerle sınırlandırılmamalıdır: çeşitli çalışmalar cerrahi öncesi ya da sonrası, cerrahi hataların çoğunun (%53 den %70 e), ameliyathane dışından şüphelenildiğini, tüm

cerrahi yolu hedef alan güvenlikte daha önemli gelişmeler elde ettiğini göstermiştir (31).

Hasta güvenliği, sağlıkta kaliteli bakımın en önemli basamağıdır. Sağlık kuruluşları ve çalışanları, verdikleri sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere zarar vermemek için birtakım önlemler alırlar (22).

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, bugün dünya genelinde öncelikli konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir (13).

21. Yüzyılda Sağlık Bakımında Hasta Güvenliği Hedefleri (47)

Hasta Güvenliği Uygulamaları

1. Hasta tanılanması
2. İlaçların etken maddeye ve ticari isimlerine göre kontrolü
3. Hasta bakımı sırasında iletişimin sürdürülmesi
4. Doğru işlem ve doğru alan uygulamalarının sağlanması
5. Konsantre elektrolit sıvılarının kontrolü
6. Bakım alanları arasındaki transferlerde ilaç kullanımının sürekliliğinin güvence altına alınması
7. Kateter ve tüp bağlantılarında ayrılmanın önlenmesi
8. Enfeksiyona neden olabilecek araçların tek kullanımlık olmasının sağlanması
9. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi için el hijyeninin arttırılmasıdır.

Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri (48)

- Hasta kimlik bilgilerinin doğru olması
- Hasta bakımı sağlayanlar arasındaki iletişimin etkinliğinin geliştirilmesi
- Önemli ilaçların kullanım güvenliğinin sağlanması
- Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi uygulamalarının olmaması veya azaltılması
- İnfüzyon pompalarının kullanım güvenliğinin geliştirilmesi
- Klinik alarm sistemlerinin etkinliğinin geliştirilmesi
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması
- İlaçların doğru ve tam olarak verilmesi
- Düşmelerden kaynaklanan hasta yaralanmalarının azaltılması

Hasta Güvenliği İçin Yürütölen Ulusal alışmalar (16,41)

Hasta güvenliği uygulamaları kalite iyileştirme programlarının bir parçasıdır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kapsamında çalışmalar hızla devam etmekte olup son yıllarda yayınlanan dokümanlar ve çalışmalar aşağıdaki gibidir.

- ✓ “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve alışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usöl ve Esaslar Hakkında Tebliğ”
- ✓ Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi
- ✓ "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi"
- ✓ Hizmet Kalite Standartları Rehberi
- ✓ ÖrneK Uygulamalar Rehberi

(<http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/pdf/ornek%20uygulamalar%20rehberi.pdf>)

- ✓ Hastanelerde Hasta ve alışan Güvenliği Odaklı Hemşirelik Hizmetleri Kurulması ve Geliştirilmesi Projesi

- ✓ Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi, Kanıt ve Kalite Yönetimi; e- kitap
- ✓ Kanıta Dayalı Klinik Rehberler ve Performans İndikatörleri Geliştirme Projesi başlatıldı.

Kontrol listesi, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi, ekip iletişimi, anestezi güvenliği ve sayım süreci de dahil olmak üzere evrensel protokol cerrahi kalite unsurlarını birbirine bağlar. WHO kontrol listesini dünya çapında 8 şehirde ameliyathanelerde değerlendirdi. Ön sonuçlar listenin kullanımının cerrahi hastaların mortalite ve morbiditelerinin azaltılmasını ve bazı hastanelerde bakım standartlarının %36'dan %68'e ve %100'e kadar arttığını göstermektedir (25). Binlerce cerrahi hastasında denenen listenin, komplikasyonları %11' den %7'ye, ölümleri ise % 1.5'tan % 0.8'e düşürdüğü görölmektedir (37).

WHO güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı ile cerrahi sonrası komplikasyonlarda büyük ölçüde azalma sağlanmaktadır. ABD kontrol listesini kullanarak hem maddi anlamda tasarrufu hem de hastanelerinde bakımın kalitesinde artışı sağlıyor (24).

Kontrol listesi eğitimleri ile meslekler arası iletişim hatalarının sayısını azaltmış, işbirlikçi ve proaktif ekip iletişimini desteklemiştir (28).

1.4. TANIMLAR

Hasta Güvenliği: Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır (12,27,41).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma İzmir ilindeki güvenli cerrahi kontrol listesini kullanan araştırma ve uygulama hastanelerinde yapılmıştır.

- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
- T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi
- Nevvar Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesi
- T.C. Sağlık Bakanlığı Karşıyaka Devlet Hastanesi
- T.C. Sağlık Bakanlığı Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi

2.3. ARAŞTIRMANIN ZAMANI

Araştırma Ocak 2012– Mayıs 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma ilgili kurumlardan ve İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli yazılı ve sözlü izinler alındıktan sonra yürütülmeye başlanmıştır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Çalışmanın evrenini belirtilen tarihlerde çalışmaya izin veren güvenli cerrahi kontrol listesini kullanan İzmir ilindeki 7 araştırma ve uygulama hastanesi ameliyathanelerinde tarihlerde görev alan 32 cerrah, 28 anestezi uzmanı, 176 hemşire ve 134 anestezi teknisyeni olmak üzere 370 kişi oluşturmuştur.

2.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında belirlenen hastanelerin ameliyathanelerinde görev alan, çalışmaya katılmaya istekli olan 16 cerrah, 18 anestezi uzmanı, 93 hemşire ve 65 anestezi teknisyeni oluşturmuştur.

Toplamda 370 kişi olan sağlık personelinden bir kısmının bireysel olarak çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, yıllık izin, rapor gibi nedenlerden dolayı çalışmaya katılmaması dışında 192 kişiye ulaşılarak (katılım oranı %51.8) çalışma yapılmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI – BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler

- Ekip üyelerinin liste hakkındaki olumlu ya da olumsuz düşünceleri

Bağımsız değişkenler

- Çalışma yılı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu

2.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler 9 maddeden oluşan sağlık çalışanlarının tanımlayıcı bilgileri (EK III) ve 40 maddeden oluşan güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında ekibin görüşleri (EK IV) formları ile toplanmıştır.

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hasta kimliğini, ameliyat yerini, gerçekleştirilecek girişimi teyit etti mi?
2. Hasta rızasını teyit etti mi?
3. Hasta aç mı?
4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?
5. Hasta üzerindeki değerli eşyaları (Varsa makyaj/oje ve protezlerini) çıkardı mı?
6. Hasta ameliyat önlüğünü ve bonesini giydi mi?

7. Ameliyat öncesinde özel bir işlem gerekli mi?
8. Kullanılacak malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazır mı?
9. Hastanın yapılan tüm tetkikleri yanında mı?

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hasta kimliğini, ameliyat yerini, gerçekleştirilecek girişimi teyit etti mi?
11. Ameliyat yeri işaretlenmiş mi?
12. Anestezi güvenlik kontrolü tamamlandı mı?
13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışır durumda mı?
14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
15. Gerekli görüntüleme mevcut mu?
16. Hastanın >500 ml ya da daha fazla kan kaybı (Çocuklarda >7 ml/kg) riski var mı?

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Tüm ekip üyeleri ad ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtırılar
18. Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire;
19. Gerçekleşebilecek kritik olaylar gözden geçirilir

Cerrahın Gözden Geçirdikleri: Kritik ve beklenmedik adımlar, ameliyat süresi, beklenen kan kaybı nedir?

Anestezi Ekibinin Gözden Geçirdikleri: Hastaya özgü anestezi riskleri var mı? Hemşire Ekibinin Gözden Geçirdikleri: Sterilite (indikatör sonuçları dahil olmak üzere) teyit edildi mi? Ekipmanla ilgili sorun veya endişe var mı?

20. Son 60 dakika içinde antibiyotik profilaksisi verildi mi?
21. -22. Kullanılacak malzemeler hazır ve sterilizasyonu uygun mu?
23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

24. - 25. Hasta antikoagülan kullanıyor mu? Derin ven trombozu profilaksisi gerekli mi?

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Hemşire sözlü olarak şunları ekip ile teyit eder:

26. Gerçekleştirilen girişimin teyit edilmesi

27. Alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının doğruluğu

28. Numunenin ne şekilde etiketlendiği (Hasta adı, alınan bölge dahil)

29. Ele alınması gereken ekipman sorunları olup olmadığı

30. Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire bu hastanın ameliyat sonrası iyileşmesi ve tedavisinin yönetimine yönelik kilit gereksinimleri gözden geçirir (32)

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Veriler ameliyathanelerde doldurulan güvenli cerrahi kontrol listelerinin (EK I) hekimlerin, anestezi uzmanlarının, hemşirelerin ve teknisyenlerin tanımlayıcı özelliklerini içeren bir anket (EK III) ve kontrol listesi hakkındaki görüşlerini içeren güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında ekibin görüşleri anket formu ile (EK IV) toplanmıştır.

Her iki formun yanıtlanması ortalama 3 dk zaman almaktadır. Veriler ilgili kurumların ameliyathane ekipleri ile yüz yüze görüşülerek, görüşmeye uygun bulunmayan durumlarda ise ameliyathane sorumlusuna teslim edilip uygun zamanda toplanmak üzere elde edilmiştir.

Bireylerin bir dizi cümle ya da sıfat dizisine gerçek duyguları doğrultusunda tepkide bulunmaları istenir. Bu cümle ya da sıfat listelerine ölçek denilmektedir. En sık kullanılan Thurstone, Likert, Guttman ve Duygusal Anlam ölçekleri olmaktadır. Likert ölçeği en kullanışlı soru formlarından birisidir. Bu ölçek 1932'de Rensis Likert tarafından geliştirildiği için bu şekilde isimlendirilmiştir (26). Davranışların veya tutumların ölçülmesi için geliştirilen Likert tipi ölçeklerde bireyin kendisi

hakkında bilgi vermesi temeline dayanır (4). Bu ölçekler bir şahsın tek bir objeye karşı gösterdiği tutuma ilişkili olarak hazırlanmış cümle serisi içerir. Bu ölçeğin en çok kullanılan formatında ölçeğin uygulandığı cevaplayıcılar her bir cümleyi onaylama derecesini göstermek üzere yönlendirilir. Bireye bir cümle sunulur ve onun üç, beş ya da yedi seçeneği olan ölçekte katılıp katılmadığı sorulur (26).

Likert tipi tutum ölçeğinde, bireylerin ifadeleri genellikle beş kategori üzerinden derecelendirmesi istenmektedir. Çünkü kategori sayısı beşten aşağı düştükçe ölçek düzeyi açısından bilgi kaybı oluşmakta, yükseldikçe kategoriler arasında belirgin farklılıklar sağlanamamaktadır (8).

Çalışmada maddelere verilen yargısal tepkiler “Tamamen katılmıyorum” (1), “Katılmıyorum” (2), “Fikrim yok” (3), “Katılıyorum” (4), “Tamamen katılıyorum” (5) şeklinde sıralanan likert tipi beşli bir dereceleme göre puanlanmaktadır. Anket formu 9 sorudan oluşan Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı bilgileri ve 40 sorudan oluşan güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında ekibin görüşleri formlarını içermektedir.

Form 4 aşamadan oluşmaktadır. Toplam puan 150 olmaktadır.

- Klinikten ayrılmadan önce aşamasının minimum puanı 9 maksimum puanı 45,
- Anestezi verilmeden önce aşamasının minimum puanı 7 maksimum puanı 35,
- Ameliyat kesisin den önce aşamasının minimum puanı 9 maksimum puanı 45,
- Ameliyattan çıkmadan önce aşamasının minimum puanı 5 maksimum puanı 25 olarak hesaplanmıştır.

2.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

Araştırma kapsamındaki veriler Statistical Package For Social Science (SPSS) 16.0 programında değerlendirilmiştir. Veriler sayı, yüzde, Man Whitney U ve Kruskal Wallis Testleri ile analiz edilmiştir.

2.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Nisan 2011 – Ekim 2011 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatürler taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Araştırma 16 Haziran 2011 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuş olup üzerinde son değişiklikler yapılmıştır. Ocak 2012 – Mayıs 2012 tarihleri arasında veriler toplanmış ve aynı zamanda araştırmacı tarafından kodlamaları yapılmıştır.

2.11. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan ve Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin, aynı zamanda anketlerin uygulanacağı ilgili hastanelerden ve İl Sağlık Müdürlüğünden de yazılı ve sözlü izin alınmıştır (yazılı izinler eklerde verilmiştir).

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı Veriler

Tablo 1: Ameliyathane Ekibinin Hastanelere Göre Dağılımı (n=192)

Hastaneler	Sayı (n)	Yüzde (%)
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	48	25.0
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	44	22.9
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	26	13.5
T.C. Sağlık Bakanlığı Karşıyaka Devlet Hastanesi	24	12.5
T.C. Sağlık Bakanlığı Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi	21	10.9
Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi	19	9.9
Nevvar Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesi	10	5.2
Toplam	192	100.0

Tablo 1 de görüldüğü gibi çalışma kapsamına 7 hastane alınmış olup, bunların %25' ini (n= 48) T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %22.9'unu (n= 44) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, %13.5'ini (n= 26) İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %12.5'ini (n= 24) T.C. Sağlık Bakanlığı Karşıyaka Devlet Hastanesi, %10.9'unu (n=21) T.C. Sağlık Bakanlığı Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, %9.9'unu (n= 19) Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi, %5.2'sini (n= 10) Nevvar Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesi ameliyathane çalışanları oluşturmaktadır.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (n=192)

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	134	69.8
Erkek	58	30.2
Toplam	192	100.0

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %69.8'i (n= 134) kadın, %30.2'si (n= 58) erkektir (Tablo 2).

Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Yaşlara Göre Dağılımı (n=192)

Yaş	Sayı (n)	Yüzde(%)
18-30	70	36.5
31-40	80	41.7
41-50	34	17.7
51-60	7	3.6
61 yaş ve üstü	1	0.5
Toplam	192	100.0

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının, %36.5'inin (n= 70) 18-30 yaş grubu olduğu, %41.7'sinin (n= 80) 31-40 yaş grubu olduğu, %17.7'sinin (n= 34) 41-50 yaş grubu olduğu, %3.6'sının (n= 7) 51-60 yaş grubu olduğu ve %0.5'inin (n=1) 61 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (n=192)

Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde(%)
Evli	106	55.2
Bekar	86	44.8
Toplam	192	100.0

Sağlık çalışanlarının medeni durumları incelendiğinde %55.2'sinin (n= 106) evli, %44.8'inin (n= 86) bekar olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n=192)

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde(%)
Meslek Lisesi	11	5.7
Önlisans	99	51.6
Lisans	64	33.3
Lisans Üstü	18	9.4
Toplam	192	100.0

Sağlık çalışanlarının %5.7'sinin (n= 11) meslek lisesi, %51.6'sının (n= 99) önlisans, %33.3'ünün (n= 64) lisans, %9.4'ünün (n= 18) lisans üstü mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5)

Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Dağılımı (n=192)

Meslek	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hemşire	93	48.4
Anestezi teknisyeni	65	33.9
Anestezist	18	9.4
Cerrah	16	8.3
Toplam	192	100.0

Sağlık çalışanlarının %48.4'ünün (n= 93) hemşire, %33.9'unun (n= 65) anestezi teknisyeni, %9.4'ünün (n= 18) anestezist, %8.3'ünün (n= 16) cerrahlardan oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı (n=192)

Meslekte Çalışma Süresi	Sayı (n)	Yüzde(%)
0-4 yıl	49	25.5
5-9 yıl	42	21.9
10 Yıl ve Üstü	101	52.6
Toplam	192	100.0

Sağlık çalışanlarının %25.5'inin (n= 49) 0-4 yıl, %21.9'unun (n= 42) 5-9 yıl, %52.6'sının (n= 101) 10 yıl ve üzeri yıl meslekte görev aldıkları görülmüştür (Tablo7).

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Ameliyathanede Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

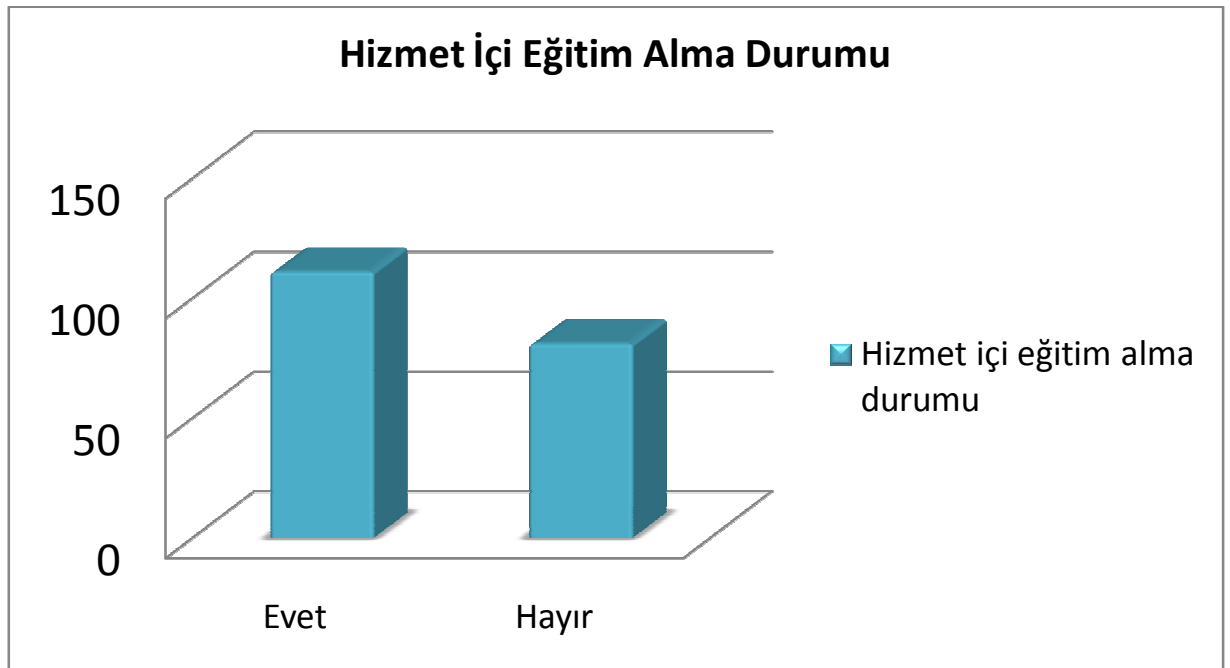
(n=192)

Ameliyathanede Çalışma Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-2 yıl	43	22.4
3-5 yıl	46	24.0
6-8 yıl	29	15.1
9 yıl ve üstü	74	38.5
Toplam	192	100.0

Sağlık çalışanlarının %22.4'ünün (n= 43) 0-2 yıl, %24'ünün (n= 46) 3-5 yıl, %15.1'inin (n= 29) 6-8 yıl, %38.5'inin (n= 74) 9 yıl ve üzeri yıl ameliyathanede görev aldıkları belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları (n=192)

Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	111	57.8
Hayır	81	42.2
Toplam	192	100.0



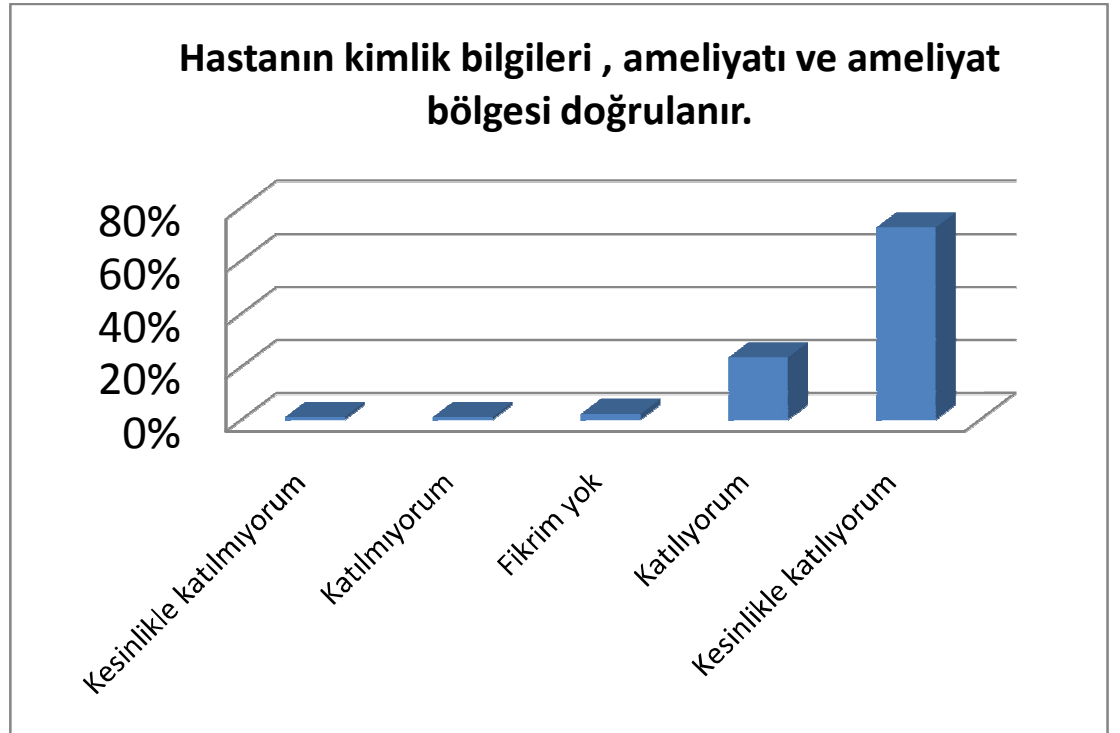
Sağlık çalışanlarının %57.8'inin (n= 111) güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında hizmet içi eğitim aldığı, %42.2'sinin (n= 81) hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır (Tablo 9).

3.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında Ekibin Görüşleri

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

Ankete katılan ameliyathane ekibine yöneltilen;

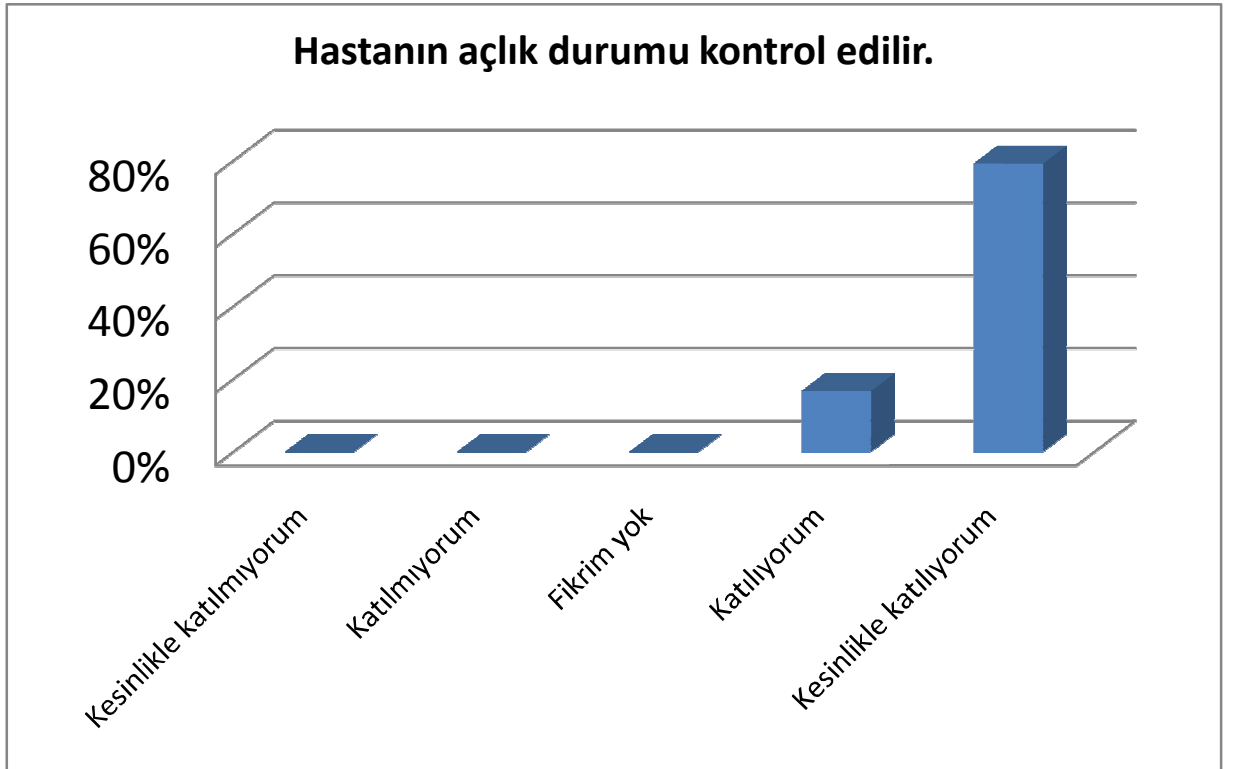
“Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi doğrulanır” görüşüne %1 ‘i (n= 2) kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum, %2.1’i (n= 5) fikrim yok, %23.4’ü (n= 45) katılıyorum, % 72.4’ü (n= 140)kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



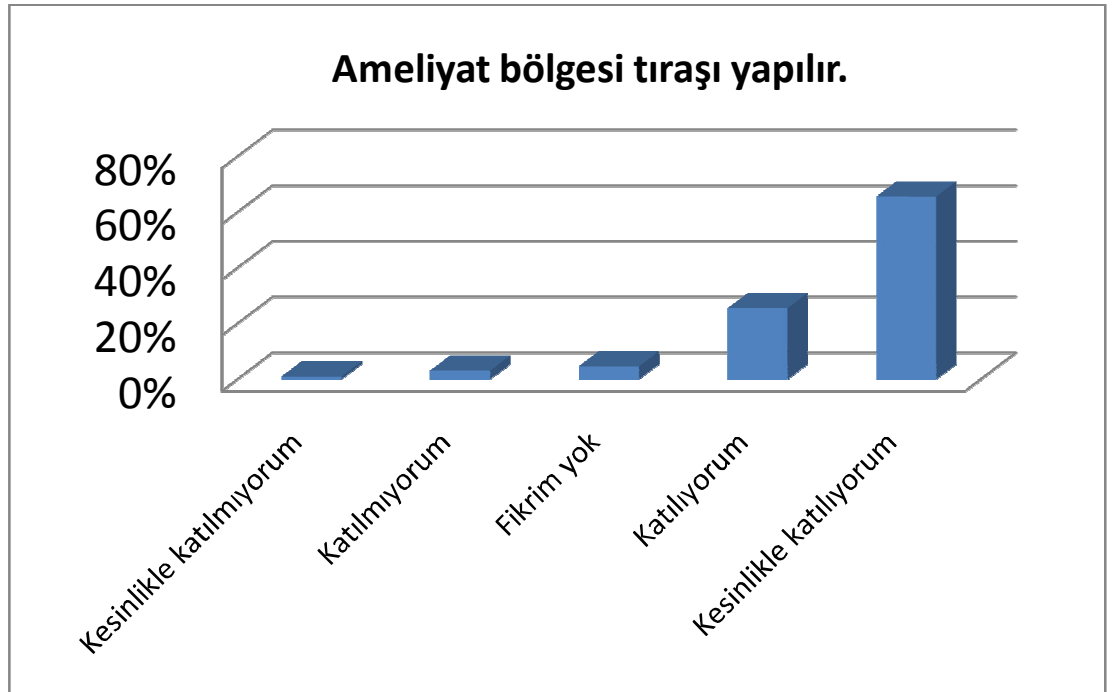
“Hastanın rızası kontrol edilir” görüşüne %1.6’sı (n= 3) kesinlikle katılmıyorum, %1’i (n= 2) katılmıyorum, %3.6’sı (n= 7) fikrim yok, %18.8’i (n= 36) katılıyorum, %75’i (n= 144) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Hastanın açlık durumu kontrol edilir” görüşüne %2.1’i (n= 4) kesinlikle katılmıyorum, %0.5’i (n= 1) katılmıyorum, %1.6’sı (n= 3) fikrim yok, %16.7’si (n= 32) katılıyorum, %79.2’si (n= 152) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



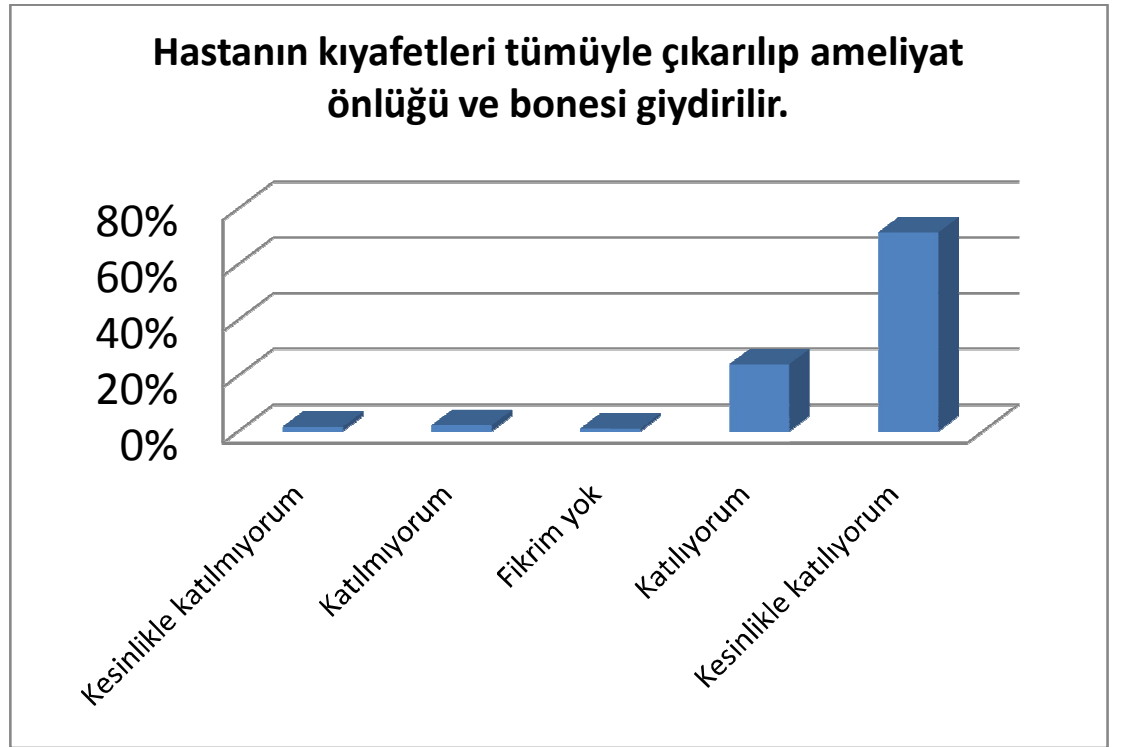
“Ameliyat bölgesi tıraşı yapılır” görüşüne %1’i (n= 2) kesinlikle katılmıyorum, %3.1’i (n= 6) katılmıyorum, %4.7’si (n= 9) fikrim yok, %25.5’i (n= 49) katılıyorum, %65.6’sı (n= 126) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



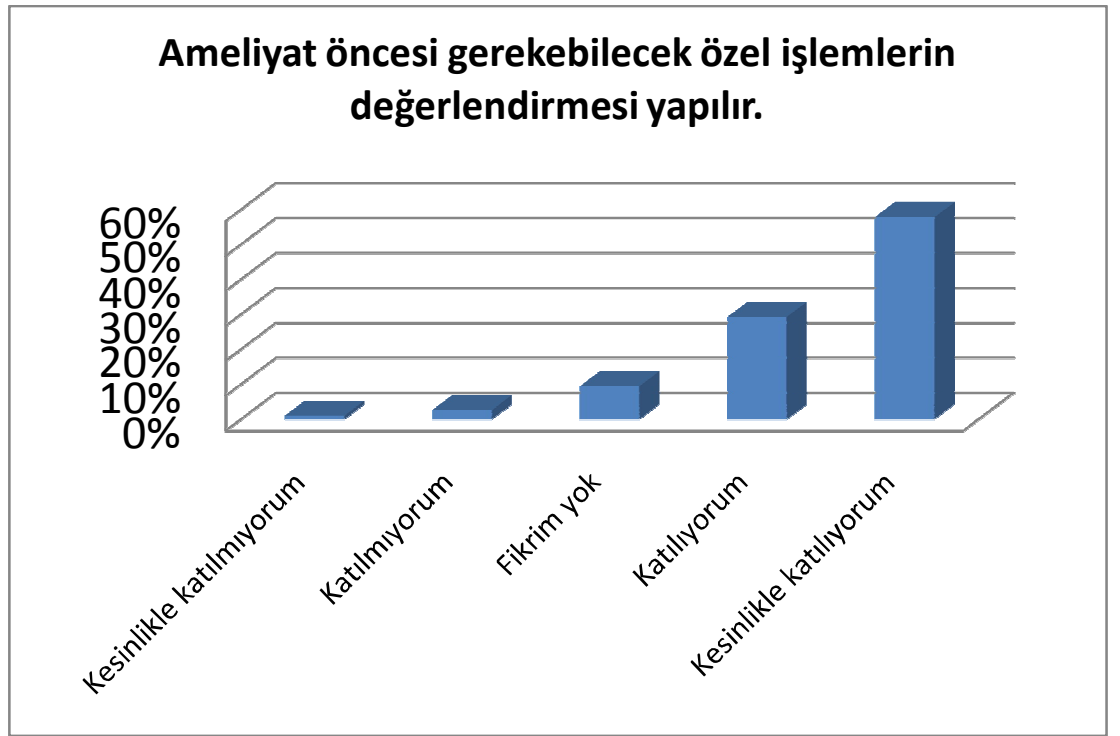
“Hastada makyaj, oje, protez, değerli eşya olup olmadığı kontrol edilir” görüşüne %2.1’i (n= 4) kesinlikle katılmıyorum, %4.2’si (n= 8) katılmıyorum, %2.6’sı (n= 5) fikrim yok, %22.4’ü (n= 43) katılıyorum, %68.8’i (n= 132) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



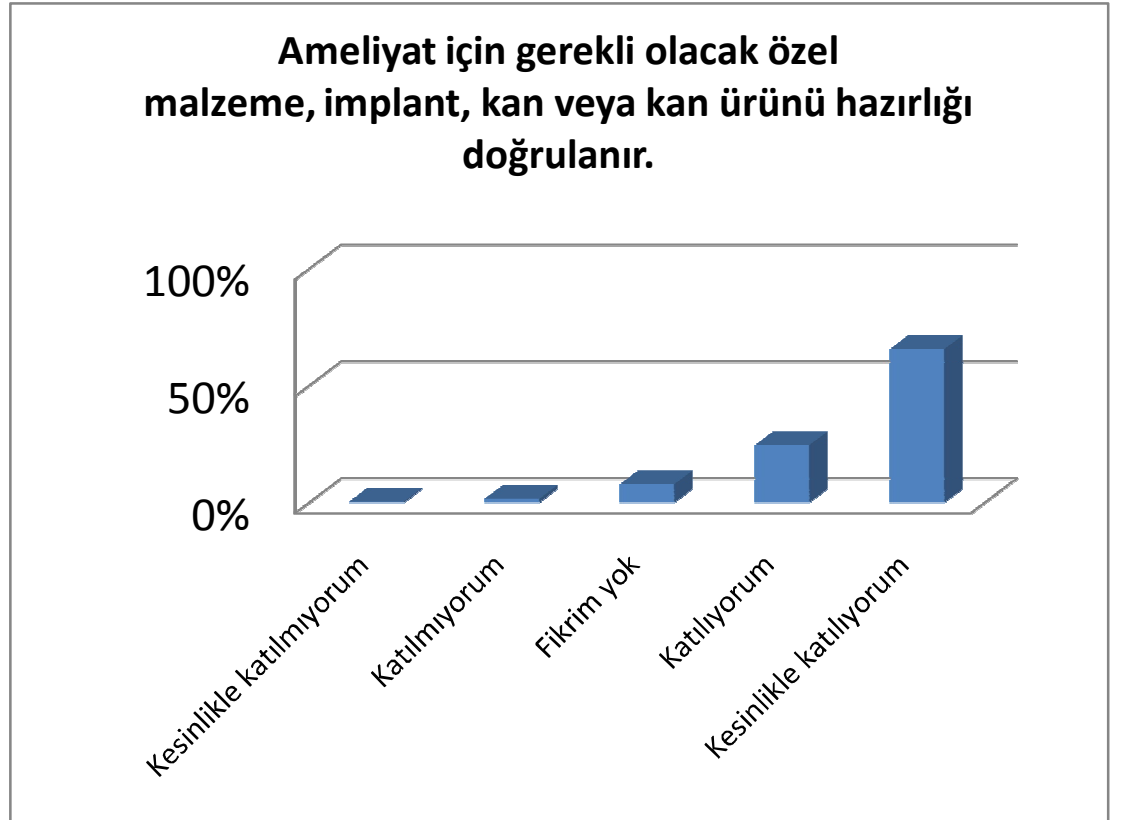
“Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirilir” görüşüne %1.6’sı (n= 3) kesinlikle katılmıyorum, %2.1’i (n= 4) katılmıyorum, %1’i (n= 2) fikrim yok, %24’ü (n= 46) katılıyorum, %71.4’ü (n= 137) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



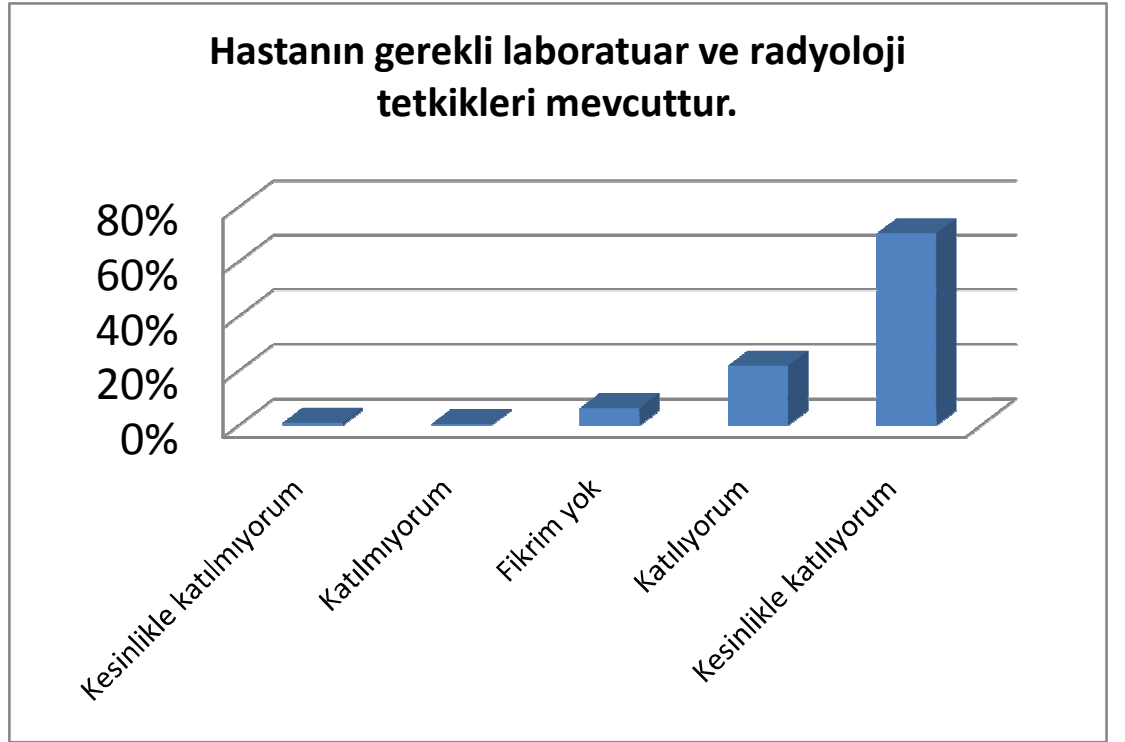
“Ameliyat öncesi gerekebilecek özel işlemlerin değerlendirilmesi yapılır (lavman, varis çorabı, mesane kateterizasyonu)” görüşüne %1’i (n= 2) kesinlikle katılmıyorum, %2.6’sı (n= 5) katılmıyorum, %9.4’ü (n= 18) fikrim yok, %29.2’si (n= 56) katılıyorum, %57.8’i (n= 111) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı doğrulanır” görüşüne % 0.5’i (n= 1) kesinlikle katılmıyorum, % 1.6’sı (n= 3) katılmıyorum, % 7.8’i (n= 15) fikrim yok, % 24.5’i (n= 47) katılıyorum, % 65.6’sı (n= 126) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

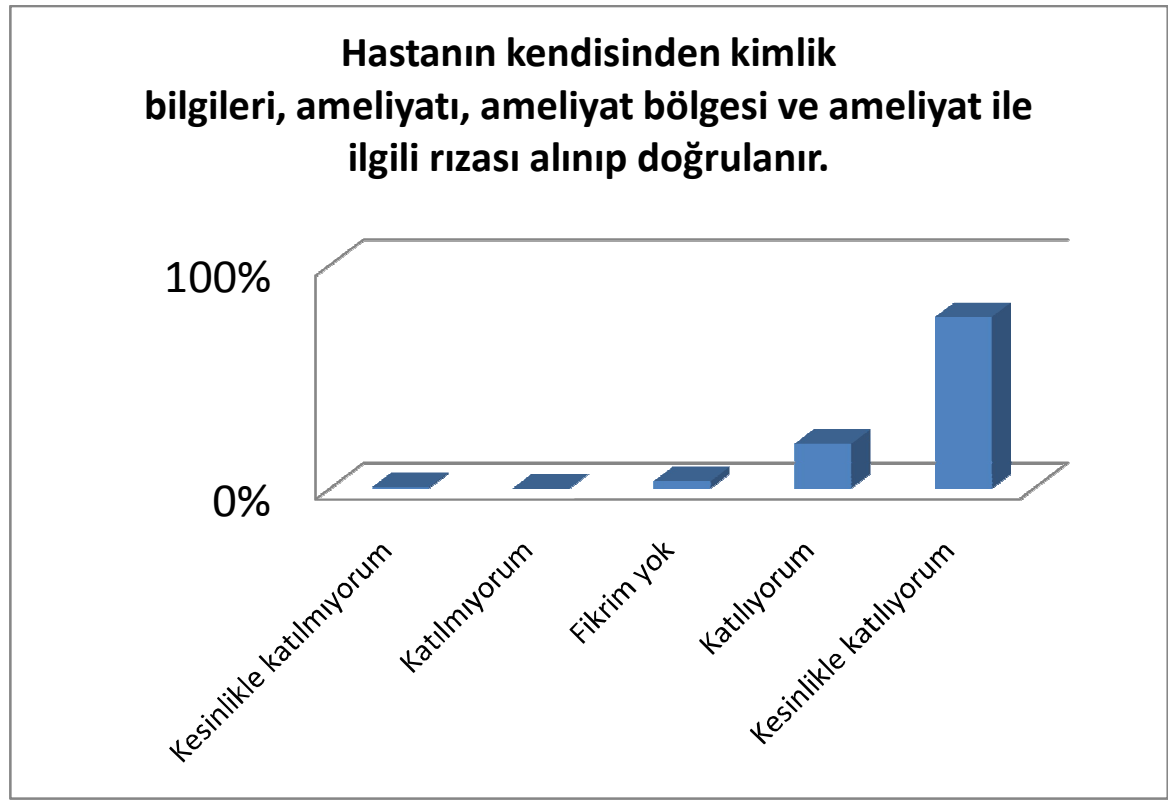


“Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcuttur” görüşüne %1’i (n= 2) kesinlikle katılmıyorum, %0.5’i (n= 1) katılmıyorum, %6.3’ü (n= 12) fikrim yok, %21.9’u (n= 42) katılıyorum, %70.3’ü (n= 135) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

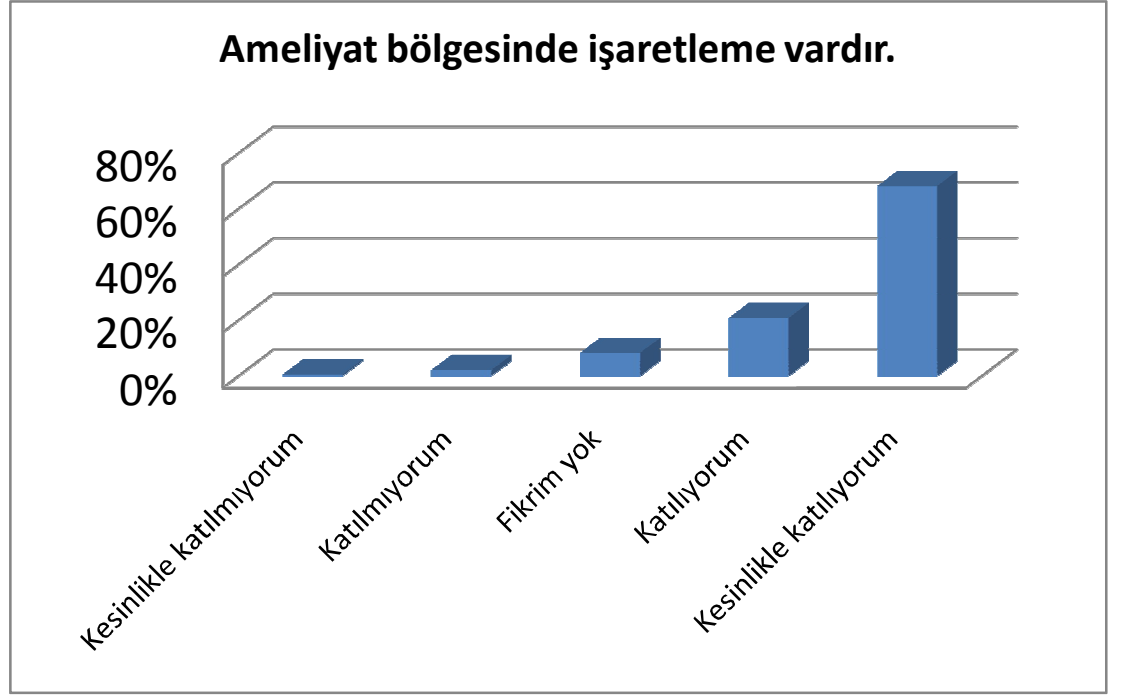


II. Anestezi Verilmeden Önce

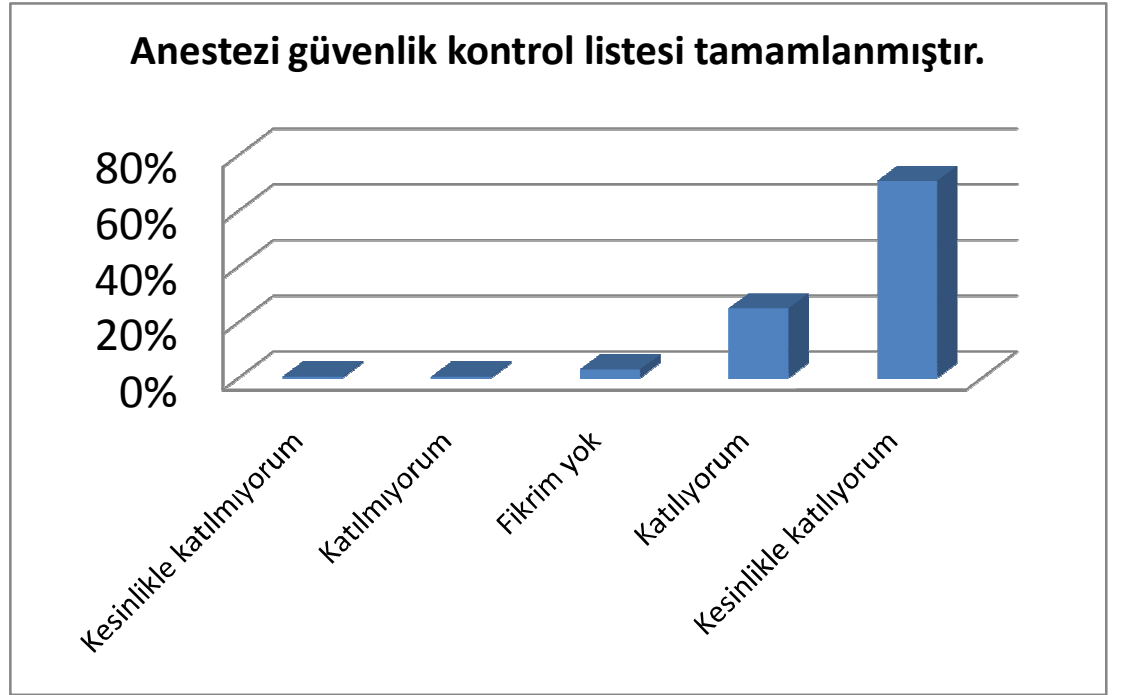
“Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası alınıp doğrulanır” görüşüne %0.5’i (n=1) kesinlikle katılmıyorum, %3.1’i (n=6) fikrim yok, %19.8’i (n=38) katılıyorum, %76.6’sı (n=147) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Ameliyat bölgesinde işaretleme vardır” görüşüne %0.5’ine (n=1) kesinlikle katılmıyorum, %2.1’i (n=4) katılmıyorum, %8.3’ü (n=16) fikrim yok, %20.8’i (n=40) katılıyorum, %68.2’si (n=131) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlanmıştır” görüşüne %0.5’i (n=1) kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum, %3.1’i (n=6) fikrim yok, %25’i (n=48) katılıyorum, %70.8’i (n=137) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

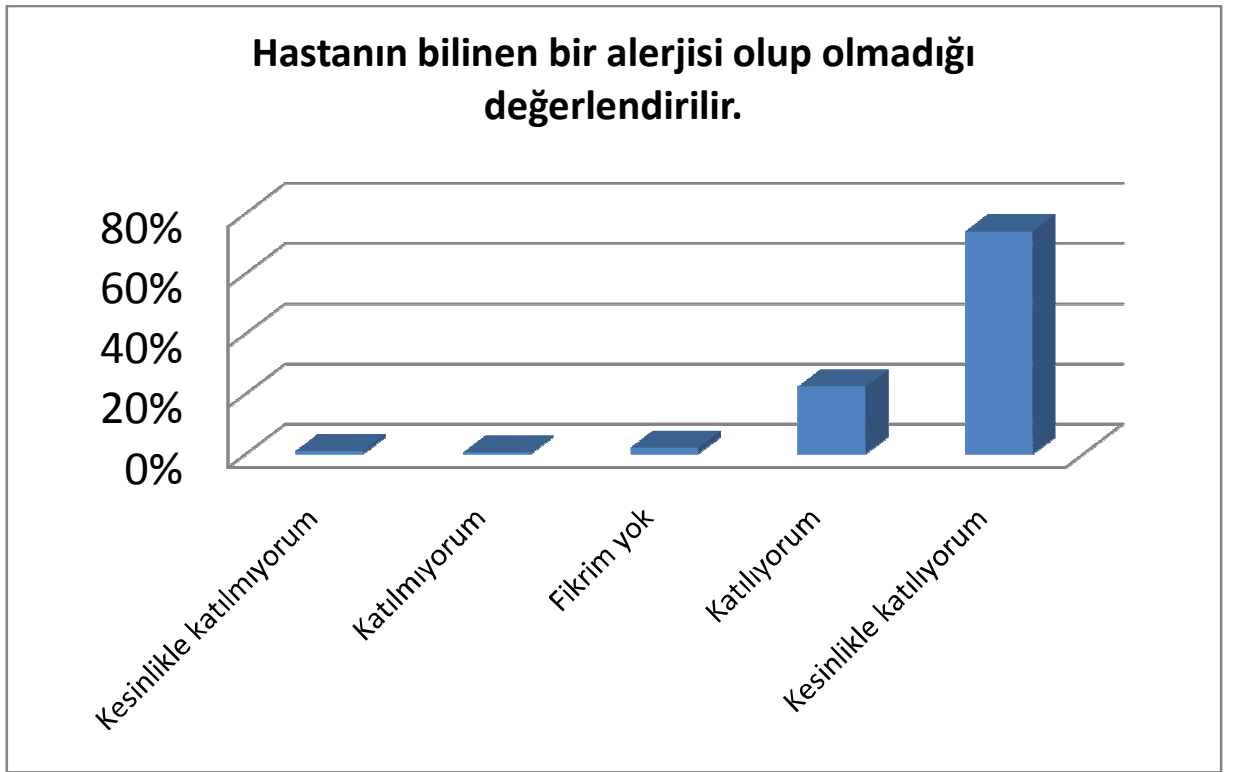


“Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışır durumdadır” görüşüne %1.6’sı (n=4) kesinlikle katılmıyorum, %1’i (n=2) katılmıyorum ve fikrim yok, %20.3’ü (n=39) katılıyorum, %76’sı (n=147) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



Hastanın Risk Değerlendirmesi

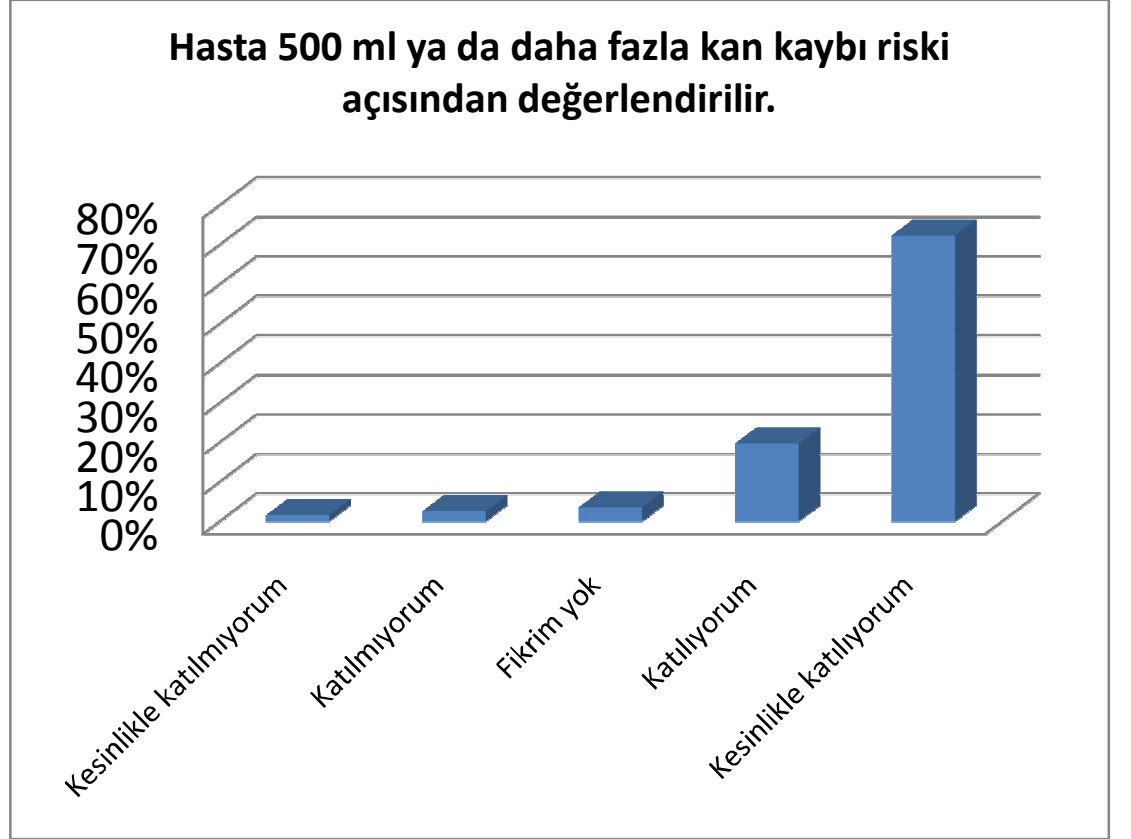
“Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı değerlendirilir” görüşüne %1’i (n=2) kesinlikle katılmıyorum, %0.5’i (n=1) katılmıyorum, %2.1’i (n=4) fikrim yok, %22.4’ü (n=43) katılıyorum, %74’ü (n=142) kesinlikle katılıyorum yanıtı vermiştir.



“Gerekli görüntüleme cihazları değerlendirilir” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %0.5’i (n=1) katılmıyorum, %4.7’si (n=9) fikrim yok, %24’ü (n=46) katılıyorum, %69.3’ü (n=133) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

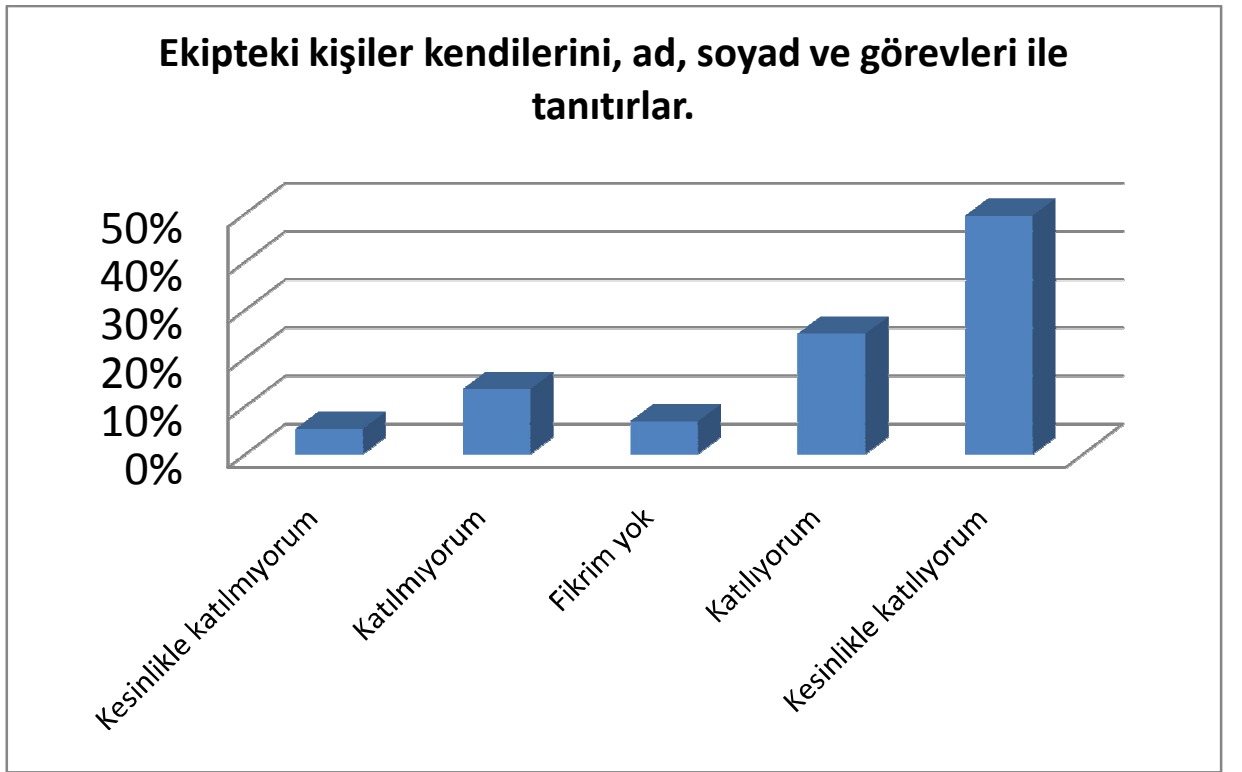


“Hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından değerlendirilir” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %2.6’sı (n=5) katılmıyorum, %3.6’sı (n=7) fikrim yok, %19.8’i (n=38) katılıyorum, %72.4’ü (n=139) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



III. Ameliyat Kesisinden Önce

“Ekipteki kişiler kendilerini, ad, soyad ve görevleri ile tanıtırlar” görüşüne %5.2’si (n=10) kesinlikle katılmıyorum, %13.5’i (n=26) katılmıyorum, %6.8’i (n=13) fikrim yok, %25’i (n=48) katılıyorum, %49.5’i (n=95) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



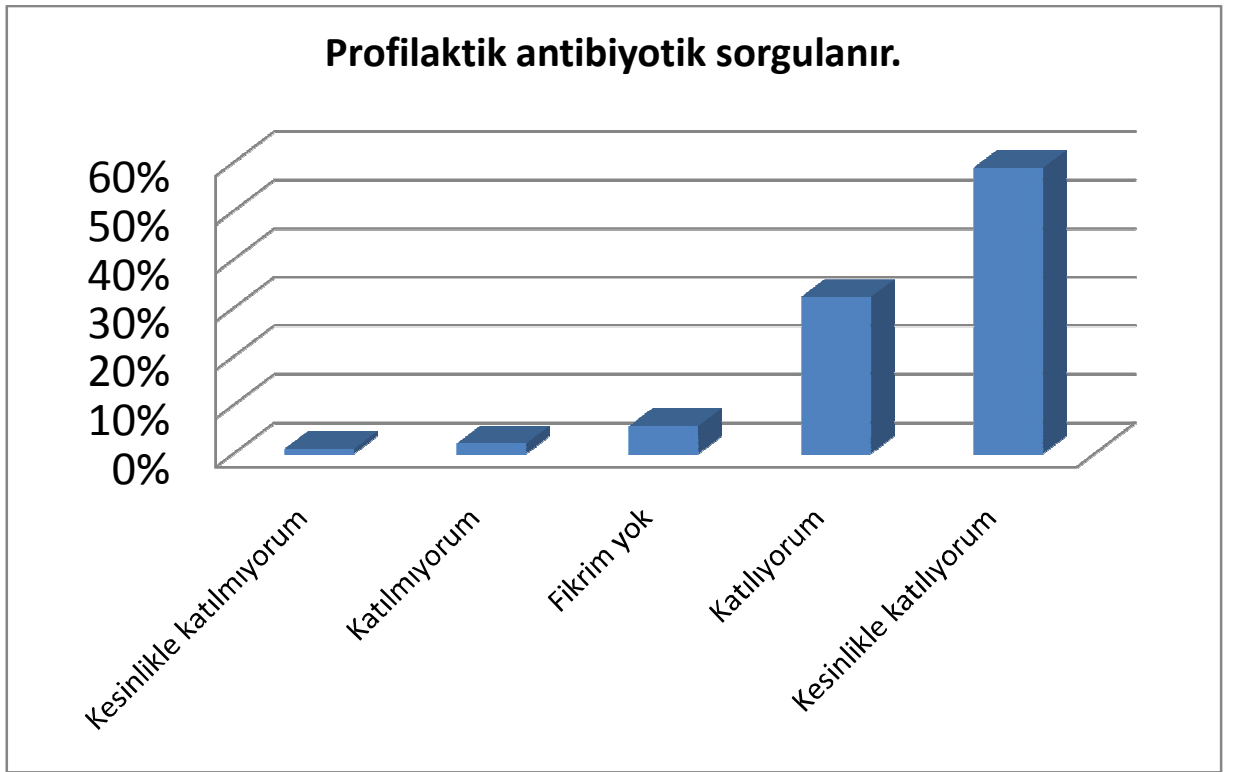
“Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini onaylar” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %10.9’u (n=21) katılmıyorum, %11.5’i (n=23) fikrim yok, %17.7’si (n=34) katılıyorum, %57.8’i (n=111) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



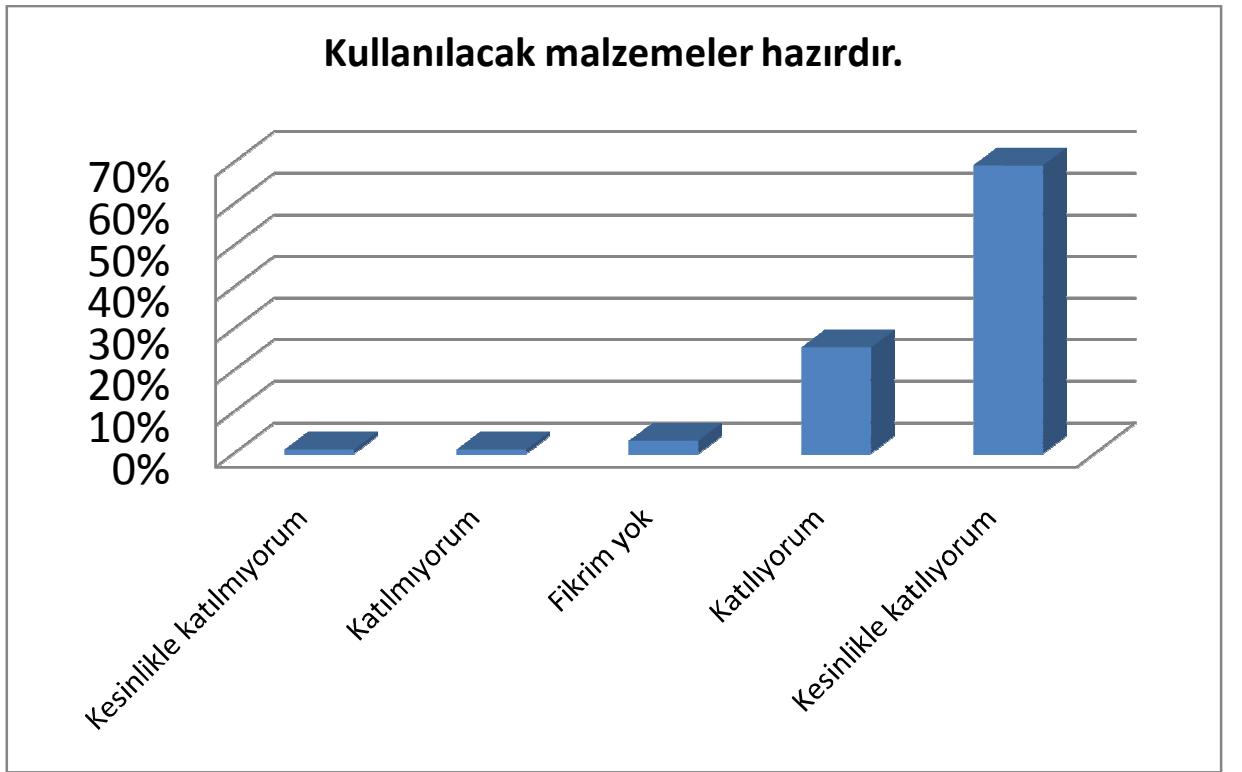
“Kritik olaylar gözden geçirilir” görüşüne %2.1’i (n=4) kesinlikle katılmıyorum, %5.7’si (n=11) katılmıyorum ve fikrim yok, %33.3’ü (n=64) katılıyorum, %53.1’i (n=102) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



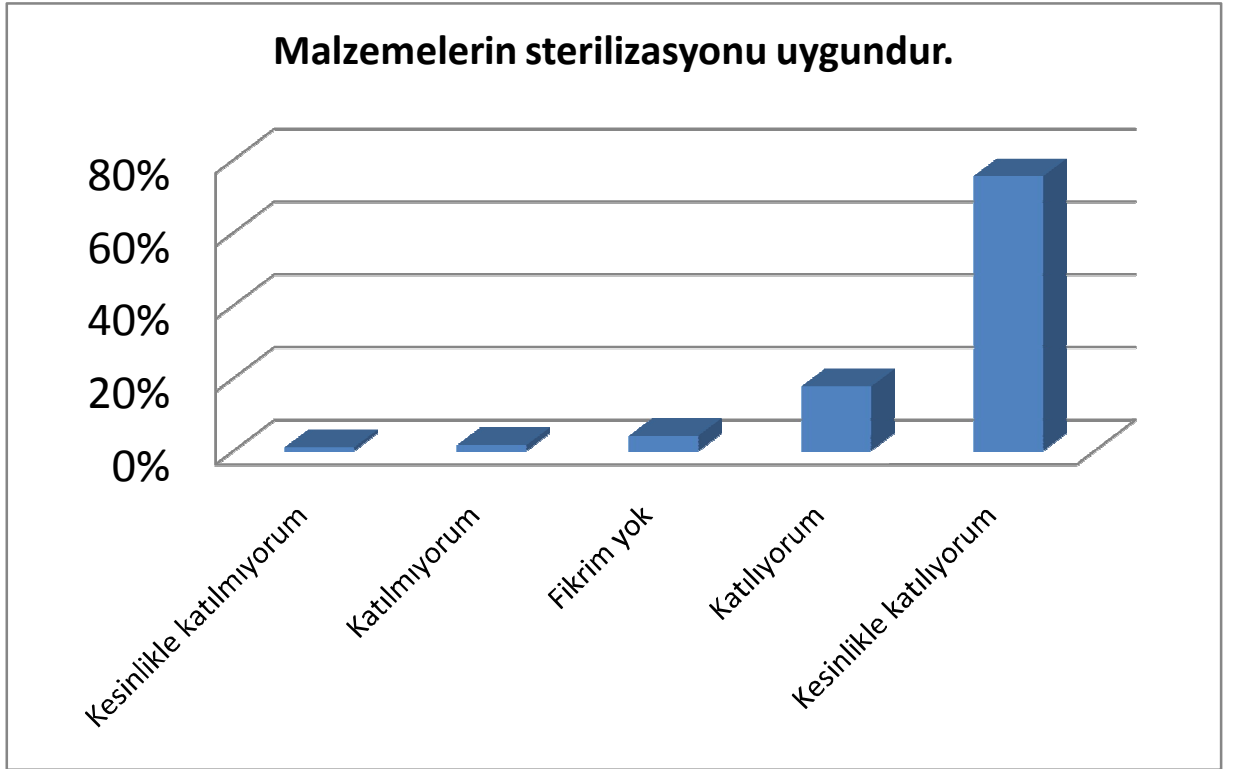
“Profilaktik antibiyotik sorgulanır” görüşüne %1’i (n=2) kesinlikle katılmıyorum, %2.1’i (n=4) katılmıyorum, %5.7’si (n=11) fikrim yok, %32.3’ü (n=62) katılıyorum, %58.9’u (n=113) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



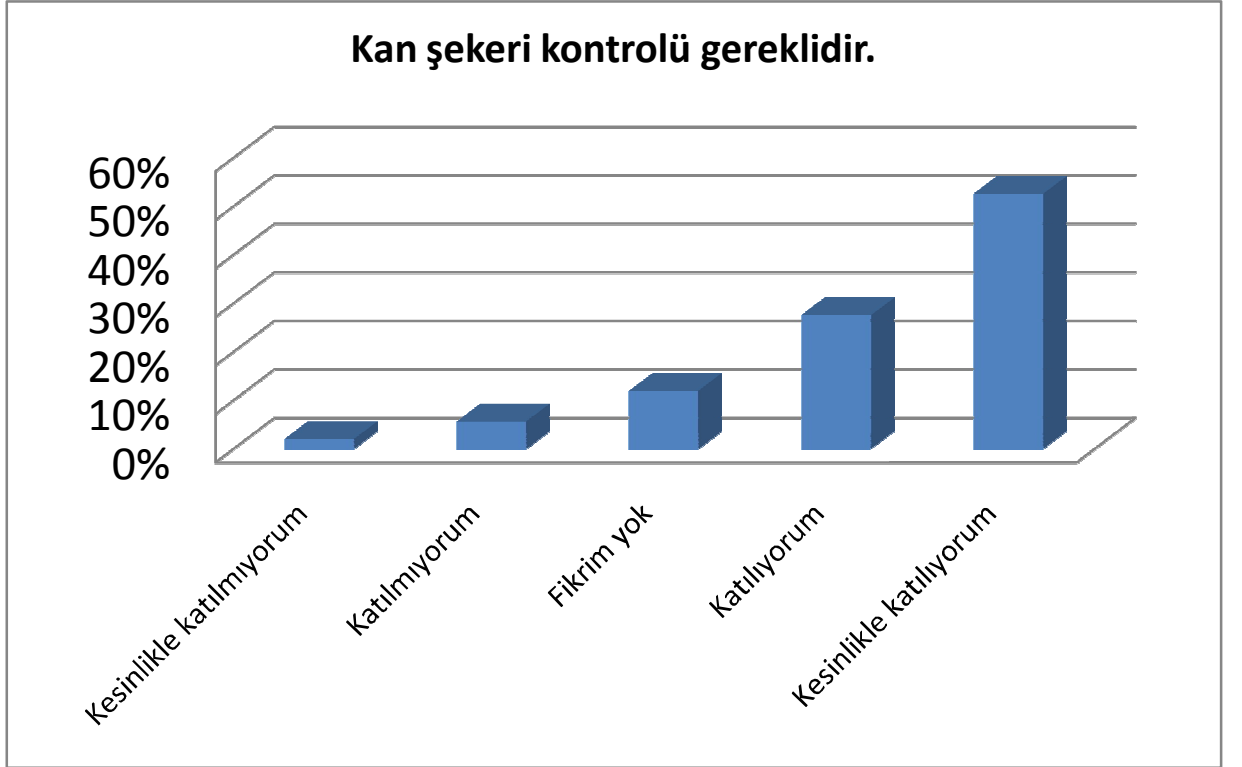
“Kullanılacak malzemeler hazırdır” görüşüne %1’i (n=2) kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum, %3.1’i (n=7) fikrim yok, %25.5’i (n=49) katılıyorum, %69.3’ü (n=134) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



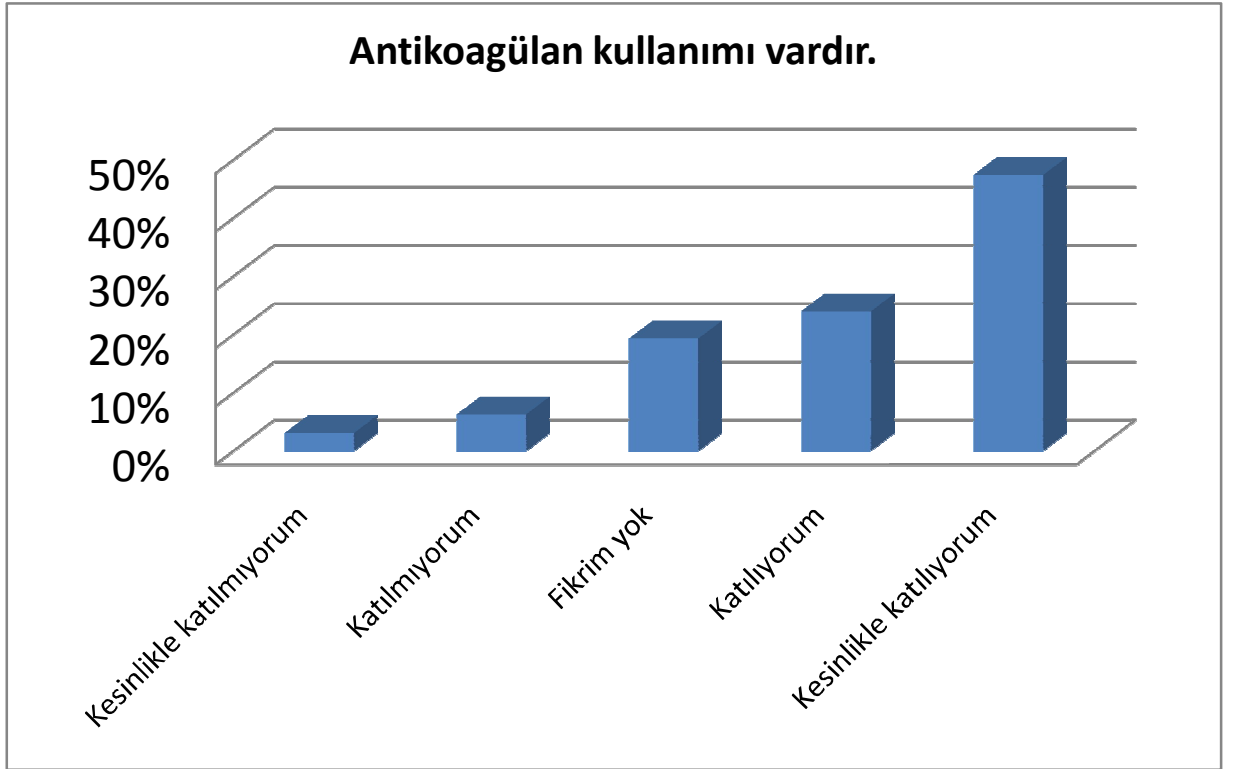
“Malzemelerin sterilizasyonu uygundur” görüşüne %1’i (n=2) kesinlikle katılmıyorum, %1.6’sı (n=3) katılmıyorum, %4.2’si (n=8) fikrim yok, %17.7’si (n=34) katılıyorum, %75.5’i (n=145) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



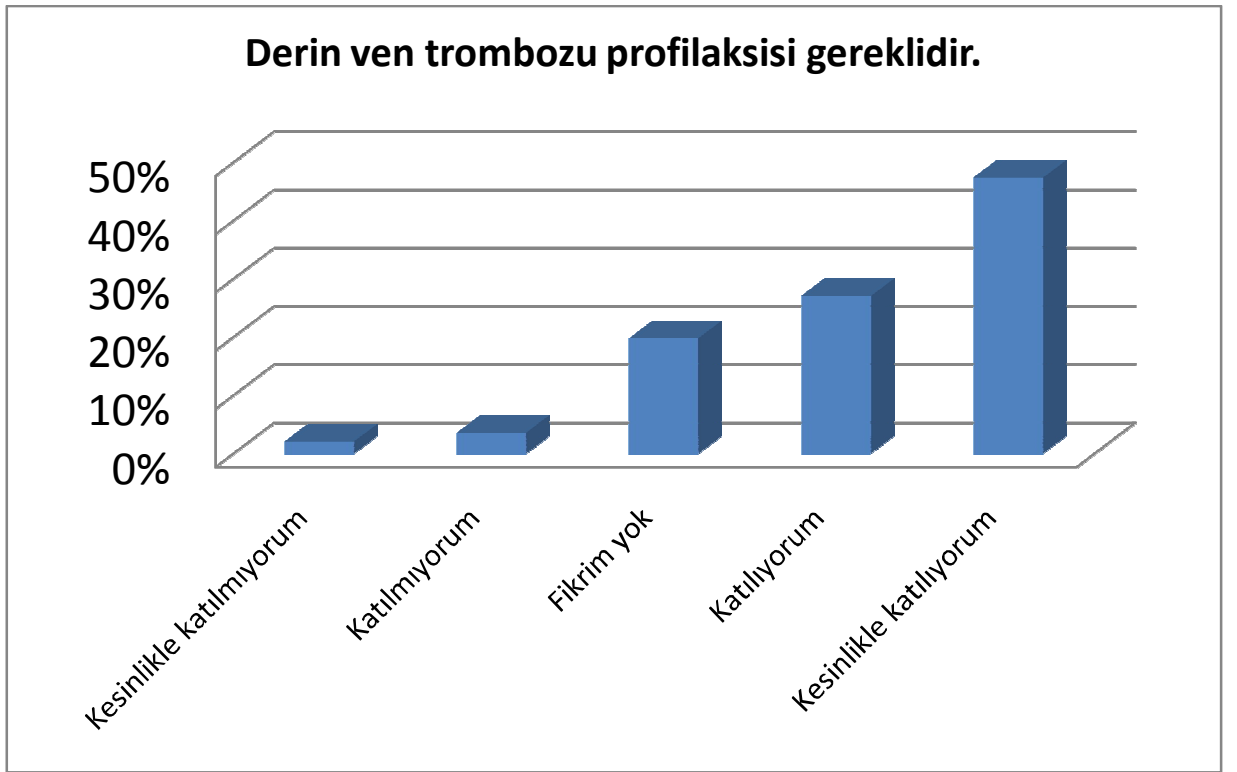
“Kan şekeri kontrolü gereklidir” görüşüne %2.1’i (n=4) kesinlikle katılmıyorum, %5.7’si (n=11) katılmıyorum, %12’si (n=23) fikrim yok, %27.6’sı (n=53) katılıyorum, %52.6’sı (n=101) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Antikoagölan kullanımı vardır” görüŖüne %3.1’i (n=6) kesinlikle katılmıyorum, %6.3’ü (n=12) katılmıyorum, %19.3’ü (n=37) fikrim yok, %24’ü (n=46) katılıyorum, %47.4’ü (n=91) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiŖtir.

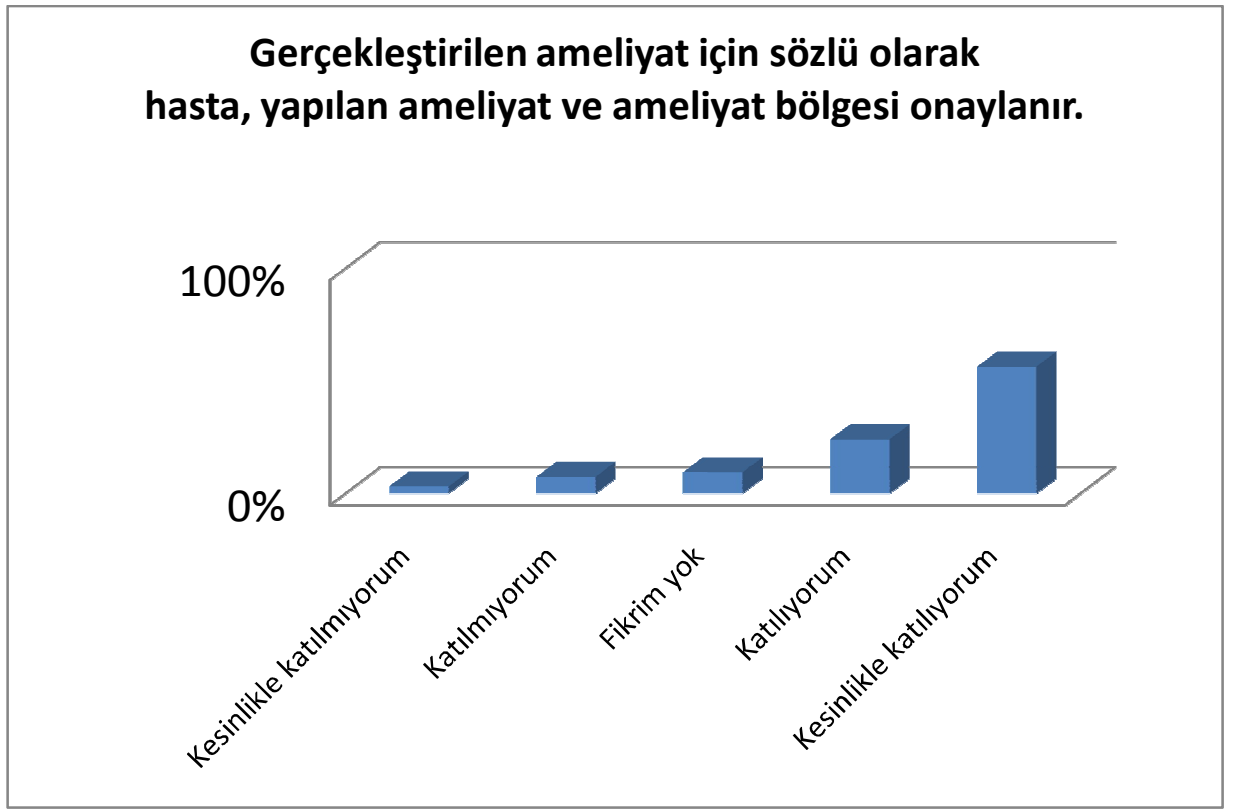


“Derin ven trombozu profilaksisi gereklidir” görüşüne %2.1’i (n=4) kesinlikle katılmıyorum, %3.6’sı (n=7) katılmıyorum, %19.8’i (n=38) fikrim yok, %27.1’i (n=52) katılıyorum, %47.4’ü (n=91) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

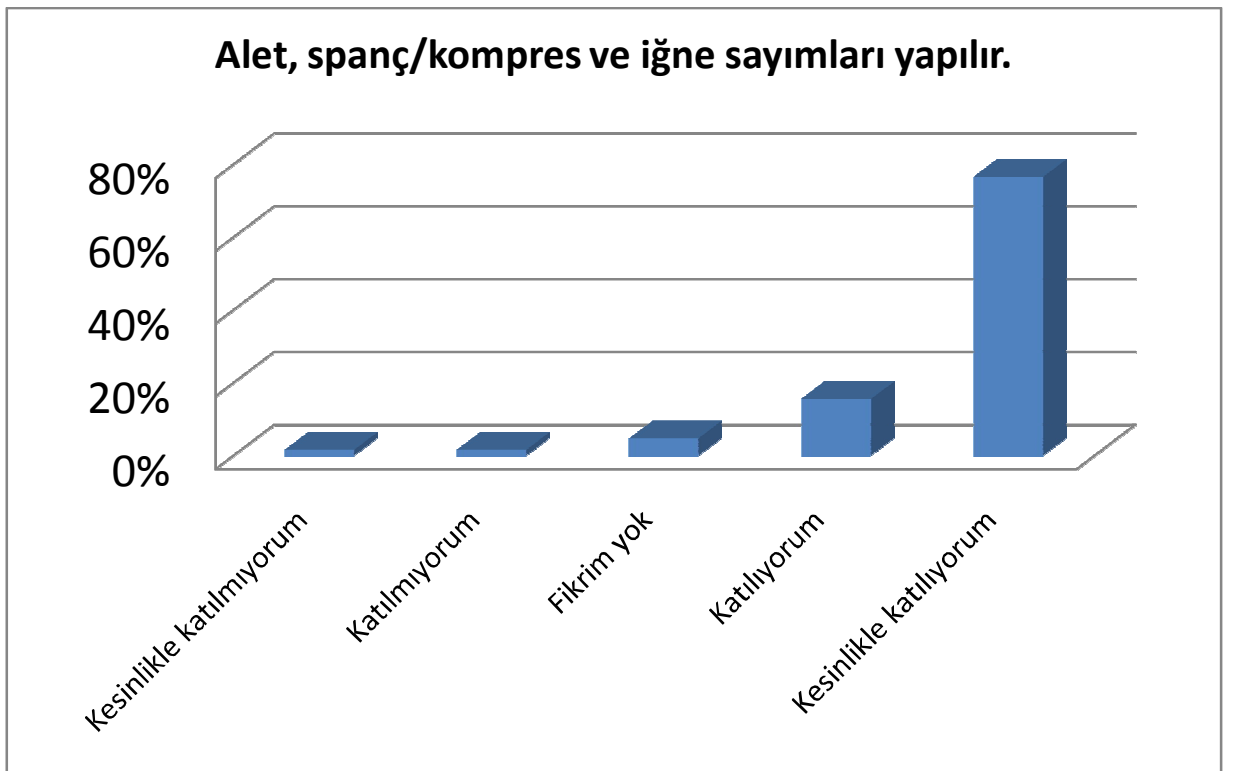


IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

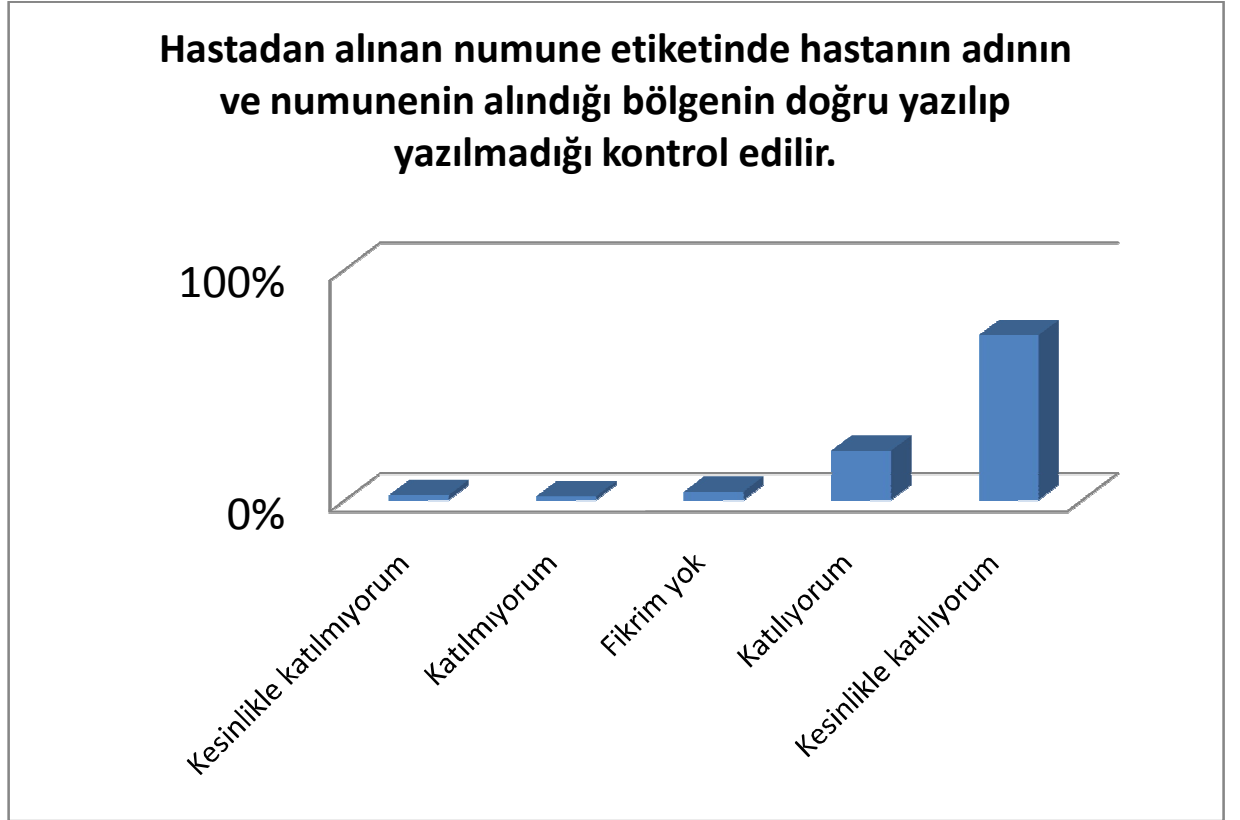
“Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak hasta, yapılan ameliyat ve ameliyat bölgesi onaylanır” görüşüne %3.1’i (n=6) kesinlikle katılmıyorum, %7.3’ü (n=14) katılmıyorum, %9.4’ü (n=18) fikrim yok, %24’ü (n=46) katılıyorum, %56.3’ü (n=108) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



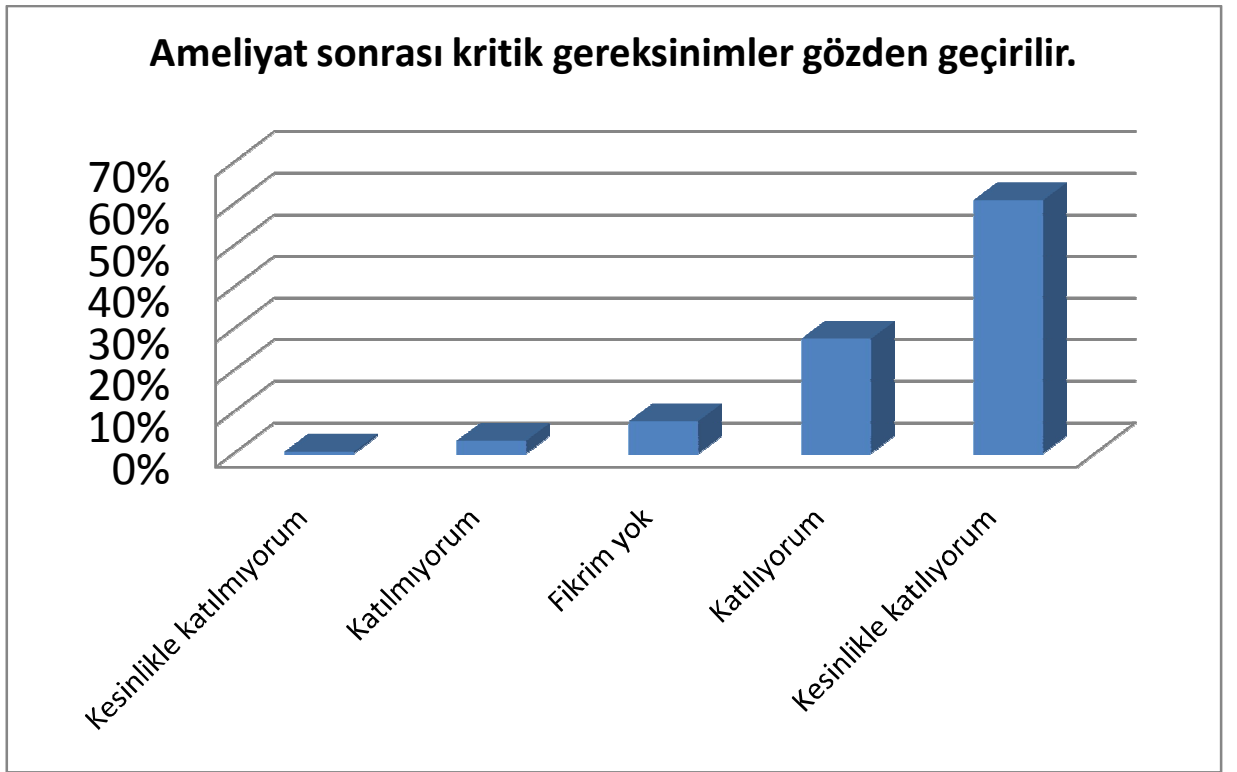
“Alet, spanç /kompres ve iğne sayımları yapılır” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum, %4.7’si (n=9) fikrim yok, %15.6’sı (n=30) katılıyorum, %76.6’sı (n=147) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



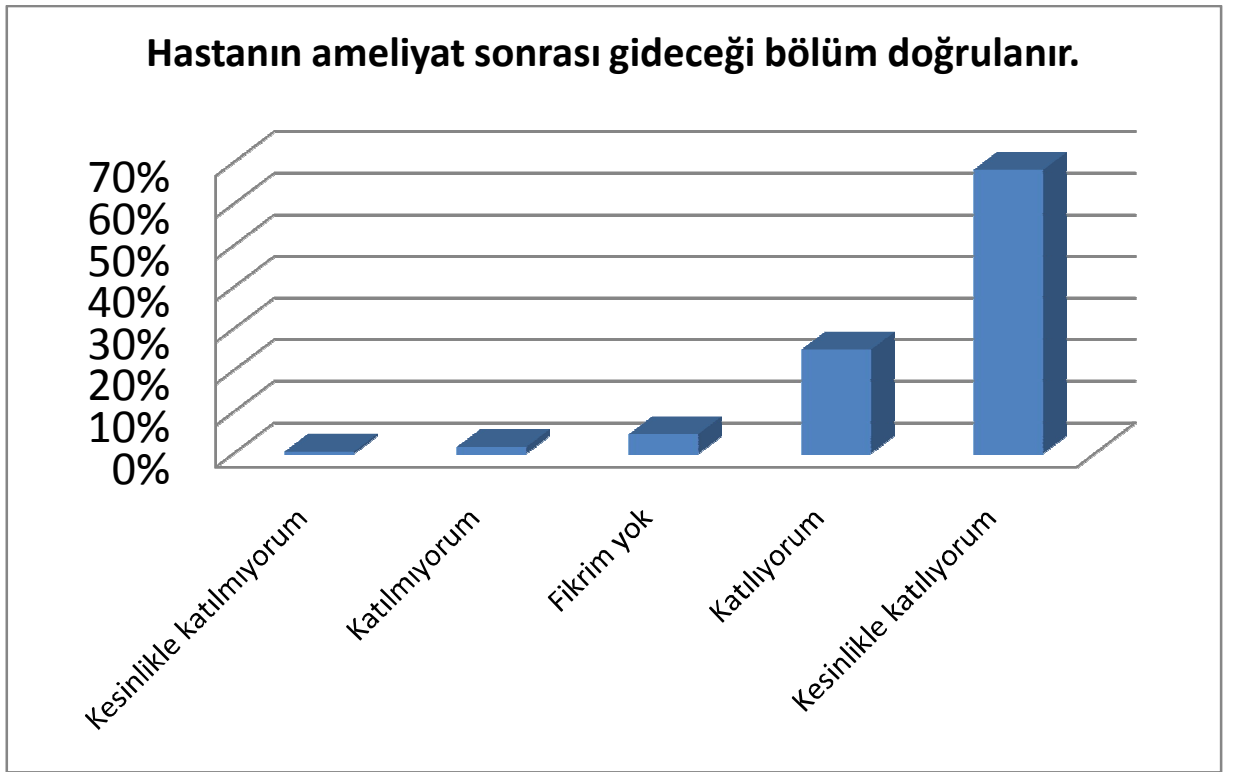
“Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin doğru yazılıp yazılmadığı kontrol edilir” görüşüne %2.1’i (n=4) kesinlikle katılmıyorum, %1.6’sı (n=3) katılmıyorum, %3.6’sı (n=7) fikrim yok, %21.4’ü (n=41) katılıyorum, %71.4’ü (n=137) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir” görüşüne %0.5’i (n=1) kesinlikle katılmıyorum, %3.1’i (n=6) katılmıyorum, %7.8’i (n=15) fikrim yok, %27.6’sı (n=53) katılıyorum, %60.9’u (n=117) kesinlikle katılıyorum yanıtı vermiştir.

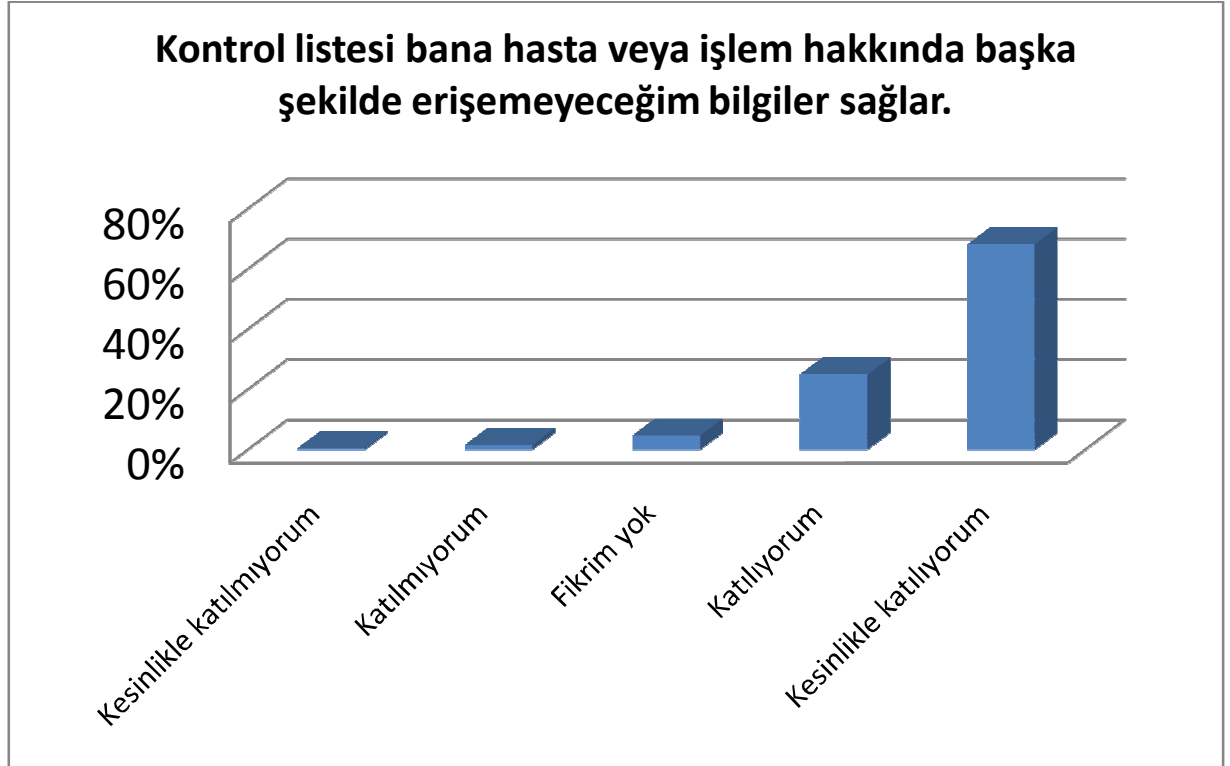


“Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm doğrulanır” görüşüne %0.5’i (n=1) kesinlikle katılmıyorum, %1.6’sı (n=3) katılmıyorum, %4.7’si (n=9) fikrim yok, %25’i (n=48) katılıyorum, %68.2’si (n=131) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

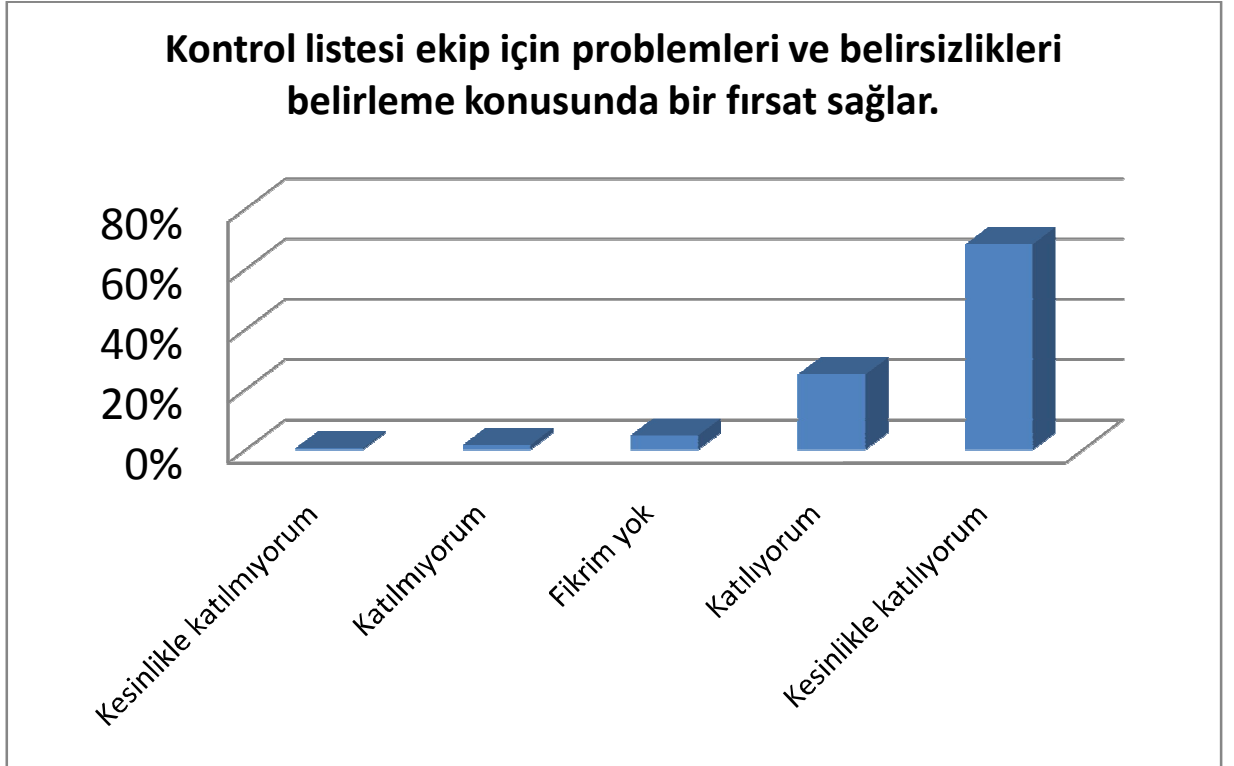


Genel Düşünceler

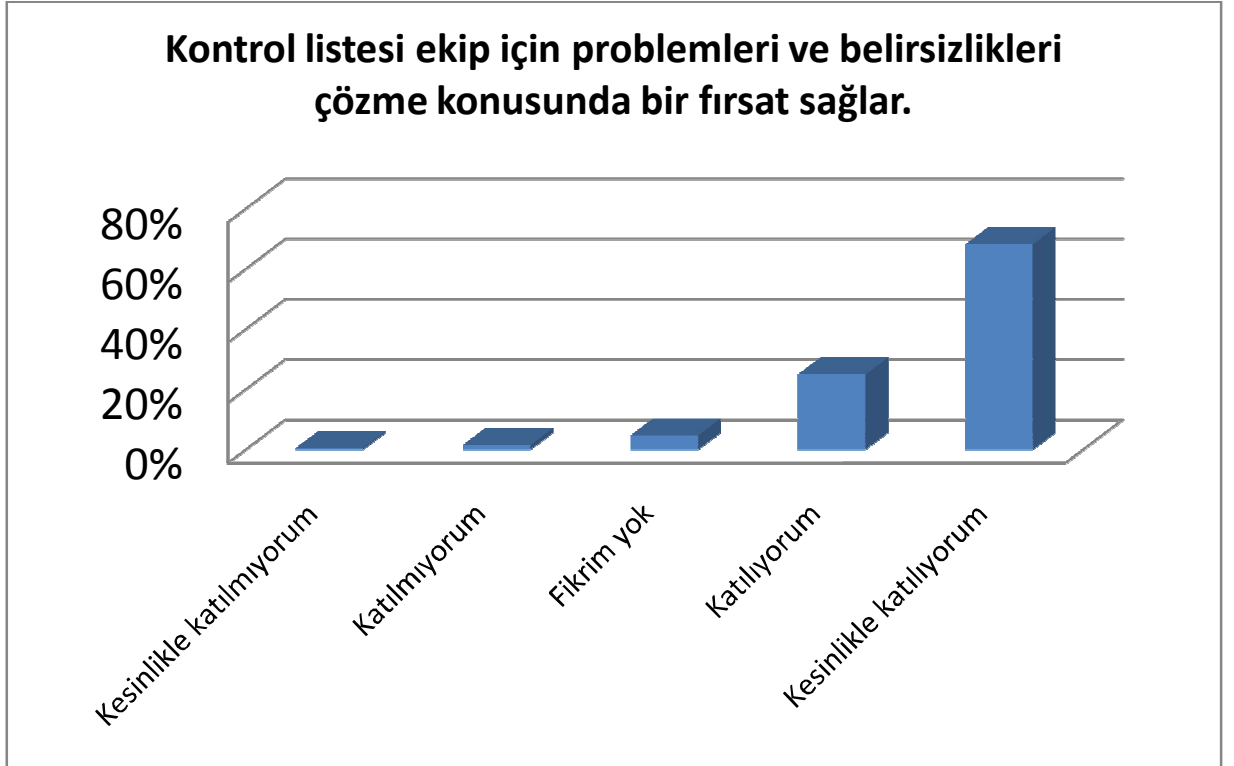
“Kontrol listesi bana hasta veya işlem hakkında başka şekilde erişemeyeceğim bilgiler sağlar” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %4.7’si (n=9) katılmıyorum, %12’si (n=23) fikrim yok, %29.7’si (n=57) katılıyorum, %52.1’i (n=100) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



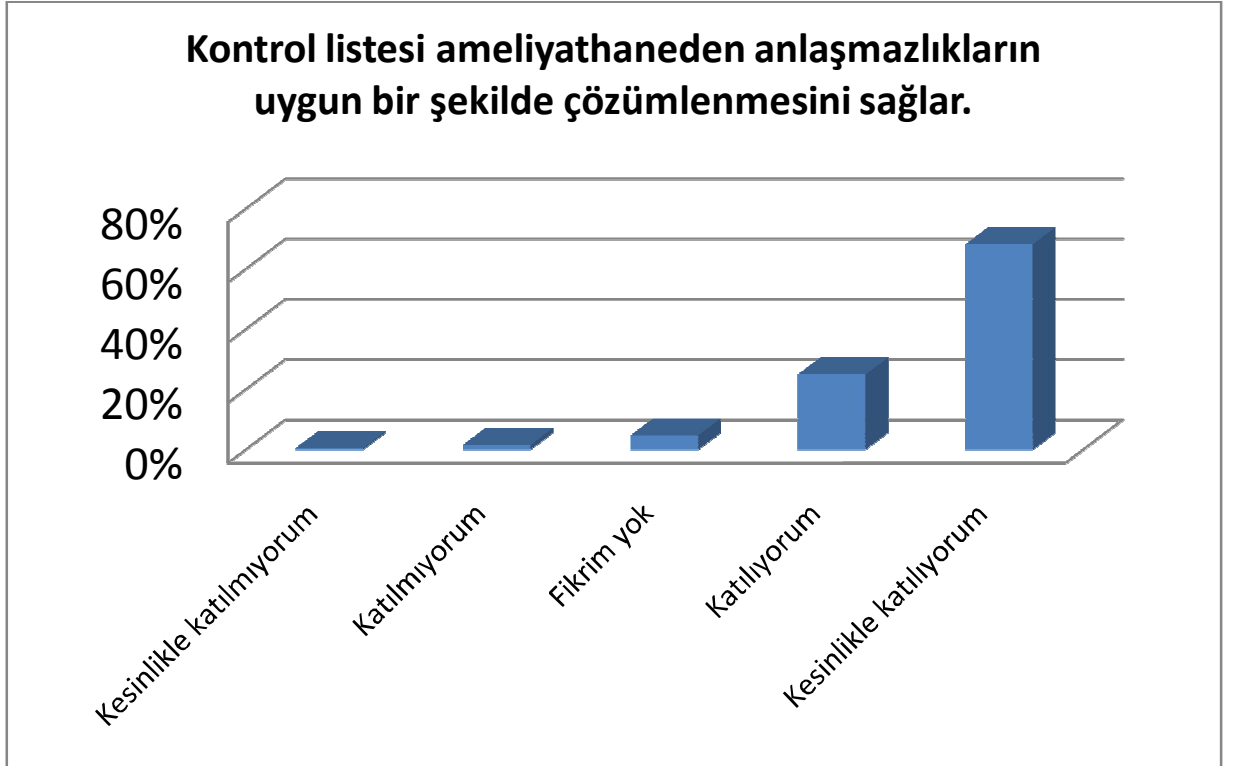
“Kontrol listesi ekip için problemleri ve belirsizlikleri belirleme konusunda bir fırsat sağlar” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %4.2’si (n=8) katılmıyorum, %10.9’u (n=21) fikrim yok, %27.6’sı (n=53) fikrim yok, %54.7’si (n=106) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Kontrol listesi ekip için problemleri ve belirsizlikleri çözme konusunda bir fırsat sağlar” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %4.7’si (n=9) katılmıyorum, %10.9’u (n=21) fikrim yok, %29.7’si (n=58) katılıyorum, %52.1’i (n=101) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



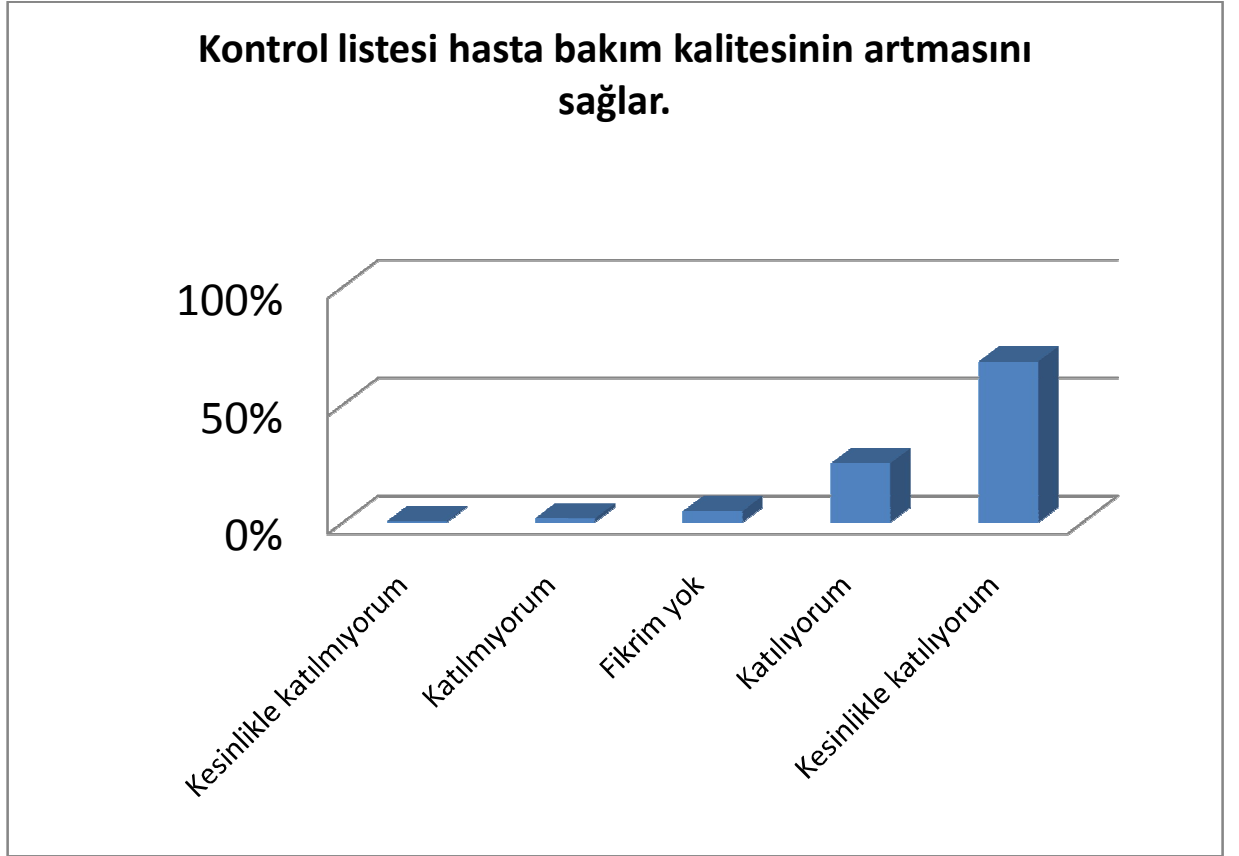
“Kontrol listesi ameliyathaneden anlaşmazlıkların uygun bir şekilde çözümlenmesini sağlar” görüşüne %2.6’sı (n=5) kesinlikle katılmıyorum, %6.3’ü (n=12) katılmıyorum, %8.3’ü (n=16) fikrim yok, %29.7’si (n=58) katılıyorum, %52.6’sı (n=101) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



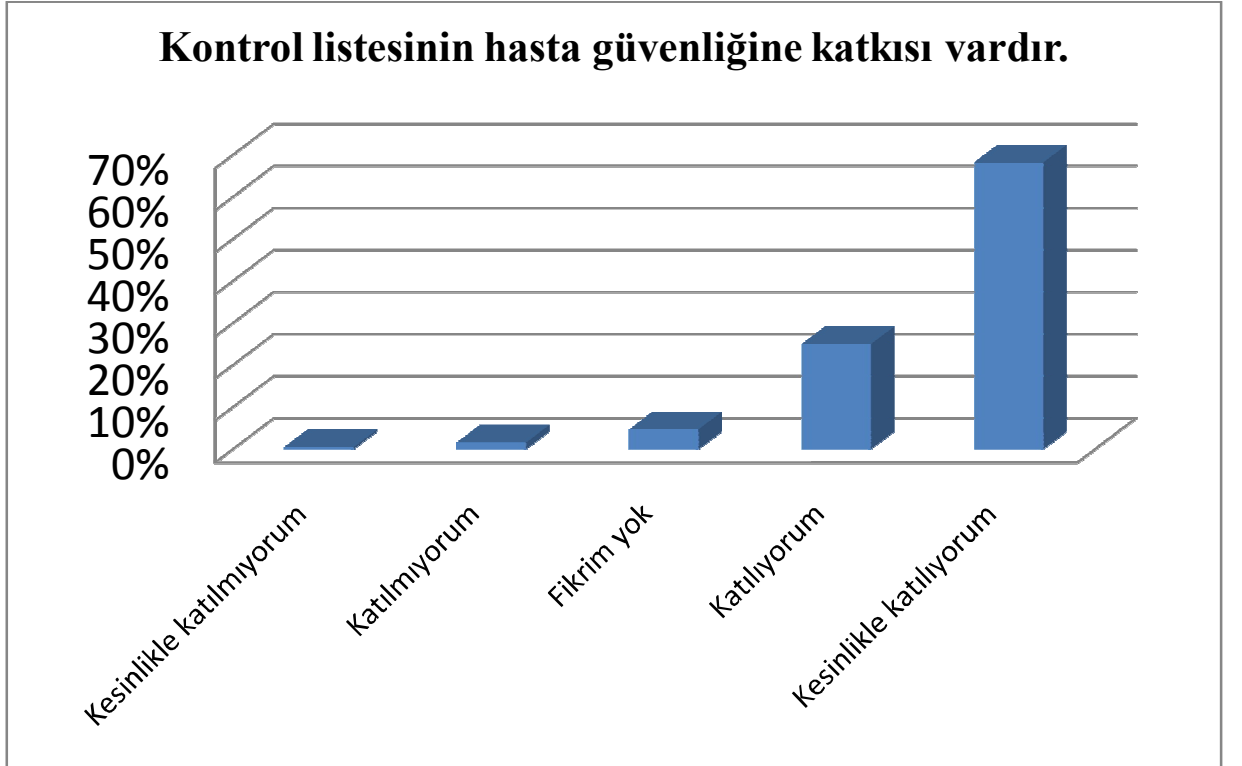
“Kontrol listesi anlaşılmayan bir şey olduğunda soru sorma kolaylığı sağlar” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %3.1’i (n=6) katılmıyorum, %8.3’ü (n=16) fikrim yok, %31.3’ü (n=61) katılıyorum, %55.2’si (n=106) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



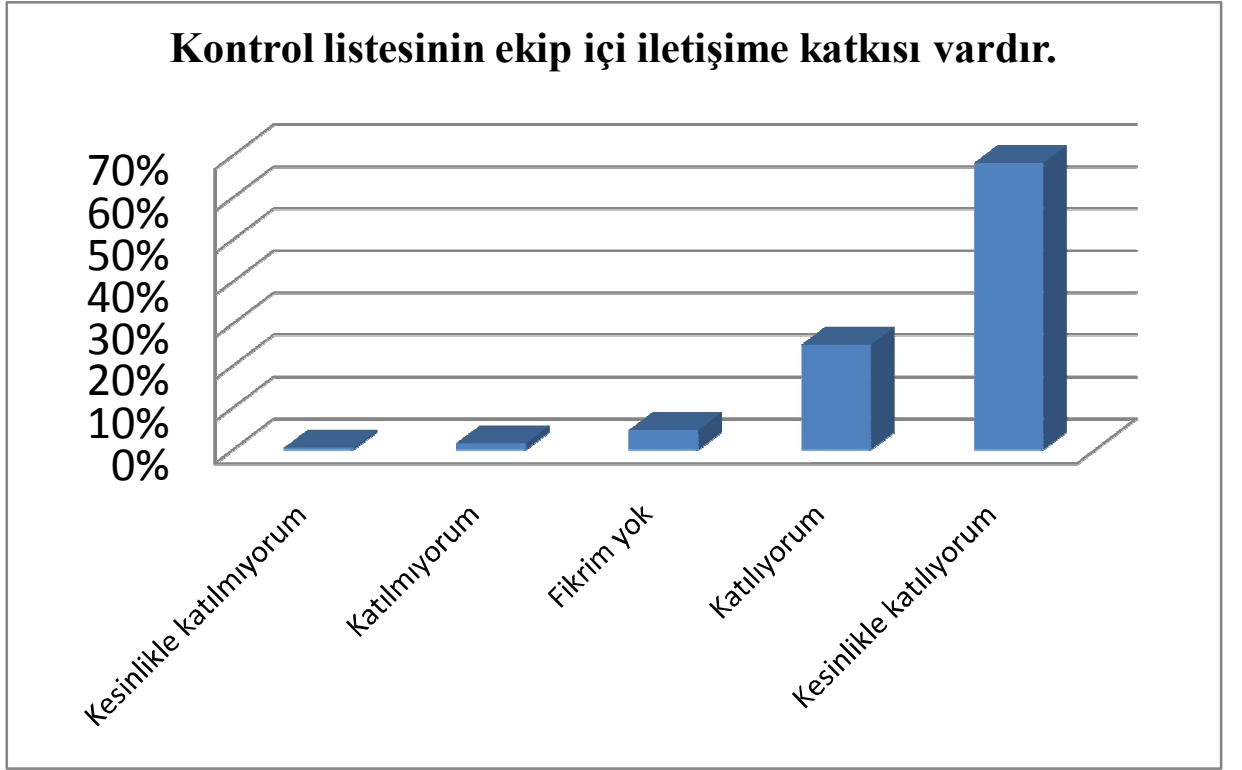
“Kontrol listesi hasta bakım kalitesinin artmasını sağlar” görüşüne %1’i (n=2) kesinlikle katılmıyorum, %1.6’sı (n=3) katılmıyorum, %7.3’ü (n=14) fikrim yok, %27.6’sı (n=53) katılıyorum, %62.5’i (n=120) kesinlikle katılıyorum yanıtı vermiştir.



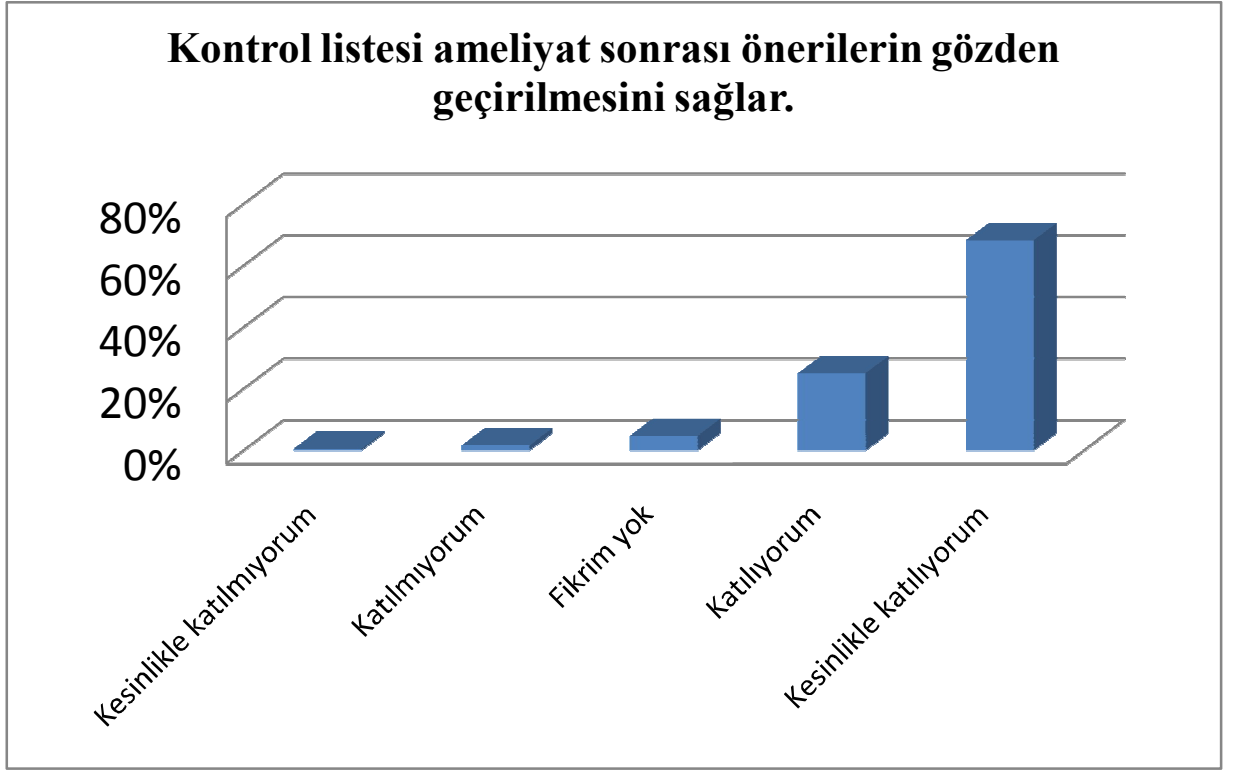
“Kontrol listesinin hasta güvenliğine katkısı vardır” görüşüne %1’i (n=2) kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum, %5.7’si (n=11) fikrim yok, %28.6’sı (n=55) katılıyorum, %63.5’i (n=122) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



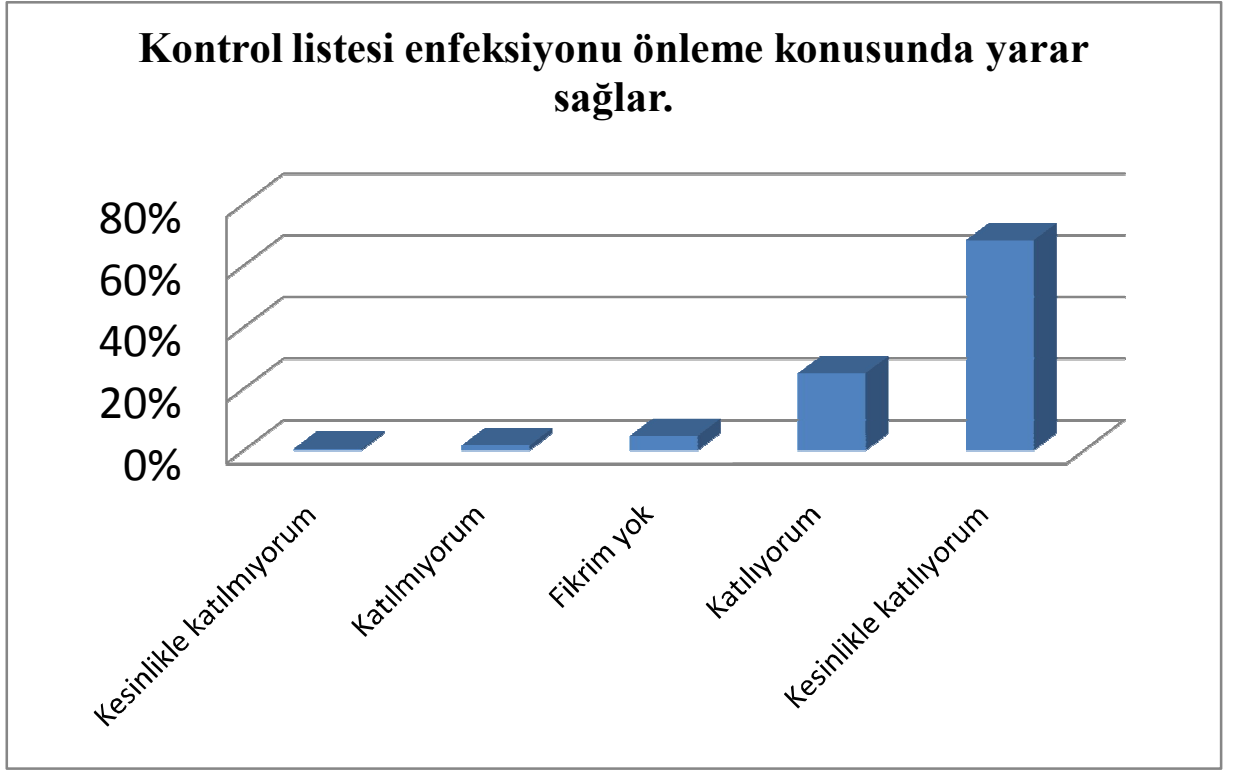
“Kontrol listesinin ekip içi iletişime katkısı vardır” görüşüne, %0.5’i (n=1) kesinlikle katılmıyorum, %3.6’sı (n=7) katılmıyorum, %9.9’u (n=19) fikrim yok, %27.1’i (n=53) katılıyorum, %58.3’ü (n=112) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Kontrol listesi ameliyat sonrası önerilerin gözden geçirilmesini sağlar” görüşüne %2.1’i (n=4) kesinlikle katılmıyorum, %3.1’i (n=6) katılmıyorum, %8.3’ü (n=16) fikrim yok, %29.7’si (n=58) katılıyorum, %56.3’ü (n=108) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



“Kontrol listesi enfeksiyonu önleme konusunda yarar sağlar” görüşüne %1.6’sı (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %7.8’ine (n=15) katılmıyorum, %9.9’una (n=19) fikrim yok, %25.5’ine (n=49) katılıyorum, %55.2’sine (n=106) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.



3.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler İle Cinsiyetin Karşılaştırılması

Cinsiyete göre görüşlerin dağılımı incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.705>0.05$).

3.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görüşler ile eğitim durumunun dağılımı incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.163 >0.05$).

3.5. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler İle Ameliyathane Ekibinin Mesleklerinin Karşılaştırılması

Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görüşler ile meslek durumunun dağılımı incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0.000 <0.05$).

Meslek gruplarına Bonferroni düzeltmesi yapılarak bakıldığında bu farkın hemşire grubundan kaynaklı olduğu görülmektedir ($p <0.008$).Güvenli cerrahi kontrol listesine ameliyathanede görev alan hemşire grupları olumlu bakmaktadır.

3.6. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler İle Ameliyathane Ekibinin Meslekte Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması

Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görüşler ile meslekte çalışma sürelerinin dağılımı incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0.000 <0.05$).

Meslekte çalışma sürelerine Bonferroni düzeltmesi yapılarak bakıldığında bu farkın 0-4 yıl arasında çalışan gruptan kaynaklı olduğu görülmektedir (Bonferroni α

= 0.017). 0-4 yıl arasında meslekte görev alanların puan ortalamaları en düşük olarak saptanmıştır.

3.7. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler İle Ameliyathane Ekibinin Ameliyathanede Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması

Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görüşler ile ameliyathanede çalışma sürelerinin dağılımına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0.001 <0.05$).

Bu farkın 0-2 yıl ve 9 yıl ve üzeri gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır (Bonferroni; $p <0.008$). 0-2 yıl arası ameliyathanede görev alanların puan ortalamaları en düşük, 9 yıl ve üzeri yıldır ameliyathanede çalışanların puan ortalamalarının en yüksek olarak belirlenmiştir.

3.8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkındaki Görüşler İle Ameliyathane Ekibinin Kontrol Listesi İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görüşler ile hizmet içi eğitim alma durumlarına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.000 <0.05$).

Konu hakkında hizmet içi eğitim alan ameliyathane ekibinin puan ortalamaları almayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur.

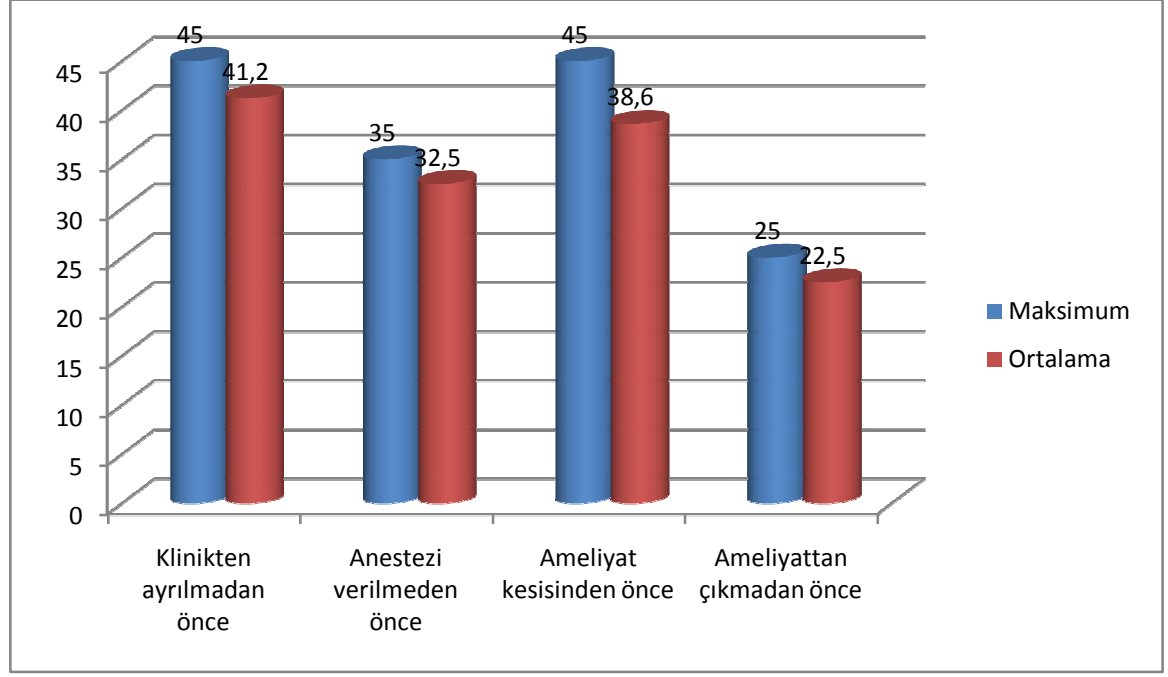
3.9. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Alt Puanlarına Göre Karşılaştırması

Tablo 10: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Alt Puanlarına Göre Değerleri

Alt Puanlar	Min Puan	Max Puan	Sayı	Min Değer	Max Değer	Ortalama	Standart
Klinikten Ayrılmadan Önce	9	45	192	20	45	41.1771	5.48199
Anestezi Verilmeden Önce	7	35	192	8	35	32.4480	4.20711
Ameliyat Kesisin den Önce	9	45	192	9	45	38.6250	6.66985
Ameliyattan Çıkmadan Önce	5	25	192	6	25	22.4948	3.40464
Toplam	30	150	192	43	150	134.7449	19.76359

	Min Puan	Max Puan	Sayı	Min Değer	Max Değer	Ortalama	Standart
Form Hakkında Genel Düşünceler	10	50	192	10	50	43.2865	8.24407

Güvenli cerrahi kontrol listesi ile ilgili görüşlere verilen cevaplar beşli likert tipi ölçek ile puanlandırılmış olup minimum ve maksimum puanlar tablo 11 de belirtilmiştir. Çalışmada formun her aşaması ayrı ayrı puanlandırılmış olup toplam puan 134.7449 dur. Tablo 11 de bölümlere göre toplam puanlar verilmiş, ameliyattan çıkmadan önce bölümünde en düşük ortalama görülmüştür. Form hakkında sağlık personelinin genel düşüncelerine bakıldığında ise ortalama puan 43,2865 olarak saptanmıştır.



3.10. Ameliyathane Ekibinin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumları İle Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

3.10.1. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu İle “Klinikten Ayrılmadan Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması

Hizmet içi eğitim alma durumu ile “Klinikten Ayrılmadan Önce” alt boyutunun durumuna bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.067>0.05$).

3.10.2. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu İle “Anestezi Verilmeden Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması

Hizmet içi eğitim alma durumu ile “Anestezi Verilmeden Önce” alt boyutunun durumuna bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.022 <0.05$).

Hizmet içi eğitim alan grubun puan ortalaması almayan gruba göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

3.10.3. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu İle “Hastanın Risk Değerlendirmesi” Alt Boyutunun Karşılaştırılması

Hizmet içi eğitim alma durumu ile “Hastanın Risk Değerlendirmesi” alt boyutunun durumuna bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0.002 < 0.05$).

Hizmet içi alan grubun puan ortalaması almayan gruba göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

3.10.4. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu İle “Ameliyat Kesisinden Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması

Hizmet içi eğitim alma durumu ile “Ameliyat Kesisinden Önce” alt boyutunun durumuna bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0.000 < 0.05$).

Hizmet içi alan grubun puan ortalaması almayan gruba göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

3.10.5. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu İle “Ameliyattan Çıkmadan Önce” Alt Boyutunun Karşılaştırılması

Hizmet içi eğitim alma durumu ile “Ameliyattan Çıkmadan Önce” alt boyutunun durumuna bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0.000 < 0.05$).

Hizmet içi alan grubun puan ortalaması almayan gruba göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

3.10.6. Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu İle “Genel Düşünceler” Alt Boyutunun Karşılaştırılması

Hizmet içi eğitim alma durumu ile “Genel Düşünceler” alt boyutunun durumuna bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.000<0.05$).

Hizmet içi alan grubun puan ortalaması almayan gruba göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Ameliyathanelerin, hasta bağımlılığının üst düzeyde olduğu, yoğun stresin yaşandığı, doğru ve yerinde kararların hızla uygulanmasının yaşamsal önem taşıdığı, ekip çalışmasının üst düzeyde gerçekleştirildiği, yüksek teknoloji ile geliştirilen araç-gereçlerin ve yeni bilgilerin ışığında yeni tekniklerin kullanıldığı alanlar olduğu bilinmektedir (22).

Çalışmamızda güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görüşler ile ameliyathanede çalışma sürelerinin dağılımına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001 < 0.05$). Bu farkın 9 yıl ve üzeri gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır. 9 yıl ve üzeri yıldır ameliyathanede çalışanların puan ortalamaları en yüksek olarak belirlenmiştir.

Beklenen ve doğal olan sonuç üzerinde, çalışanların bilgi, beceri ve deneyimlerinin artması, aidiyet duygusu ve pozisyonlarındaki güçlenmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Bilgi eksikliğini hisseden çalışan, yaptığı işin doğruluğundan emin olmadığı için tedirginliği çalışma ortamına yansıyacak ve çalışma hayatında ortam rahat ve huzurlu olmayacaktır. Çalışanlar ortamdaki etkilenecekleri için, böyle ortamlarda yürütülen işlerde hata sayısı da artacaktır. Hizmet içi eğitim programları ile çalışanların eğitimlerine ağırlık verilerek son gelişmeleri izlemeleri sağlanmalıdır (29).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %57,8'inin güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında hizmet içi eğitim aldığı görülmüştür. Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görüşler ile hizmet içi eğitim alma durumlarına bakıldığında; istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.000<0.05$). Konu hakkında hizmet içi eğitim alan ameliyathane ekibinin puan ortalamaları, almayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur.

Literatür bilgilerini de destekleyen bu sonuç, hizmet içi eğitimin ne denli önemli ve gerekli olduğunu gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir (29).

Ülkemizde güvenli cerrahi kontrol listesi ile ilgili fazla sayıda çalışma olmadığından bu çalışmanın bulguları diğer çalışmalar ile karşılaştırılıp tartışılmamıştır. Bu çalışma bu alanda yapılacak olan diğer çalışmalara temel veri sağlayıp ilerideki çalışmalara ışık tutması ümit edilmektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamına İzmir ilindeki Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanan 7 araştırma ve uygulama hastanesi alınmıştır. Çalışma Ocak 2012- Mayıs 2012 tarihleri arasında belirlenen hastanelerin ameliyathanelerinde görev alan 192 sağlık personelinin güvenli cerrahi kontrol listesi ile ilgili görüşleri alınarak oluşturulmuştur. Form hakkındaki genel görüşler olumlu ve yüksektir (ortalama = 43,2865).

Güvenli cerrahi kontrol listesi formunun beşli likert tipi ölçek ile puanlandırılması sonucunda ortalama olarak en düşük puanın ameliyattan çıkmadan önce (ortalama = 22,4948) aşaması, en yüksek puanın klinikten ayrılmadan önce aşaması (ortalama = 41,1771) olduğu saptanmıştır. Form hakkındaki görüşler 150 puan üzerinden toplam olarak 134.7449 puan olarak bulunmuş, genel olarak değerlendirildiğinde ise sağlık çalışanlarının forma olumlu baktığı görülmüştür.

Güvenli cerrahi kontrol listesinin ameliyathanelerdeki kullanımına yönelik olarak meslek grupları incelendiğinde kontrol listesine en olumlu bakan ekip üyelerinin hemşire grupları olduğu görülmüştür. Ekibin meslekte çalışma sürelerine bakıldığında 0-4 yıl arası çalışanların puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Yine aynı şekilde ekibin ameliyathanede çalışma sürelerine bakıldığında 0-2 yıldır ameliyathanede çalışanların puan ortalamalarının en düşük, 9 yıl ve üzeri yıldır ameliyathanede çalışanların puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında hizmet içi eğitim alan ameliyathane ekibinin puan ortalamaları konu hakkında eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak ameliyathane ekibinin sürekli olarak eğitim gereksinimlerine yönelik yeni ve etkin bir şekilde geliştirilip, bu

eğitim programlarının periyodik olarak tekrarlanması sağlanmalıdır. Ayrıca bu konuyla ilgili daha geniş tabanlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

ÖZET

Bu çalışma; İzmir ilindeki Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanan Araştırma ve Uygulama Hastanelerinin ameliyathanelerinde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması konusunda ameliyathane ekibinin düşüncelerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma İzmir ilindeki Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanan 7 araştırma ve uygulama hastanelerinde Ocak 2012 – Mayıs 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmada toplamda 370 kişi olan sağlık personelinden bir kısmının bireysel olarak çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, yıllık izin, rapor gibi nedenlerden dolayı çalışmaya katılmaması dışında 192 kişiye ulaşılarak (katılım oranı % 51,8) yapılmıştır.

Veriler 9 maddeden oluşan sağlık çalışanlarının tanımlayıcı bilgileri ve 40 maddeden oluşan güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında ekibin görüşleri formları ile toplanıp SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamındaki veriler sayı, yüzde, Man Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.

Güvenli cerrahi kontrol listesinin ameliyathanelerdeki kullanımına yönelik olarak meslek grupları incelendiğinde kontrol listesine en olumlu bakan ekip üyelerinin hemşire grupları olduğu görülmüştür. Güvenli cerrahi kontrol listesi hakkında hizmet içi eğitim alan ameliyathane ekibinin puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Kısa süre ameliyathanede çalışanların puan ortalamaları en düşük, uzun yıllardır ameliyathanede çalışanların puan ortalamaları en yüksek olarak belirlenmiştir.

SUMMARY

This study has been designed to scrutinize the thoughts of operation-room team related to application of the Safe Surgical Control List in the operation rooms of Research and Application Hospitals in İzmir, using Safe Surgical Control List.

Research was carried out in 7 Research and Application Hospitals in İzmir that use Safe Surgical Control List between January 2012 and May 2012 Study was performed by reaching 192 individuals (participation rate is 51.8 %) since among the total of 370 individuals some of the health personel failed to participate due to the reasons such as rejection, annual leave and sick report.

Data were collected trough the questionnaires related to demographic information of health personel (comprised of 9 items) and team's thoughts related to Safe Surgical Control List (comprised of 40 items) and assessed in SPSS 16.0 program. The data in the scope of research were analyzed through number, percentage Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests.

When occupational groups were investigated related to the use of Safe Surgical Control List in operation rooms, it was found that among the team members who most positively viewed the control list were nurse groups. The means cores of operation-room crew who received on the job training concerning Safe Surgical Control List were found higher than of those who did not receive. Those who worked in operation room in a short time had the lowest mean scores where as those who worked many years had the highest means cores.

BÖLÜM VII

KAYNAKÇA

1. Acıbadem Hemşirelik, Aralık 2012, Bakanlık “daha az hata” için güvenli cerrahi kontrol listesi yayınladı, Sayı 53
(www.acibademhemsirelik.com/e-dergi) (Erişim Tarihi: 20/02/2012)
2. Akalın E., 2004, Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?, ANKEM Dergisi, 18 (Ek 2): 12-13
3. Akyasan S., Bahar Z., Bayık A., 2004, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri
4. Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, 2 Ekim 2010, İzmir
5. Bal E.İ., 2005, Akreditasyon İçinde Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği, Sağlıkta Umut Vakfı Sağlık Zirvesi (<http://www.suvak.org.tr/>) (Erişim Tarihi: 12/01/2012)
6. Berwick D.,2003, Errors Today and Error Tomorrow, New England Journal Medicine, 348; 2570
7. Canakay E.,26-28 Nisan 2006, Müzik Teorisi Dersine İlişkin Tutum Ölçeği Geliştirme, Ulusal Müzik Eğitimi Sempozyumu Bildirisi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Denizli
8. Cooper JB, Newbower RS, Long CD.,Mc Peek B., 1978, Preventable Anesthesia Mishaps; A Study of Human Factors, Anesthesiology;49:399-406
9. Cooper MD, 2000, Towards A Model of Safety Culture, Safety Science,
10. Çakar T., 2011, Güvenli Cerrahi, İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, HKS Eğitim Semineri, Trabzon

11. akır A., 2007, Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, Yüksek Lisans Tezi
12. akır A., Tütüncü ., 2009, Kırılmaz H. (Ed.), İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Sayfa:189
13. akır Z., 2009, Kırılmaz H. (Ed.), Hasta Gözüyle Hasta Güvenliği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Sayfa: 145
14. ırpı F., Merih Y., Kocabey M.Y., 2009, Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki GörüŐlerinin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2, Sayı:3
15. Dursun S., Bayram N., Aytaç S., 2010, Hasta Güvenliği Kültürü zerine Bir Uygulama, Cilt 8, Sayı 1
16. Eroğlu E., Berk Y., ksz A., Keser N., Mercan F., Kırılmaz H. (Ed.), Sağlık alıŐanlarının Hata Bildirimi Alanında EĞitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Sayfa: 76
17. Ertan A.,2006, Adli Tıp Kurumu'nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve nlenebilirliği, M.. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul
18. Filiz E., 2009, Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık alıŐanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya

19. Gannon K.,1991, Mortality Associated with Anaesthesia, A Case Review Study, Anaesthesia, 46:962-926
20. Gökdoğan F., Yorgun S., 2010, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13:2
21. Güleç S., Gökmen H., (Ed. Kırılmaz H.), Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Sayfa: 166
22. Gümüşkaya O., 2010, Ameliyathane Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
23. Haynes A.,Weiser T., Berry W., Lipsitz S., 2009, A Surgical Safety Checklist To Reduce Morbidity And Mortality In A Global Population, The New England Journal Of Medicine, Volume 360:491-499,
24. Joint Commission, Sentinel Event Statics, 2006, (<http://www.jointcommission.org/>) (Erişim Tarihi: 26/12/2011)
25. Köklü N., Tutumların Ölçülmesi ve Likert Tipi Ölçeklerde Kullanılan Seçenekler, (<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/486/5698.pdf>) (Erişim tarihi: 18/10/2011)
26. Köse İ., Baysal Z., Özmen N., Kırılmaz H. (Ed.), Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Uygulamaları “Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi”, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Sayfa: 179
27. Lingard L.,Orser B., Doran D., 2008, Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures In Communication, 143(1):12-17, (WWW.ARCHSURG.COM)


28. National Patient Safety Foundation, July 2003
(www.npsf.org) (Erişim Tarihi: 28/11/2011)
29. Önler E., 2010, Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul
30. Patient Safety,
(http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/endorsements_received)
WHO, (Erişim tarihi: 16/11/2011)
31. Patient Safety, Surgical Safety Web Map, 2011
(<http://maps.cga.harvard.edu:8080/Hospital/>) (Erişim tarihi: 16/11/2011)
32. Pauniah S., Lepojarvi M., Peltomaa K., Saario I., Isojarvi A., Malmivaaro A., 2009, A Surgical Checklist Increases Patient Safety
33. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011, Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi Uygulama Kılavuzu
34. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Kurumlarımızın Faydalanabileceği "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" yayınlanmıştır
(<http://www.performans.saglik.gov.tr/indexindex.php?pid=46&mNewsDetail=66>) (Erişim tarihi: 02/11/2011)
35. Pool S., 2009, Surgical Safety Checklists: A Gateway to Patient Safety,
(www.ORNurseJournal.com)
36. Prins H., 2010, The New England Journal of Medicine, Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes, 363;20
37. Safe Surgery Saves Lives Frequently Asked Questions
(http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/) (Erişim tarihi: 16/11/2011)

38. Sağlıkta Nabız Dergisi, 2010, Cilt:7, Sayı: 25
(<http://www.nabizdergisi.org/pdf/25Sayi.pdf>) (Erişim Tarihi: 18/11/2011)
39. Saraç A., 2009, Trabzon İl Merkezinde Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları, Hasta Güvenliği ve Kendi Hakları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon
40. Seiden S.C., Barach P., 2006, Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events: Are They Preventable?, Archives of Surgery, 141:931-939
41. Semel M., Resch S., 2010, Adopting A Surgical Safety Checklist Could Save Money and Improve The Quality of Care In U.S. Hospitals, No:9, 1593-1599
42. Serbest Ş., 2010, Sağlıkta Stratejik Hedef = Hasta Güvenliği
(http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/hasta%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi_dergi_sehriban.pdf)
43. Surgical Safety Checklist, First Edition, WHO
(www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_adaptation.pdf) (Erişim tarihi: 12/10/2011)
44. Şen S., Er S., Sevil Ü., 2009, Kırılmaz H. (Ed.), Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara
45. The Surgical Safety Checklist: A Must For Hospitals Performing Surgery, 2009 April, Information And Privacy Commissioner Of Ontario
46. Türkmen E., Baykal Ü., Seren Ş., Altuntaş S., 2011, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14:4

47. Yavuz M., 2010, DSÖ'nün "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı" Kampanyası
(<http://www.medimagazin.com.tr/authors/meryem-yavuz/tr-dsonun-guvenli-cerrahi-hayat-kurtarir-kampanyasi-72-101-2595.html>)(Erişim Tarihi: 20/12/2011)
48. Yavuz M., 2010, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
(<http://www.medimagazin.com.tr/authors/meryem-yavuz/tr-guvenli-cerrahi-kontrol-listesi-72-101-2638.html>) (Erişim Tarihi: 20/12/2011)
49. Yavuz M., 2012, Hasta Güvenliği, Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, Adana
50. Yorgun S., Kayabaş M., Yapıcı M., Kırılmaz H. (Ed.), Hizmet Kalitesi Standartlarına Geçişte Hasta Güvenliği Farkındalığı ve Uygulamaları "Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi", Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Sayfa: 51

EKLER


EK I

 <h3>GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ^{TR}</h3>		Hastanın Adı Soyadı	
		Ameliyat/Bölgesi	
		Ameliyat Tarihi	
I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce
<p>1. Hastanın;</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı.</p> <p>2. Hastanın rzası kontrol edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3. Hasta acı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>4. Ameliyat bölgesi ırsı yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>5. Hastada makya/oje, protez, değerli esya var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat örtüğü ve bonesi giydirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu</p> <p><input type="checkbox"/> Varis Çorabı <input type="checkbox"/> Özel Tedavi protokolü</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8. Ameliyat için gerekli olacak özel matzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>10. Hastanın kendisinden</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın ameliyatı ile ilgili rzası Doğrulandı.</p> <p>11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretlenme uygulanamaz</p> <p>12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Hastanın Risk Değerlendirmesi</p> <p>14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok</p> <p><input type="checkbox"/> Var; uygun damar yolu enjimi ve sıvı planlandı.</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi</p> <p><input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar</p> <p><input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>20. Profilaktik antibiyotik sorulandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı</p> <p><input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>21. Kullanılacak matzemeler hazır mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22. Matzemelerin sterilizasyonu uygun mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>24. Antikoagülan kullanımı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta,</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat,</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi.</p> <p>27. Alet, spanc/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>28. Hastadan alınan numune etiketinde</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı</p> <p><input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Anestezistin önerileri:</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p>30. Hastanın ameliyat sonrası qıdeceği bölümü teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

EK II

	ANESTEZİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ TR	Hastanın Adı Soyadı	
	Protokol No		
	Ameliyatı		
	Ameliyat Tarihi		

RİSK FAKTÖRLERİ				EKİPMAN			
ASA	1	<input type="checkbox"/>		Havayolu (Airway)	Var ve Çalışıyor?	Evet	Hayır
	2	<input type="checkbox"/>			Maske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>			Airway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>			Larngoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	<input type="checkbox"/>			Endotrakeal Tüpler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>			Mandren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALLOPATİ SINIFLAMASI					Evet	Hayır	
							
<input type="checkbox"/> Sınıf 1	<input type="checkbox"/> Sınıf 2	<input type="checkbox"/> Sınıf 3	<input type="checkbox"/> Sınıf 4	Solunum (Breathing)	Kaçak (300ml/dk taze hava akımı 30 cmH2O basınç sağlar) var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Sodalim'da renk değişikliği var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Sirkülatuar sisteme çift balon testi uygulandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Aspiratör (SuCTION) Çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				İlaç ve Malzeme (Drugs and Device)		Evet	Hayır
					Oksijen tüpü dolu ve kapalı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Vaporizer dolu ve yerinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Serumlar damlıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					İlaçlar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Kan ve sıvılar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Monitörün alarmı açık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Nemlendirici, Isıtıcılar, Termometre hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Var	Yok	
				Açil (Emergency)	Yardımcı kişi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Adrenalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Süksinilkolin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Ambu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Eğilim verilebilen masa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Yok	Var	Açıklama			
Aspirasyon riski		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bilinen Allerjisi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
İlaç Kullanım Öyküsü		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Eski Hastalık Öyküsü		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anormal muayene bulgularını yazınız							

EK III

Sağlık alışanlarının Tanımlayıcı Bilgileri

1)Cinsiyetiniz?

- a)Kadın b) Erkek

2)Yaşınız?

- a)18 – 30 b) 31 – 40 c) 41 – 50 d) 51 – 60 e) 61 yaş üstü

3)Medeni durumunuz?

- a)Evli b) Bekar

4)Eğitim durumunuz?

- a) Meslek lisesi b) Önlisans c) Lisans d) Lisans üstü

5) Gelir düzeyiniz?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

6) Mesleğiniz?

- a) Cerrah b) Anestezist c) Hemşire d) Anestezi teknisyeni e) Diğer....

7) Meslekte alışma süreniz?

- a) 0-4 yıl b) 5-9 yıl c) 10 yıl ve üstü

8) Ameliyathanede alışma süreniz?

- a) 0-2 yıl b) 3-5 yıl c) 6-8 yıl d) 9 yıl ve üstü

9)Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında hizmet içi eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

EK IV

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında Ekibin Görüşleri

1: tamamen katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: fikrim yok, 4: katılıyorum, 5: tamamen katılıyorum

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	I. Klinikten Ayrılmadan Önce					
1	Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi doğrulanır.	1	2	3	4	5
2	Hastanın rızası kontrol edilir.	1	2	3	4	5
3	Hastanın açlık durumu kontrol edilir.	1	2	3	4	5
4	Ameliyat bölgesi tıraşı yapılır.	1	2	3	4	5
5	Hastada makyaj, oje, protez, değerli eşya olup olmadığı kontrol edilir.	1	2	3	4	5
6	Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirilir.	1	2	3	4	5
7	Ameliyat öncesi gerekebilecek özel işlemlerin değerlendirmesi yapılır. (lavman, varis çorabı, mesane kateterizasyonu).	1	2	3	4	5
8	Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı doğrulanır.	1	2	3	4	5
9	Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcuttur.	1	2	3	4	5
	II. Anestezi Verilmeden Önce					
10	Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası alınıp doğrulanır.	1	2	3	4	5
11	Ameliyat bölgesinde işaretleme vardır.	1	2	3	4	5
12	Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlanmıştır.	1	2	3	4	5
13	Pulseoksimetre hasta üzerinde ve çalışır durumdadır.	1	2	3	4	5
	Hastanın Risk Değerlendirmesi					
14	Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı değerlendirilir.	1	2	3	4	5
15	Gerekli görüntüleme cihazları değerlendirilir.	1	2	3	4	5
16	Hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından değerlendirilir.	1	2	3	4	5

III. Ameliyat Kesisinden Önce						
17	Ekipteki kişiler kendilerini, ad, soyad ve görevleri ile tanıtlar.	1	2	3	4	5
18	Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini onaylar.	1	2	3	4	5
19	Kritik olaylar gözden geçirilir.	1	2	3	4	5
20	Profilaktik antibiyotik sorgulanır.	1	2	3	4	5
21	Kullanılacak malzemeler hazırdir.	1	2	3	4	5
22	Malzemelerin sterilizasyonu uygundur.	1	2	3	4	5
23	Kan şekeri kontrolü gereklidir.	1	2	3	4	5
24	Antikoagülan kullanımı vardır.	1	2	3	4	5
25	Derin ventrombozuprofilaksisi gereklidir.	1	2	3	4	5
IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce						
26	Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak hasta, yapılan ameliyat ve ameliyat bölgesi onaylanır.	1	2	3	4	5
27	Alet, spanç /kompres ve iğne sayımları yapılır.	1	2	3	4	5
28	Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin doğru yazılıp yazılmadığı kontrol edilir.	1	2	3	4	5
29	Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir.	1	2	3	4	5
30	Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm doğrulanır.	1	2	3	4	5
Genel düşünceler						
31	Kontrol listesi bana hasta veya işlem hakkında başka şekilde erişemeyeceğim bilgiler sağlar.	1	2	3	4	5
32	Kontrol listesi ekip için problemleri ve belirsizlikleri belirleme konusunda bir fırsat sağlar.	1	2	3	4	5
33	Kontrol listesi ekip için problemleri ve belirsizlikleri çözme konusunda bir fırsat sağlar.	1	2	3	4	5
34	Kontrol listesi ameliyathaneden anlaşmazlıkların uygun bir şekilde çözülmesini sağlar.	1	2	3	4	5
35	Kontrol listesi anlaşılmayan bir şey olduğunda soru sorma kolaylığı sağlar.	1	2	3	4	5
36	Kontrol listesi hasta bakım kalitesinin artmasını sağlar.	1	2	3	4	5
37	Kontrol listesinin hasta güvenliğine katkısı vardır.	1	2	3	4	5
38	Kontrol listesinin ekip içi iletişime katkısı vardır.	1	2	3	4	5
39	Kontrol listesi ameliyat sonrası önerilerin gözden geçirilmesini sağlar.	1	2	3	4	5
40	Kontrol listesi enfeksiyonu önleme konusunda yarar sağlar.	1	2	3	4	5

EK V

Bilgilendirme ve Rıza Formu

Değerli Meslektaşımız;

“Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Konusunda Ameliyathane Ekibinin Düşüncelerinin İncelenmesi” isimli çalışma Ocak 2012 – Mayıs 2012 tarihleri arasında İzmir ilindeki Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanan Araştırma ve Uygulama Hastanelerinde ameliyathanelerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması konusunda ameliyathane ekibinin düşüncelerinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz.

İlgi ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Derya MORADİ

() Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

() Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

EK VI

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜR

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)

24.01.2012 13:53:18 / 8734

EĞİTİM

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/2
KONU: Derya MORADI
Tez Çalışması.

Kayıt yapan : NİLGÜN FİLİZ



EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ: 04.01.2012 tarih ve 94 sayılı yazınız. *izmir*

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD yüksek lisans öğrencilerinden Derya MORADI'nin "DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Konusunda Düşüncelerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Ocak-Ağustos 2012 tarihleri arasında, ilgi yazınızda belirtilen kurumlarımızda çalışma sonucunun rapor halinde Müdürlüğümüze bildirilmesi koşuluyla yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Bilgilerinize ve ilgiliye tebliği hususunda gereğini rica ederim.

Şenol SARIACI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

T.C.
İZMİR VA
İL SAĞLIK MÜ

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)
24.01.2012 13:50:25 / 8729
EĞİTİM

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.435000
KONU:Derya MORADI'nin
Tez Çalışması.

Kayıt yapan : NİLGÜN FİLİZ



.....HASTANESİ
BAŞTABIPLIĞINA

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD yüksek lisans öğrencilerinden Derya MORADI'nin "DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Konusunda Düşüncelerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Ocak-Ağustos 2012 tarihleri arasında, Kurumunuzda yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Şenol SARIYAVCI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Dağıtım: Bozyaka. Tepecik EAH, Alsancak, Karşıyaka, Buca,
Bornova Devlet Hastanesi

24.01.2012 F.APSARA KANTAR
24.01.2012 Şef.N.FİLİZ
....01.2012 Eğt.Şb.Md.Dr.S.BARAN

EK VII



T.C.
İzmir Valiliği
Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B104İSM4359403/770
Yazı İşleri
KONU : Uygulama İzni

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR



İLGİ: 30.11.2011 tarih ve 2988 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda sözü edilen enstitünüz yüksek lisans öğrencisi Derya MORADİ'nin tez çalışmasını hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuş olup, alınan karar ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Cihan ASLAN
Başhekim yardımcısı
Başhekim a.

Ek : 2 Adet

KARAR SIRA NO.	KARARA ESAS OLAN EVRAKIN			GÜNDEM
	TARİHİ	NO	NEREDEN GÖNDERİLDİĞİ	
	11/1/2012			
Toplantı Tarihi: 11/1/2012 Başkan: Bash. Prof. Dr. M. Demirci Üyeler: Eğitim ve İdari KHK Sorumluları:				

KARAR

- 1° Merkezi Randevu Sistemi ile ilgili politiklık düzenlemeleri hakkında bilgi verildi.
- 2° Hastanemizde emeklilerle personel yapılacak mazeret hususunda görüş alışverişleri yapıldı. [Tercih soruşturması yapıldı]
- 3° Asistanların tez jürieleri, hastane içi rotasyonları, hastane dışı rotasyonları ile ilgili [EK 1'de sunuldu] konuların görüşülmesi ve karar verilmiştir. Ek 1 listesi eğitim sorumlu başkanın imzası ile karar bağlanmıştır.
- 4° Sağlık Eğitim Genel Müd. KHK ile ilgili bilgilerle ilgili yazısı henüz görüşme sunulmuştur.
- 5° Asistan sayıları ile ilgili sorunlar görüşüldü. Balıkesir'de durumla ilgili bilgilerle ilgili yazısı henüz görüşme yapılmamıştır.
- 6° Ege Ün. Sağlık Bil. Enst. Müd. 30/11/2011 tarihli 2988 yazılı Dünya Morandem'inin tez çalışmalarını yapması, konuların Abadank'te kurulmuş jüriye ve raporlanması.

KARAR SIRA NO.	KARARA ESAS OLAN EVRAKIN			GÜNDEM
	TARİHİ	NO	NEREDEN GÖNDERİLDİĞİ	
Toplantı Tarihi: / /19				
Başkan:				
Üyeler:				

KARAR

Prof. Dr. Ali Şenol Sıbyalpaşan Prof. Dr. Şefa Kalkan
 Yılmaz # Kartal
 Prof. Dr. Mustafa YİĞİT Doç. Dr. Mustafa HANCI
 Uygur Doç. Dr. Mehmet Kemal Doç. Dr. Mehmet Kemal
 Doç. Dr. Mehmet Hacıoğlu Prof. Dr. Mustafa Kalkan Doç. Dr. Ahmet Koçyiğit
 Hacıoğlu Kalkan Koçyiğit
 Doç. Dr. Mustafa Aksoy Doç. Dr. R. SİT Doç. Dr. Yemin Bektaş
 Aksoy SİT Bektaş
 Dr. F. Süleyman Afşar Prof. Dr. Rıza Çakalacıoğlu
 Afşar Çakalacıoğlu
 Dr. Muhittin Şenel Prof. Dr. Behçet OYAR Şenel
 Şenel OYAR Şenel

EK VIII

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Baştabibliği

15 Aralık 2011

SAYI: B/10/4/ISM/4/35/94/02-003
KONU: Uygulama İzni

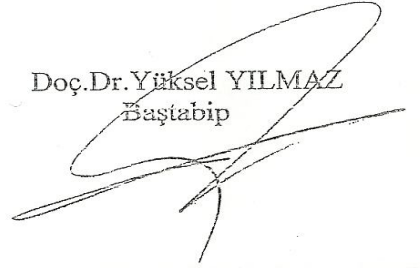
19056

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR

İLGİ: 30.11.2011 tarih ve 2989 sayılı yazımız.

İlgide kayıtlı yazınızda bahse konu Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Derya MORADI'nin "DSÖ Güvenli Kontrol Listesi Konusunda Ekibin Düşüncelerinin İncelenmesi" konulu çalışmasını Ocak-Ağustos 2012 tarihleri arasında Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Yüksel YILMAZ
Baştabip



EK IX

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BUCA SEYFİ DEMİRSOY DEVLET HASTANESİ BAŞTABİBLİĞİ

ŞUBESİ: ÖZLÜK (PERSONEL) SERVİSİ
SAYI: B.10.4.İSM.04.353719
KONU: Uygulama İzni

013243 12.12.2011

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

İLGİ: 30.11.2011 tarih ve 2983 sayılı yazınız

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Derya MORADİ'nin "DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Konusunda Ekibin Düşüncelerinin İncelenmesi" konulu araştırmasını Ocak-Ağustos 2012 tarihler arasında Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

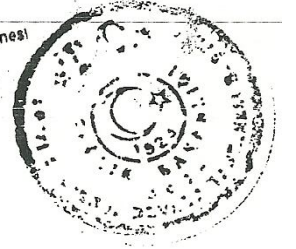
Bilgilerinize arz ederim

Op. Dr. Oktan KORKMAZ
Beyin Cerrahi Uzmanı
Baştabib Yard. Dlp No: 6061
Buca Seyfi Demirsoy Dev. Hast.

Baştabip A.

- Anestesi Uzmanları
- Anestezi hemşireleri
- Anestesi teknisyenleri

Op. Dr. Oktan KORKMAZ
Beyin Cerrahi Uzmanı
Baştabip Yardımcısı
Dlp No: 6061
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi



BUCA SEYFİ DEMİRSOY DEVLET HASTANESİ, 35160 – Buca / İZMİR
Tel: 0 232 452 52 52
Faks: 0 232 452 77 88

EK X

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği-İZMİR

Sayı :Per. Şb. B104ISM4356539
Konu:Uygulama İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR TEPECİK EĞİTİM ve
ARAŞTIRMA HASTANESİ
(Giden Evrak)
27/12/2011
34042
BZLÖK

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi :30.11.2011 tarihli ve B.30.2.EGE.0.42.72.00-2987 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Derya MORADİ'nin "DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Konusunda Ekibin Düşüncelerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Ocak-Ağustos 2012 tarihleri arasında Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Dr. Mustafa KURTULUŞ
Baştabip a.
Baştabip Yrd.

Güney Mah. 1140/1 Sok. No:1 Konak/İZMİR
Telefon: 232/469 69 69 Fax:232/469 27 32
e-posta: tepecik egitimh@ism.gov.tr
Elektronik Ağ:<http://www.tepecik-hastanesi.gov.tr>

EK XI




**T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

SAYI:B.30.EGE.0.42.05.00/1993
KONU: Derya ÖZKAN

26.09/2012

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Anabilim dalımız yüksek lisans öğrencisi Derya ÖZKAN'ın tez başlığının "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında Ameliyathane Ekibinin Düşüncelerinin İncelenmesi" olarak değiştirilmesi yönetim kurulumuzun 20.09.2012 tarih ve 25/11 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür V.

EK XII



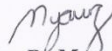
T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)

SAYI: B.30.2.EGE.0.28.12.00/
KONU: Derya MORADI ÖZKAN /263

Bornova-İZMİR
11.09.2012

E.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencisi olan Derya MORADI ÖZKAN “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Konusunda Ameliyathane Ekibinin Düşüncelerinin İncelenmesi” konulu tezini tamamlamış olup, Yüksek Lisans Tez Bitirme sınavının yapılabilmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.


Doç.Dr.Meryem YAVUZ
Anabilim Dalı Başkanı

Asil Jüri Üyeleri

Doç.Dr.Meryem YAVUZ (Danışman) E.Ü.Hemş.Fak.
Cerrahi Hast.Hemş.AD.Başkanı)
Doç.Dr.Fatma DEMİR KORKMAZ (E.Ü.Hemş.Fak.
Cerrahi Hast.Hemş.AD.)
Yard.Doç.Dr.Dilek ÇAKIR UMAR (E.Ü.İzmir Atatürk SağlıkYükekokulu)

Yedek Jüri Üyeleri

Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR (E.Ü.Hemş.Fak.
Cerrahi Hast.Hemş.AD.)
Doç.Dr.Filiz ÖĞCE (E.Ü.İzmir Atatürk SağlıkYükekokulu)

Sınav Tarihi: 10 Ekim 2012
Sınav Saati: 10.30
Sınav Yeri: E.Ü.Hemşirelik Fakültesi

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 2003 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda üniversite öğrenimine başladı. Lisans eğitimini bitirdiği 2008 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi’nde hemşireliğe başladı. 2009 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine başladı. Halen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi’nde çalışmaktadır.