

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYATHANEDE HASTA TRANSPORTUNUN HASTA
GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DENEYİMLERİ**

Hazırlayan Eva KAJTI

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ 2017

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYATHANEDE HASTA TRANSPORTUNUN HASTA
GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DENEYİMLERİ**

Hazırlayan Eva **KAJTİ**

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Süreyya **KARAÖZ**

Etik Kurul Onay Nu: KÜ GOKAEK 2016/102

KOCAELİ 2017

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(Tez Onay Sayfası)


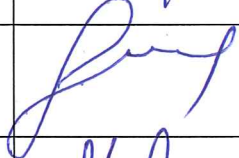

Tez adı: Ameliyathanedeki hasta transportunun hasta güvenliği açısından değerlendirilmesi ve seğılık gelişenlerinin deneyimleri

Tez yazarı: Eva Kejtı

Tez savunma tarihi: 21.02.2017

Tez Danışmanı: Sireyya Karaöz

İş bu çalışma Jürimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

| Tez Savunma Sınavı jüri üyeleri Ünvanı Adı Soyadı | | İmzası |
|--|--------------------------|---|
| Üye | Prof. Dr. Kadriye Erolun |  |
| Üye | Prof. Dr. Sireyya Karaöz |  |
| Üye | Doc. Dr. Ayla Ergin |  |

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../20

Prof. Dr. Mustafa Yıldız
Enstitü Müdürü

ÖZET

Ameliyathanede Hasta Transportunun Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi Ve Sağlık alışanlarının Deneyimleri

Amaç: Bu araştırma, ameliyathane içerisinde hasta taşımasının güvenli yapılıp yapılmadığını değerlendirmek ve bu konuda sağlık çalışanlarının deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve Kesitsel olan bu alışma Özel akmak Erdem Hastanesinde, 01/04/2016-30/04/2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklem bu tarihler arasında ameliyat olmuş 152 hastalardan oluşmuştur. Araştırmada veriler literatür incelemesi sonucu geliştirilen gözlem ve görüşme formları ile toplanmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonunda ameliyathanede hasta taşınmasının güvenlik standartlarının çoğuna uygun olarak yapılmakla birlikte, hastaların % 17.2-35.5'inin taşıma sırasında yalnız bırakıldığı, sadece % 0.0-4.6 oranında taşıyan personelin kendisini tanıttığı ve % 5.9-34.9 oranında taşıyan personelin hastayı teslim sırasında bilgi aktardıkları saptanmıştır. Görüşme yapılan sağlık personelinin %60.0'ı hasta taşıması sırasında endişe duyduklarını ve en fazla (%24.0) personel azlığından yakındıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Araştırma sonunda ameliyathanede hasta transportu ile ilgili bazı güvenlik önlemlerine yeterince dikkat edilmediği, istenmeyen olayların çok az olduğu ve buna bağlı olarak hasta transportunun güvenli olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hasta taşımada aktif rol almadıkları saptanmıştır. Tüm sağlık görevlilerinin transport konusunda eğitim almaları ve bu konu ile ilgili çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelime: hasta transportu, hasta güvenliği, ameliyathane.

ABSTRACT

Evaluation of Patient Transport's Safety Inside the Operating Theatre and Healthcare Worker's Experiences

Objective: The aim of this study was to evaluate the safety of transportation of patients and healthcare workers experiences inside the operating theatre.

Method: This is a Cross-sectional descriptive research. The research was performed at Çakmak Erdem Private Hospital between 01/04/2016-30/04/2016. During research time 152 patients being operated at this operating theatre were chosen as population without sampling. The researcher collected the data by observing the transportation process according to established form and also realized a questionnaire with the healthcare workers. Statistical analyses were performed with IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results: According to the research almost all safety standards were properly performed, excluding leaving the patients unattended (%17.2-35.5), introducing itself (% 0.0-4.6) and patient handover (% 5.9-34.9). Healthcare workers mostly complain of personnel shortage (% 24.0) and are worried during transportation of patients (% 60.0).

Conclusions: In this study almost all safety standards were properly performed, very few complications occurred so according to that transportation of patients was found safe. Nurses were not active during transportation. We suggest for all healthcare workers to be trained in and perform studies about transportation of patients.

Key words: transportation of patient, safety of patients, operating theatre.

TEŞEKKÜR

Sayesinde mucizevi bir Şekilde yũksek lisansa baŐlamama sebep olan, kazandırdığı mesleki bilgi ve beceriler ve her konuda kesintisiz yardımından dolayı Prof. Dr. Sũreyya Karaöz'e, yenilikçi fikirler ve gũncel bilgilerle donattıkları iÇin, Kocaeli Őniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitũsũ Hemşirelik ve Halk Sağlığı Anabilim dallarının tũm hocalarına, ŐalıŐmalarımı rahat bir Şekilde sũrdũrebildiđim Çakmak Erdem Hastanesi ekibine ve tarifi mũmkũn olmayan sevgi, destek ve olumlu tutumlarından dolayı biricik aileme sonsuz minnet ve teŐekkũrlerimi sunuyorum.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

/ / 2017

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| KABUL ve ONAY | iii |
| ÖZET | iv |
| İNGİLİZCE ÖZET | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ | vii |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | ix |
| ÇİZELGELER DİZİNİ | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Hasta Güvenliği | 2 |
| 1.2. Transportun Tanımı ve Türleri | 5 |
| 1.2.1. Primer Transport | 6 |
| 1.2.2. Hastaneler Arası Transport | 6 |
| 1.2.3. Hastane İçi Transport | 6 |
| 1.3. Transport Hazırlığı ve İstenmeyen Olaylar | 7 |
| 1.3.1. Hasta Hazırlığı | 8 |
| 1.3.2. Taşıma Ekibi Hazırlığı | 9 |
| 1.3.3. Araç ve Gereç Hazırlığı | 11 |
| 1.3.4. Transport Organizasyonu | 12 |
| 1.3.5. Yola Çıkma | 12 |
| 1.4. Hastane İçi Transportta Hemşirenin Rolü | 13 |
| 2. AMAÇ | 14 |
| 3. YÖNTEM | 14 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi | 14 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri | 14 |
| 3.3. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası | 15 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme | 15 |
| 3.5. Değişkenler | 15 |
| 3.6. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereç | 15 |
| 3.7. Araştırmada Kullanılan Terim, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması | 16 |
| 3.8. Veri Toplanması | 17 |
| 3.9. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistik Testlerin ve Hesaplamaların Tanımlanması | 18 |
| 4. BULGULAR | 18 |
| 4.1. Hasta Transportu ile İlgili Bulgular | 18 |
| 4.2. Hasta Transportuna Katılan Sağlık Çalışanlarının Deneyimleri ile İlgili Bulgular | 24 |
| 5. TARTIŞMA | 27 |
| 5.1. Sınırlıklar | 30 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 31 |
| KAYNAKLAR DİZİNİ | 33 |
| EK OKUMALAR | 36 |
| ÖZGEÇMİŞ | 38 |
| EKLER | |

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASTNA : Air and Surface Transport Nurses Association - Hava ve Kara Transportu Hemşireler Birliği

AORN : Association of Perioperative Registered Nurses - Perioperatif Lisanslı Hemşireler Birliği

ABD : Amerika Birleşmiş Milletleri

AST : Association of Surgical Technologists - Cerrahi Teknisyenler Birliği

ANT : Ateş-Nabız-Tansiyon

AÇT : Aldığı-Çıkardığı Takibi

OSHA : Occupational Safety and Health Administration - İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi

AİDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome - Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

HIV : Human Immunodeficiency Virus – İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü

HBV : Hepatitis B Virus – Hepatit B Virüsü

WHO/DSÖ : World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

LAP : Laparoskopik

TUR : Transurethral Resection - Transüretal Rezeksyon

KDS : Sinus Pilonidal - Kıl Dönmesi

LDH : Lomber Disk Hernisi

URS : Ureteroscopy - Üreteroskopi

RIRS : Retrograde Intrarenal Ureteroscopic Surgery – Retrograd İntrenal Üreteroskopik Cerrahi

İV : İntravenöz

ICN : International Council of Nurses - Uluslararası Hemşireler Birliği

ÇİZELGELER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Çizelge 4.1. Güvenli transportu etkileyen hasta özelliklerinin ameliyat öncesi ve sonrası döneme göre dağılımı..... | 20 |
| Çizelge 4.2. Ameliyathanede hasta transport standartlarının uygulanma durumu..... | 21 |
| Çizelge 4.3. Araştırmada izlenen taşıma şekillerinin dağılımı..... | 22 |
| Çizelge 4.4. Taşımaya katılan personelin sayısı ve görevlerinin dağılımı..... | 23 |
| Çizelge 4.5. Sağlık görevlilerinin taşıma sırasında karşılaştıkları problemlerin dağılımı... | 25 |



1. GİRİŞ

Varlık nedeni insan gereksinimlerinin karşılanması olan hemşireler için hastaların güvenilir bakım ve tedavi almaları vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Bu durum, hastanın güvenliğini tehdit eden durumların belirlenmesini ve etkili önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Hasta güvenliği açısından tehdit oluşturan durumlardan birisi de hastaların hastane içinde tanı ve tedavi amacıyla bir yerden başka bir yere transportudur. Çünkü transport sırasında, hasta üzerinde kısa ya da uzun süreli etkisi olan ve bazen girişim gerektiren istenmeyen durumlar gelişebilmektedir (Martin 2001). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Bakım Araştırmaları ve Kalite Kurumu, hastane içi transportun riskli olmakla beraber, riskin öneminin ve gerçek boyutlarının bilinmediğini, yeterince araştırılmadığını ve yeterli bilimsel öneriler getirilmediğini vurgulamaktadır (Day 2010).

Eski çağlarda sırtta ya da sürükleyerek taşınan hastaların (ASTNA Patient Transport 2010) teknolojik ve sosyoekonomik gelişmelere paralel olarak çeşitli transport araçları ile daha hızlı transportu mümkün olmakla birlikte sorunlarda da artış olduğu izlenmektedir. İlk olarak 1960'lı yıllarda yapılan araştırmalarda transportun hasta üzerine istenmeyen etki yarattığı ve ölümü tetikleyebildiği görülmüştür (Martin 2001). Bundan sonra 1970'li yıllarda hastane içi hasta transportu sürecinde, hastaların % 84'ünde aritmiler geliştiği ve transport sürecinin kısa ve uzun vadeli istenmeyen etkilere yol açabildiği gösterilmiştir (1970 alıntı Durak 2014, s.2). En iyi koşullarda gerçekleşen hastane içi transportlarda bile % 1.0 dolaylarında hastanın kaybedilebildiği bildirilmektedir (Bodur 2005, Çoban 2012). Dünyada transport sırasında istenmeyen olayların % 68.0'a kadar çıktığı ve ortalama olarak % 40.0-60.0 arasında olduğu ifade edilmektedir (Bodur 2005). Ciddi müdahale isteyen olayların oranı % 4.2 ile % 8.9 arasında değişmekte (Fanara ve diğ. 2010) ve sadece kardiyak arrest gelişmesi durumu farklı kaynaklarda %0.34 ile %1.6 arasında değişiklik göstermektedir. Tüm bu sonuçlar, hasta transportu ve hastaya pozisyon vermenin yüksek riskli aktivite olarak tanımlanmasına ve hasta transportunda yeni yöntem ve standartların oluşturulmasına yol açmıştır (Christian ve diğ. 2006).

Hasta transportu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, ağırlıklı olarak yoğun bakım hastaları ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu hastaların çoklu problemlerinin varlığı, durumlarının her an değişebilir olmaları ve dış ortamdaki değişikliklerden kolay etkilenebilir olmaları nedeniyle çalışmalar bu hasta grubu üzerinde odaklanmıştır. Bu bağlamda hasta transportu ile ilgili ilk standartların da yoğun bakım hastalarının taşınması

ile ilgili olduğu görülmektedir. İlk olarak Amerikan Yoğun Bakım Tıp Koleji 1993 yılında Yoğun Bakım Hasta Transfer Kılavuzunu yayınlamıştır. 1996 yılında Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezi Koleji ve Birleşik Krallık Nöroanestezi Kurumu hasta transportu ile ilgili kılavuz yayınlamıştır. Bu kılavuz ve diğer yayınlara dayanarak 1997 yılında Birleşik Krallık Yoğun Bakım Topluluğu tarafından Kritik Hasta Transportu El Kılavuzu da yayınlanmıştır (www.ics.ac.uk Erişim: 15 Ekim 2015). Çocuk yoğun bakım hastaları için ise ilk olarak Pediatrik Yoğun Bakım Kurumu tarafından 1996 yılında yoğun bakım hizmetlerinin bir parçası olarak hasta transport standartları kılavuzu yayınlanmıştır. Türkiye'deki hasta transportu ile ilgili standartlar son zamanlarda Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Kalite Standartları Kılavuzu'nda yer almaya başlamıştır (2015).

Cerrahi girişim hastaların hastane içinde herhangi bir servisten ameliyathaneye, ameliyathaneden servise taşınmasını gerektiren oldukça stresli bir yaşam deneyimidir. Cerrahi tedavi, durumu kritik olanlar da dahil olmak üzere birçok hasta için başvuru bir tedavi yöntemi olması dışında, hastalara premedikasyon/anestezi uygulanması, hasta ve cerrahi ekip açısından stresli olması, ameliyathanede hasta sirkülasyonunun hızlı olması, ameliyathanede hasta transportunun güvenli şekilde gerçekleştirilmesinin önemini ön plana çıkarmaktadır. Cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde, hasta, ameliyathane ortamı ve sağlık personelinin tutumundan kaynaklanan çok sayıda faktör hasta transportunu riskli hale getirebilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, ameliyathanede çalışan hemşireler hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin başında hasta transportu ile ilgili aksaklıkları dile getirmişlerdir (Seyman ve Ayaz 2016). Buna rağmen YÖK Tez Veri Tabanı, Kocaeli Üniversitesi Kütüphanesi Veri Tabanı, Pubmed ve CINAHL veri tabanları incelendiğinde ameliyathanede hasta transportuna ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. 1 Eylül 2015-1 Haziran 2016 tarihler arasında düzenli aramalar yapılmıştır ve bu konu ile ilgili bulunan Amerikan Cerrahi Teknisyenler Birliği'nin (American Association of Surgical Technologists) geliştirdiği Hasta Taşıma Standartları Kılavuzu'na dayanarak araştırmamıza şekil verilmiştir. Bu konudaki eksiklikler bu araştırma konusunun seçilmesine neden olmuştur.

Tez konusunun teorik çerçevesi aşağıda ele alınmıştır.

1.1.Hasta Güvenliği

Güvenlik birçok bilim dalının konusudur. Ancak varlık nedeni insan gereksinimleri olan hemşireler için hastaların güvenlik gereksiniminin karşılanması vazgeçilmez bir

öneme sahiptir. Çünkü hastanın güvenliğini tehlikeye atan bir durum telafisi olmayan sonuçları beraberinde getirebilmektedir. Bu bağlamda güvenlik konusunun çok yönlü analizi dikkate değer bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tıp bilimi çoğu kez sıfır hatanın yapılması gereken bir yer olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıpta yapılan hatalar nedeniyle insan ölümleri gerçekleşebilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği tüm sağlık kurumları için öncelikli bir konu olmaktadır (Onganer 2014). Hasta güvenliği hastaların sağlık kurumlarında fiziksel, duygusal ve sosyal yönden zarar görmesini önlemek anlamına gelmektedir. Bu durum sağlık kuruluşlarında fiziksel koşulların güvenli olması dışında, bu kurumlarda çalışacak personelin niteliği ve çalışma koşulları ile yakından ilgilidir.

Hemşire ve hekim hasta güvenliği konusunda sürekli bir iş birliği içerisinde olmalıdır. Bu yüzden de her ikisi arasındaki ilişkinin çok yönlü olması durumu önemli bir noktadır. İletişimin tek yönlü olması durumunda ciddi riskler ortaya çıkabilmektedir. Bu bakımdan hasta ve hemşire arasında da çift yönlü ilişkinin varlığı güvenliğin sağlanmasında önemlidir. Genel olarak hasta ile ilk iletişimi hemşire yapmaktadır. Bu bağlamda hasta güvenliği konusunda en büyük görev hemşireye düşmektedir. Hemşire, hastane güvenlik önlemleri ve hastanın hastaneye yatış nedenine özel güvenlik önlemlerini uygun bir dille hasta ve hasta yakınlarına anlatmalıdır.

Hasta güvenliği cerrahi girişimler çerçevesinde değerlendirildiğinde temel amaç istenmeyen olayların en aza indirilmesidir. Ameliyathanelerin doğası gereği, hastaların en savunmasız olduğu yerler olması, ameliyathane çalışanlarına, anestezinin etkisinde ve doku bütünlüğü bozulmuş olan hastayı olası hatalardan korumak açısından büyük sorumluluk yüklemektedir (Öğün 2008).

Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden faktörler aşağıdaki gibi özetlenmektedir (Canbolat 2016):

- Ameliyathane enfeksiyonları
- Ameliyathane ortamında aydınlatma-havalandırmanın yetersiz olması
- Ameliyathanenin fiziki yapısının uygun olmaması (odaların büyüklüğü, dinlenme alanlarının yeterli olup olmadığı gibi)
- Bazı gazlara, kimyasal ajanlara, radyoaktif maddelere maruziyet
- Yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış cerrahi girişim.
- Hasta düşmeleri
- İlaç hataları

-Ekipte iletişim eksikliği

-Yorgunluk ve dikkat eksikliği.

Cerrahide hasta güvenliğini tehdit eden durumlardan birisi de hastanın transportu sırasında meydana gelebilecek düşme dahil olmak üzere diğer istenmeyen olayların meydana gelmesidir. Ayrıca bu durum ameliyathanede daha da önemli bir konu haline gelmektedir. Hasta güvenliği konusunda önemsiz olarak gördüğümüz fakat uygulanması halinde hastanın güvenliğini sağlayan birçok önlem hasta transportu ile ilgilidir. Bunlardan bazıları şunlardır; hastanın ameliyat masasında ya da sedyede iken destekli emniyet kemeri ve bantlarla tespit edilmesi, hasta naklinde sedye kenarlıklarının kaldırılması, hasta kaydırma petlerinin kullanılması, tekerleklerin kilitli olması ve hastanın yalnız bırakılmaması, hastaya pozisyon vermede ve taşımada en az dört kişinin bulunmasıdır (Aslan 2009; Uçak 2009 p.6; Yıldız 2009 Aktaran: Önler 2010).

Hastanın ameliyathaneye taşınması ve ameliyathaneden çıkarılması esnasındaki işlemlerin dikkatlice yapılması hastanın güvenliği açısından önemlidir. Bunun yanında ameliyathanede hasta güvenliğinin yükseltilmesi için hastanın kimlik bilgilerinin doğru yazılması ciddi bir mesele olarak karşımıza çıkmaktadır. Her hastanın hastanede yattığı süre boyunca koluna kol bandının takılması önemlidir ve hastanın ismi ile çağırılması da titizlikle uygulanmalıdır (Aren 2008; Hergül ve diğ. 2016).

Ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık çalışanları arasında etkili bir iletişimin olması gerekmektedir. Bu iletişim hasta transportu sürecinde de son derece önemlidir. Hastaya ilişkin bilgiler tam ve eksiksiz bir şekilde hasta ile birlikte iletilmelidir. Hasta bilgileri kesin bir şekilde yazılı ve sözlü olarak ifade edilmelidir (Hergül ve diğ. 2016). Ayrıca hasta ile ilgili bilgiler aktarılırken anlaşılır bir dil kullanılmalıdır (Aren 2008).

Ameliyathanede ilaç güvenliği de dikkate alınması gereken bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı ilaçlar, ilaç kutuları ve ampul formları sınıflandırılmalıdır. Böyle bir uygulama ne zaman ve ne şekilde hastaya ilaç verilmesi gerektiğini kolaylaştırmaktadır. Bunun yanında benzer durumlarda da sağlık personelinin ne yapması gerektiği konusunda da yardımcı olunmaktadır (Hergül ve diğ. 2016).

Ameliyathanede yanlış hasta ve yanlış cerrahi girişim ameliyathanelerdeki diğer önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ameliyat hazırlık formuna hemşire ve doktor aracılığı ile doğru taraf onayı notu verilmeli ve ameliyathane içerisinde yine taraf onayı verilmelidir (Hergül ve diğ. 2016).

Ameliyathanede ortaya çıkan olumsuz durumlara karşı duyarlılık, uygun sterilizasyon ve dezenfeksiyon gibi uygun yöntemlerinin kullanılması hasta güvenliği açısından önemli başlıklardır (Hergül ve diğ. 2016).

Tüm bu bilgiler bir araya geldiğinde hasta güvenliği konusu geniş bir yelpaze şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hasta güvenliğinin geniş ve karışık yapısı çözüm sürecini zorlayan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte literatür doğrultusunda hasta güvenliği ile ilgili yapılması gerekenler aşağıdaki gibi özetlenmektedir (Aren 2008):

- Açık bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmalı
- Hasta güvenliği çalışanları desteklenmeli
- Risk yönetimi çalışmaları bütünleştirilmeli
- Raporlama teşvik edilmeli
- Hastalar bakıma dahil edilmeli
- Güvenlik konuları öğrenilmeli ve paylaşılmalı
- Hasarları engelleyecek çözümler gerçekleştirilmelidir.

Hasta güvenliği konusu birçok bakımdan önem gerektiren konu olmaktadır. Hastanın hastaneye girişinden çıkışına kadar geçen sürede yapılan tüm işlemlerde hasta güvenliği çerçevesinde bir bilincin olması sağlık personelinin birincil ve öncelikli bir meselesi olmak zorundadır. Hemşirenin rolü hasta güvenliğinde öne çıkan bir konudur ve hemşire tüm süreçlerde aktif katılım sağlamaktadır. Bu bakımdan da hastanın hastanede olduğu süre zarfında hastanın taşınması ve diğer işlemlerde hemşirenin önemli bir rolü yüklenmesi beklenmektedir. Bu bağlamda hasta güvenliğinde öne çıkan hasta transportu da bir öneme kavuşabilmektedir.

1.2. Transportun Tanımı ve Türleri

Türk dili dahil olmak üzere çeşitli dillerde kullanılan transport kelimesi İngilizce (Cambridge Dictionary) ve Fransızca (Larousse Dictionnaire) sözlüklerinde, insan veya eşyaların bir yerden başka bir yere taşınması olarak tanımlanmıştır (<http://dictionary.cambridge.org>; <http://www.larousse.fr> Erişim tarihi: 15 Ekim 2015). Türk Dil Kurumu'nun Büyük Türkçe Sözlüğünde ise bir yerden başka bir yere taşıma, iletme, nakil şeklinde tanımlanmıştır (<http://www.tdk.gov.tr> Erişim tarihi: 15 Ekim 2015). Her üç sözlükte 'transfer' kelimesi için de aynı tanım yapıлып transport kelimesinin eşanlamlısı olarak verilmiştir.

Hasta taşınması ile ilgili geliştirilen kılavuzların hepsinde de transport ve transfer kelimesi birbirinin yerine kullanılmıştır.

Amerikan Milli Tıp Kütüphanesinin hazırladığı ve sürekli güncellenen Tıp Konu Başlıkları sayfasında hasta transportu (patient transport) başlık olarak araştırıldığında hasta transportunun taşıma/nakil içerdiği (ör: yataktan sedyeye), ancak bu taşımanın hastane içinde ya da dışında olabilmekle birlikte hasta transferi ile karıştırılmaması gerektiği vurgulanmıştır. Hasta transferi, idari sebeplerden dolayı, ileri bakım gereksinimi ya da ekonomik nedenlerden dolayı, hastaneler arası ya da hastane içi hasta sevkini içermektedir. Bu araştırmada ameliyathane içinde hasta transportu araştırılmıştır ve tanımına uygun olarak kullanılmıştır.

Transport çeşitleri konusunda fikir ayrılıkları olmakla birlikte genel anlamda aşağıda belirtildiği şekilde sınıflandırılabilir:

1.2.1. Primer Transport

Olay yerinden sağlık kurumuna hasta sevkini içermektedir. Genellikle Kap-Götür (Scoop and Run) ilkesine göre hareket edilmekte, yani hastaya ilk yardım verilip hastanın hastaneye transportu sağlanmaktadır (Zarei ve diğ 2013). Bu transportta çoğunlukla bir kara ambulansı kullanılmakla birlikte helikopter, uçak veya deniz araçları kullanılmaktadır.

1.2.2. Hastaneler Arası Transport

İki grupta ele alınabilir:

Sekonder transport: Hastanın bir sağlık kurumundan diğer bir sağlık kurumuna nakli söz konusudur. Hastaya ilk geldiği sağlık kurumunda ilk yardım verilmekte ve orada bulunmayan veya daha ileri hizmet almak amacıyla diğer bir sağlık kurumuna sevk/transfer edilmektedir.

Tersiyer transport: Bir sağlık kurumundan özelleşmiş ya da uzmanlaşmış bir sağlık kurumuna transport söz konusudur ve ya yurtdışında hastalık/yaralanma söz konusu olduğunda anavatanına dönüşü içermektedir.

1.2.3. Hastane İçi Transport

Hastane içi transportta sağlık kuruluşu içerisinde her türlü transport ve hasta söz konusudur. Hasta yoğun bakımda ya da serviste yatabilmekte, bir alt ya da üst bakım seviyesine, tanı ya da tedavi amaçlı taşınması söz konusu olabilmektedir. Yaş, cinsiyet,

hastalık durumu gibi faktörler fark etmeden tüm hastalar için transport söz konusu olabilmektedir (Alamanou ve diğ. 2013). Hasta transportu hem hasta hem sağlık çalışanı için bir stres kaynağıdır. Bu yüzden hastane içi transportlarda bile hastaneler arası transportuna benzer hazırlık yapılmalıdır (Meneguın ve diğ. 2014).

1.3. Transport Hazırlığı ve İstenmeyen Olaylar

Transport hazırlığı olarak sağlık görevlilerinden beklenen, istenmeyen olayları ortaya çıkmadan önce öngörüp önlemeye yönelik çözümler üretmektir. Transporta bağlı istenmeyen olaylar incelendiğinde, çok sayıda olayın söz konusu olduğu görülmektedir. Gereksiz yere transportun uzatılması bile istenmeyen bir olay olarak görülmekte, bu durumda da konunun ciddiyeti anlaşılmış olmaktadır. Literatürde, küçük yaralanmalardan ciddi ortopedik travmalara kadar pek çok sağlık sorununa yol açan hasta düşmeleri, sağlık personelinin en çok korktuğu ve araştırdığı konudur.

Bazı kaynaklarda istenmeyen olaylar ağır (kardiyak ve solunum arresti, hipovelemi, bradikardiv.s.) ve hafif (damar yolunun çıkması, hafif desatürasyon v.s.) olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu sınıflandırma çok genel ve belirsizdir çünkü hafif gibi görülen bir olay ağır komplikasyonlara yol açabilmektedir (örneğin: inotrop ilaç giden bir damar yolun çıkması gibi).

Hasta güvenliğini tehdit eden her büyük ya da küçük durum; ciddi hipo/hipertansiyon, aritmiler, kardiyak arrest, ciddi hipoksi, bronkospazm, pnömotoraks, endotrakeal tüpün yerinden çıkması, ajitasyon, kafa içi basıncının artması, hipo/hipertermi, bulantı/kusma, idrar sondasının çıkması, drenlerin çıkması ya da yerinden oynaması, iç ve dış kanamalar, cihazlarla ilgili elektriksel ve oksijen kaynağında görülen arızalar istenmeyen olay olarak değerlendirilip bu konu ile ilgili önceden önlem alınmalıdır. Önlem alma konusu üzerinde durmakta fayda vardır çünkü sağlıkta asıl amaç ve kalite göstergesi riski öngörüp önlemektir. İstenmeyen olaylar ortaya çıktıktan sonra çözümler üreterek durumu düzeltmeye çalışmak gerçek bir kalite göstergesi değildir.

Transport sürecinin yüksek riskli bir eylem olduğu bilinmekle birlikte gerektiğinde kaçınılmazdır. Transport kararı verilirken yaygın olarak ağır basan üç prensibin göz önünde bulundurulması tavsiye edilmektedir (Martin 2001):

- 1.Kazançlar risklerden fazla olmalıdır (ameliyat durumunda bu ilke çoğunlukla geçerlidir)
- 2.Uzman ekip kullanarak (ya da transportu gözetlemesini sağlayarak) transport ile ilgili riskler minimize edilmelidir

3.Gerekli monitörizasyon cihazları yerinde ve çalışır durumunda olmalıdır.

Transporta karar vermeden önce gerekli malzeme, personel ve hasta hazırlığı sağlanmalıdır. Birleşik Krallık Yoğun Bakım Kurumu transport hazırlığını beş bölüm olarak ele almayı önermektedir; hasta, ekip, araç gereç, organizasyon ve yola çıkma şeklindedir (Handy ve Zwanenberg 2006). Bu doğrultuda bu beş bölüm gerekli açıklamalarla aşağıdaki gibi ele alınmıştır.

1.3.1. Hasta Hazırlığı

Transport öncesi hasta stabilizasyonu önemlidir ve bu sağlanmadan transportun başlatılması anlamlı ve mantıklı bir sonucu doğurmayacaktır. Hasta, özellikle kardiyak ve solunum fonksiyonları açısından stabil olmadan transporta karar verilmemelidir. Ameliyat geçirecek olan hastaların büyük bir çoğunluğun genel durumu stabildir. Bu durumda özellikle göz önünde bulundurulması gereken bir unsur ameliyat geçirecek olan hastanın psikolojik hazırlığıdır. Çünkü ameliyathanelerin doğası gereği, hastaların en savunmasız olduğu ve hasta için bilinmeyen ortamlardır. Buna bağlı olarak ameliyathane çalışanlarına büyük sorumluluk yüklenmektedir. Hastanın bu bilinmeyenle tanışması ameliyathanenin kapısında başlamaktadır. Kapıda hastayı ilk karşılayan görevli bu durumun farkında olmalı ve kurum politikasına göre deneyimli sirküle hemşire ya da anestezi teknisyeni/teknikeri olmalıdır (Öğün 2008).

Ameliyathane görevlilerinin tamamı cerrahi girişim geçirecek olan hastanın zarar görmemesi için koordineli olarak çalışmaktadır. Hastaya cerrahi servisinde ya da girişim öncesi Ayılma Ünitesinde premedikasyonun uygulanıp uygulanmadığının kontrolü yapılmalı ve düşme riski bulunan hastaların önceden belirlenip önlem alınması gerekmektedir. Hastalar her yerde, ameliyat odasına girmeden önce, ameliyat masasına taşınırken veya Ayılma Ünitesinde beklerken düşmeye meyilli olabilmektedirler (AORN 2009). Düşme/istenmeyen olaylar riski hasta, ortama ve sağlık görevlilerine bağlı faktörlerden meydana gelebilmektedir. Üç ay içerisinde düşme hikayesi, bazı ilaçların kullanımı (psikotropikler, antidepresanlar, benzodiazepinler, kardiovasküler ilaçlar, antihipertansifler, diüretikler, antikoagülanlar, antihistaminikler, laksatifler, noktüri için kullanılan ilaçlar), konfüzyon ve ya depresyon, fonksiyon ve ya mobilite problemleri (ör: yürüyüş), baş dönmesi ve yaş hastaya bağlı istenmeyen olaylar riskini arttıran faktörlerdir. Yaş istenmeyen olaylar riskini arttıran bir faktör olarak dördüncü sırada yer almaktadır ama tartışmalı bir faktördür. Çünkü düşme hikayesi her yaşta görülmektedir. Çocuk ve ileri

yaştaki hastaların düşme riskinin daha yüksek olduğu yaygın olarak kabul edilse de bir araştırmada 20-24 yaş grubunda düşmeye bağlı sakatlanmaların yüksek olduğu bildirilmektedir (AORN 2009). Yaşa rağmen, görme kusuru, postüral hipotansiyonu ve değişken mental durumu olanlar yüksek düşme riski altında olabilmektedirler (AORN 2009). Sağlık görevlileri ve ortama bağlı faktörlerden aşağıda bahsedilmektedir.

1.3.2. Taşıma Ekibi Hazırlığı

Transport bir ekip işidir, genelde transportu isteyen ve başlatan hekimler gibi görünse de hemşireler de birçok durumda tek başına hasta taşıma kararı alabilmektedir. Hasta sevki (transferi) söz konusu olduğunda şüphesiz hekim karar vermektedir. Ama hastanın yataktan yatağa alınması, ameliyat veya doğum masasından sedyeye veya yatağa alınması gibi durumlarda hemşire tek başına hasta taşımalarını gerçekleştirmektedir. Ayrıca hemşire transport için hasta, araç gereç ve personel hazırlığını yapmaktadır.

Taşıma ekibi hazırlığı yapılırken ilk gerçekleşmesi gereken, tüm uluslararası önerilerde bulunan, ekibin en az iki kişiden oluşmasını sağlamaktır (AST 2006, AORN 2009, Wallace ve Ridley 1993, Blakeman ve Branson 2013, Alamanou ve Brakalaki, 2014). Taşıma ekibinde çoğunlukla, hasta güvenliğinden birinci derecede sorumlu bir doktor mevcuttur, ikinci derecede hasta güvenliğinden sorumlu olan genelde hemşiredir, bunlara ek olarak ekibe acil tıp teknisyeni, paramedik, anestezi teknisyeni veya teknikeri, fizyoterapist gibi sağlık görevlileri katılabilmektedir. Taşıma ekibi mensupları resüsitasyon (canlandırma), hava yolu açıklığı ve ventilasyon gibi ileri yaşam desteği konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Transport ekibi sadece istenmeyen durumlarla karşılaşınca gereken yardımı vermekle kalmamalı, hasta hikayesini bilmeli, meslektaşına hastayı teslim etmeli ve transport sürecinin kayıtlarını tutmalıdır. İdeal olarak bu sürecin eksiksiz yerine getirilebilmesi için Kontrol Listelerinin (Check-List) kullanımı tavsiye edilmektedir.

Genel olarak hastane başına düşen hasta transport sayısı, belirli bir personele deneyim kazandıracak kadar yeterli olmadığı kabul edilmektedir (Martin 2001) bu durum da hatalara yol açabilmektedir. Bu hataların tıbbi hatalar olarak değerlendirilip yetkili makamlara iletilip yükümlülüklerinin uygulandığı bilinmelidir.

Tıbbi hataları üç grup olarak ele almak mümkündür (Önler 2010):

- a. İşleme bağlı hatalar: yanlış işlemi yapma;
- b. İhmale bağlı hatalar: doğru işlemi yapmama;
- c. Uygulamaya bağlı hatalar: doğru işlemi yanlış uygulamadır.

Tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklandığı söylenmekte (Önler 2010) benzer sonuçlar diğer araştırmalarda da görülmektedir (Aren 2008). Yoğun, düzensiz çalışma saatleri, hasta sayısı, nöbet faktörü, uykusuzluk, tükenmişlik vesaire gibi etkenler göz önünde bulundurulduğunda bu durum daha iyi anlaşılabilir. Her şeye rağmen bu etkenler güvenlik konusundaki ihmalleri sağlık görevlilerine düşen hasta güvenliğini sağlama sorumluluğunu kaldıramamaktadır. Sistemdeki hatalardan bahsetmişken, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Tesisi Denetim Rehberinde (2015) hastane içi transport ile ilgili bir bölüm bulunmamaktadır. Hastaneler arası transport ile ilgili sadece nakil formları ve transportu organize eden birimlerin olup olmadığı sorgulanmaktadır. Buna rağmen Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyonunda (Temmuz 2015) (<http://ohsad.org> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2016), Hatalı İşlem Bildirme Sisteminde hasta transportu ile ilgili yer alan bazı uygulamalar yer almaktadır. Bu sistemde, ameliyathaneye transfer ve hasta kabulü kısmında hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması, hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi, hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi, teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi gibi durumlar birer hata olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bundan yola çıkarak sağlık görevlileri, birçok kaynaklarda görüldüğü ve bizzat deneyim sahibi olduğumuz gibi, hasta transportunu temizlik veya hasta bakım personellerine yüklememesi gerektiğini görmekteyiz. Çünkü yapılan araştırmalara göre hasta transportunun uzman ekip tarafından gerçekleştirilmesi morbidite ve mortalite riskini on kata kadar azaltmaktadır (Çoban 2012). Bu ve buna benzer verilere dayanarak Transport Ekibi kavramının geliştiği ve uygulamaya geçildiği görülmektedir. ABD'de Uzmanlaşmış Koroner Bakım Transport Ekiplerinin 1980 yılından beri aktif olmaları dikkat çekici bir örnektir (Martin 2001). Bir transport süreci tamamlanırken sağlık görevlisine düşen son görev kayıtların tutulmasıdır. İdeal olan transport kayıtları bu amaca hizmet eden bir elektronik sisteme aktarılıp bir sonraki araştırmalar için kullanılabilmesini mümkün kılmaktır (Martin 2001).

Her konuda olduğu gibi, bu konuda da hemşireler istenmeyen olaylar riskini değerlendirerek hasta düşmesini ve istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önleyen ve güvenli transportu sağlayan politikaların oluşmasında rol almaları teşvik edilmeli çünkü ancak kanıta dayalı uygulamalar/prosedürler ve eğitilmiş sağlık görevlileri ile bu istenmeyen olaylar önlenebilmektedir.

1.3.3. Araç ve Gereç Hazırlığı

Literatürde belirtildiği gibi (Alamanou ve Brokalaki 2014), transport sırasında ve sonrasında da monitörizasyon, Ateş-Nabız-Tansiyon takibi, Aldığı Çıkardığı Takibi, kayıtların vs. Yoğun Bakım ya da serviste, transport öncesinde olduğu gibi olması çok önemlidir. Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu tarafından 2005 yılında 3343 hastane tarafından bildirilen tıbbi hatalar değerlendirildiğinde % 1.4'ünün uygulanan aletlerin kalibrasyonunun yapılmamasına bağlı olarak ortaya çıkan hatalar olduğu saptanmıştır (Önler 2010).

Birçok kılavuzda önerilen transport sırasında hasta en az:

-Elektrokardiografi (EKG)

-Satürasyon ve

-Non-invazif kan basıncı (NIBP) monitörizasyonu ile takip edilmelidir. Çoğunlukla bu kılavuzlarda Yoğun Bakım hastaları kastedilmekte ama transporta bağlı risklere maruz kalmamak açısından tüm hastaların uygun monitörizasyonu gerekli kılınmaktadır (Alamanou ve diğ. 2014). Belirtmek gerekir ki ameliyathane içerisinde sürekli hasta monitörizasyonu çok zor olsa da özellikle ameliyathaneye getirilirken hastanın monitörize olması çok avantajlıdır. Çünkü basit ve non-invazif önlemlerle hastanın genel durumunun farkında olunabilir.

Monitorizasyon için gerekli araç gereçlerin en büyük dezavantajı tüm aletlerin ventilatör, monitör, oksijen tüpleri vs. aniden bozulabilir nitelikte olmalarıdır. Sağlık görevlileri bu durumu göz önünde bulundurarak transportu başlatmadan önce önlem almalıdırlar. Kaynaklarda tavsiye edilen önlemlerden bir kısmı aşağıdaki gibidir (Warren 2004):

-Cihazların batarya ve şarj durumları kontrol edilmelidir

-Tüm aletler transportu başlatmadan önce şarj edilmelidir

-Nakil yerine varıldığında prize takılmalıdır

-Oksijen deposu kontrol edilip transport süresine ek olarak 30 dakika daha yetecek miktarda bulundurulmalıdır.

Sadece monitörizasyon ve oksijen veren cihazlar önem arz etmemekte, sedye, yatak vs. transportta kullanılan tüm malzemeler çalışır durumda ve uygun olmalıdır çünkü nakil ekibi ve transfer sedyelerin uygun nitelikte olmayışı düşme riskini arttırmaktadır (Öğün 2008).

Araç gereç konusunda belirtmek gerekir ki hasta güvenliğinin sağlanması önemsiz olarak gördüğümüz; hastanın ameliyat masasında ya da sedyede iken destekli emniyet kemeri ve bantlarla tespit edilmesi, hasta naklinde sedye kenarlıklarının kaldırılması, hasta kaydırma pedlerinin kullanılması, tekerleklerin kilitli olması ve hastanın yalnız bırakılmaması, hastaya pozisyon vermede ve taşımada en az dört kişinin bulunması, kurumda düşme riskini azaltacak önlemlere uygun politika ve yöntemlerin geliştirmesi gibi önlemlerle mümkündür (Öğün 2008).

Araçlar, personel ve ekip işi bir bütün olarak taşımayı kolaylaştıran üç öge olarak belirtildiği unutulmamalıdır (Christian ve diğ. 2006).

1.3.4. Transport Organizasyonu

Transport organizasyonu ve yola çıkma hastaneler arası transportta daha büyük önem arz ederse de hastane içi transportu da hastaneler arası transporta benzer şekilde hazırlanması gerektiği için burada da ele alınmaktadır (Meneguın ve diğ. 2014). Hasta, çalışan ve araç gereç organizasyonu yukarıda anlatıldığı gibidir. Organizasyonun en önemli ögesi iletişimdir. İletişim, DSÖ'nün belirttiği gibi, hasta güvenliği konusunda kilit bir röle sahiptir. Bu konuda hemşirenin görevi transport kararı verildikten sonra gidileceği yere haber vermek, iki taraflı hazırlık aşamaları ile ilgili bilgi alışverişinde bulunmak ve yola çıkmadan önce haber vermektir. Ayrıca ekip içerisinde uygun iletişimin sağlanması ve herkesin görevini anlamasından emin olunmalıdır. Uygunsuz iletişim önlenemez birçok hatalara yol açabilmektedir (Hains 2010). Burada da ideal olan organizasyon aşamaları ile ilgili Kontrol Listelerinin kullanılmasıdır.

1.3.5. Yola Çıkma

Yukarıda anlatılan tüm transport öğelerin tam ve kullanılışlı olduğunu tekrar kontrol ederek gidileceği yere haber verip yola çıkılabilmektedir. Gidileceği yerde yukarıda anlatılan önlemler alındıktan sonra, hasta bilgileri teslimi yapılır ve hastanın genel durumunun iyi olduğundan emin olunduktan sonra transporta son verilmektedir. Transport sonunda hemşirelerin transport süreci ile ilgili bilgilerin kaydedilmesi çok önemlidir (Martin 2001).

1.4. Hastane İçi Transportta Hemşirenin Rolü

Hasta transportunda hemşirelerin rolü hayati olmakla birlikte 1980-2013 arasında yapılan araştırmaları ele alıp inceleyen Alamanou ve Brakalaki (2014) transportta hemşire rolünü ele alan çok az araştırma olduğunu yazmaktadırlar.

Hemşireler transport öncesi hasta durumunu değerlendirirler, holistik ve sürekli bakım verirler, hastayı stabilize edip uygun şekilde hazırlarlar ve transport süresince mahremiyetini korumakla görevlidirler. Buna rağmen transport konusu ulusal ve uluslararası hemşirelik camiasında yoğun olarak araştırılmamıştır.

Eski ve yeni araştırmalarda uzman ekip tarafından gerçekleştirilen transportların tümünde, uzman olmayan ekip tarafından gerçekleştirilenlere göre iyileşme ve istenmeyen olaylarda da azalma görülmektedir. Örneğin bir araştırmada, genel istenmeyen olayların görülme oranı % 61.0 iken uzman ekip tarafından gerçekleştirilen transportlarda bu oran % 1.5'e kadar azaldığı söylenmektedir (Blakeman ve Branson 2013).

Hemşirelerin transport konusunda bilinçli ve bilgili olmaları zorunludur çünkü hasta güvenliğinin sağlanması, riskin azaltılması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasındadır (Canbolat 2016).

Hastanın genel durumu ile ilgili hemşireler daha çok bilgiye sahiptirler o yüzden transport söz konusu olduğunda bilgilerini hekimle paylaşarak zarar-yarar hesaplaması yapabilmelidir.

Transport ekibini oluşturma konusunda da hemşireler sorumludur. Hemşireler uygun, uzman kişileri seçip transport ekibine dahil etmelidirler. Bu nedenle hemşire elindeki görevlilerin kapasitesini bilmeli, eğitim ve uygulama ile geliştirmeli ve gözlem yaparak eksikliklerini gidermeye çalışmalıdır.

Uygun malzeme temini, seçimi ve bakımı hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşire transport için kullanılacak malzemelerin tam ve çalışır durumunda olduğundan transport öncesi periyodik kontrollerini yaparak emin olmalıdır. Belirtmek gerekir ki transport malzemesi belli olmalı ve bu amaca özel olarak ayrılmalıdır, transportun gerçekleşeceği zaman son anda toplanmaya çalışılmamalıdır. Bu yüzden bazı kurum ve kuruluşlar bu konuda da Kontrol Listelerini geliştirip kullanmayı önermektedirler. Transport konusunda kontrol listelerinin geliştirilmesi hemşirelerin bir önceliği olmalıdır.

Sonuç olarak hemşireler transport konusunda kapsamlı bir bilgiye sahip olmalıdır çünkü hazırlığından ve meydana gelebilecek olan istenmeyen olaylardan sorumludur ve bilmemek mazeret değildir. Hemşireler bir sağlık görevlisi olarak hastaya transport

sırasında eşlik etmek zorunda ve etmediği takdirde Sağlık Bakanlığı Hastane Güvenlik Standartları Kılavuzuna (2015) göre hata yapmış olmaktadır. Diğer kılavuzlarda da önerilen hemşirenin transporta aktif olarak katılmaması durumunda bile transport görevlilerini denetlemek sorumluluğunu üstelemektir (AST 2006). Kısacası hasta transportu söz konusu olduğunda hemşire hastanın yanında olmak zorundadır.

2. AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, ameliyathanede hasta transportunu hasta güvenliği açısından değerlendirmek ve taşımada görev alan sağlık çalışanlarının deneyimlerini belirlemektir.

3.YÖNTEM

Hasta güvenliği konusunda saha gözlemlerin verimliliği vurgulanmaktadır (Christian ve diğ. 2006). Çünkü saha gözlemleri, sağlık hizmetlerinin verildiği tıbbi ortam, süreç ve çevre hakkında daha derin bilgiler sağlamaktadır (Christian ve diğ. 2006). Bu bağlamda bu araştırma gözlem çalışması olarak düzenlenmiştir.

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma Özel Çakmak Erdem Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu hastane, araştırmacının çalıştığı kurum olması nedeniyle çalışmanın kolay yürütülebilmesi ve hastane içi transport ile ilgili bir prosedürünün bulunmaması nedeniyle seçilmiştir. Hastanede iki farklı blokta toplam yedi ameliyat odası bulunmaktadır. Bir blokta (4 ameliyat odası) kalp ve damar ve sezeryan ameliyatları diğer blokta ise (3 oda) diğer tüm ameliyatlar yapılmaktadır.

Kalp ve damar ameliyatı olan hastalar ameliyat sonrası, ameliyathane ile birleşik olan Kardiovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine alınmaktadırlar. Bu çalışmada ameliyathane içerisinde hasta taşınması inceleneceğinden bu hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Sezeryan ameliyatlarının kalp ve damar ameliyatlarının yapıldığı blokta olması, tek araştırmacının iki bloğu da takip etmesinin mümkün olmaması ve ameliyat tipinin araştırma için özel bir anlam ifade etmemesi nedeniyle, bu hastalar araştırma dışında bırakılmıştır.

3.3. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Araştırma için, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Proje Araştırma Numarası: KÜ GOKAEK 2016/102 (Bak Ek-1) ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan onay alınmıştır (Bak Ek-2). Bunun dışında araştırmaya katılan kişilerden gözlem ve görüşme formunun uygulanabilmesi için sözlü izin alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini, 01/04/2016-30/04/2016 tarihleri arasında, mesai saatleri (08:30-18:00) içinde ameliyat olan 152 hasta ve çalışmaya katılmayı kabul eden 25 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

3.5. Değişkenler

Çalışmada hasta transportunun hasta güvenliği açısından değerlendirilmesi ve hasta transportunda rol alan sağlık çalışanlarının deneyimlerinin belirlenmesi amaçlandığından, değişkenler; hasta güvenliği ile ilgili uyulması gereken standartlardan, hastaların ve sağlık çalışanlarının özelliklerinden ve deneyimlerinden oluşmuştur (Bak Ek-4).

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereç

Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen gözlem (Bak Ek-3) ve görüşme (Bak Ek-4) formu ile elde edilmiştir.

Gözlem formu oluşturulurken, 2006 yılında Cerrahi Teknisyenler Birliği (AST- Association of Surgical Technologists) tarafından geliştirilen Hasta Transport Standartlarından yararlanılmıştır. AST Hasta Transport Standartları üç ana standarttan ve bu standartları karşılamaya dönük girişimlerden oluşmaktadır. Birinci standart: hastanın

yataktan transport aracına güvenli transferini ve alınması gereken önlemleri, ikinci standart, hastanın ameliyathaneye güvenli transportu ve alınması gereken önlemleri, üçüncü standart ise hastanın ameliyat masasına güvenli transportu ve alınması gereken önlemleri içermektedir.

Bu araştırmada veri toplama ve çözümleme kolaylığı açısından ameliyathane içerisinde hasta transportu iki bölüme ayrılmıştır:

- 1- Ameliyathaneye kabul ile başlayıp ameliyat masasına alınmayla biten evre
- 2- Ameliyat masasından alınma ile başlayıp ameliyathaneden çıkış ile sonlanan evre.

Gözlem formu iki bölümden oluşmaktadır; ilk bölümde hastaya ilişkin veriler, ikinci bölümde ise transporta ilişkin veriler yer almaktadır. Hastaya ilişkin veriler, transportu etkileyebilecek hastaya ait özellikleri içermektedir (yaş, cinsiyet, ameliyat türü, ameliyat süresi, hasta bilekliğinin, intravenöz yolun, drenin ve üriner kateterin varlığı, hastanın bilinç durumu ve hareket yeteneği). Gözlem formunun ikinci bölümünde transportun güvenliği ile ilgili alınması gereken 15 önlem ve istenmeyen olay gelişme durumu yer almaktadır (Bak Ek-3).

Hasta transportunda görev alan sağlık çalışanlarının deneyimlerini belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen görüşme formunda 12 adet açık uçlu soru bulunmaktadır. İlk üç soru personelin özellikleri ile ilgilidir. Dördüncü soruda personelin transport eğitimi alma durumu ve kimden aldığı sorulmaktadır. Diğer sorular ise sağlık çalışanlarının hasta transportuna ilişkin deneyimlerini belirlemeye dönük sorulardır.

3.7. Araştırmada Kullanılan Terim, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması

Gözlem formunda yer verilen hasta transportu güvenliğini sağlayan standartlar aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır:

Hastayı taşıyan personelin, hasta anksiyetesini azaltmak amacıyla kendini tanıtmayı istenmiştir. Kendini tanıtmış olarak sayılması için personelin isim ve görevini söylemesi beklenmiş, söylenmediğinde kendini tanıtmadı olarak kabul edilmiştir. Hastaların çok küçük oldukları durumlarında (4 yaş ve altı) hasta küçüktür diye kendini tanıtmayı beklenmemiştir ve verilerde o şekilde kaydedilmiştir.

Yapılacak manevranın anlatılmasında; hastaya manevradan önce ne yapılacağı ve kim tarafından yapılacağı açıklanması beklenmiştir.

Sedye tekerleklerinin kilitlenmesi ve yardımcı taşıma aracının kullanımı net bir ölçüttür ve uygulanma durumuna göre işaretlenmiştir.

Sedyenin hasta boyutlarına uygunluğu hem uzunluk hem genişlik olarak değerlendirilmiş ve gözlem formuna kaydedilmiştir.

Hastaya uygun pozisyon verilmesi hastanın genel durumu, ameliyatı ve anestezi almış olduğu göz önünde bulundurarak değerlendirilmiştir. Genel olarak hastanın rahat olduğunu söylediği ve anestezinin hastada kasmaya yol açabileceği ihtimalini düşünerek sırtüstü ve başının yana döndürülmüş olarak durması uygun pozisyon olarak değerlendirilmiştir. AORN'e göre de Ayılma Ünitesindeki sedye ve yataklar, hastanın solunum sıkıntısını önlemek amacıyla, en az 30 dereceye kadar kaldırılmalıdır.

Hastanın örtünmesi, hızlı ve ani hareketlerinin yapılması, personellerin sedyenin başında ve ayak ucunda durup durmaması net verilerdir ve yapılma durumuna göre kaydedilmiştir.

Hastanın yalnız bırakılması sağlık çalışanlarına göre biraz karışık bir durumdur çünkü gözlemlendiği üzere ameliyathanede birilerinin bulunması hastanın yalnız olmadığı anlamına gelmektedir. Fakat bu araştırmada sadece sorumlu personelin hastanın başında olması durumunda hasta yalnız bırakılmamış olarak görülmüştür çünkü ortalıkta birilerinin varlığı istenmeyen olayları engelleyecek anlamına gelmemektedir.

İstenmeyen olaylar tanımı literatürde geniş bir olaylar aralığını içermektedir. Buna bağlı olarak hasta güvenliğini tehdit eden herhangi bir durum istenmeyen olay olarak kaydedilmiştir.

Kaç personelin taşımayı gerçekleştirdiği ve görev tanımları araştırmacı tarafından bilindiğinden ona göre kaydedilmiştir.

3.8. Veri Toplanması

Çalışma 1 Nisan 2016'da başlayıp 30 Nisan 2016'da son bulmuştur. Bu sürede hafta içi her gün (pazartesten cumartesiye) mesai saatleri içerisinde (08:30-18:00) araştırmacı ameliyathanede bulunup, hasta transportunu takip ederek, müdahale etmeden gözlem yapmıştır. Tüm hastalar, ameliyathaneye kabul ile başlayıp ameliyat masasına alınincaya kadar olan evrede ve ameliyat masasından sedyeye transfer edilip ameliyathaneden çıkış ile sonlanan evrede gözlenmiştir. Gözlem sırasında elde edilen veriler gözlem formuna kayıt edilmiştir.

Gözlem süresince ayrıca sağlık personellerine anket uygulanmıştır. Sözlü onam alınıp çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra anketin içeriği anlatılmıştır ve cevaplamaları için süre tanınmıştır. Personellerin bir kısmı ilkokul mezunu olduğundan

yazının 'iyi' olmadığı gerekçesiyle arařtırmacının yazmasını istemiřlerdi, bu durumlarda personellerin dűřünceleri arařtırmacı tarafından yazılmıřtır. Personel ile gűrűşmeler hastalar ameliyattayken gerçekleřtirilmiřtir. Hastalar ameliyat masasına alındığında takip edilmesi gereken tařıma sűreci sona erdiđi için ve ameliyat sűresince gűzlemin yapılması gerekmediđi için arařtırmacı műsait olan personelle gűrűşme yapmıřtır. Anketin doldurulması yaklařık olarak on dakika sűrműřtűr.

3.9. Veri özűmlemesi, Kullanılan İstatistik Testlerin ve Hesaplamaların Tanımlanması

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Nűmerik değerşkenler Ortalama +/- standart sapma ve medyan (25.th - 75.th persentil) ve frekans (yűzdelikler) olarak verilmiştir. Kategorik değerşkenler için Fisher Exact testi, Yates Ki-kare testi ve Pearson Ki-kare testi analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hasta Transportu ile İlgili Bulgular

Araştırma bulgularına bakıldığında hastaların yaşı 0-89 yıl aralığı gibi çok geniş bir yelpazede yer almıştır. Bir yaşını doldurmeyen bebekler sıfır yař olarak kabul edilmiştir. Araştırmada hastaların yaşları, DSÖ'nűn uygun gűrdűđű ű yař grubunda toplanmıştır. Hastaların %21,1'i 0-14 yař grubunda (32 hasta), %38,8'i 15-49 yař grubunda (59 hasta), %40,1'i 50 ve űzeri yař grubunda (61 hasta) yer almıştır. Araştırma kapsamında yer alan hastaların yař ortalaması 41 ± 25 yıldır.

Hastaların % 60,5'i erkek, %39,5'i kadındır.

Gűzlenen hastalara 46 farklı tipte cerrahi giriřim uygulanmıřtır. Bu giriřimlerin % 15.2 Ortopedi, % 34.8 Üroloji, % 21.7 Genel Cerrahi, % 6.5 Beyin Cerrahisi, % 6.5 Estetik Cerrahi, % 2.1 Gűz Cerrahisi, % 2.1 ocuk Cerrahisi, % 4.3 Jinekoloji, % 6.5 Kulak-Burun-Bođaz Cerrahisi ile ilgilidir. Hastaların çođuna bir cerrahi giriřim uygulanırken, on bir hastaya iki, bir hastaya ű, bir hastaya da dűrt farklı cerrahi giriřim uygulanmıřtır. Ameliyat tűrlerindeki farklılık dođal olarak ameliyat sűrelerine de

yansımıştır. Ameliyat süresi minimum 10 dakika, maksimum 425 dakikadır. Ameliyat süresinin medyanı 70 dakikadır.

Ameliyat öncesi dönemde hasta taşınmasında dikkate alınması gereken hastaya ait özellikler değerlendirildiğinde; hastaların %86,2'sinde bileklik olduğu, % 28'inde IV kateter olduğu, % 4,6'sında üriner kateter olduğu, tüm hastaların bilinçlerinin açık olduğu, %5,3'ünün destekle hareket edebildiği ve %7,2' sinin hareket edemediği gözlenmiştir. Aynı özellikler ameliyat sonrası dönemde değerlendirildiğinde; hastaların %71,5'inde bileklik olduğu, % 98'inde IV kateter olduğu, %10,5'inde dren olduğu, %21,1'inde üriner kateter olduğu, %74,2'sinin bilincinin açık olduğu, %40,7'sinin hareket edemediği gözlenmiştir (Bak. Çizelge 4.1).



Çizelge 4.1. Güvenli transportu etkileyen hasta özelliklerinin ameliyat öncesi ve sonrası döneme göre dağılımı.

| Özellikler | Ameliyat öncesi | | Ameliyat sonrası | |
|--------------------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| <u>Bileklik</u> | | | | |
| <i>Var</i> | 131 | 68.2 | 108 | 71.5 |
| <i>Yok</i> | 21 | 13.8 | 43 | 28.5 |
| <u>İntravenöz yol</u> | | | | |
| <i>Var</i> | 28 | 18.7 | 149 | 98.0 |
| <i>Yok</i> | 122 | 81.3 | 3 | 2.0 |
| <u>Dren</u> | | | | |
| <i>Var</i> | 0 | 0.0 | 16 | 10.5 |
| <i>Yok</i> | 152 | 100.0 | 136 | 89.5 |
| <u>Üriner kateter</u> | | | | |
| <i>Var</i> | 7 | 4.6 | 32 | 21.1 |
| <i>Yok</i> | 144 | 94.7 | 120 | 78.9 |
| <u>Bilinç durumu</u> | | | | |
| <i>Açık</i> | 152 | 100.0 | 112 | 74.2 |
| <i>Konfüze</i> | 0 | 0.0 | 37 | 24.5 |
| <i>Kapalı</i> | 0 | 0.0 | 2 | 1.3 |
| <i>Sedatize</i> | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| <u>Hareket yeteneği</u> | | | | |
| <i>Sınırlılık yok</i> | 133 | 87.5 | 57 | 38.0 |
| <i>Destekle hareket ediyor</i> | 8 | 5.3 | 32 | 21.3 |
| <i>Hareket edemiyor</i> | 11 | 7.2 | 61 | 40.7 |

Hasta transportunu güvenli kılan standartların uygulanma durumu çizelge 4.2’de yansıtılmıştır. Bazı standartlarda 126 veri görünmektedir, preoperatif evrede 2 hasta yürüyerek ve 21 hasta kucakta taşındığı için standartların değerlendirilmesi yapılamamıştır. Aynı durum postoperatif evrede de söz konusudur burada 26 hasta kucakta taşınmıştır. Bazı standartlarda bir ya da iki veri kaybı söz konusu olabilmektedir. (Bak Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Ameliyathanede hasta transport standartlarının uygulanma durumu.

| Güvenli taşıma standartları | Ameliyat öncesi | | | | | | Ameliyat sonrası | | | | | |
|--|-----------------|------|-------|------|--------|-------|------------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | Evet | | Hayır | | Toplam | | Evet | | Hayır | | Toplam | |
| | S | % | S | % | S | % | S | % | S | % | S | % |
| Personel kendini tanıttı | 7 | 4.6 | 145 | 95.4 | 152 | 100.0 | 0 | 0.0 | 152 | 100.0 | 152 | 100.0 |
| Hastaya yapılacak manevra anlatıldı | 126 | 82.9 | 15 | 9.9 | 141 | 92.8 | 108 | 71.1 | 32 | 9.9 | 140 | 81.0 |
| Sedyenin yan korkulukları kaldırıldı | 126 | 82.9 | 3 | 2.0 | 129 | 84.9 | 126 | 82.9 | 0 | 0.0 | 126 | 82.9 |
| Sedyenin tekerlekleri kitlendi | 128 | 84.2 | 1 | 0.7 | 129 | 84.9 | 126 | 82.9 | 0 | 0.0 | 126 | 82.9 |
| Yardımcı taşıma aracı kullanıldı (transportör, örtü) | 24 | 15.8 | 105 | 69.1 | 129 | 84.9 | 86 | 56.6 | 39 | 25.7 | 125 | 82.3 |
| Sedye hasta boyutlarına uygun | 129 | 84.9 | 0 | 0.0 | 129 | 84.9 | 126 | 82.9 | 0 | 0.0 | 126 | 82.9 |
| Hastaya uygun pozisyon verildi | 125 | 82.8 | 3 | 2.0 | 128 | 84.8 | 126 | 82.9 | 0 | 0.0 | 126 | 82.9 |
| Hasta örtüldü | 151 | 99.3 | 1 | 0.7 | 152 | 100.0 | 152 | 100.0 | 0 | 0.0 | 152 | 100.0 |
| Yavaş ve yumuşak hareket edildi | 125 | 82.2 | 4 | 2.6 | 129 | 84.9 | 6 | 3.9 | 120 | 78.9 | 126 | 82.9 |
| Birinci personel hasta başında durdu | 123 | 81.5 | 5 | 3.3 | 128 | 84.8 | 111 | 73.0 | 15 | 9.9 | 126 | 82.9 |
| İkinci personel hastanın aya ucunda durdu | 62 | 41.1 | 66 | 43.4 | 128 | 84.8 | 59 | 38.8 | 66 | 43.4 | 125 | 82.2 |
| Hasta yalnız bırakılmadı | 125 | 82.8 | 26 | 17.2 | 151 | 100.0 | 97 | 63.8 | 54 | 35.5 | 151 | 99.3 |
| Hasta ile ilgili bilgiler teslim edildi | 9 | 5.9 | 143 | 94.1 | 152 | 100.0 | 53 | 34.9 | 98 | 64.5 | 151 | 99.3 |

Çizelge 4.3. Araştırmada izlenen taşıma şekillerinin dağılımı.

| Taşıma şekli | Ameliyat öncesi | | Ameliyat sonrası | |
|--------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Sedye | 129 | 84.9 | 126 | 82.9 |
| Kucakta | 21 | 13.8 | 26 | 17.1 |
| Yürüyerek | 2 | 1.3 | 0 | 0.0 |

Preoperatif evrede hastaların % 55.3'ünü bir personel, % 38.2'sini iki personel, % 5.9'unu üç personel ve % 0.7'sini 4 personel taşımıştır. Taşıyan personelin görevlerine bakıldığında hastaların % 2.6'sına doktor, 20.4'üne % hemşire, % 77.0'ına ameliyathane personeli ve % 36.2'ine diğer personeller eşlik etmektedir. Diğer personeller çoğunlukla anestezi teknisyeni ve teknikeri, öğrenciler ve ya ameliyathane sekreteridir (Bak. Çizelge 4.3).

Postoperatif evrede hastaların % 55.9'una bir personel, % 39.5'ine iki personel, % 3.9 üç personel ve % 0.7'sine dört personel taşımıştır. Taşıyıcı personelin görevlerine bakıldığında sadece % 2.6'ına doktor, % 7.9'una hemşire, % 71.1'ine ameliyathane personeli ve % 18.4'üne diğer personeller eşlik etmektedir (Bak. Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Taşımaya katılan personelin sayısı ve görevlerinin dağılımı.

| | Ameliyat öncesi | | Ameliyat sonrası | |
|---|-----------------|-------|------------------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| <u>Taşımaya katılan personelin</u> | | | | |
| <u>sayısı</u> | | | | |
| Bir | 84 | 55.3 | 85 | 55.9 |
| İki | 58 | 38.2 | 60 | 39.5 |
| Üç | 9 | 5.9 | 6 | 3.9 |
| Dört | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 |
| <u>Taşımaya katılan personelin</u> | | | | |
| <u>görevleri</u> | | | | |
| Doktor | 4 | 2.6 | 4 | 2.6 |
| Hemşire | 31 | 20.4 | 12 | 7.9 |
| Ameliyathane personeli | 117 | 77.0 | 108 | 71.1 |
| Diğer personeller* | 55 | 36.2 | 74 | 18.4 |

*anestezi teknikeri ve teknisyeni, ameliyathane sekreteri, öğrenciler.

Taşıma standartlarında bilinci açık olan hastaları iki kişinin taşıması, yarı bilinçli, bilinci kapalı ve hareket edemeyen hastaları dört kişinin taşıması gerektiği söylenmektedir. Bu araştırmadaki personel sayısına bakıldığında, ameliyat öncesinde tüm hastaların bilinci açıktı ama hastaların hepsi iki personel tarafından taşınmamıştır (Bak. Çizelge 4.4). Ameliyat sonrasındaki personel sayısı durumuna bakıldığında, bilinci konfüze olan 16 hastaya bir personel, 18 hastaya iki personel, üç hastaya üç personel, hiçbir hastaya dört personel eşlik etmemiştir. Bilinci kapalı olan iki hastaya da bir personel eşlik etmiştir. Hastaların hareket durumuna bakıldığında, hareket edemeyen 30 hastaya da bir personel, 27 hastaya iki personel, 3 hastaya üç personel ve 1 hastaya dört personel eşlik etmiştir. Hemşirelerin hastanın bilinç durumuna göre taşımaya katılması ise şu şekildedir; bilinci açık olan 8 hastaya hemşire eşlik etmiştir, 104 hastaya eşlik etmemiştir, bilinci konfüze olan 4 hastaya eşlik etmiştir 33 hastaya eşlik etmemiştir, bilinci kapalı olan 2 hastaya da hemşire eşlik etmemiştir.

Ameliyat sonrası hastanın hareket durumu ile kaç personelin taşıdığı arasındaki ilişkiye bakıldığında, hareket sınırlılığı olmayan 42 hastaya bir personel, 15 hastaya iki personel,

hiçbir hastaya üç ya da dört personel eşlik etmemiştir. Destekle hareket eden 12 hastaya bir personel, 17 hastaya iki personel, 3 hastaya üç personel, hiçbir hastaya dört personel eşlik etmemiştir. Hareket edemeyen 30 hastaya da bir personel, 27 hastaya iki personel, 3 hastaya üç personel ve 1 hastaya dört personel eşlik etmiştir.

Araştırmamızda hasta transportu sırasında biri ameliyat öncesi dönemde, ikisi ameliyat sonrası dönemde olmak üzere, üç istenmeyen olay saptanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde belirlenen istenmeyen olay; hastanın ameliyat öncesi yeterli değerlendirilmemesi nedeniyle, transportunun uzamasıdır. Bu olayda, hasta, ameliyata girmeden önce anesteziste kalp hastalığı olduğunu söylediği için, anestezi kardiyoloji konsültasyonu istemiş ve hastanın epidural anestezi ile ameliyatı gerçekleştirilmiştir.

Diğer istenmeyen olayda ise Rhinoplasti ameliyatı sonrasında hastanın bilinci yarı açık olduğu halde yalnız bırakılmış ve anestezi doktoru hastayı kontrol ettiğinde burnunun kanadığını görüp hemşireye iletmiştir. Hastanın sedyeye gelecek kadar kanadığını gören hemşire yeni pansumanını yaparak müdahale etmiştir.

Üçüncü istenmeyen olay yine ameliyat sonrası gerçekleşmiştir ve benzer şekilde yalnız bırakılan hasta kusmuştur, hasta el ve kol hareketleriyle dikkat çekmeye çalışırken fark edilip müdahale edilmiştir. İki olayın hastanın yalnız iken meydana gelmeleri tesadüf değildir.

4.2. Hasta Transportuna Katılan Sağlık Çalışanlarının Deneyimleri ile İlgili Bulgular

Araştırmanın yapıldığı ameliyathanede hasta transportuna aktif olarak katılan 30 hemşire, anestezi teknikeri/teknisyeni ve ameliyathane personeli bulunmaktadır. Görevlilerden 25 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılanların % 12.0'ı ilkokul, % 12.0'ı ortaokul, % 36.0'ı lise, % 20.0'ı ön lisans ve % 20.0'ı lisans mezunudur. Araştırma kapsamında yer alan sağlık çalışanlarının hastanede çalışma sürelerine bakıldığında, 3 ay ile 11 yıl arasında değiştiği görülmektedir. Personelin % 12.0' bir yıldan az, % 8.0'ı ise 11 yıldır çalışmaktadır. Cerrahi servislerinde çalışma yıllarına bakıldığında da durum aynıdır. Görüşmeyi kabul eden 25 personelden sadece 7'si (% 28.0) hemşireydi.

Hasta transportunda görev alan ve çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının % 60.0'ı hasta transportu ile ilgili eğitim alırken % 40.0'ı almamıştır. Eğitim alanların % 81.3'ü

hastaneden, % 18.7'si ise okuldan eğitim almıştır. Transport eğitimi işe başlarken oryantasyon programı kapsamında verilmektedir.

Eğitim almak isteyip istemedikleri sorusuna bakıldığında, almak isteyenler yine % 60.0 oranındadır, almak istemeyen de % 40.0 oranındadır. Eğitim almak istemeyenler aldıkları eğitimin yeterli olduğunu düşünmektedirler.

Sağlık çalışanlarının hasta transportu sırasında karşılaştıkları sorunlarla ilgili cevapları çok farklılıklar göstermektedir. Alınan cevaplar hasta ile ilgili, araç gereçle ilgili ve personel ile ilgili sorunlar olmak üzere üç grupta toplanmıştır (Bak. Çizelge 4.5). Sağlık çalışanlarının sadece %8'i hasta transportu ile ilgili herhangi bir problemle karşılaşmadığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının hasta transportu ile ilgili yaşadıklarını ifade ettikleri sorunlardan bazıları şunlardır; hasta hassas dokunulmaya tahammül edemiyor, hasta kilolu, hasta sedyede düzgün durmuyor, hasta anestezi etkisinde olduğu için istemsiz hareketleri oluyor, hasta ağrı duyuyor, hastanın üriner kateteriyle ilgili sorun yaşıyorum, hastayı ameliyat masasından almak zordur, hasta karşı cinsten taşıyıcı personel istenmiyor, transportör yardımcı değil hastayı sarstığı için ağrı hissettirmekte, sedye kilitleri bozuk, personel az, personel uygunsuz taşıma şekli kullanıyor, personel arasında koordinasyon eksikliği var ve hemşire hasta transportu ile ilgilenmiyor.

Çizelge 4.5. Sağlık görevlilerinin taşıma sırasında karşılaştıkları problemlerin dağılımı.

| Problemler | Sayı | Yüzde |
|-------------------|------|-------|
| Yok | 2 | 8.0 |
| Var | 23 | 92.0 |
| Hasta | 12 | 52.2 |
| Araç gereç | 2 | 8.7 |
| Personel | 9 | 39.1 |

Hasta transportunda görev alan kişilerin sorunlar ile karşılaştıklarında uyguladıkları çözümlere bakıldığında; % 8.7'si hiç bir şey yapmadığını, % 4.3'ü transportör kullandığını, % 8.7'si hastayı rahatlatmaya çalıştıklarını, % 26.1'i ilave personel istediklerini, % 21.7'si kıdemli kişiye ilettiklerini, % 4.3'ü hastayı bağladıklarını/tuttuklarını, % 8.7'si yavaş ve

kontrollü hareket ettiklerini, % 4.3'ü komuta ile hareket ettiklerini ve % 4.3 'ün hasta ile aynı cinsten personel sağlamaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Hasta taşımada görev alan kişilere taşıma sırasında endişe duyma durumu ve nedenleri sorulduğunda; katılımcıların % 4.2'si sebepsiz endişe yaşadıklarını, % 4.2'si dren ve ya üriner kateter konusunda endişe yaşadıklarını, % 20.8'i hastaların düşmesinden korktuklarını, % 4.2'si özellikle ortopedi hastaları için endişe duyduklarını (taşıma konusunda hassas olmalarından dolayı), % 8.3'ü hastanın ağrı hissetmesinden endişe yaşadıklarını, % 4.2'si komplikasyon gelişir diye endişe yaşadıklarını ve % 4.2'si hasta güvenliği ve kendi güvenliği tehlikeye girebilir diye endişe yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaya açıklama yapıp yapılmadığı sorulduğunda % 40.0'ı yapmadığını, % 60.0'ı ise yaptığını ifade etmiştir.

Ayrıca manevrayı anlatma haricindeki genel iletişimin olup olmadığı sorusuna, % 4.2'i olduğunu, % 8.3'ü olmadığını ifade etmiştir. Açıklama yapıldığında genelde aşağıdaki bilgilerle ilgili yapıldığı ifade edilmiştir; ağrı/bulantı/solunum sıkıntısı gibi şikayetlerini sorguladığını (% 4.2), rahatlatıcı sözler ve açıklamalar yaptığını (% 12.0), iyi dileklerde bulunduğunu (% 8.3), sorularını cevapladığını (% 8.3), tıbbi geçmişini sorguladığını (% 8.3), kendini tanıttığını (% 4.0), olacak ameliyatı ve doktorunu sorduğunu (% 4.0), ameliyat tarafı ile ilgili bilgi aldığını (% 4.0), yapılacak işlemle ilgili açıklama yaptığını (% 29.2) söylemektedir.

Transportta kimler görev almalı sorusunun yanıtları farklılık göstermekle birlikte çoğunlukla (% 28.0) ameliyathane personeliyle birlikte bir sağlıkçının katılması gerektiği söylenmektedir. İkinci sırada (% 24.0) personelle birlikte hemşire ve anestezi teknikeri/teknisyeninin gerçekleştirmesi gerektiği düşüncesi gelmektedir. Diğer yanıtlarda; personel ve hemşire (% 12.0), sadece personeller (% 8.0), personel ve anestezi teknikeri/teknisyeni (% 8.0), hasta danışmanı ve personel (% 4.0), insan yerine aletler kullanılmalı (% 4.0), erkek personel (% 4.0) gibi düşünceler yazılmıştır. Yanıtlarda bilmiyorum diyen bir kişi ve bir veri kaybıdır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma ameliyathanede hasta transportunun güvenli yapılıp yapılmadığını değerlendirmek ve hasta transportunda görev alan sağlık çalışanlarının deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma süresince benzer araştırmalara rastlamamakla birlikte elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada gözlemlenen hasta özellikleri arasında en önemlisi hasta yaşı idi çünkü yaş transport sırasında meydana gelebilecek olan istenmeyen olayları etkileyebilecek bir faktördür (AORN 2009). Gözlem yapıldığı süre içerisinde 0-89 yaş arasında olan hastalar izlenmiştir. Yaşın transport sırasında meydana gelebilecek istenmeyen olayları etkileyebilen bir faktör olmasının bilinmesiyle birlikte bu araştırmada izlenen üç istenmeyen olay bu ilişkiyi kanıtlamak açısından yetersizdir.

İzlenen diğer hasta özellikleri ile ilgili araştırma boyunca herhangi bir istenmeyen olay saptanmamıştır. Ancak hasta özellikleri açısından bilekliğin varlığı dikkat isteyen bir konudur. Aren (2008) ve Hergül ve diğ.'in (2016) çalışmalarında belirtildiği gibi hasta hastanede yattığı sürece kol bandı takılması ve hastaya ismi ile hitap edilmesi gerekmektedir. Ayrıca hasta kimliğinin tespit edilmesi yasal olarak düzenlenmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane 2015) ve yerine getirilmemesi bir hatadır ama bu araştırmada görülen, ameliyat öncesinde hastaların % 21.0'ında ve ameliyat sonrasında hastaların % 28.5'inde bilekliğin olmadığıdır.

Transportu güvenli kılan standartlara bakıldığında, standartların çoğu titizlikle yerine getirilmektedir (Bak. Çizelge 4.2). Güvenlik standartlarıyla ilgili en büyük eksiklik kendini tanıtmama konusunda görülmektedir. Sağlık çalışanları kendini tanıtmamaktadır ve araştırma süresince bu konu ile ilgili düşünceleri sorulduğunda bunun gereksiz olduğunu, hastanın ameliyattan çıkar çıkmaz hepsini unuttuğunu ve bir daha görüşmediklerini ifade etmişlerdir.

Diğer standartlarda minimum düzeyde de olsa ihmaller olmaktadır. Bu araştırmada, transport sırasında hastanın yaşamını tehlikeye sokan durumların gelişmemiş olması, bu küçük ihmallerin ileride tehlike oluşturmayacağı anlamına gelmemektedir. Canbolat'ın araştırmasında hemşirelerin % 31.0'ı sadece sedyelerde kenarlık ya da emniyet kilidinin

olmaması ya da kenarlıkların kaldırılmaması gibi durumları hasta düşmelerin sebebi olarak göstermiştir.

Güvenlik standardı olarak bilgi teslimi özellikle yerine getirilmeyen bir uygulamadır (Bak. Çizelge 4.2). Preoperatif döneme bakıldığında hastayı ameliyathaneye getiren personelin büyük ölçüde sağlık görevlisi olmadığından hasta hakkında bilgi sahibi değildir, ama taşıyıcı personelin sağlık görevlisi olduğu durumlarda bile bilgi teslimi yapılmamaktadır. Bilindiği üzere, hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi ve teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmesi zorunludur ve iletilmemesi hatalı bir durumdur (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane 2015). Literatüre göre cerrahi işlem sonrası genellikle perioperatif ekip postoperatif ekibe işlemle ilgili bir rapor vermektedir fakat literatürde perioperatif dönemini kapsayan araştırmalara göre özellikle ameliyat odasında ve postoperatif dönemde iletişim eksikliğinden bahsedilmektedir (Malley ve diğ. 2015). Bu araştırmada ise ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde de bilgi teslimi konusunda ciddi eksiklikler saptanmıştır. Bilindiği üzere sağlık konusunda kötü bir iletişim istenmeyen olaylara yol açmaktadır (Onganer ve diğ. 2014).

Taşımaya eşlik eden personellerin görevlerine bakıldığında hemşireler sadece 31 hastaya eşlik etmiştir. Çoğunlukla transportu gerçekleştiren ameliyathane personelleridir (Bak. Çizelge 4.4). Hastanın özelliklerine bakıldığında bilinci kapalı olan hastalara hemşirelerin eşlik etmesi görülmemiştir. Hareket edemeyen hastalara hemşirenin eşlik etmesi ise sadece altı vakada görülmüştür. Bu durum hasta özelliklerinin hemşirelerin transporta katılma durumunu etkilemediğini göstermektedir. Bunun yanında hasta transportunun angarya ve değersiz bir iş olarak görülmesi hemşirelerin transporta katılmamasına yol açmaktadır. Hasta transportuna sağlık çalışanının eşlik etmemesi Sağlık Bakanlığı'nın hastane için Sağlıkta Kalite Standartları Kılavuzunda hata olarak sayılmakta ve rapor edilmesi istenmektedir. Bazı araştırmalarda, Swickard ve diğ.'in araştırmasında olduğu gibi hemşire transportların % 95.0'ına primer sağlık çalışanı olarak katıldığı söylenmektedir. Ülkemizde yapılan iki araştırmada ise bu durumun tersi saptanmıştır. Durak'ın araştırmasına göre Acil Servisten diğer birimlere yapılan transferlerde hemşirenin hiç katılmadığı görülmüştür. Yine Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinden kliniğe taşınma sırasındaki kaygı düzeyini araştıran Özer'e (2004) göre kontrol grubundaki hastaların %100'ü kliniğe taşınma sırasında yanlarında sağlık çalışanının

bulunmadığını belirtmektedir. Sonuç olarak hemşirenin ve genel olarak sağlık görevlilerinin hasta transportuna katılımını sağlayan ölçütlerinin tespit edilmediği ve hastane politikalarıyla düzeltilmediği söylenebilmektedir.

Güvenlik standartlarıyla ilgili sorun teşkil eden bir konu daha ameliyathanedeki hastaların kucakta taşımak ve yürüyerek ameliyat odasına almaktır. Ameliyathanedeki hastaların kucakta taşımak ve ya yürüyerek ameliyat odasına almak uygun bir taşıma şeklinin olmadığını belirtmek gerekir. Literatürde kucakta taşıma ve yürüme ile ilgili ilke ve öneriler bulunmamaktadır ve tüm öneriler sedye veya yatakla taşıma şekilleriyle ilgilidir (AST 2006; AORN 2009; Fanara ve diğ. 2010). Kucakta ve yürüyerek taşıma şekli gözlemlendiği kadarıyla özellikle bebek ve çocuklarda söz konusudur. Genel taşıma ile ilgili kılavuzlarda bebek ve çocuk hastalar ayrı olarak değerlendirilmemiştir ve yetişkin hastalar için geçerli olan öneriler onlar için de geçerlidir. Bebek ve çocuk hastalar ile ilgili kılavuzlarda ise bebeklerin kucakta değil kuvözde taşınmaları gerektiği söylenmektedir (Gunn ve Outerbridge 1978; Rashid ve diğ 1999; Sethi ve Subramanian 2015).

Transportu gerçekleşen personel sayısına bakıldığında çoğu hastayı ameliyat öncesi (% 55.3) veya ameliyat sonrası (% 55.9) fark etmeksizin tek personel taşımıştır. Bilinci kapalı olan iki hastaya bile bir personel eşlik etmiştir. AST'nin kılavuzuna göre ve hasta transportu ile ilgili olan tüm kılavuzlarda hastaya en az iki kişinin eşlik etmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Hatta Swickard ve diğ. (2014) çalışmasına göre çoğu ülkede transport ekibinde en az bir lisanslı hemşirenin ve onun yanında da triyaj konusunda daha az bilgi sahibi olan iki kişinin daha olması gerektiği söylenmektedir. Belirtmek gerekir ki az personelle çok iş yapmak mevcut sağlık sistemin özelliklerindedir ve bu oranlarda tek personelin hastaya eşlik etmesi buna bağlıdır. Sonuç olarak bu araştırmada görülen taşıyıcı personel sayısının kılavuzlarda önerilen personel sayısından çok uzak olduğudur.

Taşıyıcı personelle yapılan ankette de % 24.0 oranında ifade edilen az personelle çalışma başlıca sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu duruma bağlı taşıyıcı personel hasta transportuna bağlı endişe ve stres duymakta, hasta ve kendi güvenliğinin (% 4.2) tehlikeye girdiğini düşünmektedir. Özata ve Altuncan'ın (2010) yaptığı çalışmada; tıbbi hata nedenlerinin başında iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluğun geldiği belirtilmiştir. Tek

başına hasta taşıyan bir personel fazla sorumluluk yüklendiğini hissetmekte ve buna yönelik bir çözüm yolu aramaktadır fakat şartlar her zaman buna müsaade etmemektedir. Canbolat'ın araştırmasında hemşirelerin % 50.0'ı hasta taşınması ile ilgili aksaklıkların hasta güvenliğini tehdit ettiğini ifade etmiştir bu araştırmada da taşıyıcı personellerin % 4.2'si transport sırasında hasta güvenliğinin tehdit altında olduğunu ifade etmiştir. Taşıyıcı personelin korktuğu başka bir durum anestezi etkisinin devam ediyor olmasıdır, bu araştırmada katılımcıların % 12.0'ı bunu dile getirmiştir, Canbolat'ın araştırmasında ise bu oran % 40.0 olarak bulunmuştur. Sayılardaki farklılıklar araştırma kapsamındaki sağlık görevlilerin sayısı ile ilgilidir.

Transporta katılan ekibin eğitimi de çok önemli bir konudur. Genel bilgilerde de belirtildiği gibi transport konusunda eğitilmiş bir ekip istenmeyen olayların oranını düşürmektedir. Bu gerçeği Almanou ve Brakalaki (2014) eğitilmiş transport ekibi tarafından transport edilen hastalarda istenmeyen olaylar yüzdesi % 15.5 iken diğer transportlarda % 75.0'a kadar çıktığını söyleyerek yansıtmıştır. Bu araştırmadaki personelin eğitim durumu çoğunlukla (% 36.0) lise seviyesindedir ve % 60.0'ı transport konusunda eğitim almıştır. Öğün'ün (2008) araştırmasında, araştırmasını yaptığı ameliyathanede personeli transport konusunda eğitilmiş bulmuştur.

Dünya'da her yıl yaklaşık 234 milyon majör cerrahi gerçekleştiği, cerrahi girişim uygulanan hastaların %3-25'inde komplikasyon geliştiği ve bu durumun %0.4-10'unun kalıcı sakatlık ya da ölüme neden olduğu bilinmektedir (Canbolat 2016). Bu çalışmada cerrahi sonrası hastaların ameliyathanede kaldıkları sürece bu oran yaklaşık olarak % 2.0'dır. 1014 kayıtlı hasta üzerinden yapılan retrospektif bir çalışmada ise hastaların % 10.8'i istenmeyen bir etki ile karşılaşmıştır (Aren 2008). Bu çalışmada istenmeyen olaylar yüzdesinin bu kadar düşük olması hasta sayısına ve sınırlı çalışma süresine bağlı olabilmektedir.

5.1. Sınırlıklar

Yoğun sirkülasyonu olan bir ameliyathanede tek araştırmacının olması sınırlılık olarak görülmekte çünkü yoğunluktan dolayı gözden kaçırılan detaylar olabilmektedir.

Ayrıca Kalp-Damar ve Sezeryan ameliyatı olan hastaların, araştırmacının takip imkanı olmamasından dolayı dışlanması bir sınırlılık olarak görülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın amacı, ameliyathane içerisinde hasta taşımalarının güvenli yapıp yapılmadığını incelemektir. İncelenen standartlarla ve araştırma metoduna bakıldığında bu amaca ulaşılmış olduğu düşünülmektedir. İstenmeyen olaylar sayısına ve taşıma standartlarının uygulama yüzdesine bakıldığında hasta transportunun küçük ihmellere rağmen güvenli bir şekilde yapıldığı söylenebilmektedir.

Hemşirelerin transporta aktif rol almadıkları saptanmıştır ama katılıp katılmamalarını etkileyen bir ölçüt tespit edilememiştir.

Ameliyathanede hasta transportu konusunda sadece hasta düşmesini önleyecek uygulamalara yer verilmekte, kendini tanıtmaya, bilgilerin iletilmesi gibi aslında transport standartları olan konular gereksiz olarak görülmekte ve uygulanmamaktadır. Hâlbuki bu standartlar da transportu kolaylaştırıcı unsurlardır.

Taşıyıcı personellerin transport konusunda kısa da olsa fikirleri alınmıştır. Transport konusu yeni ve çok tartışılmayan bir konu olduğundan en azından personelde düşünmeye ve bilinçli davranmaya yol açmıştır diye düşünülmektedir.

Yukarıda belirtilen sonuçlar ile ilgili öneri çözümler şu şekilde olacaktır:

Hasta ve çalışan için yüksek riskli bir ortam olan ameliyathanede bile sıfır hata amaçlanmalıdır.

Hemşirelerin/sağlık görevlilerinin en az denetleyici olarak her hastanın transportunda bulunmalıdır. Sadece bulunmakla yetinmeyip var olan protokollerini uygulamaya teşvik etmeli, araştırma yaparak uygun protokoller oluşturmalı, ekibi denetleyerek transport konusunda bilgili ve bilinçli olmasından emin olmalı ve araç gereç ile ilgili bilgi sahibi olmalı ve gereken bakımlarını yapmalı/yaptırmalıdır.

İdeal olarak elle hasta taşınması minimumda tutulmalı, bu iş için uygun araç gereç temin edilmeli ve personelin kullanması konusunda teşvik edilmelidir. Bu durum söz konusu olmadığında hasta taşınması için kılavuzlarda önerilen personel sayısı temin edilmelidir.



KAYNAKLAR

Alamanou DG, Brokalaki H. Intrahospital transport policies: the contribution of the nurse. *Health Science Journal*. 2014; 8(1): 166-178.

Alamanou DG, Fotos NV, Brokalaki H. Interruption of therapy during intrahospital transport of non-ICU patients. *Health Science Journal*. 2013; 7(2): 177-187.

AORN Recommended practices for positioning the patient in the perioperative practice setting. Erişim: 15 Ekim 2015, <http://www.aornbookstore.org/product/product.asp?sku=MAN167>

Aren A. Ameliyathanede hasta ve alışan gvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*. 2008; 3:141-145. <http://www.istanbulmeicaljournal.org/tr/arama/detayli/arama> (Erişim: 15 Ekim 2016).

AST Recommended standards of practice for patient transportation. Erişim: 15 Ekim 2015, <http://www.ast.org>

Blakeman T, Branson D. Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care Journal*. 2013; 58(6): 1008-1023.

Bodur HA. Kritik hastanın transportu. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2005; 5(1): 36-41. Erişim 15 Ekim 2015, <http://www.bilimseltipyayinevi.com>

Brokalaki HJ, Brokalakis JD, Digenis GE. Intrahospital transportation: monitoring and risks. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1996; 12: 183-186.

Canbolat , Ayaz S. Opinions of operating room nurses regarding patient and staff safety in operating room. *Dicle Tıp Dergisi*. 2016; 43(1): e12-e17, (doi:10.5798/diclemedj.0921.2016.01.0630).

Christian CK, Michael LG, Emilie MR ve diğ. A prospective study of patient safety in the operating room. *Journal SURGERY*. 2006; 139(2): e159-e173, (doi:10.1016/j.surg.2005.07.037).

oban HN. İstanbul Tıp Fakültesi'nde gerekleştirilen hastane ii hasta transportlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul niversitesi Tıp Fakültesi, 2012.

Cooper MD. Towards a model of safety culture. *Safety Science*. 2000; 30: e111-e136. http://www.behavioural-safety.com/articles/Towards_A_Model_OCSafety_Culture/ (Erişim: 15 Ekim 2015).

Day D. Keeping patients safe during intrahospital transport. *Critical Care Nurse Journal*. 2010; 30(4): e18-e32, (doi:10.4037/ccn2010446).

Droogh JM, Smit M, Hut J ve diğ. Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care Journal*. 2012; 16(R26), (doi:10.1186/cc11191).

Durak VA. Acil servisten kliniklere ya da yoğun bakımlara yapılan yatışlarda hasta transport uygunluğunun değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Uludağ niversitesi Tıp Fakültesi, 2014.

Fanara B, Manzon C, Barbot O ve diğ. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*. 2010; 14(R87), (doi: 10.1186/cc9018).

Gustafsson M, Wennerholm S, Bengt F. Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: a critical incident study. *Intensive and Critical Care Nursing Journal*. 2010;26; e138-e145, (doi:10.1016/j.iccn.2010.01.002).

Hains IM, Marks A, Georgiou A ve diğ. Non-emergency patient transport: what are the quality and safety issues? A systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(1): e68–e75, (doi:10.1093/intqhc/mzq076).

Handy JM, Zwanenberg GV. Secondary transfer of the critically ill patient. *Current Anesthesia and Critical Care Journal*. 2007; 18: e303-e310 (doi:10.1016/j.cacc.2006.11.003).

Hergül FK, Özbayır T, Gök F. Ameliyathanede hasta güvenliği: Sistematik derleme. *Pam Tıp Derg.*2016; 9(1): e87-e98, (doi: 10.5505/ptd.2016.32656).

Intensive Care Society. Guidelines for transport of the critically ill adult. London 2002. (Erişim: 15 Ekim 2015)

Introduction to the operating room. Erişim: 15.10.2015, <http://nursing411.org>

Jarden R, Quirke S. Improving safety and documentation in intrahospital transport: development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010; 26; e101-e107, (doi:10.1016/j.iccn.2009.12.007).

Knight PH, Maheshwari N, Hussain J. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*. 2015; 5(4): e256-e264. Erişim: 15 Ekim 2015, <http://www.ijciis.org>

Kue R, Brown P, Ness P. Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: A preliminary report. *Am J Crit Care*. 2011; 20(2): e153–e162, (doi:10.4037/ajcc2011478).

Malley A, Kenner C, Kim T ve diğ. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN JOURNAL*. 2015;102(2): e181-e189, (doi:10.1016/j.aorn.2015.06.004).

Martin TE. Handbook of patient transportation [online]. Cambridge University Press (2001). (Erişim: 03 Ocak 2016).

McGinn GH, MacKenzie RE, Donnelly JA. Interhospital transfer of the critically ill trauma patient: the potential role of a specialist transport team in a trauma system. *J Accid Emerg Med*. 1996; 13: 90-92.

Meneguim S, Corrêa Alegre PH, Bronzatto Luppi CH. Characterization of the intrahospital transport of critically ill patients. *Acta Paul Enferm*. 2017; 27(2): e115-e119, (doi: dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400021).

Muti M. Ameliyathane çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği. Yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.

Nakayama DK, Lester SS, Rich DR ve diğ. Quality improvement and patient care checklists in intrahospital transfers involving pediatric surgery patients. *J Pediatr Surg*. 2012; 47(1): e112-e118, (doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.10.030).

Öğün B. Ameliyathanede hasta güvenliğinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

Onganer E, Bozkurt B, Kılıç M. Hastalar için hasta güvenliği. *J Kartal TR*. 2014; 25(2) :171-174, (doi: 10.5505/jkartaltr.2014.49389).

Önler E. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, 2010.

Özer N. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinden kliniğe taşımada planlı eğitimin hastaların taşınma kaygısı üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2004; 1(2): 28-41.

Papson JPN, Russell KL, Taylor McDD. Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. *Acad Emerg Med*. 2007; 14(6): e574-e577, (doi: 10.1197/j.aem.2007.02.034).

Reimer A P, Daly BJ. Ethical considerations for conducting a randomized controlled trial in transport. *Air Med J*. 2014; 33(6): e274–e279, (doi:10.1016/j.amj.2014.06.009).

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. 1.Baskı: Ankara 2015. Erişim: 03 Ocak 2016, <http://www.saglik.gov.tr>

Stevenson A, Fiddler C, Craig M vediğ. Emergency department organisation of critical care transfers in the UK. *Emerg Med J.* 2005; 22:e795–e798, (doi: 10.1136/emj.2004.017822).

Wallace PGM, Saxon AR. ABC of intensive care transport of critically ill patients. *BMJ.* 1999; 319(7206):368-371.

Warren J, Fromm RE, Orr RA vediğ. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med.* 2004; 32(1): e256-e262, (doi:10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A).

Waydhas C. (1999) Intrahospital transport of Critically ill patients: Equipment review. *Critical Care.* 1999; 3(5): 83-89.

WHO Guidelines For Safe Surgery. 1.baskı, 2008. Erişim: 02 Aralık 2015, <http://www.who.int>

EK OKUMALAR

Ayan G, Keskin A, Küçüktaşçı M ve diğ. Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı. Sağlık Tesisi Denetim Rehberi 2015.

Barry PW, Ralston C. Adverse events occurring during inter hospital transfer of the critically ill. *Archives Of Disease In Childhood Journal*. 1994;71: 8-11.

Britto J, Nadel S, Maconochie I ve diğ. Morbidity and severity of illness during inter-hospital transfer: impact of a specialized paediatric retrieval team. *BMJ Journal*. 1995; 311: 836-839.

Can İÖ, Özkara E, Can M. Yarıyolda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 25(2): 69 – 76.

Carreras-Gonzalez E, Brió-Sanagustin S. Prevention of complications in the air transport of the critically ill paediatric patient between hospitals. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(4): 205-21, (doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.11.030).

Dikmen YD, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 44–56.

Dunn MJG, Gwinnutt CL, Gray AJ. Critical care in the emergency department: patient transfer. (Erişim: 15 Kasım 2015) www.emjonline.com

Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU ve diğ. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*. 2014; 43: 759–766, (doi: 10.1093/ageing/afu117).

Gray A, Bush S, Whiteley S. Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emerg Med Journal*. 2004; 21: e281-e285, (doi: 10.1136/emj.2003.005975).

Gunn T, Outerbridge EW. Effectiveness of neonatal transport. *CMA JOURNAL*. 1978; 118: 646-649.

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 06.04.2011 Sayısı: 27897.

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 5. Baskı. 2013.

Kathryn Browning Carmo K, Terrey A. Stabilising the newborn for transfer. Basic principles Reprinted from *Australian Family Physician*. 2008; 37(7): 510-514.

Kay K, Glass N, Evans A. It's not about the hoist: a narrative literature review of manual handling in healthcare. *Journal of Research in Nursing*. 2014; 19(3): 226–245, (doi: 10.1177/1744987112455423).

Kim J, Heo Y, Lee CJJ ve diğ. Effective transport for trauma patients under current circumstances in Korea: a single institution analysis of treatment outcomes for trauma patients transported. *J Korean Med Sci*. 2015; 30: 336-342, (doi.org/10.3346/jkms.2015.30.3.336).

Kim JB, Jung HJ, Lee JM ve diğ. Barotrauma developed during intra-hospital transfer: a case report. *Korean J Anesthesiol*. 2010; 59(Suppl): 218-221, (doi: 10.4097/kjae.2010.59.S.S218).

Krill C, Staffileno BA, Raven C. Empowering staff nurses to use research to change practice for safe patient handling. *Nurs Outlook*. 2012; 60: e157-e162, (doi:10.1016/j.outlook.2011.06.005).

Macrae DJ. Paediatric intensive care transport. *Archives Of Disease In Childhood Journal*. 1994; 71: 175-178.

Mathes DD, Conaway MR, Ross WT. Ambulatory surgery: room air versus nasal cannula oxygen during transport after general anesthesia. *Anesth Analg*. 2001; 93: 917–921.

Nelson A, Baptiste AS. Evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2004; 9(3):3. www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/EvidenceBasedPractices.aspx (Ulaşım: 15 Kasım 2015).

Nelson AL (Ed) Patient care ergonomics resource guide: safe patient handling and movement. Department of Veterans Affairs, ABD, 2003.

Özata M, Altuncan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2010; 8(2): 100 -111.

Perumall VV, Sellamuthu P, Harun R veditiş. Smartphones in remote medicine and daily neurosurgery: the Sabah update. *Asian Journal of Neurosurgery*. 2015; 10(1): 1-4. <http://www.asianjns.org> (Ulaşım: 18 Kasım 2015).

Rashid A, Bhuta T, Berry A. A regionalised transport service, the way ahead? *Arch Dis Child*. 1999; 80: 488–492.

Reimer AP, Hustey FM, Kralovic D. Decreasing door-to-balloon times via a streamlined referral protocol for patients requiring transport. *Am J Emerg Med*. 2013; 31(3): 499–503, (doi:10.1016/j.ajem.2012.09.031).

Runcie CJ, Reeve WR, Wallace PGM. Preparation of the critically ill for interhospital transfer. *Anaesthesia*. 1992; 47: 327-331.

Sethi D, Subramanian S. When place and time matter: how to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi Journal of Anesthesia*. 2014; 8(1): 104-113. <http://www.saudija.org> (Ulaşım: 18 Kasım 2015).

Spittal MJ, Hunter SJ, Spencer ve diğ. Secondary patient transfer by air: an audit of 3 years' experience of the Royal Air Force in the world-wide transport of critically ill patients. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*. 1992; 85: 730-732.

Swickard S, Swickard W, Reimer A ve diğ. Adaptation of the AACN synergy model for patient care to critical care transport. *Crit Care Nurse*. 2014; 34(1): 16–29, (doi:10.4037/ccn2014573).

Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında değerlendirilen Acil Servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Güllhane Tıp Dergisi*. 2004; 46(3): 226-231.

Walcott BP, Coumans JV, Mian MK, ve diğ. Interfacility helicopter ambulance transport of neurosurgical patients: observations, utilization and outcomes from a quaternary level care hospital. *PLoS ONE*. 2011; 6(10): e26216, (doi:10.1371/journal.pone.0026216).

Waters T, Lloyd JD, Hernandez E veditiş. AORN ergonomic tool 7: pushing, pulling and moving equipment on wheels. *AORN Journal*. 2011; 94(3): e254-e260, (doi:10.1016/j.aorn.2010.09.035).

Waters TR. When is it safe to manually lift a patient? *AJN*. 2007; 107(8): 53-58.

Zarei MR, Yarandi KK, Rasouli MR veditiş. Modern concepts of transportin multiple trauma: a narrative review. *Chin J Traumatol*. 2013; 16(3): e169-e175, (doi: 10.3760/cma.j.issn.1008-1275.2013.03.008).

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Eva Kajti

Doğum yeri ve tarihi: Shkoder-ARNAVUTLUK / 04.06.1988

Uyruğu: Arnavut

Medeni Durumu: Bekar

Çalıştığı kurum: Özel Çakmak Erdem Hastahanesi

İletişim Adresi: Armağanevler mh. Dere sk. No: 11 D: 2 Ümraniye/İstanbul

Telefonu: 05535213904

2. Eğitimi

2002-2006: Haxhi Sheh Shamia Lisesi

2007-2011: Uludağ Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Yabancı dili:

-Arnavutça (anadili)

-İngilizce

-Fransızca

3. Mesleki Deneyimi

2014-halen: Özel Erdem Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakımı, Erişkin Yoğun Bakım

4. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

ESC CCNAP- European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Profession

Arnavutluk Hemşirelik Odası

5. Bilimsel Etkinlikler

Poster bildirisi: Varol Y, Kajti E, Sağdıç E, Boşça A, Yıldız H. Hekimler erkek hemşireler konusunda ne düşünüyor? Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi- Bildiri Özel Sayısı. İstanbul/ Türkiye 2010.

Poster bildirisi: Kajti E, Karaöz S. Bir Özel Hastanede Hemşirelik Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Hemşirelik Tanılarının Görülme Sıklığının Saptanması Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği Dergisi-Bildiri Özel Sayısı. Antalya/Türkiye 2016.



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



| | |
|------------------|--|
| ETİK KURULUN ADI | Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| ADRES | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ |
| TELEFON | 0262 303 74 50 |
| FAKS | 0262 303 74 63 |
| E-POSTA | etikkurul@kocaeli.edu.tr |

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|---|--|---|--|
| Başvuru Bilgileri | Araştırmanın Açık Adı | Ameliyathanede hasta transportunun hasta güvenliği açısından değerlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının deneyimleri | | | |
| | Araştırma Proje Numarası | KÜ GOKAEK 2016/102 | | | |
| | Koordinatörün Unvanı/Adı/Soyadı | - | | | |
| | Koordinatörün Uzmanlık Alanı | - | | | |
| | Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı | Prof. Dr. Süreyya Karaöz | | | |
| | Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı | Cerrahi Hemşirelik | | | |
| | Araştırma Merkezi | Özel Çakmak Erdem Hastahanesi | | | |
| | Destekleyici | | | | |
| | Araştırmanın Türü | Yüksek Lisans Tezi | | | |
| | Araştırmaya Katılan Merkezler | Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/> | Çok Merkezli <input type="checkbox"/> | Ulusal <input checked="" type="checkbox"/> | Uluslararası <input type="checkbox"/> |

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Açıklama |
|--------------------------|---------------------------------------|--------|-------------------|----------|
| | Başvuru dilekçesi | | | |
| | Başvuru formu | | | |
| | Araştırma protokolü | | | |
| | Olgu Rapor Formu | | | |
| | Anket formu | | | |
| | Biyolojik Materyal Transfer Formu | | | |
| | Aydınlatılmış Onam Formu | | | |
| | Araştırma Bütçesi | | | |
| | Literatür örneği | | | |
| | Taahhütname | | | |
| | İzin Belgeleri | | | |
| | Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması | | | |
| | Özgeçmişler | | | |
| | Sigorta | | | |
| | Değişiklik Bilgi Formu | | | |
| Proje Sonuç Formu | | | | |

| | | | |
|-----------------|--|------------------------------|--------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2016/7.10 | Proje No: KÜ GOKAEK 2016/102 | Tarih: 16.03./2016 |
| | Prof. Dr. Süreyya Karaöz sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | |

ETİK KURUL BİLGİLERİ

| | |
|---------------|--|
| ÇALIŞMA ESASI | Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), 8 Mayıs 2014 tarih ve 26994 sayılı Resmi Gazetede ilan edilen Hasta Hakları Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına dair Yönetmelik, Helsinki Bildirgesi (2013), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Kasım 2015), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, 25 Haziran 2014 tarih ve 29041 sayılı Resmi Gazetede ilan edilen İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik |
|---------------|--|

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. KADİR BABAOĞLU
ETİK KURUL ÜYELERİ

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------|
| | | | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| PROF. DR. KADİR BABAOĞLU BAŞKAN | ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| PROF. DR. İ. ERDEM OKAY | GENEL CERRAHI | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | — |
| DOÇ. DR. CANAN BAYDEMİR ÜYE | İSTATİSTİK | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| DOÇ. DR. SELCEN GÖÇMEZ ÜYE | FARMAKOLOJİ | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| DOÇ. DR. ÖZLEM YILDIZ GÜNDOĞDU ÜYE | ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | — |
| DOÇ. DR. HALUK EMRE ÖZEL ÜYE | RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| DOÇ. DR. YUSUFHAN YAZIR ÜYE | HİSTOLOJİ&EMB RİYOLOJİ&KÖK HÜCRE | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| YRD. DOÇ. DR. ASLIHAN AKPINAR RAPORTÖR | TIP TARİHİ VE ETİK | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| YRD. DOÇ. DR. CEYLA ERALDEMİR ÜYE | BİYOKİMYA | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |

* :Toplantıda Bulunma

Kocaeli Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna,

Prof. Dr. Süreyya Karaöz sorumluluğunda yürütülecek olan

“AMELİYATHANE İÇERİSİNDE HASTA TRANSPORTUNUN GÜVENLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DENEYİMLERİ”

isimli araştırma projesinin “uygulama” kısmının hastanemizde yürütülmesi uygundur.

10.03.16..

İmza
Adı, Soyadı
Unvanı
Birim yetkilisi


ERDEM
HASTANELERİ
Kübra AKYOL
Özel Erdem Hastaneleri
İnsan Kaynakları Sorumlusu

EK-3

AMELİYATHANEDE HASTA TRANSPORTUNUN HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DENEYİMLERİ

Gözlem formu:

1-Hasta ile ilgili veriler:

Ad soyad:

Yaş:

Cinsiyet:

Ameliyat türü:

Ameliyat süresi:

Ameliyathaneve geldiğinde:

Hastanın bilekliği: ()var ()yok

IV yol: ()var ()yok

Dren: ()var ()yok

Üriner kateter: ()var ()yok

Bilinç durumu: ()açık ()konfüze ()kapalı ()sedatize

Hareket yeteneği: ()hareket sınırlılığı yok ()destekle hareket ediyor
() hareket edemiyor

Ameliyathaneden ayrılırken:

Hastanın bilekliği: ()var ()yok

IV yol: ()Var ()yok

Dren: ()var ()yok

Üriner kateter: ()var ()yok

Bilinç durumu: ()açık ()konfüze ()kapalı ()sedatize

Hareket yeteneği: ()hareket sınırlılığı yok ()destekle hareket ediyor
() hareket edemiyor

EK – 4

2-Taşıyan sağlık çalışanı ile ilgili veriler;

En son mezun olduğu okul:

Toplam hastanede çalışma süresi:

Cerrahi servislerinde çalışma süresi:

Hasta transportu ile ilgili eğitim alma durumu: ()Evet ()Hayır

Evet ise kimden ve nasıl aldı?

Hayır ise almak ister mi? ()Evet ()Hayır

Taşıma sırasında ne tür problemlerle karşılaşıyorsunuz?

Problemlerle karşılaştığınızda ne yapıyorsunuz?

Taşıma sırasında endişe yaşıyor musunuz? Açıklayınız!

Taşımadan önce hastaya açıklama yapıyor musunuz?

Taşıma sırasında hasta ile iletişim kuruyor musunuz? Açıklayınız!

Size göre hasta transportunda kim/kimler görev almalı? Açıklayınız!

| Uygulama | Ameliyathaneye kabul ile başlayıp ameliyat masasına alınmayla biten evre | | Ameliyat masasından alınması ile başlayan ameliyathaneden çıkış ile sonlanan evre | |
|---|--|-------|---|-------|
| | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| Personel kendini tanıttı | | | | |
| Hastaya yapılacak manevra anlatıldı | | | | |
| Yan korkuluklar kaldırıldı | | | | |
| Tekerlekleri kilitlendi | | | | |
| Yardımcı taşıma aracı kullanıldı (transportör, örtü vs.) | | | | |
| Sedye hasta boyutlarına uygun | | | | |
| Hastaya uygun pozisyon verildi | | | | |
| Hasta örtüldü | | | | |
| Hızlı ve ani hareketler yapıldı | | | | |
| Personel hasta başında duruyor | | | | |
| İkinci personel hastanın ayak ucunda duruyor | | | | |
| Hasta yalnız bırakıldı | | | | |
| İstenmeyen herhangi bir olay gelişti | | | | |
| Hasta ile ilgili bilgiler teslim edildi | | | | |
| Kaç personel taşıdı? a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 | | | | |
| Taşıyan personelin/lerin görevi ne? a. Doktor b. Hemşire c. Ameliyathane personeli d. Diğer | | | | |

EK -5 . Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nn imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- n sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

..... / / 2015

Danışman

İmza