



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ:
CERRAHİ EKİBİN GÜVENLİ CERRAHİ
KONTROL LİSTESİNİN UYGULANIŞINA
İLİŞKİN TUTUMLARI**

Bahar CANDAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

TRABZON-2014

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Bahar CANDAS'ın hazırladığı “Ameliyathanede Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanışına İlişkin Tutumları” başlıklı tez Karadeniz Teknik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Ayla GÜRSOY _____

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY _____

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR _____

Doç. Dr. Nesrin NURAL _____

Tarih: .../.../2014

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../.... tarih ve ...sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ahmet KALKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

02/05/ 2014

Bahar CANDAŞ

İthaf

*Yüksek lisans tezimi varlığını her geçen gün daha çok özlediğim ilk öğretmenim,
dedem emekli öğretmen Yaşar CANDAS'a ithaf ediyorum*

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamdaki katkı ve emeklerinin yanı sıra tüm lisans ve yüksek lisans eğitim sürecimde desteğini benden esirgemeyen; bilim ve hayat yolunda meşalem olup kişiliğimin olgunlaşmasında rol modelim olan saygıdeğer danışmanım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRSOY'a,

Yüksek lisans programım süresince bilgi ve destekleriyle eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a, Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a ve Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Çalışmamın yürütülmesine izin veren tüm hastanelerin başhekimliklerine,

Çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm cerrahi ekip üyelerine,

Her an yanımda olup desteklerini esirgemeyen en değerli varlıklarım annem, babam, babaannem ve kardeşlerime,

Bedenen yanımda olmasa da her an gücünü hissettiğim dedeme sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Bahar CANDAŞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN	
İTHAF	
TEŞEKKÜR	
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Hasta Güvenliği	6
4.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü	7
4.2. Güvenli Cerrahi	8
4.2.1. Ameliyathanede Hasta Güvenliği	10
4.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	11
4.3.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin Hasta Güvenliğini Sağlamada Önemi	14
4.3.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}	15
4.3.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} 'nin Uygulanışı	17
4.3.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR} 'nin Bölümleri	17
4.3.4.1. Klinikten Ayrılmadan Önce	17
4.3.4.2. Anestezi Verilmeden Önce	18
4.3.4.3. Ameliyat Kesisinden Önce	18
4.3.4.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce	19
5. GEREÇ ve YÖNTEM	21
5.1. Araştırmanın Tipi	21
5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	21
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
5.4. Veri Toplama Aracı	23
5.5. Soru Formunun Ön Uygulaması	23
5.6. Verilerin Toplama Yöntemi	23

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
5.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	23
5.10. Araştırmanın Planı	24
6. BULGULAR	26
7. TARTIŞMA	36
8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	41
8.1. Sonuçlar	41
8.2. Öneriler	43
9. KAYNAKLAR	45
10. EKLER	52
10.1. Ek 1.Onam Formu	52
10.2. Ek 2. Soru Formu	53
10.3. Ek 3. Kurum İzinleri	57
11. ETİK KURUL ONAYI	64
12. ÖZGEÇMİŞ	65

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Tanımlayıcı Özellikleri	26
Tablo 2. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL ^{TR} 'ye İlişkin Görüşleri	27
Tablo 3. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL ^{TR} 'nin Uygulanışına İlişkin Görüşleri	30
Tablo 4. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL ^{TR} 'nin “Anestezi Verilmeden Önce” Bölümünün Uygulanışına İlişkin Düşünceleri	32
Tablo 5. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL ^{TR} 'nin “Ameliyat Kesisinden Önce” Bölümünün Uygulanışına İlişkin Düşünceleri	33
Tablo 6. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL ^{TR} 'nin “Ameliyattan Çıkmadan Önce” Bölümünün Uygulanışına İlişkin Düşünceleri	34
Tablo 7. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL ^{TR} 'nin Uygulanışına Yeterli Vakıt Ayrılmama Nedenlerine İlişkin Düşünceleri	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	13
Şekil 2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}	16
Şekil 3. Araştırmanın Planı	25

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ**Kısaltmalar**

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ATE	Amerika Tıp Enstitüsü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GCKL	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
DSÖ GCKL	Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
GCKL^{TR}	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}
KBB	Kulak Burun Boğaz
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
UBK	Uluslararası Birleşik Komisyonu
vb.	Ve Benzeri

Simgeler

χ^2	Ki-kare
----------	---------

1. ÖZET

Ameliyathanede Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanışına İlişkin Tutumları

“Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” projesi kapsamında oluşturulan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” (GCKL) ile cerrahide güvenliğin sağlanması hedeflenmiştir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 2009’da “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}” (GCKL^{TR}) adı ile Türkiye’de kullanılmaya başlandı. Çalışma cerrahi ekibin ameliyathanelerde GCKL’nin uygulanışına ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı türde planlandı. Araştırma Trabzon il merkezinde bulunan tüm hastanelerin ameliyathanelerinde çalışan 303 cerrahi ekip üyesi ile gerçekleştirildi. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen 29 maddelik soru formu ile toplandı; sayı, yüzdelik ve ki-kare testleri ile değerlendirildi. Cerrahi ekip üyelerinin yaklaşık 3/4’ünün GCKL^{TR}’nin hasta güvenliğine katkısı olduğuna inandıkları ancak yarısının GCKL^{TR}’nin kurumlarında doğru uygulandığını düşündükleri saptandı. Katılımcıların çoğunluğu kendi kurumlarında GCKL^{TR} uygulamasının gerektiği gibi olmadığını ve ameliyatın acil/planlı oluşu, büyüklüğü ve ekip üyelerinin bu uygulamaya ilişkin tutumlarına göre değişiklik gösterdiğini belirttiler. Listenin tüm maddelerinin yanıtlandığını belirten cerrahi ekip üyelerinin çoğunlukta olduğu saptandı. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} en çok uygulanan maddelerin; hastanın alerji öyküsünün sorgulanması; ameliyatta kullanılacak malzemelerin ameliyat öncesi hazırlanması ve sterilizasyonunun sağlanması ve ameliyat sonrası hastanın transfer edileceği bölümün teyit edilmesi olduğu belirlendi. “Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi” nin uygulanması, ekip üyelerinin kendilerini tanıtmaları ve hastanın kimliğinin, gerçekleştirilen ameliyat ve ameliyat bölgesinin doğrulanmasının ise listenin en az uyum sağlanan maddeleri olduğu bulundu. Çalışma sonuçları GCKL^{TR}’ye uyumu artırmaya yönelik girişimlerin planlanmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ameliyathane, cerrahi ekip, güvenli cerrahi, güvenli cerrahi kontrol listesi, hasta güvenliği, hemşirelik.

2. SUMMARY

Patient Safety in the Operating Room: Attitudes of Surgery Team Towards Implementing Safe Surgery Checklist

With the “Safe Surgery Checklist” (SSC) established as part of “Safe Surgery Saves Lives” project; enabling safety in surgery was aimed. Safe Surgery Checklist was started to be used under the name of “Safe Surgery Checklist^{TR}” (SSC^{TR}) in Turkey in 2009. The study was planned in a descriptive manner in order to determine the attitudes of surgery team members towards implementing safe surgery checklists in operating rooms. The study was conducted with 303 surgery team members working in the operating rooms of hospitals located in Trabzon city center. The data were gathered using a questionnaire form of 29 items developed by the researcher and evaluated by number tests, percentage tests and chi-square tests. It was found out that nearly three fourth of the surgery team members believed that SSC^{TR} made contributions to the safety of patients, but only half of them thought that SSC^{TR} was used properly in their institutions. Most of the participants pointed out that the implementation of SSC^{TR} was not proper in their institutions and differed depending on the surgery being urgent or planned, the scale of the surgery and the attitudes of surgery team members towards the implementation. It was seen that the surgery team members who stated that all the items in the list were fully answered outnumbered the ones stating the contrary. The items that were implemented the most were noted to be questioning the patient’s allergy history, preparation and sterilization of the kits to be used in the surgery and confirmation of the unit to which the patient is to be sent after the surgery. It was found that the implementation of “Anesthesia Safety Checklist”, presentation of the surgery team members and confirmation of the patient’s identity, type and area of surgery were implemented the least. The results of the study will make contributions to the planning of the attempts made to increase the implementation of SSC^{TR}.

Key Words: Nursing, operating room, safe surgery, safe surgery checklist, surgery team, patient safety.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde bireylerin zarar görmesini önlemek ya da en aza indirmek amacıyla uygulanan önlemlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (1). Amerika Tıp Enstitüsü (ATE); Institute of Medicine (IOM) 2003 raporuna göre; Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hastanelerinde her gün en az 100 hasta tıbbi hata nedeni ile ölmektedir (2). İngiltere’de 40 000, Almanya’da 100 000, Kanada’da 5 000 ile 10 000 arasında kişi her yıl tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybetmektedir (3). Ülkemizde 2008 yılında Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler genelinde toplam 9.9 milyon kişi hastaneye yatmıştır. Hastaneye yatan hastaların 18 950’sinin hastalıktan dolayı değil sistem hataları (insan faktörü, kurumsal ve teknik faktörler vb.) nedeni ile öldüğü tespit edilmiştir (4). Önlenabilir tıbbi hatalar nedeni ile yaşamın sonlanması; ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer almaktadır (5, 6). Tıbbi hatalar sağlık hizmetlerinin maliyetini artıran bir sorundur. Amerika Birleşik Devletleri’nde tıbbi hatalara bağlı maliyetin 19.5 milyon dolar olduğunu bilinmektedir (6).

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi ve var olan ihlallerin ortadan kaldırılması için, kurumlarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (7, 8, 9). Hasta güvenliği kültürü tıbbi hataların sayı ve tür olarak artması ile gündeme gelmiş olup hasta güvenliğinin sürdürülmesinde önemli bir yer kapsamıştır ve ülkemizde de önemi gittikçe artan bir konu olmuştur (9, 10).

Hasta güvenliğinin önemli bileşenlerinden biri de cerrahide hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta bakımının ana etmeni olan “önce zarar verme” ifadesinin temelini oluşturmaktadır. Güvenli cerrahi; tüm ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan süreçte, hastayı ortaya çıkabilecek tıbbi hatalara karşı korumak olarak tanımlanabilir. Uluslararası Birleşik Komisyon (UBK); Joint Commission International (JCI) verilerine göre; 1995-2001 yılları arasında 1 100 beklenmedik olay meydana gelmiştir ve bu olayların %9.7’sini yanlış taraf cerrahisi oluşturmuştur. Yanlış taraf cerrahisi nedenleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun ameliyathane kaynaklı, ameliyat öncesi hasta değerlendirilmesinin yeterli olmaması ve var olan prosedürlerin tamamlanmaması olduğu saptanmıştır (11). Bu nedenle güvenli

cerrahinin sağlanması sadece cerrahi ekibin değil; klinik, anestezi sonrası bakım ünitesi ve ameliyathanenin birlikte çalışması ile mümkündür.

Ameliyathaneler cerrahi bakım ve tedavi üniteleri arasında hasta güvenliğini tehdit edebilecek en riskli birimlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); World Health Organization (WHO) verilerine göre yılda ortalama 1.5 milyar ameliyat (büyük, orta ve küçük ameliyatlar) yapılmaktadır. Bu veri her yıl 25 kişiden birinin ameliyat olduğunu göstermektedir (11, 12). Türkiye’de 2007 yılı verilerine göre her yıl ortalama yaklaşık 4 000 (büyük, orta ve küçük) ameliyat yapılmaktadır (11). Ülkemizde tıbbi hataların %43.6’sının ameliyathanelerde olduğu görülmektedir (13). Yanlış taraf cerrahisi, ameliyathanede en sık meydana gelen ikinci tıbbi hata kaynağıdır. Uluslararası Birleşik Komisyonu verilerine göre yanlış taraf cerrahisi 1995’te %1 iken, 2005’te %90’lara ulaşmıştır. Yanlış taraf cerrahisinin ilk nedeninin (%73) ameliyathanede ekip elemanları arasında iletişim eksikliği olduğu görülmüştür (14, 15, 11). Çalışmalar ameliyathanelerin hasta güvenliğini tehdit eden birimler olmasına neden olarak özellikle ekip içi iletişimdeki eksiklikleri göstermektedir (16, 17, 18).

Dünya Hasta Güvenliği İttifakı (The World Alliance for Patient Safety) hasta bakım güvenliğini bilincini artırmak ve Dünya’da cerrahi müdahaleye bağlı ölümleri azaltmak için Haziran 2008’de “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” projesini başlattı (19, 20, 21). Proje hedefleri kapsamında 9 Şubat 2009’da “Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” (DSÖ GCKL) bu ittifak tarafından oluşturuldu (22). Bu listenin ana amacı; ameliyathanede ekip içi iletişimi ve hasta güvenliğini artırmaktır. Pilot uygulama sonuçları kontrol listesi kullanımının ameliyata ilişkin komplikasyonları %11’den %7’ye ve ölümleri %1.5’ten %0.8’e düşürdüğünü göstermektedir (17). Pilot uygulama verileri doğrultusunda kontrol listesi yeniden düzenlendi. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Amerika, Avrupa, Afrika ve Asya ‘da 40’tan fazla ülkede yaklaşık 246 kurum tarafından onaylandı. Dünya Sağlık Örgütü, GCKL uygulaması ile yılda 500 000 kişinin ölümünün engellenebileceğini tahmin etmektedir (18).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından DSÖ GCKL Türkçe’ye çevrildi ve geliştirildi. “Hasta güvenliği hasta ameliyathaneye gelmeden başlar” ifadesi doğrultusunda hastanın klinikten

ayrılmadan önce takip edilmesini sağlayan bir bölüm eklenerek üç bölümden dört bölüme çıkarıldı ve “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ^{TR}” (GCKL ^{TR}) adı ile 2009’da kullanılmaya başlandı (23).

Yapılan araştırmalar sonucunda ülkemizde GCKL ^{TR}’nin yaygın kullanımına karşın uygulanış ve işlevselliğini inceleyen kapsamlı bir çalışmaya ulaşamadı. Araştırma bu gereksinimden yola çıkılarak cerrahi ekibin ameliyathanede GCKL’nin uygulanışına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği; sağlık hizmeti alırken bireylerin zarar görmesini önlemek ya da en aza indirmek amacıyla hastaları sağlığını tehdit edebilecek durumlardan uzak tutmak, var olan hastalık durumunun kötüye gidişini engellemek ve sağlık hizmetine bağlı ortaya çıkabilecek hataların zarar verici etkilerinden korumak olarak tanımlanmaktadır (5, 24). 1999'da yayınlanan ATE raporuna göre ABD'de her yıl 98 000 kişi önlenebilir tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir. Akalın'ın (2007) belirttiğine göre hastaneye yatan kişilerde yapılan iki farklı çalışmada; tıbbi bakım sırasında ortaya çıkan hatalar ya da yan etkilerin görülme sıklığı sırasıyla %2.9 ve %3.7 olarak görülmüştür ve bu hataların %58 ve %3'ünün önlenebilir hatalar olduğu tespit edilmiştir (5, 25, 26). Önlenebilir tıbbi hatalar nedeni ile yaşamın sonlanması; ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve inmeden sonra 5. sırada yer almaktadır (5, 6). İngiltere'deki hastaların %10'undan fazlasında yılda 850 000 istenmeyen durum görüldüğü; Avusturya da ise tıbbi hata görülme sıklığının %16.6 olduğu tespit edilmiştir (4). Her yıl milyonlarca hasta hastane kaynaklı enfeksiyonlar nedeni ile hayatlarını kaybetmektedir. Hastanede yatan ve hastane kaynaklı enfeksiyon bulunan hastalarda ölüm oranı dört kat artmaktadır (27).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008'de yıllık tıbbi hata maliyetinin 19.5 milyon dolar olduğu tespit edilmiştir. Harvard Tıp Uygulama Çalışması (Harvard Medical Practice Study) Newyork'ta tıbbi hata maliyetinin yılda yaklaşık 3.8 milyon dolar olduğunu belirtmektedir. Andel ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında Utah ve Colorado da 1996'da 662 milyon dolar olan tıbbi hata maliyetinin 308 milyon dolarının önlenebilir hata kaynaklı olduğu belirtilmiştir (6). Özata ve Altuncan'ın belirttiğine göre İngiltere'de her yıl 40 000, Kanada'da 5 000 ile 10 000 arasında kişi tıbbi hata nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Almanya'da ise her yıl 100 000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucunda 25 000 kişi ölmektedir (3, 28). Tıbbi hataların hastanede yatış süresini ortalama 4.6 gün uzattığı bilinmektedir (29).

Türkiye'de; 2008 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 6.2 milyon, üniversite hastanelerinde 1.4 milyon, özel hastanelerde 2.3 milyon olmak üzere toplam 9.9 milyon kişi hastaneye yatmıştır. Hastaların 18 950'sinin hastalıktan dolayı değil

sistem hataları (insan faktörü, kurumsal ve teknik faktörler vb.) nedeni ile öldüğü tespit edilmiştir (4). İstanbul Tabipler Odası 1999-2003 yılları arasında tıbbi hata ya da ihmal olgularının %27'sinin kadın hastalıkları ve doğum, %19'unun genel cerrahi kliniklerinde ortaya çıktığını belirtmiştir. Tıbbi hata bildirimi 1999'de 63 iken 2004'te 171'e yükselmiştir. Bu olguların %20'si ölümle sonuçlanmıştır (11). Gazete haberlerinden derlenerek yapılan bir araştırmaya göre tıbbi hata yapan kişilerin %65.2'sini hekimler, %12.2'sini hemşireler, %9.9'unu oranında hekim ve hemşireler ve %2.3'ünü laboratuvar görevlileri oluşturmaktadır. Tıbbi hataların %49.4'ü ölümle, %31.4'ü sakatlıkla, %1.7'si bulaşıcı hastalıkla sonuçlanmıştır ve hastaların %31.4'ünün genel durumu kötüye gitmiştir. Tıbbi hata nedenlerinin %19.2'si tedbirsizlik, %17.4'u yanlış tedavi, %11.6'sı dikkatsizlik, %10.5'i yanlış tanı ve %8.7'si yanlış ilaç uygulamalarıdır (13).

Uluslararası Birleşik Komisyonu hasta güvenliğinin sağlanması için altı temel hedef belirlemiştir. Bu hedefler (30):

1. Hastaların kimliğini doğru şekilde tespit etmek
2. Etkin iletişim geliştirmek
3. Yüksek risk düzeyindeki ilaçların güvenliğini artırmak
4. Doğru taraf, doğru prosedür, doğru hasta cerrahisini sağlamak
5. Sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonları azaltmak
6. Düşme kaynaklı hastaya verilen zarar riskini azaltmak şeklindedir

4.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Son yıllarda nükleer enerji, madencilik ve hava yolu gibi yüksek riskli sektörlerde güvenlik kültürü önem taşımaktadır. Sağlık alanında da DSÖ, yayınladığı bir rapor ile hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının sağlık bakımı üzerine etkilerini göstermiştir (10).

Hasta güvenliği kültürü; kurum çalışanlarının özveri ve özenini içeren; veri toplama ve raporlama süresince kişisel ya da ekip olarak sistem ve hasta odaklı tutum ve davranışlar bütünüdür (8, 31, 32). Hasta güvenliği kültürü, güvenlik kültürünün araştırılması ile ortaya çıkmıştır. 1970'li yıllardan sonra tıbbi hataların sayı ve tür olarak artması ile paralel olarak gelişen hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin

sürdürülmesinde önemli bir yere sahiptir (9). Ayrıca hasta güvenliği kültürü güvenli hasta çıktıları, çalışan memnuniyeti ve liderlik fonksiyonları üzerinde de olumlu etkilere sahiptir ve güvenlik kültürü kavramı tıbbi hataları en aza indirmek için Türkiye’de de tartışılan konulardan olmuştur (33,10).

Güvenlik kültürü oluşturma sürecini ve gelişimini destekleyebilmek; büyük ölçüde analiz gücü, yeniliğe gereksinim ve sisteme bağlılık duygusu gerektirmektedir (34). Fleming & Wentzell (2008) hasta güvenliği kültürünün, zayıf güvenlik kültüründen iyi bir güvenlik kültürüne gelişimini patolojik, reaktif, analitik, pro-aktif, üretken olmak üzere beş seviyeden oluşan bir model kullanarak açıklamaktadır (10). Hasta güvenliği kültürünün oluşumu tüm personelin sahiplenmesi gereken bir süreçtir ve yönetim desteği gerektirir. Hemşireler, sistem içerisinde ani kararlar alabilen, karmaşık konularda soğukkanlı davranabilen ve güçlüklerle baş edebilen sağlık profesyonelleri olmalarından dolayı hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında anahtar role sahiptirler (8).

4.2. Güvenli Cerrahi

Hasta bakımının temel ilkesi olan "önce zarar verme" söyleminin sağlanabilmesinin ana unsurlardan biri cerrahi güvenliğin sağlanmasıdır (35, 12).

Güvenli cerrahi; kişinin hastaneye yatışından taburculuğuna kadar olan tüm ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan bakım ve tedavi hizmeti sürecinde, hastayı oluşabilecek tıbbi hatalara karşı korumak ya da hataları en aza indirmek olarak tanımlanabilir. Bu nedenle güvenli cerrahinin sağlanması klinik, ameliyathane ve anestezi sonrası bakım ünitesinin uyum içerisinde çalışması, cerrahi bakım ve tedavinin her aşamasında iş birliği içinde olması ile mümkündür.

Teknolojideki hızlı gelişmeyle birlikte cerrahi tedavi uygulanan hasta sayısı son on yılda ciddi artış göstermiştir. Buna bağlı olarak hastalarda istenmedik olayların meydana gelişinde de artış olmaktadır. Her on hastaneden birinde cerrahi girişime bağlı istenmeyen olay (advers event) meydana gelmektedir. Olayların %14’ü kalıcı ve yaklaşık %20’si geçici sakatlığa neden olmaktadır. Cerrahide en sık karşılaşılan istenmeyen olayların; cerrahi alan enfeksiyonları, pulmoner emboli, derin ven trombozu ve ilaç hataları olduğu belirtilmektedir (36, 11).

Uluslararası Birleşik Komisyonu 1995-2001 yılları arasında meydana gelen 1 100 beklenmedik olayın %12.5'inin ameliyat sırası ve sonrası bakım sürecinde ortaya çıktığını rapor etmiştir. Bu olayların %9.7'sini yanlış taraf cerrahisi oluşturmaktadır. Yanlış taraf cerrahisinin nedenleri; ameliyat öncesi hasta değerlendirmesinin tamamlanmaması (%64), var olan prosedürleri takip etmeme (%50) ve yeterlilik yetkinlik eksikliği (%12-22) şeklinde sıralanmaktadır. Aynı raporda, 1998'de meydana gelen beklenmedik olayların %8'i anestezi uygulanmalarında, %23'ü ameliyat sırasında, %13'ü anestezi sonrası bakım ünitesinde ve %58'i ameliyat sonrası dönemde meydana gelmiştir (11). Yine UBK raporuna göre 2004-2010 yılları arasında 4 500 beklenmedik olay meydana gelmiştir. Bu rapora göre anesteziye bağlı hatalar %1.5, tedavinin ertelenmesi sonucu meydana gelen hatalar %11.2, cerrahi ve cerrahi sonrası komplikasyonlar %10.5 ve yanlış hasta-yanlış taraf-yanlış işlem uygulanmasına bağlı hatalar %13.7'dir (11). Uluslararası Birleşik Komisyonu yanlış taraf cerrahisinin ve yanlış hastanın ameliyat edilmesinin önlenmesini 2014 yılı hasta güvenliği hedefleri kapsamına almıştır (27).

Dünya Sağlık Örgütü cerrahide güvenlik sağlamak için aşağıda yer alan on ana hedefi belirlemiştir (37, 38).

1. Ekip, doğru hastaya doğru ameliyat uyguladığından ve doğru tarafı ameliyat ettiğinden emin olmalı,
2. Ekip, hastayı ağrıdan korurken olası zararlı anestezi risklerine karşı da korumalı,
3. Ekip, hastayı tehdit eden havayolu ve solunum kaybından korumalı,
4. Ekip, hastanın kan kaybı riskine karşı hazırlıklı olmalı,
5. Ekip, hastada alerjik durum ya da yan etki ortaya çıkarabilecek uygulamalardan kaçınmalı,
6. Ekip, hastada cerrahi alan enfeksiyonu oluşturmayacak yöntemler uygulamalı,
7. Ekip, hastada gazlı bez ya da alet unutulmasını engellemeli,
8. Ekip, hastadan alınan tüm cerrahi numunelerin isimlendirilmesini sağlamalı,
9. Ekip, ameliyatın bütün kritik hasta bilgilerini etkili bir şekilde birbirine iletmeli,
10. Hastanelerden ameliyat kapasitesi ve ameliyat sonuçları bilgilerinin düzenli olarak elde edilmesi sağlanmalı.

Sağlık Bakanlığı “Cerrahide Bilinen On Gerçek” verilerine göre (37);

- Cerrahi hastalarının %3-25’inde karmaşık durumlardan dolayı morbidite gelişmekte,
- Majör cerrahi sonrası %0.4-10 oranında ölüm gerçekleşmekte ve yılda yaklaşık bir milyon insan ameliyat öncesi, ameliyat sırası ya da ameliyat sonrası ölmekte,
- Gelişmiş ülkelerde tıbbi ve teknik hataların %50’si cerrahi kliniklerde meydana gelmekte olup güvenli cerrahi uygulamalar ile azaltılabilmekte,
- Dünya’da her 150 kişiden biri anesteziye bağlı nedenlerden ölmekte,
- Cilt kesisinden önce antibiyotik kullanımı yara enfeksiyonu gelişimini %50 oranında azaltmakta,
- Cerrahi güvenliğin sağlanması için cerrahi bakım ve tedavi sürecinin iyileştirilmesi gerekmektedir.

4.2.1. Ameliyathanede Hasta Güvenliği

Ameliyathaneler yoğun baskı hissedilen, zaman sıkıntısı yaşanan ve teknolojik gelişmelerin fazla olması nedeniyle hasta güvenliğinin riske girebileceği karmaşık ortamlardır (39, 40). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Dünya’da her yıl 234 milyon büyük ameliyat yapılmaktadır. Buna orta ve küçük ameliyatların eklenmesi ile yılda yapılan ameliyat sayısı 1.5 milyara ulaşmaktadır. Bu veri her yıl 25 kişiden birinin ameliyat olduğunu göstermektedir (11, 12). Türkiye’de 2007 yılı verilerine göre her yıl ortalama 2 milyon 256 bin büyük, 1 milyon 585 bin orta ve küçük ameliyat yapılmaktadır (11).

Gelişmiş ülkelerde yapılan bir çok çalışmada, cerrahi işlem sırasında meydana gelen sakatlık ve ölüm oranlarının %0.4 ile %0.8; komplikasyon sıklığının %3 ile %16 arasında olduğu saptanmıştır. Bu veri yıllık en az bir milyon hastanın ameliyat sonrası öldüğünü ve yedi milyon hastanın komplikasyon yaşadığını göstermektedir. Cerrahiye bağlı hataların yarısının önlenabilir olduğunu bilinmektedir (18, 38).

Öğün’nün (2008) belirttiğine göre İngiltere’de her yıl sekiz milyondan fazla ameliyat uygulanmaktadır. Bu girişimlerde çoğu yanlış taraf cerrahisi ve hasta kimliğinin tanımlanmaması olmak üzere yaklaşık 128 000 tıbbi hata meydana geldiği

belirtilmektedir (40). Uluslararası Birleşik Komisyon verilerine göre 1995’de %1 olan yanlış taraf cerrahisi 2005 yılında %90’lara ulaşmıştır. Yanlış taraf cerrahisi nedenlerinin %73’ünü ameliyathanede ekip elemanları arasındaki iletişim eksikliği oluşturmaktadır (14, 15, 11).

Zahiri ve arkadaşları (2011) tarafından incelenen 2 851 makalenin 807’sinde kurumların ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin endişelerinin olduğu tespit edilmiştir. Endişe nedenlerine bakıldığında ilk beş sırayı; enfeksiyonlar/komplikasyonlar, ameliyathane içi yangın, iletişim/ekip çalışması, ameliyathane yoğunluğu ve hastada yabancı cisim unutulması almaktadır (14).

Türkiye’de ameliyathane kaynaklı tıbbi hatalara ilişkin kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte gazete haberlerinden derlenerek yapılan bir araştırmaya göre; ameliyathanelerin %43.6’lık oranla tıbbi hataların uygulandığı birimler arasında ilk sırayı aldığı ve hastaların %19.8’ine hatalı ameliyat uygulandığı tespit edilmiştir. Anesteziye bağlı hatalar ise %8.1 ile ikinci sırada yer almaktadır (13). Başka bir çalışmada ise cerrahi hataların %41’inin ortopedi bölümünde meydana geldiği tespit edilmiştir (11).

4.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Hasta güvenliğini sağlamak için ilk olarak UBK tarafından belgelenen 2 257 ABD hastanesinde 2003-2004 yılları arasında Evrensel Protokol (Universal Protocol) ve 16 Hollanda hastanesinde 2007-2009 yılları arasında Cerrahi Hastası Güvenlik Sistemi (CHGS); Surgical Patient Safety System (SURPASS) uygulandı. Evrensel Protokol, hasta doğrulama, taraf işaretleme ve ameliyathanede cerrahi mola (cerrahi kesi öncesi dönem) sürecini kapsamaktadır. Cerrahi Hastası Güvenlik Sistemi kontrol listesi ise hastanın kan kaybı, pulse oksimetre kontrolü ya da güç entübasyon gibi detayları içermemektedir (41, 42).

Dünya Hasta Güvenliği İttifakı (The World Alliance for Patient Safety) hukuki sorumluluğu artırarak hasta bakım güvenliği bilincini geliştirmek ve Dünya’da cerrahi müdahaleye bağlı ölümleri azaltmak için Haziran 2008’de “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” projesini başlattı (19, 20, 21). Bu projenin hedefleri; hastanın doğrulanması ve doğru taraf cerrahisinin uygulanması, anestezi uygulanmasının ve solunum

fonksiyonlarının güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve başarılı bir ekip çalışması temeline dayanır (20).

Proje hedefleri kapsamında 9 Şubat 2009'da DSÖ GCKL oluşturuldu. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi üç bölümden (anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, hasta ameliyattan çıkmadan önce) oluşmaktadır. Toplam 19 kritik adımından oluşan liste, General Hospital ve University Health Network dahil 8 gelişmiş ve gelişmemiş pilot sahada uygulandı. New England Journal of Medicine'da yayınlanan bu pilot uygulama sonuçlarında ameliyata ilişkin komplikasyonların %11'den %7'ye ve ölümlerin %1.5'ten %0.8'e düştüğü belirtilmektedir (19, 22, 43, 17, 36).

Ulusal Hasta Güvenliği Birimi (National Patient Safety Agency) 1 Haziran 2009'da DSÖ GCKL'ni ilk olarak İngiltere ve Galler'e adapte etmiş ve kontrol listesi uygulanmaya başlanmıştır. İngiltere ve Galler'de ki tüm kurumların 1 Şubat 2010'da kontrol listesini lokal anestezi alan hastalar dahil her ameliyat için kullanmaya başlaması ile liste tam olarak uygulamaya girmiştir (Şekil 1).

Surgical Safety Checklist



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

☐ Yes

Is the site marked?

☐ Yes

☐ Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

☐ Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

☐ Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

☐ No

☐ Yes

Difficult airway or aspiration risk?

☐ No

☐ Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

☐ No

☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

☐ Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

☐ Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

☐ Yes

☐ Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

☐ What are the critical or non-routine steps?

☐ How long will the case take?

☐ What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

☐ Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed?

☐ Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

☐ Yes

☐ Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

☐ The name of the procedure

☐ Completion of instrument, sponge and needle counts

☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

☐ Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?

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

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Kontrol listesi Amerika, Avrupa, Afrika ve Asya ‘daki yaklaşık 40’tan fazla ülkede 246 kurum tarafından onaylandı. Amerika Cerrahlar Derneği (American College of Surgeon), Amerika Anestezistler Derneği (The American Society of Anesthesiologists/ ASA), Amerika Ortopedik Cerrahlar Akademisi (The American Academy of Orthopedic Surgeons), Otolarengoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi Akademisi (The Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery) ve Perioperatif ve Lisanslı Hemşireler Derneği’ni (Association of Perioperative ve Registered Nurses/AORN) de içeren 70 mesleki birlik ve 29 sağlık bakanlığı da bu girişimi onayladı (19, 44).

4.3.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nin Hasta Güvenliğini Sağlamada Önemi

Çalışmalar kontrol listesinin ekip içi iletişimi arttırdığını, cerrahiye bağlı ölümleri ve ciddi komplikasyonları engellediğini ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir etmen olduğunu göstermektedir (17, 42). Bliss ve arkadaşları’nın (2012) yaptıkları çalışmada GCKL kullanımı ile yüksek riskteki genel cerrahi ameliyatlara bağlı ölüm oranlarında azalma olduğu saptanmıştır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı ile cerrahi alan enfeksiyon oranında %3.0 azalma görülmüştür (45). Askarian ve arkadaşları (2012) çalışmalarında GCKL kullanımı ile ameliyata bağlı komplikasyonların %22.9’dan %10’a düştüğünü bulmuşlardır (46). Yine Borchord ve arkadaşları’nın (2012) belirttiğine göre GCKL’nin uygulanması ile “ameliyat kesisinden önce” bölümüne olan uyum %70’den %100’e yükselmiştir. GCKL ameliyathane ortamı kültüründe değişiklik sağlayarak, cerrahi ekip elemanları arasında iletişim ve takım çalışması ruhunu arttırmaktadır (17, 18, 36). Listenin kullanımı hasta güvenliği sorumluluğunu sadece bir kişinin yönetimine dayanan hiyerarşik sistemden uzaklaştırmakta ve tüm cerrahi ekip üyelerinin iş doyumunu sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, GCKL uygulaması ile yılda 500 000 sağ kalım sağlanabileceğini tahmin etmektedir (18). Bunun yanı sıra GCKL’nin düşük yada yüksek gelir ayırt etmeksizin tüm ülkelerde uygulanabilir olması Dünya genelinde cerrahide hasta güvenliğinin sağlanmasına katkı sağlamaktadır (47).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nin kullanımının hasta güvenliğine katkılarını şu şekilde sıralanabilir (48, 22, 49, 21, 47, 36):

- Cerrahi ekibin her üyesinin görevinin belirlenmesini ve koordinasyonunu,
- Hasta güvenliği için gerekli olan her adımın tekrar edilmesini ve böylece hafızada kalmasını,

- Hasta için gerekli olabilecek özel ihtiyaçların ve cihazların ameliyat öncesi planlanmasını ve böylece ameliyat sürecinde aksama meydana gelmemesini,
- Cerrahiye bağlı komplikasyon ve ölüm oranlarının azalmasını,
- Hastanın doğru zamanda, doğru yerde, doğru bakımı almasını,
- Hastaya zamanında antibiyotik uygulanmasını,
- Karmaşık protokol ve durumların standardize edilmesi ve insan kaynaklı tıbbi hataların azaltılmasını,
- Hatalara bağlı maliyetin azalmasını,
- Perioperatif bakıma olan güvenin artmasını sağlar.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin sayılan tüm bu katkılarının yanı sıra bazı çalışmalar GCKL'nin ameliyathane etkinliğini azalttığını ve hastada gereksiz anksiyete ortaya çıkardığını belirtmektedirler (50). Treadwell ve arkadaşlarının (2012) belirttiğine göre; Fourcade ve arkadaşları (2012) yaptıkları bir çalışmada anestezi öncesi hastaya bir kaç kez adının sorulmasının hastanın anksiyete düzeyini arttırdığını ifade etmişlerdir (50, 42).

4.3.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}

Başarılı bir uçuşun sağlanabilmesi için pilotun yerdeki ekibe, uçuş personeline, hava trafik kontrol ekiplerine tam olarak güvenmesi ve ekip ile birlikte hareket etmesi gerekir. Benzer şekilde ameliyat da cerrah, anestezi uzmanı, asistan, hemşire, anestezi teknisyeni ve diğer elemanlardan oluşan bir ekip işidir. Başarılı bir ameliyatın gerçekleşebilmesi için cerrah primer sorumlu olsa da, ameliyatın başarısı ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi tüm ekibin uyum içinde çalışmasına bağlıdır (51).

Dünya Sağlık Örgütü'nün, "Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir" ifadesi ülkelere GCKL'ni kendi ülkelerine göre düzenleme şansını tanımaktadır. Bu izin doğrultusunda DSÖ GCKL, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire başkanlığı tarafından düzenlenerek Türkiye'ye uyarlandı. Üç bölümden oluşan listeye "Hasta güvenliği hasta ameliyathaneye gelmeden başlar" ifadesi kapsamında hastanın klinikten ayrılmadan önce takip edilmesini sağlayan dördüncü bölüm eklendi. Kontrol listesi "GCKL^{TR}" adı ile (Şekil 2) 2009'da kullanılmaya başlandı (23).

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

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

Şekil 2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}

4.3.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin Uygulanışı

Dünya Sağlık Örgütü kontrol listesinin güvenilir olabilmesi için tek kişinin koordinatörlüğünde yürütülmesini uygun görmektedir. Kontrol listesinin tek kişinin koordinatörlüğünde yürütülmesi, her ne kadar diğer ekip elemanlarıyla ters düşülmesi olasılığını arttırsa da her adımın ihmal edilmeden uygulanabilmesi için önem taşımaktadır. Koordinatör genellikle dolaşan hemşire olmakla birlikte cerrahi ekibin başka bir üyesi de olabilir.

Kontrol listesi koordinatörü;

- Ameliyatın her aşamasını kontrol etmelidir,
- Bir önceki aşama tamamlanmadan diğer aşamaya geçilmesine izin vermemelidir,
- Bütün ekip üyeleri hastaya hakim olana kadar ekibe rehberlik etmelidir,
- Gerekğinde güvenlik adımlarını tamamlamak için ameliyata müdahale edebilir (51, 52).

4.3.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin Bölümleri

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} dört bölümden oluşmaktadır. Bölümler (52):

1. Klinikten ayrılmadan önce,
2. Anestezi verilmeden önce,
3. Ameliyat kesisinden önce,
4. Ameliyattan çıkmadan önce şeklindedir.

4.3.4.1. Klinikten Ayrılmadan Önce

Bu bölüm hasta ameliyathaneye transfer edilmeden önce klinikte tamamlanması gereken dokuz güvenlik adımından oluşur. Kontrol listesini koordine eden kişi hasta ve mümkün olduğu sürece hekim katılımı ile sözlü olarak hasta bilgilerini ve hazırlığını kontrol eder. Bu kontroller hastanın (51);

1. Kimlik, ameliyat ve ameliyat bölgesinin,
2. Ameliyat için onayının,
3. Ameliyat öncesi açlık durumunun,

4. Ameliyat sahası temizliğinin,
5. Hasta üzerinde yabancı madde (makyaj, protez, değerli eşya gibi) kontrolünü,
6. Ameliyat önlüğünün giydirilmiş olmasının,
7. Ameliyat için istenen özel hazırlıklarının (lavman, varis çorabı vb.) tamamlanmış olmasının,
8. Ameliyatı sırasında gerekli olabilecek araç/ürünlerin hazırlığının (implant, kan vb.)
9. Tüm tetkiklerinin hazır olmasının kontrolünü kapsamaktadır. Hastanın ameliyathaneye teslimi ile ameliyathane koordinatörü sırası ile kontrol listesinin 2., 3. ve 4. bölümünü uygulamaya başlar.

4.3.4.2. Anestezi Verilmeden Önce

Bu bölüm hastaya anestezi verilmeden önceki zaman dilimini kapsar ve yedi güvenlik adımından oluşur. Özellikle bir anestezi görevlisi ve cerrahi ekip üyelerinden biri ile tamamlanır. Cerrahin bu bölüme katılması gerekli değildir, ancak hastanın mümkün olduğunca sözel olarak katılımı sağlanır. Bölüm (19, 52):

1. Hastanın kimlik, ameliyat ve ameliyat bölgesi kontrolünü,
2. Taraf işaretlemesi kontrolünü,
3. Anestezi güvenliğinin sağlanmasını,
4. Pulse oksimetrenin kontrolünü,
5. Alerji durumunun sorgulanmasını,
6. Ameliyat için gerekli olabilecek görüntüleme cihazlarının sağlanmasını,
7. Kanama riskinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Koordinatör bütün adımları uygun şekilde tamamlandıktan sonra üçüncü bölüme geçilir.

4.3.4.3. Ameliyat Kesisinden Önce

Hastaya anestezi verildikten sonra cerrahi kesiye başlamadan önce verilen cerrahi mola (time out) sürecini kapsayan bölümdür. Bu bölüm bütün ekip üyelerinin katılımını gerektiren dokuz güvenlik adımından oluşur. Bölüm (19, 52):

1. Tüm ekip üyelerinin kendilerini ve görevlerini tanıtmalarını,
2. Ekibin hastayı, yapılan ameliyat ve ameliyat bölgesini doğrulamasını,
3. Ameliyata bağlı olası kritik durumların değerlendirilmesini,

4. Antibiyotik profilaksisinin sorgulanmasını,
5. Ameliyat sırasında gerekli olabilecek malzemelerin kontrolünü,
6. Malzemelerin sterilizasyonun uygunluğunun kontrolünü,
7. Kan şekeri kontrolünün gerekliliğinin belirlenmesini,
8. Antikoagülan kullanımının sorgulanması ve
9. Derin ven trombozunun sorgulanmasını kapsamaktadır. Koordinatör bölümün bütün sorularının cevaplandığına emin olduktan sonra ameliyatın başlamasına onay verir.

4.3.4.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Bu bölüm hastanın ameliyat kesisi kapanmadan önce ya da kapandıktan sonra ancak mutlaka hasta ameliyat odasından çıkarılmadan önce uygulanır. Listenin bu bölümü tüm ekibin hastayı son kez birlikte değerlendirmesini sağlar. Tüm ekibin ameliyat odasında bulunmasını gerektiren ve beş adımdan oluşan bölüm (19, 52):

1. Gerçekleştirilen ameliyat için; hastanın, yapılan ameliyatın ve ameliyat bölgesinin onayını,
2. Ameliyat sırasında kullanılan ve sayımı gereken malzemelerin (alet, gazlı bez, iğne, kompres, vb.) sayımının doğrulanmasını,
3. Hastadan alınan numune örneğinin etiketlenmesini,
4. Hastanın geçirdiği ameliyat ve anesteziye bağlı kritik gereksinimlerinin belirlenmesini,
5. Hastanın ameliyathaneden gideceği bölümün onayını kapsamaktadır. Bölümün koordinatör tarafından doldurulması ile GCKL^{TR} tamamlanmış olur.

Ameliyathaneler, hastaların korunmasız ve savunmasız olduğu birimlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün öncelikli olarak hemşirelerin GCKL koordinatörü olmasının uygun olacağını belirtmesi hemşirelerin ameliyathanede hasta güvenliğini sağlamadaki rollerini ve sorumluluklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca bu görev, ameliyathane hemşireliğini sadece teknik işlem olarak tanımlanmaktan çıkarmakta ve ameliyathane hemşiresini bilgi, donanım ve becerileri doğrultusunda hastayı olası anestezi risklerinden ve cerrahi işleme bağlı oluşabilecek tıbbi hatalardan korumada öncü konuma taşımaktadır.

Dünya genelinde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin uygulanışına uyum ve sonuçlarını araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde GCKL^{TR} uygulaması Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu tutulmaktadır. Türkiye'de listenin uygulanış, işleyiş ve işlevselliğine ilişkin çalışmalar ise oldukça az sayıdadır. Araştırma bu gereksinimden yola çıkarak ameliyathanelerde hasta güvenliği için GCKL uygulanışına ilişkin cerrahi ekibin tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma cerrahi ekip üyelerinin GCKL'nin uygulanaşına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma; Aralık 2013 – Ocak 2014 tarihleri arasında Trabzon il merkezinde bulunan ve ameliyathanesi olan tüm hastanelerde (Farabi Hastanesi, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi, Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ahi Evren Göğüs ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Özel Karadeniz Hastanesi, Özel İmperial Hastanesi) yapıldı.

Araştırma kapsamındaki kurumların özellikleri hastane ismi belirtilmeksizin aşağıda yer almaktadır.

A hastanesi: Kurumda 12 odada olmak üzere ayda ortalama 2480 ameliyat yapılmaktadır. Göğüs cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun boğaz (KBB) hastalıkları, beyin ve sinir cerrahisi, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik-rekonstrüktif ve estetik cerrahi ve üroloji kurumda yapılan ameliyatlardır.

B hastanesi: Ameliyat odası sayısı 14 olan kurumda bir ayda ortalama 966 ameliyat yapılmaktadır. Yapılan ameliyat türlerine bakıldığında; genel cerrahi, üroloji, plastik-rekonstrüktif ve estetik cerrahi, KBB, ortopedi ve travmatoloji, beyin ve sinir cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum ve çocuk cerrahisi ameliyatlari şeklindedir.

C hastanesi: Bir ayda sekiz odada ortalama 473 ameliyat yapılmaktadır. Kurumda genel cerrahi, üroloji, plastik-rekonstrüktif ve estetik cerrahi, KBB, ortopedi ve travmatoloji, beyin ve sinir cerrahisi ameliyatlari yapılmaktadır.

D hastanesi: Bir ayda yapılan ameliyat sayısı ortalama 124'tür. Ameliyathanede iki ameliyat odası vardır. Kurumda sadece kalp ve damar cerrahisi ameliyatlari yapılmaktadır.

E hastanesi: Altı ameliyat odası bulunan kurumda ayda ortalama 289 ortopedi ve travmatoloji ameliyatı yapılmaktadır.

F hastanesi: Kurumda bir ayda ortalama 343 ameliyat gerçekleştirilmektedir. Ameliyathanede iki ameliyat odası bulunmaktadır. Yapılan ameliyatlar; genel cerrahi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, KBB, ortopedi ve travmatoloji, kalp ve damar cerrahisi ve üroloji ameliyatları şeklindedir.

G hastanesi: Ameliyat odası sayısı altı olan kurumda ayda ortalama 783 ameliyat yapılmaktadır. Yapılan ameliyatlar genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi, çocuk cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları, KBB ve üroloji ameliyatları şeklindedir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini adı geçen tüm hastane ameliyathanelerinde çalışan 175 cerrah, 40 anestezi uzmanı, 76 asistan, 132 hemşire ve 105 anestezi teknisyeni olmak üzere 528 kişi oluşturdu.

Araştırmaya kabul ölçütleri şu şekildedir:

1. Cerrahi ekip üyesi olmak (cerrah, anestezi uzmanı, asistan, steril hemşire, dolaşan hemşire ve anestezi teknisyeni)
2. Ameliyathane de çalışıyor olmak
3. Ameliyathane ya da hastane yöneticisi olmamak
4. Kurum komisyonu üyesi olmamak

Örneklem seçimine gidilmeksizin evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. İzinli ya da raporlu olmaları dolayısıyla 13 cerrah, altı anestezi uzmanı, 13 asistan, 12 hemşire ve 18 anestezi teknisyeni olmak üzere toplam 62 cerrahi ekip üyesine ulaşılamadı. Eksik doldurulması sebebiyle üç soru formu çalışmaya alınmadı. 82 cerrah, 20 anestezi uzmanı, 19 asistan, 18 hemşire ve 21 anestezi teknisyeni olmak üzere toplam 160 kişi çalışmaya katılmayı reddetti. Araştırma; kabul ölçütlerini taşıyan 79 cerrah, 14 anestezi uzmanı, 44 asistan, 101 hemşire ve 65 anestezi teknisyeninden oluşmak üzere 303 cerrahi ekip üyesi ile tamamlandı.

5.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklardan (51, 52, 47, 53, 54, 56, 55) yararlanılarak geliştirilen 29 sorudan oluşan soru formu kullanıldı (EK 2). Soru formunda on soru kişilerin tanıtıcı özellikleri (meslek, eğitim durumu, cinsiyet, çalıştığı kurum, mesleki deneyim, ameliyathanede çalışma süresi, GCKL'nin kullanımına ilişkin eğitim alma durumu), altı soru cerrahi ekibin listenin kullanımı ve uygulanaşına ilişkin düşünceleri, dokuz soru listenin her bir bölümünün uygulanaşı ve dört soru listeye ilişkin önerilere yöneliktir.

5.5. Soru Formunun Ön Uygulaması

Soru formu oluşturulduktan sonra on cerrahi ekip üyesi (sayısal eşitlikte olacak şekilde cerrah, anestezi uzmanı, asistan, hemşire ve anestezi teknisyeni) ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama yapılan kişiler araştırma kapsamına alınmadı. Ön uygulama sonucunda soru formunda gerekli düzenlemeler yapıldı.

5.6. Verilerin Toplama Yöntemi

Soru formu, araştırmacı tarafından hastanelerin cerrahi ekip üyelerine ulaştırıldı ve soru formu katılımcıların kendileri tarafından dolduruldu. Düzenli aralıklarla hastaneler ziyaret edilerek tamamlanan soru formları toplandı.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik ve ki-kare testleri kullanıldı.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan tek ilde, soru formunu yanıtlayan kişilerle yürütüldü. Dolayısıyla Trabzon'un ilçeleri ve Türkiye'deki diğer coğrafi bölgelerdeki GCKL'nin uygulanaşına ilişkin tutum ve davranışlara genellenemez.

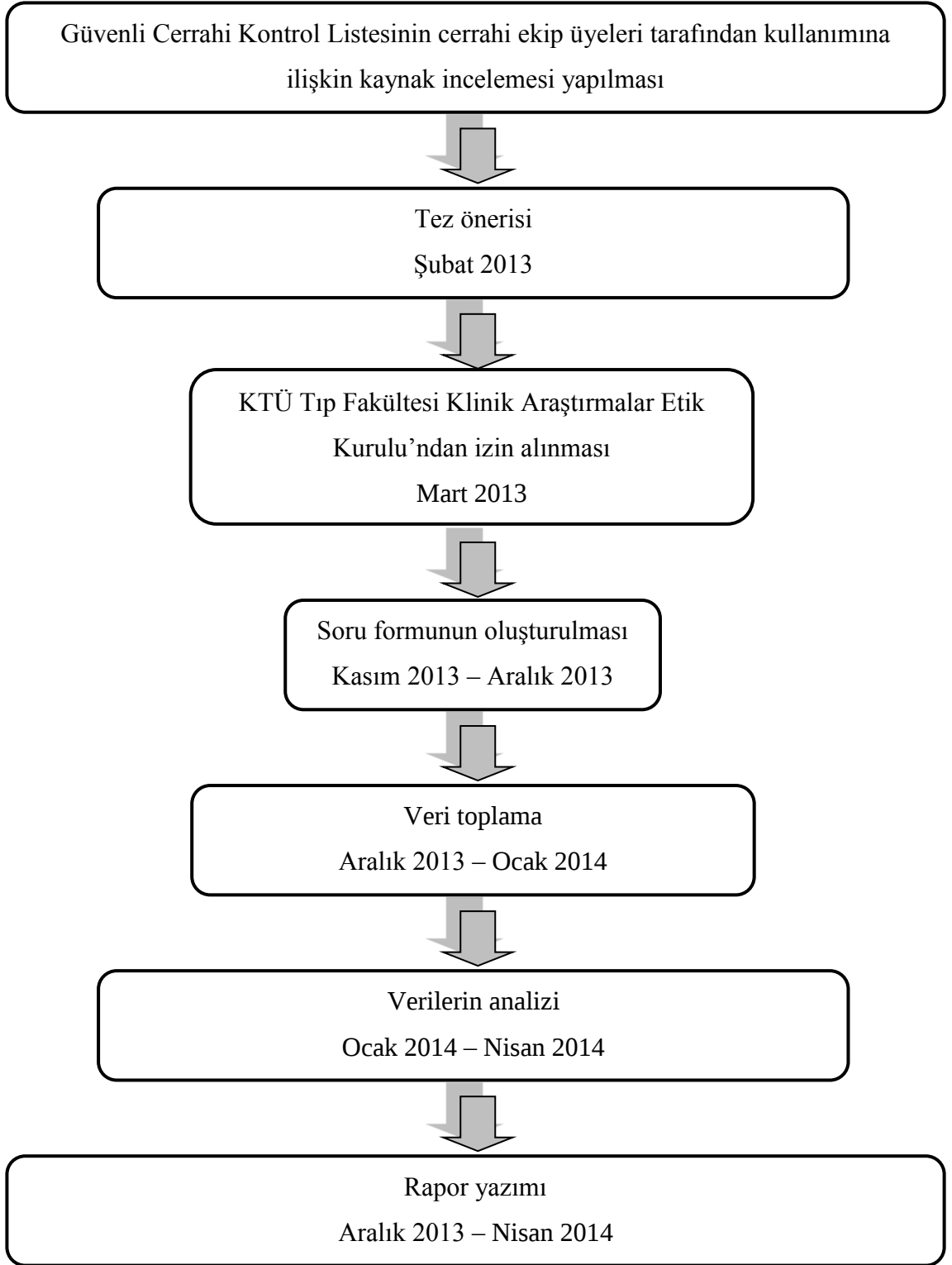
5.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 04.03.2013'de etik kurul izni (sayı:17522305/186) ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden 13.03.2013'de tez izni (Bkz. Sayfa 64),

(sayı: 200.2/259) alındı. Ayrıca araştırma evrenini oluşturan tüm hastanelerden yazılı izin (Farabi Hastanesi Sayı:12497425/57, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sayı: B.10.1.TKH.4.61.T.61.0.01, Fatih Devlet Hastanesi Sayı: B.10.1.TKH.4.61.H.61.0.01.00, Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi Sayı:83084854/356, Ahi Evren Göğüs ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sayı: 969755766/842, Özel Karadeniz Hastanesi Sayı:305, Özel İmperial Hastanesi Sayı:185) alındı (EK 3). Bunun yanı sıra tüm katılımcılarının yazılı onayları alındı (EK 1).

5.10. Araştırmanın Planı

Araştırma planı Şekil 3’de yer almaktadır.



Şekil 3. Araştırmanın Planı

6. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen veriler cerrahi ekip üyelerinin tanımlayıcı özellikleri, GCKL^{TR}'ye ve listenin kurumlarındaki uygulanaşına ilişkin düşünceleri ve GCKL^{TR}'nin her bir bölümünün uygulanaşı olarak ele alındı.

Tablo 1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Tanımlayıcı Özellikleri (n=303)

Özellikler		S	%
Cinsiyet	Kadın	168	55.4
	Erkek	135	44.6
Eğitim Durumu	Lise	29	9.6
	Ön lisans	68	22.4
	Lisans	66	21.8
	Lisans üstü	140	46.2
Meslek	Cerrah	79	26.1
	Anestezi uzmanı	14	4.6
	Asistan	44	14.5
	Hemşire	101	33.3
	Anestezi teknisyeni	65	21.5
Çalıştığı Kurum	Kamu Hastaneleri Birliği Hastanesi	182	60.1
	Üniversite Hastanesi	103	34.0
	Özel Hastane	18	5.9

Cerrahi ekip üyelerinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1' de verildi. Araştırma kapsamındaki bireylerin %90.4'ü üniversite düzeyinde eğitime sahip olup %45.2'si hekim, %33.3'ü hemşire ve %21.5'i anestezi teknisyenidir. Katılımcıların mesleki deneyimleri ortalama 11.6±7.9 yıl olup; ameliyathanede çalışma süreleri ortalama 9.7±7.1 yıldır.

Tablo 2. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL^{TR},ye İlişkin Görüşleri (n=303)

GCKL ^{TR} Kullanımına İlişkin Görüşler	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim Yok		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%	S	%		
GCKL ^{TR} kullanımının hasta güvenliğine katkısı olduğuna inanıyorum	204	67.3	62	20.5	18	5.9	19	6.3	25.664 22.002	p ^a =0.000* p ^b =0.001
GCKL ^{TR} ,nin uygulanması için koordinatör görevlendirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyorum	209	69.0	39	12.9	24	7.9	31	10.2	32.562 11.567	p ^a =0.000* p ^b =0.072
GCKL ^{TR} ,nin nasıl uygulanması gerektiği cerrahi ekip üyeleri tarafından bilinmekte	167	55.1	72	23.8	36	11.9	28	9.2	25.250 28.931	p ^a =0.001* p ^b =0.001
GCKL ^{TR} ,nin çalıştığım ameliyathanede doğru uygulandığını düşünüyorum	126	41.6	113	37.3	41	13.5	23	7.6	17.643 24.999	p ^a =0.007* p ^b =0.000
GCKL ^{TR} ,nin kullanılmasına yönelik eğitimin gerekli olduğunu düşünüyorum	230	75.9	33	10.9	17	5.6	23	7.6	23.805 26.478	p ^a =0.001* p ^b =0.000
GCKL ^{TR} ,nin bölümlerinin kimler tarafından uygulanması gerektiğine ilişkin kurumumuz tarafından belirlenmiş bir standart bulunmakta	153	50.5	50	16.5	49	16.2	51	16.8	71.169 28.748	p ^a =0.000* p ^b =0.000
GCKL ^{TR} ,nin uygulanmasına ilişkin standarda uyulmakta	143	47.2	77	25.4	38	12.5	45	14.9	45.506 26.104	p ^a =0.000* p ^b =0.000
Ameliyat olmam gerekse ameliyathanede GCKL ^{TR} ,nin uygulanması açısından kendi kurumuma güveniyorum	141	46.5	104	34.3	35	11.6	23	7.6	19.012 34.664	p ^a =0.003* p ^b =0.000

p^a: Cerrahi ekip üyelerinin meslek gruplarına göre. p^b: Cerrahi ekip üyelerinin çalıştıkları kuruma göre.

* İstatistiksel analiz için meslek grupları hekim, hemşire, anestezi teknisyeni şeklinde birleştirildi.

Cerrahi ekip üyelerinin GCKL^{TR},ye ilişkin görüşleri Tablo 2’de verildi. Tabloya bakıldığında katılımcıların %67.3 ünün GCKL^{TR},nin kullanımının hasta güvenliğini sağlamada etkili olduğunu; %69.0’unun GCKL^{TR},nin uygulanmasında koordinatör görevlendirilmesinin gerekli olduğunu belirttikleri görülmektedir. Araştırma kapsamındaki bireylerin %55.1’i GCKL^{TR},nin nasıl uygulanması gerektiğinin cerrahi ekip üyeleri tarafından bilindiğini ifade ederken; %23.8’i “kısmen” bilindiğini ifade ettiler. Cerrahi ekip üyelerinin %41.6’sı GCKL^{TR},nin kendi kurum ameliyathanelerinde doğru, %37.3’ü “kısmen” doğru uygulandığını düşündüklerini belirttiler. Katılımcıların GCKL^{TR} uygulaması için eğitim ile ilgili düşüncelerine bakıldığında %75.9’unun GCKL^{TR},nin kullanımına ilişkin eğitimin gerekli olduğunu ifade ettikleri görüldü. Tabloda katılımcıların %50.5’inin kurumlarında GCKL^{TR},nin bölümlerinin kimler tarafından doldurulması gerektiğine ilişkin bir standardın bulunduğunu ve %47.2’sinin kurum tarafından belirlenen bu standarda uyulmakta olduğunu belirttikleri görülmektedir. Çalışma kapsamındaki bireylerin %46.5’i kendi kurumlarında ameliyat olmaları durumunda GCKL^{TR},nin ameliyathanedeki uygulanaşına güvenebileceklerini; %34.3’ü ise “kısmen” güvenebileceklerini belirttiler.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda GCKL^{TR} kullanımının hasta güvenliğine katkısı olduğuna inanılması durumu, GCKL^{TR},nin nasıl uygulanması gerektiğinin cerrahi ekip üyeleri tarafından bilinme durumu, GCKL^{TR},nin kurumlarda doğru uygulanma durumu, GCKL^{TR},nin nasıl uygulanacağına yönelik eğitimin gerekliliği, GCKL^{TR},nin bölümlerinin kimler tarafından uygulanacağına ilişkin bir standardın olma durumu, kurumlarda GCKL^{TR},nin uygulanaşına ilişkin standarda uyulma durumu ve katılımcıların kendi kurumlarında ameliyat olmaları durumunda GCKL^{TR},nin uygulanması yönünden kurumlarına güven duyma durumlarına bakıldığında; meslek grupları (sırasıyla $p^a=0.000$, $p^a=0.001$, $p^a=0.007$, $p^a=0.001$ $p^a=0.000$, $p^a=0.000$, $p^a=0.003$) ve kurumlar (sırasıyla $p^b=0.001$, $p^a=0.001$, $p^b=0.000$, $p^b=0.000$, $p^b=0.000$, $p^b=0.000$, $p^b=0.000$) arasında anlamlı fark bulunduğu saptandı.

Kurumlarda GCKL^{TR},nin uygulanması için koordinatör görevlendirmesinin gerekli olduğuna inanma durumları incelendiğinde; cerrahi ekip üyeleri arasında meslek gruplarına göre anlamlı bir fark varken ($p^a=0.000$) çalıştıkları kuruma göre farklılık bulunmadığı görüldü ($p^b=0.072$).

Araştırma kapsamındaki bireylerin %41.9'u kendi kurumlarının ameliyathanelerinde GCKL^{TR} koordinatörü bulunduğunu ifade ettiler. Kurumlarında GCKL^{TR} koordinatörü bulunduğunu belirten katılımcıların (n=127) %78.7'si dolaşan hemşirenin, %42.5'i anestezi teknisyeninin ve %33.9'u steril hemşirenin koordinatör olarak görevlendirildiğini ifade ettiler. Çalışma kapsamındaki bireylerin (n=127) %64.6'sı GCKL^{TR} koordinatörü olarak en sık görevlendiren cerrahi ekip üyesinin dolaşan hemşire olduğunu belirttiler.

Katılımcıların %42.2'si güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanılmasına yönelik eğitim aldıklarını belirttiler. Eğitim aldıklarını belirten bireylerin (n=121) %93,4'ünün eğitimi kendi kurumlarında, ortalama 14.91±1.6 (n=113) ay önce aldıkları ve bu eğitimin 1.83±1.69 (n=103) saatlik bir eğitim olduğu saptandı.

Tablo 3. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL^{TR}'nin Uygulanışına İlişkin Görüşleri (n=303)

GCKL ^{TR} Uygulanışına İlişkin Görüşler	Her zaman		Genellikle		Bazen		Hiçbir zaman		Fikrim yok		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
Cerrahi ekip olarak yanıtlanması gereken sorular birlikte kontrol edilerek işaretlenir	47	15.5	94	31.0	112	37.0	28	9.2	22	7.3	27.698 42.441	p ^a =0.001* p ^b =0.000
Hastaya sorulması gereken sorular hastaya sorularak işaretlenir	93	30.7	120	39.6	59	19.5	9	3.0	22	7.2	38.740 58.630	p ^a =0.000* p ^b =0.000
Sorular hasta dosyasına bakılarak işaretlenir	55	18.2	85	28.1	111	36.6	29	9.6	23	7.5	30.858 41.513	p ^a =0.000* p ^b =0.000
GCKL ^{TR} 'nin uygun biçimde uygulanması ameliyatın büyüklüğüne göre değişir	41	13.5	79	26.1	58	19.1	89	29.4	36	11.9	36.062 48.438	p ^a =0.000* p ^b =0.000
GCKL ^{TR} 'nin uygun biçimde uygulanması ameliyatın acil/planlı olma durumuna göre değişir	39	12.9	90	29.7	98	32.3	44	14.5	32	10.6	46.729 28.110	p ^a =0.000* p ^b =0.000
GCKL ^{TR} 'nin doğru biçimde uygulanması cerrahi ekip üyelerinin listenin doldurulmasına ilişkin tutumuna göre değişir	30	9.9	77	25.4	75	24.8	81	26.7	40	13.2	24.057	p ^a =0.002* p ^b =**
İlgili bölümü imzalayan kişi soruların yanıtlanma aşamasına katılır ya da yanıtları kontrol eder	79	26.1	85	28.1	81	26.7	27	8.9	31	10.2	66.784 49.343	p ^a =0.000* p ^b =0.000

p^a: Cerrahi ekip üyelerinin meslek gruplarına göre. p^b: Cerrahi ekip üyelerinin çalıştıkları kuruma göre.

* İstatistiksel analiz için meslek grupları hekim, hemşire, anestezi teknisyeni şeklinde birleştirildi.

** İstatistiksel analiz yapılamadı

Cerrahi ekip üyelerinin GCKL^{TR}'nin uygulanaşına ilişkin görüşleri Tablo 3'te gösterilmektedir. Araştırma kapsamındaki bireylerin %37.0'si ekip olarak yanıtlanması gereken soruların “bazen”, %31.0'i ise “genellikle” birlikte kontrol edilerek işaretlendiğini belirttiler. Listedeki hastaya sorularak yanıtlanması gereken sorular için, katılımcıların %39.6'sının “genellikle”, %30.7'sinin “her zaman” soruların hastaya sorularak yanıtlandığını ifade ettikleri saptandı. Katılımcıların %36.6'sı hasta dosyasına bakılarak doğrulanması gereken soruların “bazen” uygun şekilde yanıtlandığını ifade ettiler. Araştırma kapsamındaki bireylerin %29.4'ü listenin uygun biçimde doldurulmasının “hiç bir zaman” ameliyatın büyüklüğüne göre değişmediğini ifade ederken; %26.1'inin “genellikle” değiştiğini ifade ettikleri görüldü. Listenin uygun şekilde doldurulmasının ameliyatın acil ya da planlı oluşuna göre değişiklik gösterme durumuna; katılımcıların %32.3'ü “bazen”, %29.7'si “genellikle” yanıtını verdiler. Katılımcıların %25.4'ü listenin uygun biçimde doldurulmasının “genellikle” cerrahi ekip üyelerinin listenin uygulanaşına ilişkin tutumlarına göre değiştiğini ifade ederken; %26.7'si uygulanaş şeklinin “hiç bir zaman” bu tutuma göre değişmediğini ifade ettikleri saptandı. GCKL^{TR}'nin ilgili bölümünü imzalayan kişinin soruların yanıtlanma aşamasına katılma durumuna bakıldığında, katılımcıların %28.1'inin “genellikle”, %26.7'sinin “bazen” şeklinde yanıt verdiği bulundu.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} sorularından ekip olarak yanıtlanması gereken soruların birlikte kontrol edilerek yanıtlanma durumu, hastaya sorularak yanıtlanması gereken sorular için hastadan bilgi alınma durumu ve hasta dosyasına bakılarak yanıtlanması gereken soruların bu şekilde yanıtlanma durumlarına ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre meslek grupları (sırasıyla $p^a=0.001$, $p^a=0.000$, $p^a=0.000$) ve kurumlar (sırasıyla $p^b=0.000$, $p^b=0.000$, $p^b=0.000$) arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Listenin uygulanaşını etkileyebilecek durumlar kapsamında listenin uygun biçimde doldurulmasının ameliyatın büyüklüğüne göre, ameliyatın acil ya da planlı olma durumuna göre ve ekip üyelerinin kontrol listesinin uygulanaşına ilişkin tutumlarına göre değişme durumları incelendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; meslek grupları (sırasıyla $p^a=0.000$, $p^a=0.000$, $p^a=0.002$) ve kurumlar (sırasıyla $p^b=0.000$, $p^b=0.000$, $p^b=**$) arasında anlamlı fark olduğu saptandı. İlgili bölümü imzalayan kişinin soruların yanıtlanması aşamasına katılma ya da yanıtları

kontrol etme durumları incelendiğinde meslek grupları ($p^a=0.000$) ve kurumlar ($p^b=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Tablo 4. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL^{TR}'nin “Anestezi Verilmeden Önce” Bölümünün Uygulanışına İlişkin Düşünceleri (n=303)

Bölüm Soruları	Evet		Bazen		Hayır		Fikrim yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve hastanın ameliyatı ile ilgili rızası olup olmadığı teyit edilir	243	80.2	20	6.6	24	7.9	16	5.3
Hastanın ameliyat bölgesinde işaretleme olup olmadığına bakılır	235	77.6	30	9.9	21	6.9	17	5.6
Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi kontrol edilmeden anesteziye başlanmaz	204	67.3	39	12.9	28	9.2	32	10.6
Pulse oksimetrenin hastanın üzerinde ve çalışır durumda olması sağlanır	241	79.5	14	4.6	17	5.6	31	10.3
Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı sorgulanır	251	82.8	17	5.6	16	5.3	19	6.3
Ameliyat için gerekli olabilecek görüntüleme cihazları sağlanır	244	80.5	22	7.3	15	5.0	22	7.2
Hastada olabilecek kan kaybı riski değerlendirilir	236	77.9	30	9.9	16	5.3	21	6.9

Katılımcıların kurumlarında GCKL^{TR}'nin “Anestezi Verilmeden Önce” bölümünün uygulanışına ilişkin düşünceleri Tablo 4’te yer almaktadır. Katılımcıların %80.2’si anestezi öncesi hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat için rızasının doğrulandığını, % 77.6’sı hastanın ameliyat bölgesinde işaretleme kontrolü yapıldığını belirttiler. Araştırma kapsamındaki bireylerin % 67.3’ü hastaya anestezi verilmeden önce anestezi güvenlik kontrol listesinin doldurulduğunu, %79.5’i pulse oksimetrenin hastanın üzerinde çalışır durumda olmasının sağlandığını ve %82.8’i hastanın alerji durumunun sorgulandığını ifade etti. Cerrahi ekip üyelerinin %80.5’i anestezi öncesi ameliyat için gerekli olabilecek görüntüleme cihazlarının hazırlandığını ve % 77.9’u hastada olabilecek kan kaybı riskinin değerlendirildiğini ifade etti.

Bu bölümün hangi cerrahi ekip üyesi tarafından doldurulduğuna bakıldığında; katılımcıların (n=303) %66.0’sının anestezi teknisyeni, %41.6’sının dolaşan hemşire, %28.7’sinin anestezi uzmanı, %20.1’inin asistan, %17.8’inin steril hemşire ve %11.9’unun cerrah şeklinde yanıt verdiği görüldü.

Tablo 5. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL^{TR}'nin “Ameliyat Kesisinden Önce” Bölümünün Uygulanışına İlişkin Düşünceleri (n=303)

Bölüm Soruları	Evet		Bazen		Hayır		Fikrim yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Ekipteki kişilerin kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıtmaları sağlanır	125	41.3	46	15.2	107	35.3	25	8.2
Ekipten bir kişinin sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı ve ameliyat bölgesini teyit etmesi sağlanır	177	58.4	49	16.2	55	18.2	22	7.2
GCKL ^{TR} 'de yer alan hastanın kritik olaylarının gözden geçirilmesi sağlanır								
• Tahmini ameliyat süresi • Beklenen kan kaybı • Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar • Olası anestezi riskleri • Hastanın pozisyonu	184	60.7	40	13.2	56	18.5	23	7.6
Hastanın profilaktik antibiyotik alımı olup olmadığı sorgulanır	225	74.3	22	7.3	26	8.6	30	9.8
Kullanılacak malzemenin hazır olması sağlanır	239	78.9	19	6.3	18	5.9	27	8.9
Malzemelerin sterilizasyon açısından uygunluğu kontrol edilir	239	78.9	14	4.6	20	6.6	30	9.9
Kan şekeri kontrolü gerekli olup olmadığı sorgulanır	224	73.9	31	10.2	22	7.3	26	8.6
Hastanın ameliyat öncesi dönemde antikoagülan kullanım durumu sorgulanır	228	75.2	25	8.3	23	7.6	27	8.9
Derin ven trombozu profilaksisi gerekliliği sorgulanır	186	61.4	33	10.9	41	13.5	43	14.2

Araştırma kapsamındaki bireylerin GCKL^{TR}'nin “Ameliyat Kesisinden Önce” bölümünün uygulanışına ilişkin düşünceleri Tablo 5'te verildi. Katılımcıların %41.3'ü cerrahi ekip üyelerinin ameliyat kesisi öncesi kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttığını ifade ederken; %35.3'ü kişilerin kendilerini tanıtmadığını belirttiler. Cerrahi ekip üyelerinin %58.4'ü bir ekip üyesinin sesli olarak hastanın kimliğini ve ameliyatını doğruladığını; %60.7'si hastanın güvenliğini tehdit edebilecek kritik olayların (tahmini ameliyat süresi, beklenen kan kaybı, ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar, olası anestezi riskleri, hastanın pozisyonu) değerlendirildiğini, %74.3'ü hastanın ameliyat öncesi profilaktik antibiyotik alım durumunun kontrol edildiğini belirtti. Katılımcıların %78.9'u ameliyat öncesi kullanılacak malzemelerin hazır olmasının sağlandığını ve sterilizasyon açısından uygunluğunun kontrol edildiğini belirttiler. Çalışma kapsamındaki bireylerin %73.9'u hastanın kan şekeri kontrolünün

gerekli olup olmadığının sorgulandığını ifade ettiler. Katılımcıların %75.2'si hastanın ameliyat öncesi antikoagülan kullanım durumunun ve %61.4'ü derin ven trombozu profilaksisi gerekliliğinin sorgulandığını belirttiler.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin “Ameliyat Kesisinden Önce” bölümünün kim tarafından doldurulduğu incelendiğinde; katılımcıların (n=303) %63.7'si dolaşan hemşire, %32.3'ü anestezi teknisyeni, %31.7'si steril hemşire, %26.4'ü asistan, %23.4'ü cerrah, %17.5'i anestezi uzmanı, %1.0'i koordinatör tarafından uygulandığını ifade ettiler.

Tablo 6. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL^{TR}'nin “Ameliyattan Çıkmadan Önce” Bölümünün Uygulanışına İlişkin Düşünceleri (n=303)

Bölüm Soruları	Evet		Bazen		Hayır		Fikrim yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Gerçekleştirilen ameliyat sözlü olarak hasta adı, yapılan ameliyat ve ameliyat bölgesi ile teyit edilir	201	66.3	42	13.9	38	12.5	22	7.3
Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları doğrulanır	254	83.8	15	5.0	10	3.3	24	7.9
Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adı ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olup olmadığı kontrol edilir	252	83.2	12	4.0	8	2.6	31	10.2
Anestezist ve cerraha danışılarak hastanın ameliyat sonrası kritik gereksinimleri kontrol edilir	229	75.6	30	9.9	19	6.3	25	8.2
Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edilir	259	85.5	17	5.6	8	2.6	19	6.3

Tablo 6'da GCKL^{TR}'nin “Ameliyattan Çıkmadan Önce” bölümünün uygulanışına ilişkin görüşler gösterilmektedir. Tabloya bakıldığında katılımcıların %66.3'ünün kendi kurum ameliyathanelerinde hasta ameliyat odasından çıkmadan önce hastanın kimliğinin ve gerçekleştirilen ameliyatın sözlü olarak son doğrulanmasının yapıldığını ifade ettikleri görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %83.8'i ameliyat sonrası alet, gazlı bez ve iğne sayımının doğrulandığını; %83.2'si hastadan alınan doku örneğinin uygun şekilde etiketlenmesinin sağlandığını ifade ettiler. Cerrahi ekip üyelerinin %75.6'sı anestezi ve cerrah danışmanlığında hastanın ameliyat sonrası kritik gereksinimlerinin kontrol edildiğini ve %85.5'i ameliyat sonrası hastanın gideceği bölümün doğrulandığını belirttiler.

Katılımcıların %63.4'ü “Ameliyattan Çıkmadan Önce” bölümünün kurumlarında dolaşan hemşire, %39.3'ü steril hemşire, %31.0'i anestezi teknisyeni, %19.8'i anestezi

uzmanı, %19.5'i cerrah, %18,2'si asistan, %0.7'si koordinatör, %0.3'ü personel tarafından uygulandığını belirtti.

Cerrahi ekip üyelerinin (n=293) %57.0'si GCKL^{TR}'nin uygulanmasına yeterli vaktin ayrıldığını belirtti. Katılımcıların Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'ye yeterli vakit ayrılmama nedenlerine ilişkin düşünceleri Tablo 7' de gösterilmektedir.

Tablo 7. Cerrahi Ekip Üyelerinin GCKL^{TR}'nin Uygulanışına Yeterli Vakit Ayrılmama Nedenlerine İlişkin Düşünceleri (n=167)

Nedenler	S	%
Formu dolduran kişinin ameliyat için hazırlık yapması gerekliliği	115	68.9
Ekip üyesi yetersizliği	109	65.3
Kontrol listesini dolduran kişinin ameliyata girmeden önce dinlenmek istemesi	75	44.9
Kontrol listesini dolduran kişinin soruların hepsini sormayı gereksiz bulması	72	43.1
GCKL ^{TR} 'nin önemsenmemesi	64	38.3
GCKL ^{TR} 'nin fazla vakit alması	40	24.0

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'ye yeterli vaktin ayrıldığını belirten cerrahi ekip üyelerinin (n=167) %68.9'u kontrol listesini uygulayan kişinin aynı zamanda ameliyat için hazırlık yapması gerektiğini ifade etti. Katılımcıların %65.3'ü yeterli vakit ayrılmama nedeni olarak ameliyathanelerdeki eleman yetersizliğini gösterirken; %44.9'u kontrol listesini uygulayan kişinin ameliyata girmeden önce dinlenmek istediğini belirtti.

7. TARTIŞMA

Ameliyathaneler hasta güvenliğinin riske girebileceği karmaşık ortamlardır. Cerrahide hasta güvenliğinin sağlanması için Dünya Hasta Güvenliği İttifakı (The World Alliance for Patient Safety) “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” projesi kapsamında DSÖ GCKL’ni oluşturdu. Birçok kurum ve kuruluş tarafından onaylanan kontrol listesi GCKL^{TR} adı ile 2009 yılında Türkiye’de kullanılmaya başlandı. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı ameliyata bağlı komplikasyon ve ölüm oranlarında azalma sağlamakta, cerrahi ekip içi iletişimi artırmakta ve hata oranını azaltmaktadır (19, 23, 21).

Çalışma cerrahi ekibin ameliyathanede GCKL’nin uygulanışına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırmaya katılan bireylerin %26.1’i cerrah, %4.6’sı anestezi uzmanı, %14.5’i asistan, %33.3’ü hemşire ve %21.5’i anestezi teknisyenidir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin yaklaşık üçte ikisi GCKL^{TR}’nin hasta güvenliğe katkısı olduğuna inandıklarını belirttiler. Ancak katılımcıların yaklaşık yarısı GCKL^{TR}’nin kendi kurumlarında doğru uygulandığını düşünmektedir. Bu sonuç GCKL^{TR}’nin hasta güvenliğine katkısı olduğuna inanılmasına karşın uygulamada eksiklikler olduğunu göstermektedir. Helmiö ve arkadaşlarının (2012) KBB doktorları, anestezi doktorları ve hemşireler ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %76.6’sının GCKL^{TR}’nin hasta güvenliğine katkısının olduğuna, %68.0’inin bu uygulanmanın tıbbi hataların ortaya çıkmasını engelleyebileceğine inandıkları ve %93.0’ünün ameliyat olmaları durumunda kendileri için GCKL^{TR}’nin kullanılmasını istedikleri saptanmıştır (54).

Cerrahi ekip üyelerinin yaklaşık üçte ikisi GCKL^{TR}’nin uygulanması için koordinatör görevlendirmesinin gerekli olduğunu düşündüklerini ifade ettiler. Katılımcıların yaklaşık yarısı kurumlarında koordinatör görevlendirmesi yapıldığını belirtmelerine karşın sadece bir katılımcının bölümlerin koordinatör tarafından doldurulduğunu ifade ettiği görüldü. Bu sonuç kurumlarda GCKL^{TR}’ye yönelik koordinatör görevlendirilmesi yapıldığının ifade edilmesine karşın bölümlerin koordinatör tarafından uygulanmadığını göstermektedir.

Katılımcıların yarısı GCKL^{TR}'nin nasıl doldurulması gerektiğinin cerrahi ekip üyeleri tarafından bilindiğini belirtirken; çoğunluğunun GCKL^{TR} kullanımı için eğitimin gerekli olduğunu düşündükleri saptandı. Eğitim özellikle yeni uygulamalarda farkındalığı ve uyumu artıran bir etmendir. Ancak Sewell ve arkadaşları (2011) yaptıkları araştırmada; GCKL^{TR}'ye yönelik yaptıkları eğitim sonrasında GCKL^{TR}'nin uygulanma oranının %7.9'dan %69.9'a yükseldiğini belirlemişlerdir (17).

Çalışmamızda kurumlarında GCKL^{TR} uygulanışına ilişkin bir standardın bulunduğunu ve bu standarda uyulduğunu belirten katılımcı oranı %50'dir. Nitekim GCKL^{TR}'nin her bir bölümünün farklı cerrahi ekip üyeleri tarafından uygulanıyor olması belli bir standardın olmadığını ya da bu standarda uyum sağlanmadığını göstermektedir. Cerrahi ekip üyelerinin GCKL^{TR}'ye ilişkin görüşleri incelendiğinde (GCKL^{TR} kullanımının hasta güvenliğine katkısı olduğuna inanma durumu, GCKL^{TR}'nin nasıl uygulanması gerektiğinin cerrahi ekip üyeleri tarafından bilinme durumu, GCKL^{TR}'nin uygulanışına yönelik eğitimin gerekli olduğunu düşünme gibi) cerrahi ekip üyeleri ve kurumlar arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü. Bu sonuç listenin uygulandığının kurumlar arasında değişiklik gösterdiğini düşündürmektedir.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'de cerrahi ekip üyeleri tarafından birlikte kontrol edilerek, hastaya sorularak ve hasta dosyasına bakılarak yanıtlanması gereken sorular bulunmaktadır. Bu soruların uygun biçimde yanıtlanması formun etkinliği açısından önem taşımaktadır. Ancak katılımcıların yaklaşık üçte biri ekip olarak yanıtlanması gereken soruların “genellikle” birlikte kontrol edilerek, üçte biri de “bazen” bu şekilde yanıtlandığını ifade ettiler. Bu sonuç ekip üyeleri arasında GCKL^{TR}'nin birlikte yanıtlanması gereken soruları için tutum farklılıkları olduğunu düşündürmektedir.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin uygulandığının ameliyatın büyüklüğüne ve ekip üyelerinin listenin uygulandığına ilişkin tutumlarına göre değişiklik gösterme durumuna katılımcıların yaklaşık 1/4'ünün “genellikle”, 1/4 'inin ise “hiçbir zaman” yanıtını verdikleri görüldü. Bu aynı orandaki iki zıt görüş GCKL^{TR}'nin uygulandığında tutarsızlıklar olduğunu göstermektedir. Yine GCKL^{TR}'nin uygulandığının ameliyatın acil ya da planlı oluşuna göre değişiklik gösterme durumuna ekip üyelerinin yaklaşık 1/4'ünün “genellikle”, 1/3'ünün “bazen” şeklinde yanıt verdikleri saptandı.

Katılımcılara göre cerrahi ekip üyelerinin soruların yanıtlanma aşamasına katılma ya da yanıtları kontrol etme durumunun her zaman, genellikle ve bazen şeklinde dağılım gösterdiği saptandı. Aynı oranda farklı görüşlerin olması bu maddenin uygulananışında ekip üyelerine göre değişen tutumların olduğunu göstermektedir. Cerrahi ekip üyelerinin GCKL^{TR}'nin uygulananışına ilişkin görüşlerine bakıldığında (ekip olarak, hastaya sorularak ya da hasta dosyasına bakılarak yanıt verilmesi soruların uygulananışı, GCKL^{TR}'nin uygulananışının ameliyatın büyüklüğü, acil ya da planlı oluşuna göre değişme durumu gibi) cerrahi ekip üyeleri ve kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı. Bu sonuç GCKL^{TR} uygulamasında gerek ekip içinde gerekse kurumlar arasında standart olmayan bir yaklaşım olduğunu düşündürmektedir. Hasta güvenliği için tek tip uygulama gerektiren GCKL^{TR}'de farklı yaklaşımlar listenin amacına ulaşmasını engelleyecektir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin yaklaşık 3/4'ü GCKL^{TR}'nin “Anestezi Verilmeden Önce” bölümünde yer alan her maddenin uygulandığını ifade ettiler. Hannam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada; gözlem yaptıkları ameliyatlarda bu bölümün uygulanma oranının bir hastanede %96.0 diğesinde %31.0 olduğu saptandı (55). Yine Vogst ve arkadaşlarının (2011) benzer çalışmasında ise bu oran %56.0 olarak saptanmıştır (53). Çalışmamızda bu bölümde en çok uyum gösterilen maddenin; hastanın alerji öyküsünün sorgulanması olduğu görüldü. Yapılan bazı çalışmalarda bu maddenin ameliyatların tamamına yakınında uygulandığı saptanmıştır (53, 55). Abbasoğlu ve arkadaşları (2013) ise hastaların alerji öyküsünün sorgulanma sıklığını %51.2 olarak saptamışlardır (57). Çalışmamızda bu soruyu görüntüleme cihazlarının ameliyat öncesi hazır bulundurulma durumunun kontrolü ve hastanın kimlik bilgisi, ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğrulanması takip etmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda; anestezi öncesi hastaların tamamına yakınında; hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğrulandığı belirlenmiştir (58, 55). Bu bölümde hastaya anestezi verilmeden önce Anestezi Güvenlik Kontrol Listesinin tamamlanma durumunun ise en az uygulanan madde olduğu saptandı. Vogst ve arkadaşları (2011) hastanın ameliyat öncesi anestezi yönünden değerlendirilmesinin %20.0 oranlarında olduğunu saptamışlardır (53). Bu bulgu bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda cerrahi ekip üyelerinin yaklaşık 2/3'si GCKL^{TR}'nin "Ameliyat Kesinden Önce" bölümünün her maddesinin uygulandığını ifade ettiler. Hannam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada; gözlem yaptıkları ameliyatlarda bu bölümün uygulanma oranının bir hastanede %99.0 diğerinde %48.0 olduğu saptandı (55). Yine Vogst ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları benzer çalışmada ise bu oranın %69.0 olduğu bulunmuştur (53). Çalışmamızda bu bölümde en çok uyum sağlanan maddelerin ameliyatta kullanılacak malzemelerin ameliyat öncesi hazır olmasının sağlanması ve sterilizasyon açısından kontrol edilmesi, hastanın ameliyat öncesi dönemde antikoagülan kullanım durumunun sorgulanması ve hastanın ameliyat öncesi profilaktik antibiyotik alım durumunun sorgulanması olduğu görüldü. Dougles ve arkadaşları (2010)'nın çalışmalarında GCKL^{TR} kullanımı ile ameliyat kesisi öncesi antibiyotik profilaksisinin sorgulanmasında artış olduğu görülmüştür (59). Yine Haynes ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında GCKL^{TR} kullanımı ile ameliyat sonrası cerrahi alan enfeksiyonlarında anlamlı bir azalma olduğu gösterilmiştir (60). Bu bölümdeki en az uyum sağlanan maddenin ise ekip üyelerinin kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıtmaları olduğu tespit edildi. Kasatpibal ve arkadaşları (2012) çalışmalarında ameliyat kesisi öncesi cerrahi ekip üyelerinin kendilerini tanıtırma oranını %79.0 olarak saptamışlardır (58). Hannam ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında bir hastanede %3.0 diğerinde %16.0 olarak bulunan bu oran Vogst ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında %74.0 olarak saptanmıştır (53, 55). Böhmer ve arkadaşları (2012) çalışmalarında GCKL^{TR} kullanımı ile cerrahi ekibin kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıtırma oranlarında yükseliş olduğunu saptamışlardır (48).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin son aşaması olan "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümü incelendiğinde cerrahi ekip üyelerinin 4/5'ünün bu bölümün uygulandığını ifade ettiği görüldü. Hannam ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bu oran bir hastanede %22.0 diğerinde %9.0 olarak bulundu (55). Yine Vogst ve arkadaşlarının (2011) benzer çalışmalarında bu oran %40.0 olarak bulunmuştur (53). Araştırmamızda bu bölümün en çok uygulanan maddelerinin hastanın ameliyat sonrası gideceği bölümün doğrulanması, sayılması gereken alet, gazlı bez, kompres, iğne vb. malzemelerin sayımının doğrulanması ve hastadan alınan numunenin etiketlenmesi olduğu görüldü. Hannam ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında iki hastanede hastaların %91.0 ve %89.0'unda ameliyat sonrası malzeme sayımının doğrulandığı;

hastaların %41.0 ve %33.0'unda ise alınan numunenin etiketlendiği saptanmıştır (55). Kasatpibal ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında bu oranlar sırasıyla %96.8 ve %97.6 olarak saptanmıştır (58). Vogst ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında ise hastadan alınan numunenin etiketlenme oranı %50.0 olarak tespit edilmiştir (53). Bu bölümde en az uygulanan maddenin ise ameliyat sonrası hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğrulanması olduğu görüldü.

Çalışmamızdaki bireylerin yaklaşık dörtte biri GCKL^{TR}'nin uygun şekilde uygulanmamasına sebep olarak listenin çok fazla vakit almasını gösterdiler. Helmiö ve arkadaşları (2012)'nin çalışmalarında katılımcıların %7'si listenin vakit aldığını ve tamamının uygulanmasının zor olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (54).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Araştırmamız ameliyathanelerde GCKL'nin uygulanışına ilişkin cerrahi ekibin tutumlarını belirlemek amacıyla planlandı. Çalışma Trabzon il merkezinde bulunan tüm hastane ameliyathanelerinde, 79 cerrah, 14 anestezi uzmanı, 44 asistan, 101 hemşire ve 65 anestezi teknisyeninden oluşmak üzere 303 cerrahi ekip üyesinin katılımıyla yapıldı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Katılımcıların %55.4'ü kadın, %44.6'sı erkek, %90.4'ü üniversite düzeyinde eğitime sahiptirler. Çalışma kapsamındaki bireylerin %33.3'ü hemşire, %26.1'i cerrah, %21.5'i anestezi teknisyeni, %14.5'i asistan, %4.6'sı anestezi uzmanı olup; %60.1'i Kamu Hastaneleri Birliği Hastaneleri'nde, %34.0'ü Üniversite Hastanesi'nde ve %5.9'u Özel Hastanelerde çalışmaktadırlar (Tablo 1).
- Araştırma kapsamındaki bireylerin mesleki deneyimleri ortalama 11.6 ± 7.9 yıl olup; ameliyathanede çalışma süreleri ortalama 9.7 ± 7.1 yıldır.
- Cerrahi ekip üyelerinin yaklaşık 3/4'ünün GCKL^{TR}'nin kullanılmasına yönelik eğitimin (%75.9) ve GCKL^{TR}'nin uygulanması için koordinatör görevlendirmesinin gerekli olduğunu düşündükleri (%69.0) ve GCKL^{TR}'nin hasta güvenliğine katkısı olduğuna inandıkları (%67.3) belirlendi (Tablo 2).
- Katılımcıların yaklaşık yarısının kurumlarında GCKL^{TR}'nin nasıl uygulanması gerektiğinin cerrahi ekip üyeleri tarafından bilindiğini ve listenin çalıştıkları ameliyathanede doğru uygulandığını düşündükleri saptandı (Tablo 2).
- Cerrahi ekibin yaklaşık yarısı GCKL^{TR}'nin her bir bölümün kim tarafından uygulanacağını ilişkin kurumları tarafından belirlenen bir standardın bulunduğunu ve bu standarda uyulduğunu ve kendi kurumlarında ameliyat olmaları durumunda GCKL^{TR}'nin kullanımı yönünden kurumlarına güvenebileceklerini ifade ettiler (Tablo 2).

- Cerrahi ekip üyelerinin yaklaşık yarısı kendi kurumlarında GCKL^{TR} koordinatörü bulunduğunu ifade ettiler. Kurumlarında GCKL^{TR} koordinatörü bulunduğunu belirten katılımcıların %78.7'si dolaşan hemşirenin, %42.5'i anestezi teknisyeninin ve %33.9'u steril hemşirenin koordinatör olarak görevlendirildiğini belirtti. Koordinatör olarak en sık görevlendirilen cerrahi ekip üyesinin dolaşan hemşire (%64.6) olduğu saptandı.
- Güvenli Cerrah Kontrol Listesi^{TR}'nin uygulandığını ameliyatın büyüklüğüne ve ekip üyelerinin bu uygulamaya ilişkin tutumlarına göre değişiklik gösterme durumuna katılımcıların yaklaşık 1/4'ünün “genellikle”, 1/4'ünün “hiçbir zaman” şeklinde yanıt verdikleri saptandı. Ameliyatın acil ya da planlı oluşuna göre GCKL^{TR}'nin uygulandığını değişme durumuna bakıldığında cerrahi ekip üyelerinin yaklaşık 1/4'ünün “genellikle”, 1/3'ünün “bazen” şeklinde yanıt verdikleri saptandı (Tablo 3).
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'de ilgili bölümü imzalayan kişinin soruların yanıtlanması aşamasına katıldığını ya da yanıtları kontrol ettiğini ifade eden cerrahi ekip üyesi oranı 1/4'dir (Tablo 3).
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin “Anestezi Verilmeden Önce” bölümünde; hastanın bilinen bir alerjisi öyküsünün sorgulanmasının (%82.8), ameliyat için gerekli olabilecek görüntüleme cihazlarının ameliyat öncesi hazırlanmasının (%80.5) ve hastanın kendisinden kimlik bilgilerinin, yapılacak ameliyatın, ameliyat bölgesinin ve ameliyat için rızasının olup olmadığının sorgulanma durumunun (%80.2) ekip üyeleri tarafından en çok uygulanan maddeler olarak belirtildiği saptandı. Bu bölümde en az uyum gösterilen madde ise anestezi başlamadan önce Anestezi Güvenlik Kontrol Listesinin uygulanması (%67.3) olduğu belirlendi (Tablo 4).
- “Ameliyat Kesisinden Önce” bölümünde; ameliyatta kullanılacak malzemelerin hazır olması ve malzemelerin sterilizasyon açısından uygunluğunun kontrol edilmesi (%78.9), hastanın ameliyat öncesi dönemde antikoagülan kullanımı (%75.2) ve profilaktik antibiyotik alımının sorgulanmasının (%74.3) en çok uyum sağlanan maddeler olduğu görüldü. En

az uygulanan maddenin ise ekipteki kişilerin kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıtmaları (%41.3) olduğu tespit edildi (Tablo 5).

- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin son bölümü olan “Ameliyattan Çıkmadan Önce” bölümü incelendiğinde hastanın ameliyattan sonra gideceği bölümün teyit edilmesi (%85.5), alet, gazlı bez/kompres, iğne vb. malzemelerin sayılma işleminin hasta ameliyattan çıkmadan önce doğrulanması (%83.8) ve hastadan alınan numune örneğinin etiketlenmesinin (%83.2) cerrahi ekip üyeleri tarafından en çok uygulanan maddeler olarak ifade edildiği saptandı. Bu bölümde ameliyat sonrası hastanın kimlik ve gerçekleştirilen ameliyatın ve ameliyat bölgesinin tekrar kontrol edilmesi katılımcılar tarafından en az gerçekleştirilen uygulama (%66.3) olarak ifade edildi (Tablo 6).
- Cerrahi ekibin (n=293) %57.0'si GCKL^{TR}'nin uygulanmasına yeterli vaktin ayrılmadığını belirtti. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'ye yeterli vaktin ayrılmadığını ifade eden cerrahi ekip üyelerinin %68.9'u vakit ayrılmama nedeni olarak kontrol listesini uygulayan kişinin aynı zamanda ameliyat için hazırlık yapması gerektiğini, %65.3'ü ekip üyesi yetersizliğini ve %44.9'u kontrol listesini uygulayan kişinin ameliyata girmeden önce dinlenmek istemesini gösterdi (Tablo 7).

8.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre öneriler aşağıda yer almaktadır.

1. Kurum tarafından GCKL^{TR}'nin uygulanaşına ilişkin bir standardın oluşturulması ya da var olan standardın düzenlenmesi, uygulanması ve denetlenmesi,
2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin doğru uygulanmamasının en büyük nedeninin fazla zaman alıyor olması göz önüne alınarak listenin daha az zaman alacak şekilde yeniden düzenlenmesi ve gerektiği durumlarda soruların bölüm arasında yerlerinin değiştirilmesi,
3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin düzenlenmesinde birim farklılıkları ve hasta gereksinimlerinin (çocuk hasta, engelli, entübe vb.) gözetilmesi ya da

özellikli birimler ve özel durumlar için yeni bir listenin geliştirilmesi (çocuk cerrahisi gibi),

4. Kontrol listesine hasta tarafından onaylanmak üzere kendi kimlik bilgilerini, yapılacak ameliyatı ve ameliyat bölgesini belirteceği bir bölümün eklenmesi,
5. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'nin kullanım durumunu gözlemsel araştırma yöntemiyle saptayan çalışmaların yapılması,
6. Kurumlarda cerrahi ekip üyelerinde GCKL^{TR}'ye ilişkin bilinç artırmaya yönelik eğitim ve etkinliklerin yapılması.

9. KAYNAKLAR

1. Yardımcı F, Başbakkal Z (2012). Tıp bilimlerinde ekip kaynak yönetimi. Nobel Med 8(3): 12-17.
2. Berke D, Eti Aslan F (2010). Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: düşmeler, nedenleri ve önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 13(4): 72-77.
3. Özata M, Altunkan H (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 8(2): 100-111.
4. Sayek F (2011). Fisun Sayek Türk Tabipler Birliği Raporları/Kitapları-2010 Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya. Birinci Baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, No.2, Ankara; 21-26.
5. Akalın E (2007). Klinik araştırmalar ve hasta güvenliği. İstanbul Kültür Üniversitesi 17: 32-35.
6. Andel C, Dawidow SL, Hollander M, Moreno DA (2012). The economics of health care quality and medical errors. Journal of Health Care Finance 39(1): 39-50.
7. Feng XQ, Acord L, Cheng YJ, Zeng JH, Song JP (2008). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. International Nursing Review 58(2): 249-254.
8. Gündoğdu S, Bahçecik N (2012). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 15(2): 119-128.
9. Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB (2012). Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. Journal of Nursing Management 20(6): 794-801.
10. Dursun S, Bayram N, Aytaç S (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. Sosyal Bilimler 8(1): 1-14.

11. Akalın Z, Tekin DE, Civil SO (2012). Hasta Güvenliği - Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. Birinci Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri No:111, Çapa, İstanbul; 63-81.
12. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2013) *Cerrahide bilinen 10 gerçek*. Erişilebilir: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr &page =225>. [Alındı 6 Şubat 2013].
13. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Dergisi* 84(1): 1-10.
14. Zahir HR, Stromberg J, Skupsky H, Knepp EK, Folstein M, Silverman R, Singh D (2011). *Surgical Innovation* 18(1): 55-60.
15. Hospitals and Health Networks. *Patient safety in the operating room*. Erişilebilir: http://www.hhnmag.com/display/HHN-news-article.dhtml? dcrPath=/templatedata/HF_Common/NewsArticle/data/HHN/Magazine/2012/Oct/1012HHN_FEA_Gatefo ld1012 [Alındı 30 Mart 2013].
16. Makary MA, Sexton B, Freischlag JA, Halzmueller CG, Millman EA, Rowen L, Pronovost PJ (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *American College of Surgeons* 202(5): 746-752.
17. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jawett C, Kong K, Vemalapalli K, Levack B (2010). Use of the WHO surgical checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics* 35(6): 897-901.
18. Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P (2012). A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surgery* 256(6): 925–933.
19. Catalano K (2009). The World Health Organization's surgical safety checklist. *Plastic Surgical Nursing* 29(2) 124-127.
20. National Patient Safety Agency (2009). *WHO surgical safety checklist*. Erişilebilir: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59860>. [Alındı 15 Aralık 2013].

21. Beaumont K, Russell J (2012). Standardising for reliability: the contribution of tools and checklists. *Nursing Standard* 26(34): 35-39.
22. Anonymous (2009). Checklist improves surgical safety. *The Canadian Nurse* 105(3): 8.
23. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2013) *Güvenli Cerrahi*. Erişilebilir: http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/0901guvenlicerrahi.pdf [Alındı 8 Ocak 2013].
24. Adıgüzel O (2010). Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 28: 159-170.
25. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Loralio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weller PC, Hiatt HH (2004). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *Qual Saf Health Care* 13(2): 145-151.
26. Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BI, Howard KM, Williams EJ, Brennan TA (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry* 36(2): 255-264.
27. Davis C, Lockhart L, Landon D, Henry D (2012). Master the seven goals for hospitals, including the new clinical alarm safety objective. *Nursing Made Incredibly Easy* 12(2): 37-43.
28. Tütüncü Ö, Küçükusta D (2006). Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi* 61-68.
29. Aren A (2009) Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi* (9)3: 141-145.
30. Joint Commission International (2007). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals*. Erişilebilir: <http://www.jointcommissioninternational.org/search/?guid=0adb35c2abd74fdc9ea3a9f26686f007&operator=OR&Keyword=International%20Patient%20Safety%20Goals> [Alındı 9 Ekim 2013]

31. Scherer D, Fitzpatrick JJ (2008). Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *AORN Journal* 87(1): 163-175.
32. Yamalik N, Perez BP (2012). Patient safety and dentistry: What do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *International Dental Journal* 62(4): 189-196.
33. McFadden KL, Henagan SC, Gowen CR (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management* 27(2009): 309-404.
34. Hellin J, Schroten W, Klazinga N, Vieugels A (2007). Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 20 (7): 620-632.
35. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, Zinner MJ, Dierks MM (2006). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery* 139(2): 159-173.
36. National Patient Safety Agency (2011). *The WHO surgical safety checklist: to reduce harm by consistent use of best practice*. Erişilebilir: <http://www.evidence.nhs.uk/qipp> [Alındı 2 Ocak 2014]
37. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. *Cerrahide bilinen 10 gerçek*. Erişilebilir: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=220>. [Alındı 10 Ocak 2013].
38. Cheek DJ, Jones TS (2009). Safe surgery initiative saves lives. *Nursing* 39(8): 14-15.
39. Henry L, Hunt SL, Kroetch M, Yang (2012). Evaluation of patient safety culture: a survey of clinicians in a cardiovascular operating room. *Innovation* 7(5): 328-337.
40. Ögün B (2008) Ameliyathanede hasta güvenliğinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

41. Vries EN, Dijkstra L, Smorenburg SM, Meijer RP, Boermeester MA (2010). The Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis. *Patient Safety in Surgery* 4(1): 6
42. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY (2014). Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 23(4): 299-318.
43. Margulescu AD (2009). Implementation of a 19-questions check list leads to a significant decrease of mortality in surgical patients. *A Journal of Clinical Medicine* 4(1): 75.
44. News Medical. *Medical professionals worldwide endorse WHO checklist for safer surgery*. Erişilebilir: <http://www.news-medical.net/news/2008/06/26/39547.aspx> [Alındı 15 Şubat 2013].
45. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E (2012). Barriers to staff adoption of surgical safety checklist. *BMJ Saf* 21(3): 191-197.
46. Bulletin of the World Health Organization (2008). Checklists save lives. *News* 86(7): 501-502.
47. Askarian M, Kauchak F, Palenik CS (2011). Effect of surgical safety checklists on postoperative morbidity and mortality rates, Shiraz, Faghihy hospital, a 1-year study. *Quality Management in Health Care* 20(4): 191-197.
48. Böhmer AB, Wappler F, Tinschmann T, Kindermann P, Rixen D, Bellendir M, Schwanke U, Bouillon B, Gerbershagen MU (2012). The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56(3): 332-338.
49. Hales BM, Pronovost PJ (2006). The checklist-a tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care* 21(3): 231– 235.
50. Einav Y, Gopher D, Kara I, Ben-Yosef O, Lawn M, Laufer N, Liebergall M, Donchin Y (2010). Preoperative briefing in the operating room. Shared cognition, teamwork, and patient safety. *Chest* 137(2): 443-449.

51. World Helth Organisation. *Implementation manuel WHO surgical safety checklist*. Erişilebilir: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf?ua=1. [Alındı 15 Mart 2013].
52. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2011) *Güvenli cerrahi kontrol listesi uygulama rehberi*. Erişilebilir: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=219> [Alındı 15 Mart 2013].
53. Vogst N, Hannam JA, Merry AF, Mitchell SJ (2011). Compliance and quality in administration of a surgical safety checklist in a tertiary New Zealand hospital (2011). *Journal of the New Zealand Medical Association* 124(1342): 48-58.
54. Helmiö P, Takala A, Aaltonen LM, Pauniahö SL, Ikonen TS, Blomgren K (2012). First year with WHO Surgical Safety Checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and user attitudes. *Clinical Otolaryngology* 37(4): 305–308.
55. Hannam JA, Glass L, Kwon J, Windsor J, Stapelberg F, Callaghan K, Merry AF, Mitchell SJ (2014). A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf* 22(11): 940-947.
56. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincant C (2013). Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? *Annals of Surgery* 258(6): 856-871.
57. Abbasoğlu A, Uğurlu Z, Işık S, Karahan A, Ünlü H, Elbaş N (2013). Güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılma durumu ve hemşirelerin güvenli cerrahi kontrol listesine yönelik görüşleri. 8.Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı (Ed: Yavuz M, Kaymakçı Ş, Dönmez Y, Dolgun E). Aydın, 178.
58. Kasatpibal N, Seneratano W, Chitreecheur J, Chotirosniramit N, Pakvipas P, Junthosopeepun P (2012). Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surg Infect (Larchmt)* 13(1): 50-56.

59. Douglas EP, Lisa MM, Scott DW, Max ST, Lori DR, Carney B, Neily J, Peter DM, James PB (2010). Briefing guide study: Preoperative briefing and postoperative debriefing checklists in the Veterans Health Administration medical team training program. *The American Journal of Surgery* 200(5): 620-623.
60. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA (2009); A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine* 360(5): 491-499.

10. EKLER

10.1. EK 1. Onam Formu

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanışına ilişkin var olan uygulamaların ve cerrahi ekibin konuya ilişkin tutumlarının belirlenmesidir.

Giriş

Merhaba ben Bahar CANDAS, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Güvenli cerrahi kontrol listesinin ameliyathanedeki uygulanışına ilişkin var olan uygulamaları ve cerrahi ekibin konuya ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapıyorum.

Güvenli cerrahi kontrol listesini ameliyathanede uygulayanlar cerrahi ekip üyesi olarak sizler olduğunuz için bu araştırma kapsamında sizlerden formda yer alan soruları yanıtlamanızı rica ediyorum. Kimliğinizi belirtmek zorunluluğunda olmadığınızı ve verilerin sadece bu çalışmada kullanılacağını belirtmek isterim. Ayrıca araştırma raporunda kurum adları da yer almayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

10.2. EK 2. Soru Formu

Ameliyathanede Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanışına İlişkin Tutumlarını Belirleme Soru Formu

Merhaba benim adım Bahar CANDAS, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD' nda yüksek lisans öğrencisiyim. Bu çalışmayı yüksek lisans tezim için yapıyorum. Çalışmanın amacı; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)'nin ameliyathanedeki uygulanışına ilişkin var olan uygulamaları tespit etmek ve cerrahi ekibin konuya ilişkin tutumlarını belirlemektir.

Soru formunda adınızın belirtilmesi zorunlu değildir ve tüm bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Çalışmaya ilişkin sorunuz olursa iletişim bilgim aşağıda yer almaktadır. Katkınız için teşekkür ederim.

İletişim:baharcandas@ktu.edu.tr

SORU FORMU

Çalışma sonuçlarının güvenilirliği açısından lütfen kurumunuzda var olan uygulamalar doğrultusunda yanıt veriniz

1. Mesleğiniz:
 - ☐ Cerrah
 - Uzman olduğunuz bölüm:
 - ☐ Anestezi uzmanı
 - ☐ Asistan
 - Uzmanlık eğitimi aldığınız bölüm:
 - ☐ Hemşire
 - ☐ Anestezi teknisyeni
2. Eğitim durumunuz?
 - ☐ Lise
 - ☐ Önlisans
 - ☐ Lisans
 - ☐ Lisansüstü
3. Cinsiyetiniz:
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
4. Çalıştığınız kurum:
 - ☐ Sağlık bakanlığı hastanesi
 - ☐ Üniversite hastanesi
 - ☐ Özel hastane
5. Mesleki deneyiminiz:yıl
6. Ameliyathanede çalışma süreniz:yıl
7. Güvenli cerrahi kontrol listesi (GCKL)'nin kullanılmasına yönelik bir eğitim aldınız mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır (Cevabınız hayır ise soru 11'e geçiniz)
8. Eğitimi hangi kurumdan aldınız ?
9. Eğitimi ne zaman aldınız?.....
10. Eğitim süreniz ne kadardı?.....
11. Dünya Sağlık Örgütü, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin hastanın ameliyathanede bulunduğu süre içerisinde etkin şekilde uygulanabilmesi için listenin tüm bölümlerinin (II,III,IV) tek kişinin koordinatörlüğünde yürütülmesini uygun görmektedir. Bu koordinatör genellikle sirküle hemşire olmakla birlikte klinisyen ya da herhangi bir sağlık profesyoneli de olabilir.

Kurumunuz ameliyathanesinde GCKL'nin doldurulması için koordinatör görevlendirmesi yapılmakta mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır(cevabınız hayır ise soru 14'e geçiniz)
12. Kurumunuzda GCKL koordinatörü olarak kimler görevlendirilmekte?
 - ☐ Cerrah
 - ☐ Anestezi uzmanı
 - ☐ Dolaşan hemşire
 - ☐ Steril hemşire
 - ☐ Asistan
 - ☐ Anestezi teknisyeni
 - ☐ Diğer..... (görevini belirtiniz).

10.2. EK 2.Soru Formu Devamı

13. Aşağıda yer alan meslek gruplarını GCKL koordinatörü olma sıklığı yönünden öncelik sırasına diziniz (En sık görevlendirilen=1, hiç görevlendirilmeyen=6 şeklinde).

- | | |
|--|---|
| ☐ Cerrah | ☐ Anestezi teknisyeni |
| ☐ Anestezi uzmanı | ☐ Diğer..... (görevini belirtiniz). |
| ☐ Dolaşan hemşire | |
| ☐ Steril hemşire | |
| ☐ Asistan | |

14. Kurumunuz ameliyathanesinde GCKL kullanımı ile ilgili olan aşağıdaki ifadelerden fikrinize en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Kısmen	Fikrim yok
Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımının hasta güvenliğine katkısı olduğuna inanıyorum				
GCKL'nin bölümlerin kimler tarafından doldurulması gerektiğine ilişkin bir standart (kurum tarafından belirlenmiş) bulunmakta				
GCKL'nin doldurulmasına ilişkin standarda uyulmakta				
GCKL'nin nasıl doldurulması gerektiği cerrahi ekip üyeleri tarafından bilinmekte				
GCKL'nin çalıştığım ameliyathanede doğru uygulandığını düşünüyorum				
Ameliyat olmam gerekse ameliyathanede GCKL'nin uygulanması açısından kendi kurumuma güveniyorum				
GCKL'nin kullanılmasına yönelik eğitimin gerekli olduğunu düşünüyorum				
GCKL'nin doldurulması için koordinatör görevlendirmesinin gerekli olduğunu düşünüyorum				

15. Kurumunuz ameliyathanesinde GCKL uygulaması ile ilgili olan aşağıdaki ifadelerden fikrinize en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.

	Her zaman	Genellikle	Bazen	Asla	Fikrim yok
Cerrahi ekip üyeleri ile yanıtlanması gereken sorular birlikte kontrol edilerek işaretlenir					
Hastaya sorulması gereken sorular hastaya sorularak işaretlenir					
Sorular hasta dosyasına bakılarak işaretlenir					
Listenin olması gerektiği biçimde doldurulması ameliyatın büyüklüğüne göre değişir					
Listenin olması gerektiği biçimde doldurulması ameliyatın acil/planlı olma durumuna göre değişir					
Listenin olması gerektiği biçimde doldurulması cerrahi ekip üyelerinin listenin doldurulmasına ilişkin tutumuna göre değişir					
Bölümü imzalayan kişi soruların yanıtlanma aşamasına katılır ya da yanıtları kontrol eder					

10.2. EK 2.Soru Formu Devamı

16. GCKL'nin "Anestezi Verilmeden Önce" bölümünün uygulanaşına ilişkin kurumunuzdaki uygulamalar doğrultusunda fikrinize en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.

ANESTEZİ VERİLMEDEN ÖNCE	Evet	Hayır	Bazen	Fikrim yok
Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve hastanın ameliyatı ile ilgili rızası olup olmadığı teyit edilir				
Hastanın ameliyat bölgesinde işaretleme olup olmadığına bakılır				
Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi kontrol edilmeden anesteziye başlanmaz				
Pulse oksimetrenin hastanın üzerinde ve çalışır durumda olması sağlanır				
Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı sorgulanır				
Ameliyat için gerekli olabilecek görüntüleme cihazları sağlanır				
Hastada olabilecek kan kaybı riski değerlendirilir				

17. GCKL'nin "Anestezi Verilmeden Önce" bölümü kurumunuzda kim tarafından dolduruluyor

- | | |
|--|--|
| ☐ Cerrah | ☐ Asistan |
| ☐ Anestezi uzmanı | ☐ Anestezi teknisyeni |
| ☐ Dolaşan hemşire | ☐ Koordinatör |
| ☐ Steril hemşire | ☐ Diğer (görevini belirtiniz) |

18. Kurumunuzda GCKL'nin "Anestezi Verilmeden Önce" bölümünün uygulanaşına ilişkin belirtmek istediğiniz düşünceleriniz var ise belirtiniz.

19. GCKL'nin "Ameliyat Kesisinden Önce" bölümünün uygulanaşına ilişkin kurumunuzdaki uygulamalar doğrultusunda fikrinize en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.

AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE	Evet	Hayır	Bazen	Fikrim yok
Ekipteki kişilerin kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıtmaları sağlanır				
Ekipten bir kişinin sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı ve ameliyat bölgesini teyit etmesi sağlanır				
GCKL'de yer alan hastanın kritik olaylarının gözden geçirilmesi sağlanır - Tahmini ameliyat süresi - Beklenen kan kaybı - Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar - Olası anestezi riskleri - Hastanın pozisyonu				
Hastanın profilaktik antibiyotik alımı olup olmadığı sorgulanır				
Kullanılacak malzemenin hazır olması sağlanır				
Malzemelerin sterilizasyon açısından uygunluğu kontrol edilir				
Kan şekeri kontrolü gerekli olup olmadığı sorgulanır				
Hastanın ameliyat öncesi dönemde antikoagülan kullanım durumu sorgulanır				
Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekliliği sorgulanır				

20. GCKL'nin "Ameliyat Kesisinden Önce" kurumunuzda kim tarafından dolduruluyor?

- | | |
|--|--|
| ☐ Cerrah | ☐ Asistan |
| ☐ Anestezi uzmanı | ☐ Anestezi teknisyeni |
| ☐ Dolaşan hemşire | ☐ Koordinatör |
| ☐ Steril hemşire | ☐ Diğer (görevini belirtiniz) |

10.2. EK 2.Soru Formu Devamı

21. Kurumunuzda GCKL^{TR}'nin "Ameliyat Kesisinden Önce" bölümünün uygulanaşına ilişkin belirtmek istediğiniz düşünceleriniz var ise belirtiniz.

22. GCKL'nin "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümünün uygulanaşına ilişkin kurumunuzdaki uygulamalar doğrultusunda fikrinize en yakın olan seçeneği işaretleyniz.

AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE	Evet	Hayır	Bazen	Fikrim yok
Gerçekleştirilen ameliyat sözlü olarak hasta adı, yapılan ameliyat ve ameliyat bölgesi ile teyit edilir				
Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları doğrulanır				
Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adı ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olup olmadığı kontrol edilir				
Anestezi ve cerraha danışılarak hastanın ameliyat sonrası kritik gereksinimleri kontrol edilir				
Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edilir				

23. GCKL'nin "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümü kurumunuzda kim tarafından dolduruluyor?

- | | |
|--|--|
| ☐ Cerrah | ☐ Asistan |
| ☐ Anestezi uzmanı | ☐ Anestezi teknisyeni |
| ☐ Dolaşan hemşire | ☐ Koordinatör |
| ☐ Steril hemşire | ☐ Diğer (görevini belirtiniz) |

24. Kurumunuzda GCKL'nin "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümünün uygulanaşına ilişkin belirtmek istediğiniz düşünceleriniz var ise belirtiniz.

25. GCKL'nin doldurulmasına gerektiği kadar vakit ayrıldığını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (cevabınız hayır ise nedenini belirtiniz)
- o Formu dolduran kişinin ameliyat için hazırlık yapması gerekiyor
 - o Formu dolduran kişinin ameliyata girmeden önce dinlenmek istiyor
 - o Formu dolduran kişinin soruların hepsini sormayı gereksiz buluyor
 - o Yetersiz eleman ile çalışılıyor
 - o Çok fazla vakit alıyor (.....dk)
 - o Önemsenmiyor
 - o Diğer sebepler.....

26. GCKL'ne eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz sorular var mı? Var ise belirtiniz:

- -

27. GCKL'nden çıkarılması gerektiğini düşündüğünüz sorular var mı? Var ise belirtiniz:

- -

28. GCKL'nin uygulanması sırasında sıklıkla ihmal edildiğini düşündüğünüz soruları yazar mısınız?

- -

29. GCKL'nin kullanımının gereksiz olduğunu düşündüğünüz ameliyatlar var ise belirtiniz

- -

Vakit ayırıp görüşlerinizi paylaşarak çalışmama katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

10.3. EK 3. Kurum İzinleri



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Farabi Hastanesi Başhekimliği
TRABZON

Sayı : 12497425/ 57
Konu :-

07/01/2013

KTÜ TRABZON SAĞLIK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 07.12.2012 tarihli ve 539 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda adı geçen KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Bahar CANDAS'ın "*Ameliyathanede hasta güvenliği: Cerrahi ekibin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanışına ilişkin tutumları*" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili anket çalışmasını hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Tevfik ÖZLÜ
Başhekim

Tlf : (0462)3775454 (Direkt hat) : 3775000 (Santral)
Fax : (0462)3250518
e-mail : farabibashekimlik@meds.ktu.edu.tr

Bilgi için; Uzman : F.Meral (0462)3775451
Şef : E.Dinç (0462)3775451

10.3. EK 3. Kurum İzinleri Devamı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : B.10.1.TKH.4.61.T.61.0.01/

Konu: Hem.Bahar CANDAS

T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
Kanuni Egt. ve Arşt. Hast. Başhek.
Yazı İşleri
DN: 774.03/28181

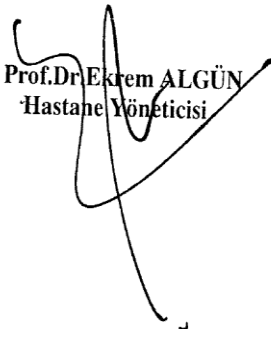
O122 0000028181 21.12.2012

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Yüksekokul Müdürlüğüne
TRABZON

İlgi :07.12.2012 tarih ve 545 sayılı yazınıza.

İlgi yazınızda belirtilen Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Yüksek Lisans Programı öğrencisi olup aynı zamanda hastanemizde Hemşire olarak görev yapan Bahar CANDAS "Ameliyathanede hasta güvenliği, cerrahi ekibin güvenliği cerrahi kontrol listesinin uygulanmasına ilişkin tutumları" konusunda yüksek lisans tezini tamamlaması için hastanemiz cerrah, anestezi doktorları ve ameliyathane hemşireleri ile anket çalışması yapması tarafımızca uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Ekrem ALGÜN
Hastane Yöneticisi



10.3. EK 3. Kurum İzinleri Devamı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 96975576/842
KONU: Tez Çalışması

25 Şubat 2013

K.T.Ü
Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü
TRABZON

İlgi : 17.02.2013 tarih ve 541 sayılı yazınız

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Bahar CANDAS'ın "Ameliyathanede hasta güvenliği: cerrahi ekibin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanışına ilişkin tutumları " başlıklı yüksek lisans tez çalışması için kurumumuz cerrah, anestezi uzmanı, ve ameliyathane hemşireleri ile anket çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Celal TEKİNBAŞ
Hastane Yöneticisi
Başhekim

10.3. EK 3. Kurum İzinleri Devamı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Fatih Devlet Hastanesi

SAYI : B.10.1.TKH.4.61.H.61.0.01.00
KONU: Anket Çalışması Hk.

13 Aralık 2012

8806

KTÜ TRABZON SAĞLIK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 07.12.2012 tarih ve 540 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız gereği; KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan Bahar CANDAS'ın "Ameliyathanede Hasta Güvenliği; Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanışına İlişkin Tutumları" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket uygulaması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.


Opr. Dr. İsmail ULUSAL
Hastane Yöneticisi
Başhekim

Trabzon Fatih Devlet Hastanesi Personel Şube
Telefon : 230 22 85 - Dahili 2603 - 2092
Fax : 230 22 78

Bilgi için iribut : Müd. Yrd. Şenol YANIK
Şef : Bülent BULUT

10.3. EK 3. Kurum İzinleri Devamı

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi

Sayı: 83084854/356
Konu: Anket çalışması

25.02.2013

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne
TRABZON

İlgi: 07.12.2012 tarih ve 544 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı yazınızda adı geçen Bahar CANDAS' ın Hastanemizde görevli cerrah, anestezi doktoru ve ameliyathane hemşireleri ile anket çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. Abdullah CANTURK
Hastane Yöneticisi

Trabzon Y. S. Kemik Hastalıkları ve Rehab. Hastanesi
Telefon : 3221140 dahili 912 Faks : 32211409
e-posta :

Bilgi İçin İrtibat : Personel Şefi Şener AKYÜZ

10.3. EK 3. Kurum İzinleri Devamı



özel
**KARADENİZ
HASTANESİ**

25/02/2013

SAYI : 305

KONU : Staj

**T.C
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne**

İLGİ : 07.12.2012 tarih, B.30.2.KTÜ.O.Y.1.00.00/200.1/543 sayılı yazınız,

İlgi yazınız gereğince Okulunuz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans program öğrencisi Bahar CANDAS'ın "Ameliyathanede hasta güvenliği Cerrahi ekibin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanışına ilişkin tutumlar" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını hastanemiz bünyesinde staj yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**Uzm.Dr.Gürbüz YULUĞ
BAŞHEKİM**

10.3. EK 3. Kurum İzinleri Devamı



Sayı: 185
Konu: Anket Çalışması.

25.02.2013

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü

İlg: 07/12/2012 Tarih ve B.30.2.KTÜ.0.Y1.00.00/200.1/ 542 Sayılı yazınız

İlgi yazınız gereği; Yüksekokulunuz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi olan Bahar CANDAS'ın "Ameliyathane'de hasta güvenliği :Cerrahi ekibin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulamasına ilişkin tutumları" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için ; kurumumuz cerrah, anestezi doktoru ve ameliyathane hemşireleri ile anket çalışmasını kurumumuzda yapmanız yönündeki talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Op.Dr. Ömer Fatih ÇELİK
Özel Imperial Hastanesi Başhekimisi
(Mesul Müdür)

Kemerçaya Mah. Devlet Sahil Yolu
No: 27-29 TRABZON - TÜRKİYE
Tel: 0 (462) 444 44 61
Faks: 0 (462) 321 36 30
info@imperialhastanesi.com
www.imperialhastanesi.com

11. ETİK KURUL ONAYI

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2	Tarih: 04/03/2013
	Doç.Dr.Ayla GÜRSOY'un sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Bahar CANDAS'a ait "Ameliyathanede Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanışına İlişkin Tutumları" başlıklı 2012/175 no'lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
Başkanın Unvanı / Adı / Soyadı:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	Özel Yıldızlı Güven Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Hafız AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Yüksel ALİ YAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Hülya ULUSOY Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Gülşay KARAGÖZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Y.Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Mirac ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı :CANDAŞ Bahar
Uyruğu : T.C
Doğum tarihi ve yeri :18.05.1988 Beşikdüzü
Medeni hali :Bekar
Telefon :0462 230 88 62
E-Posta :baharcandas@ktu.edu.tr
Yazışma adresi :KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi / Trabzon

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2010
Lise	Beşikdüzü Süper Lise	2006

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
1. Araştırma Görevlisi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013-
2. Hemşire	Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ameliyathane	2011-2013
3. Hemşire	Özel Yıldızlı Güven Hastanesi Ameliyathane	2010-2011

YABANCI DİL

İngilizce IELTS: 5.5 (YDS denkliği=65.00)
YDS : 61.25

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. Candaş B, Gürsoy A (2014). Ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlanmasında güvenli cerrahi kontrol listesinin yeri. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs, Poster Bildiri.
2. Candaş B, Bulut H, Erdoğan B, Sezen M, Tamtürk S, Yolcu S (2014). Hemşirelik öğrencilerinin teorik ders ve klinik uygulamalardan etkilenme durumlarının belirlenmesi. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs, Poster Bildiri.

3. Gürsoy A, Güner Ş, Yılmaz S, Candaş B (2013). Ameliyathane hemşiresi ziyaretinin hastaların ameliyat stresi üzerine etkisi. 8. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, İzmir, 21-24 Kasım, 165-166, Sözel Bildiri.
4. Öztürk H, Candaş B, Babacan E (2010). Devlet hastaneleri toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin sorunları. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Çeşme, 21-23 Ekim, Poster Bildiri.
5. Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B (2009). Yoğun bakımlarda hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 13(2): 77-84.

ÖDÜLLER

1. İkincilik ödülü, KTÜ. Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HAHUM) I. Ulusal Kongresi “Sağlıkta Haklar, Sorunlar ve Sorumluluklar”, 2010.

HOBİLER

Dans etmek, yüzmek, yürüyüş yapmak