



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**STANDARDİZE HASTA YÖNTEMİ İLE
FARKINDALIKLARI ARTIRILAN
AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN HASTA
GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ REFLEKSİYON
OTURUMU İLE ORTAYA ÇIKARILMASI**

Büşra KALEMCİ KUL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Bahar CANDAS ALTINBAS

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

07/11/2025

Büşra KALEMCİ KUL

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, hayat boyu attığım her adımda sarsılmaz desteğiyle beni ayakta tutan, yükümü tereddütsüz omuzlayan, varlıklarıyla gücüm, dualarıyla yolum olan iki kıymetli yüreğe; babam Suat Kalemci'ye ve annem Şaduman Kalemci'ye ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bana rehberlik eden, bilgi ve birikimini büyük bir içtenlikle paylaşan, akademik yolculuğumda sabrı, özverisi ve teşvikiyle yolumu aydınlatan, onur ve gurur duyduğum saygıdeğer danışmanım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Bahar Candaş ALTINBAŞ'a en derin şükranlarımı sunarım. Kıymetli hocamın güven veren varlığı ve içten desteği, araştırmamı sürdürme konusundaki azmimi daima canlı tutmuştur.

Araştırmanın bilimsel altyapısının şekillenmesinde önemli katkıları bulunan, çalışmamın her aşamasında destek ve rehberliğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Selçuk AKTÜREN'a içten teşekkürlerimi sunarım. Nitel araştırma ve Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav yöntemlerine dair verdiği eğitimler, sağladığı sertifikasyon süreci çalışmamı bilimsel bir zemine oturtmamda büyük katkı sağlamıştır.

Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav uygulamasında verdiği katkılardan dolayı Arş. Gör. Dr. Tuğba ÖZCAN KAYA'ya,

Çalışmamızın Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde yürütülmesi sürecinde gerekli olanakları sağlayarak araştırmanın planlandığı şekilde ilerlemesine katkıda bulunan Melek Üçüncüoğlu'na içtenlikle teşekkür ederim.

Bu çalışmamın her aşamasında desteklerini esirgemeyerek; katılımcıların bilgilendirilmesi, ameliyathane alanının hazırlanması, çalışma takvimine göre katılımcıların planlanması ve Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav sürecinin planlanıp uygulanması gibi pek çok ayrıntıyı büyük bir özveriyle üstlenen Farabi Hastanesi ameliyathane sorumluları Hülya Gedikli ve Gözde Özlem Ayaz'a teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

Araştırma sürecinde standardize hasta rolünü üstlenerek çalışmamın gerçekçiliğine ve verimliliğine değerli katkılar sağlayan Koral Koç ve Alihan Demirtaş'a teşekkür ederim.

Bu yolculukta varlığıyla bana güç veren, her adımda yanımda olan sevgili eşim Yunus Emre KUL'a sonsuz teşekkür ederim. Sabırla, sevgiyle ve anlayışla beni desteklediğin her gün için minnettarım.

Hayallerime giden yolda bana inanç ve sevgiyle ışıltı tutan canım kız kardeşim Betül KALEMCİ'ye, her daim moral kaynağım olan sevgili ablam Yeşim AYDIN'a ve güçlü duruşuyla bana ilham veren değerli abim Ali KALEMCİ'ye,

Sağlık alanında olmamasına rağmen tez sürecime en az benim kadar ilgi gösteren ve yazdıklarımı sabırla okuyarak yapıcı katkılarıyla destek veren kıymetli arkadaşım Betül YILMAZ'a,

Her daim bir telefon uzağımda olduğunu bildiğim, varlığıyla güven veren, içten ve sarsılmaz dostluğuyla beni yalnız bırakmayan canım dostum Şura DAL'a kalpten teşekkür ederim.

Son olarak, bu çalışmanın temelini oluşturan Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav, debriefing ve refleksiyon oturumlarına gönüllü olarak katılan, içtenlikle deneyimlerini paylaşan ve sürece aktif olarak katılan kıymetli hemşire katılımcılarımıza sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Samimiyetleri, açıklıkları ve katkı sağlama konusundaki istekli yaklaşımları bu çalışmanın en değerli parçalarındandır.

Büşra KALEMCİ KUL

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2025-16243 numaralı BAP 06 Lisansüstü Tez Destek Programı ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

ŞEKİLLER DİZİNİ

ix

RESİMLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

3

2.1. Tıbbi Hata

3

2.1.1. Tıbbi Hata Nedenleri

4

2.1.1.1. Ameliyathanede Tıbbi Hatalar ve Nedenleri

6

2.1.2. Tıbbi Hataların Raporlanması

7

2.1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırması

10

2.1.4. Tıbbi Hata Sonuçları

11

2.2. Hasta Güvenliği

11

2.2.1. Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi

12

2.2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

13

2.3. Hasta Güvenliği Amaç ve Hedefleri

15

2.4. Cerrahi Süreçte Hasta Güvenliği

17

2.5. Ameliyathane Hemşireliği ve Hasta Güvenliği

19

2.6. Hasta Güvenliği Kültürü

20

2.6.1. Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Faktörler

21

2.6.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültüründeki Rol ve Tutumları

23

2.7. Standardize Hasta Yaklaşımının Kavramsal ve Tarihsel Çerçevesi

25

3. GEREÇ ve YÖNTEM

27

3.1. Araştırmanın Tipi

27

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

27

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.4. Hasta Güvenliği Senaryosu	28
3.5. Veri Toplama Araçları	33
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	33
3.5.2. Performans Değerlendirme Formu	34
3.5.3. Yarı Yapılandırılmış Debriefing (Çözümleme) Oturumu Soru Formu	34
3.5.4. Yarı Yapılandırılmış Refleksiyon Oturumu Soru Formu	34
3.6. Veri toplama yöntemi	35
3.6.1. Teknolojik Altyapı ve Veri Yönetimi	39
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	39
3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	40
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	40
3.10. Araştırma Planı	42
4. BULGULAR	43
4.1. Performans Değerlendirme Gözlem Raporlarının Bütüncül Analizi	43
4.2. Debriefing (Çözümleme) Oturumları İçerik Analizi	49
4.3. Refleksiyon Oturumu İçerik Analizi	59
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	78
6.1. Sonuçlar	78
6.2. Öneriler	79
7. KAYNAKLAR	80
EKLER	102
EK 1. Hasta Güvenliği Senaryosu	103
EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu	114
EK 3. Performans Değerlendirme Formu	115
EK 4. Yarı Yapılandırılmış Debriefing (Çözümleme) Oturumu Soru Formu	116
EK 5. Yarı Yapılandırılmış Refleksiyon Oturumu Soru Formu	117
EK 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu	118
EK 7. NYKS Sertifikası	120
EK 8. Nitel Veri Analizi Sertifikası	121
EK 9. Etik Kurul İzni	122
EK 10. Kurum İzni	125
ÖZGEÇMİŞ	126

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Tıbbi hata nedenleri	4
Tablo 2. Tıbbi hataların sınıflandırılması	10
Tablo 3. Uluslararası hasta güvenliği hedefleri	16
Tablo 4. Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler	22
Tablo 5. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri	43
Tablo 6. Yanlış hasta / yanlış taraf: sayısal özet	44
Tablo 7. Hasta düşmeleri: sayısal özet	45
Tablo 8. Cerrahi alan enfeksiyonları: sayısal özet	46
Tablo 9. Unutulan yabancı cisimler: sayısal özet	47
Tablo 10. Gözlemciler arası tutarlılık ölçümü	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. İstenmeyen olayların görülme oranları (2020-2023)	18
Şekil 2. Araştırmanın akış şeması	35
Şekil 3. Debriefing sürecinin özeti	37
Şekil 4. Fenomenolojik analiz ve sunumu	41
Şekil 5. Araştırma planı	42
Şekil 6. Debriefing (çözümleme) oturumları sonucu: ana temalar ve alt temalar	49
Şekil 7. Debriefing (çözümleme) oturumları içerik analizi: ısı haritası	59
Şekil 8. Refleksiyon oturumu sonucu: ana temalar ve alt temalar	59

RESİMLER DİZİNİ

Resim No		Sayfa
Resim 1.	Simüle ameliyathane odası	27
Resim 2.	Standardize hastanın senaryodaki rolleri	29
Resim 3.	Sirküle hemşirenin senaryodaki rolleri	30
Resim 4.	Hekimin senaryodaki rolleri	31
Resim 5.	Anestezi uzmanının senaryodaki rolleri	31
Resim 6.	Cerrahi teknisyenin senaryodaki rolleri	32



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

GCKL	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
NYKS	Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav
UBK	Uluslararası Birleşik Komisyonu
vb.	Ve Benzeri
vd.	Ve Diğerleri

Simgeler

& Ve

ÖZET

Standardize Hasta Yöntemi ile Farkındalıkları Artırılan Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutum ve Davranışlarının Refleksiyon Oturumu ile Ortaya Çıkarılması

Araştırma, standardize hasta yöntemiyle farkındalıkları artırılan ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlarını refleksiyon oturumunda paylaştıkları deneyimler üzerinden ortaya çıkarmak amacıyla yürütüldü. Nitel araştırma deseninde planlanan çalışmada fenomenolojik yaklaşım benimsendi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi ameliyathanesinde görev yapan 10 hemşire, amaçlı örnekleme yöntemiyle çalışmaya dahil edildi. Araştırmanın verileri; tanıtıcı özellikler formu, standardize hasta senaryosu, performans değerlendirme formu, debriefing oturumları ve refleksiyon görüşmeleri aracılığıyla toplandı. Elde edilen nitel veriler içerik analizi yöntemiyle değerlendirildi. Bulgular, ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği uygulamalarında güçlü ve zayıf yönleri sahip olduklarını; özellikle hasta düşmeleri, unutulmuş yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları gibi kritik güvenlik başlıklarında farklı düzeylerde farkındalık sergilediklerini ortaya koydu. Debriefing oturumu sonucunda hasta güvenliğine ilişkin görüşler mesleki farkındalık, ekip dinamikleri, bireysel tutum, sorumlulukların paylaşımı ve baskı hissi temaları çerçevesinde yapılandırıldı. Refleksiyon oturumunda katılımcıların; hasta kimliği doğrulama, steriliteye uyum, spanç ve alet sayımı, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi, iletişim ve ekip iş birliği gibi kritik güvenlik alanlarında yüksek düzeyde farkındalık geliştirdikleri belirlendi. Sonuç olarak, simülasyon temelli standardize hasta uygulamaları ile refleksiyon oturumlarının, ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği farkındalıklarını artırmada ve güvenli cerrahi kültürünün geliştirilmesine katkı sağlamada etkili bir yöntem olduğu belirlendi. Bu doğrultuda, hasta güvenliği eğitimlerinde yapılandırılmış simülasyon ve refleksiyon temelli yöntemlerin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane hemşiresi, Cerrahi güvenlik, Debriefing, Hasta güvenliği, Refleksiyon, Simülasyon temelli uygulama, Standardize hasta

ABSTRACT

Revealing Operating Room Nurses' Attitudes and Behaviors, Whose Awareness is Increased with the Standardized Patient Method, Towards Patient Safety by Reflection Session

The study was conducted to explore the attitudes and behaviors of operating room nurses regarding patient safety through the experiences they shared during the reflection session, following the enhancement of their awareness using a standardized patient method. Designed as a qualitative study, it adopted a phenomenological approach. Ten nurses working in the operating room of Karadeniz Technical University Farabi Hospital were included through purposive sampling. The data were collected using a descriptive characteristics form, a standardized patient scenario, a performance evaluation form, debriefing sessions, and reflection interviews. The qualitative data obtained were analyzed using content analysis. The findings revealed that operating room nurses demonstrated both strengths and weaknesses in patient safety practices and exhibited varying levels of awareness regarding critical safety domains such as patient falls, retained foreign objects, wrong patient/wrong-site surgery, and surgical site infections. As a result of the debriefing session, perspectives on patient safety were structured around themes of professional awareness, team dynamics, individual attitudes, responsibility sharing, and perceived pressure. During the reflection session, it was identified that participants developed a high level of awareness in critical safety areas, including patient identity verification, adherence to sterility, sponge and instrument counting, prevention of wrong patient/wrong-site surgery, communication, and teamwork. In conclusion, simulation-based standardized patient practices and reflection sessions were found to be effective methods for enhancing operating room nurses' patient safety awareness and contributing to the development of a safe surgical culture. Accordingly, the widespread use of structured simulation- and reflection-based methods is recommended in patient safety education.

Keywords: Debriefing, Operating room nursing, Patient safety, Reflection, Simulation-based practice, Standardized patient, Surgical safety

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında hastalarda oluşabilecek zararların önlenmesini ve risklerin en aza indirilmesini amaçlayan temel bir bakım bileşenidir. Bu çerçevede hataların tamamen ortadan kaldırılması her zaman mümkün olmasa da risklerin tanımlanması ve güvenli bakım uygulamalarının geliştirilmesi kritik önem taşımaktadır (1). ‘To Err Is Human’ adlı raporun yayımlanmasına karşın, hasta güvenliği günümüzde hâlâ küresel ölçekte öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak önemini sürdürmektedir (2).

Ameliyathaneler; karmaşık çalışma ortamı, yüksek stres seviyesi ve hastaların savunmasız durumda olması gibi etkenler nedeniyle hasta güvenliği açısından sürekli bir endişe kaynağı olabilmektedir (3, 4). Bu faktörler, hataların meydana gelmesine ve hastaların zarar görmesine yol açabilmektedir. Ayrıca, standart güvenlik kontrolleri her zaman tam olarak uygulanmamakta ya da bazen tamamen atlanabilmektedir (5).

Ekip çalışması, ameliyathane ortamında hasta güvenliğini sağlamada kritik bir rol oynamaktadır. Ancak cerrahi ekipler; farklı mesleki geçmişlere, uzmanlık alanlarına, rollerine ve önceliklere sahip çok disiplinli sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır (6). Her ne kadar bu ekiplerin ortak hedefi güvenli ve etkili bir cerrahi bakım sunmak olsa da zaman zaman yaşanan iletişim eksiklikleri ve koordinasyon sorunları, yanlış taraf ameliyatı gibi ciddi tıbbi hataların ortaya çıkma riskini artırabilmektedir (4, 7). Yanlış taraf ameliyatı veya ameliyat sırasında vücutta yabancı cisim unutulması gibi ciddi cerrahi hatalar, “asla olmaması gereken hatalar” (never events) olarak adlandırılır ve bu tür önlenemez, ciddi hasta zararları; daha etkili ekip çalışması ve kalite iyileştirme uygulamalarıyla büyük ölçüde azaltılabilmektedir (8). Birleşik Komisyon (BK; The Joint Commission) 2022 yılı raporuna göre, en sık unutilan yabancı cisim %44 oranla spanç olup, toplamda 88 hastada cerrahi alan içinde yabancı cisim unutilduğu bildirilmiştir. Hastada yabancı cisim unutilması geçmiş yıllara kıyasla her ne kadar azalan bir ivme gösteriyor olsa dahi konu halen önemini korumaktadır. Aynı raporda 85 hastada yanlış ameliyat yapıldığı kaydedilmiştir. Bunların çoğunluğunun yanlış taraf cerrahisi ya da invazif prosedürler (%65) olduğu görülmüştür (9). Bu hataların temel nedenlerinden biri, cerrahi ekipler arasındaki iletişim eksikliğidir (10-12).

Hemşireler, sağlık sistemine güç ve esneklik katan, her koşulda çözüm odaklı yaklaşarak kritik düşünme becerileri ile karmaşık durumlarda hızlı ve soğukkanlı çözümler üreten sağlık çalışanlarıdır. Aynı zamanda hemşirelerin, sağlık kurumlarında hasta

güvenliğinin öncelikli koruyucuları olarak rol almaları nedeniyle hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlarının detaylıca değerlendirilmesinin temel bir gereklilik olduğu düşünülmektedir. Literatürde ameliyathanede meydana gelen tıbbi hatalar, ameliyathane hemşirelerinin cerrahi hatalar ile karşılaşma sıklığı ve hasta güvenliğinin önemine ilişkin çalışmaların yer aldığı görülmektedir (9-12). Ancak hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlarını sosyal gerçeklikte ve doğal ortamında derinlemesine incelendiği kapsamlı bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Çalışma literatürdeki bu boşluk kapsamında ameliyathane hemşirelerin ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin farkındalıklarının arttırmak ve konuya ilişkin tutum ve davranışlarını refleksiyon oturumu ile ortaya çıkartmak amacı ile planlanmıştır. Araştırmada literatürde en sık görülen hasta düşmeleri, unutulmuş yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları başlıkları ele alınmıştır.

Bu kapsamda araştırmanın alt amaçları şunlardır:

- Katılımcıların Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav (NYKS) uygulaması deneyimleri doğrultusunda hasta güvenliği farkındalık düzeylerini değerlendirmek,
- Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğiyle ilgili uygulamalarındaki güçlü ve zayıf yönleri belirlemek,
- Debriefing ve refleksiyon oturumları ile düşünsel dönüşüm süreçlerini analiz etmek.

Bu amaçlarla yapılan çalışma, hemşirelik uygulamalarının iyileştirilmesine ve hasta güvenliği eğitimlerinin geliştirilmesine katkı sunmayı hedeflemektedir

Araştırma soruları:

1. Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi hasta güvenliğini etkileyen faktörlere ilişkin deneyimlerinde hangi tutum ve davranışlar ortaya çıkmaktadır?
2. Ameliyathanede çalışan hemşireler hasta güvenliğini tehdit eden faktörleri nasıl yorumlamaktadır?
3. Farkındalık düzeyi artan ameliyathane hemşirelerinin refleksiyon oturumu sonunda hasta güvenliğine ilişkin çıkarımları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hata

Kaliteli bakım arayışı, tıbbi hataların önlenmesi gibi hayati unsurları içeren karmaşık ve çok boyutlu bir süreçtir. Ancak, sağlık kuruluşlarının giderek daha karmaşık hale gelmesi, bu süreci zorlaştırarak tıbbi hataların meydana gelmesine ve hastaların istemeden zarar görmesine neden olabilmektedir (13). Uluslararası Hemşireler Birliği (UHB; International Council of Nursing), hasta güvenliği alanında ele aldığı konuların büyük bir kısmını tıbbi hatalar kapsamında incelemektedir (14).

Tıbbi hata, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü tarafından “planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması” olarak tanımlanmaktadır (15). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na göre sağlık hizmetine bağlı hata, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında meydana gelen, kasıt olmaksızın oluşan aksaklıklardır (16, 17). Bunun yanı sıra Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu tıbbi hatayı “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” olarak tanımlamaktadır (18).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre, yaklaşık 3 milyon kişinin ölümünün %0.16-%1.13'ü tıbbi hatalarla ilişkilendirilmiştir (19). Benzer şekilde Ürdün'de tıbbi hatalar, olumsuz hasta sonuçlarına yol açması ve sağlık sistemine zarar vermesi nedeniyle önemli bir endişe kaynağıdır; Ürdün Sağlık Bakanlığı, 2018 yılında tıbbi hataların tüm hasta şikayetlerinin %60'ını oluşturduğunu bildirerek bu sorunun acilen ele alınması gerektiğini vurgulamıştır (20, 21).

Türkiye'de tıbbi hataların sıklığı ve bu hatalara bağlı ölüm oranları hakkında kesin ve güncel istatistikler sınırlı olmakla birlikte dünya genelindeki durumla uyumlu olduğu ifade edilmektedir (22, 23). Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmada, sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapma oranının %6.2, hatalara tanıklık etme oranının ise %10.4 olduğu saptanmıştır (24). Ayrıca günlük gazetelerde yer alan tıbbi hata vakalarını inceleyen bir araştırmada, tıbbi hatalara maruz kalan kişilerin %35.4'ünde ölüm, %27.7'sinde hastalık ve %13.8'inde sakatlık olduğu tespit edilmiştir (25). Bu veriler, Türkiye'deki tıbbi hataların önemli ve ciddi sonuçlar doğurabileceğini ortaya koymaktadır.

2.1.1. Tıbbi Hata Nedenleri

Tıptaki karmaşık yapılar, bilgi eksikliği, yorgunluk ve belirsizlikler gibi etmenler, zaman baskısıyla birleştğinde dikkatsizlik ve ihmalkarlığa yol açarak tıbbi hatalara neden olabilmektedir (26, 25). McNutt ve çalışma arkadaşları, tıbbi hataların sebeplerini üç ana grupta ele almıştır (27) (Tablo 1).

Tablo 1. Tıbbi hata nedenleri (McNutt RA vd.'den ,27)

İnsan Faktörü	Kurumsal Faktörler	Teknik Faktörler
Yorgunluk	İş yeri yapısı	Yetersiz otomasyon
Yetersiz eğitim	Politikalar	Yetersiz cihazlar
İletişim yetersizliği	İdari/finansal yapı	Eksik cihazlar
Güç/kontrol	Liderlik	Karar verme destek eksikliği
Zamansızlık	Geri dönüşüm	Entegrasyon eksikliği
Yanlış karar	Konularda yetersizlik	
Mantık hatası	Personelin yanlış dağıtımı	
Tartışmacı kişilik		

Tıbbi hatalar genellikle insan ve sistem kaynaklı olmakla birlikte, insan kaynaklı hatalar temelde sistemin yetersizliği veya yanlış tasarımıyla ilişkilidirler ve etkili eğitim programları ile düzeltilebilmektedirler (28). İnsan faktörüne dayalı tıbbi hata nedenlerini daha derinlemesine ele aldığımızda, aşağıdaki sonuçlara ulaşmaktayız (29, 30):

- **Dikkatsizlik:** Hastaya yapılacak bir müdahale sırasında yapılmaması gereken bir eylemi gerçekleştirmek. Örneğin, kan grubu doğrulaması yapmadan kan transfüzyonu yapmak.
- **Tedbirsizlik:** Önlenebilir bir riski zamanında fark edememek, yeterince önlem almamak ya da dikkate almamak. Örneğin, alerjisi olduğu bilinen bir hastaya alerjik reaksiyona yol açabilecek bir ilacı vermek veya anafilaktik reaksiyon riski taşıyan bir hasta için gerekli donanımı hazır bulundurmamak.
- **Meslekte Yetersizlik ve Deneyimsizlik:** Mesleğin temel ilkelerini ve uygulamalarını bilmemek, yeterli beceriden yoksun olmak. Örneğin, yanlış ilaç uygulaması yapmak.
- **Özen Eksikliği:** Tıbbi uygulamalarda evrensel değer ve standartlara uymamak. Örneğin, kanaması olan veya hipovolemik şok riski taşıyan bir hastayı

zamanında müdahale etmeden bekletmek ya da sürekli gözlem gerektiren bir hastayı izlememek.

- Emir ve Yönetmeliklere Uymama: Mevcut kanunlara, yönetmeliklere ve üst makamların talimatlarına uymamak. Örneğin, bilimsel olarak kabul edilen tedavi yöntemleri yerine alternatif, kanıtlanmamış bir tedavi uygulamak ya da icap nöbetine çağrıldığında göreve gelmemek.

Kalitenin önde gelen isimlerinden Juran ve Deming, tıbbi hataların yaklaşık %85-98'inin sistem kaynaklı olduğunu öne sürmüştür. Bununla birlikte yine Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan raporda tıbbi hataların büyük ölçüde sistemden kaynaklandığı vurgulanmaktadır (31). Uluslararası Birleşik Komisyonu'na (UBK; Joint Commission International) 2006 yılında bildirilen istenmeyen olayların (sentinel event) raporunda, tıbbi hataların en yaygın nedeninin %65 oranında iletişim eksikliği olduğu saptanmıştır (32). Benzer şekilde, 2022 yılında yapılan istenmeyen olay değerlendirmesinde, iletişim kopuklukları, bakım ekibi üyeleri arasında ortak bir anlayışın benimsenmemesi ve kritik bilgilerin personel arasında yeterince ya da hiç paylaşılmaması gibi unsurların, istenmeyen olaylara katkıda bulunan başlıca faktörler arasında yer almaya devam ettiği görülmektedir (9).

Bu çerçevede gerçekleştirilen çalışmalar, tıbbi hataların ortaya çıkmasında; yorgunluk, aşırı iş yükü, iletişim eksiklikleri, uzun çalışma saatleri ve süreleri, stres, yönetici memnuniyetsizliği, mesleki bilgi ve beceri yetersizlikleri gibi çeşitli faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymaktadır (22, 33-37). Çalışma sonuçları haftada ortalama 40 saatin üzerinde çalışmanın olumsuz olaylar ve tıbbi hatalarla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu (38) ve çalışma vardiyası ile haftalık çalışma sürelerinin hata yapma eğilimini doğrudan etkilediğini göstermektedir (39). Konuya ilişkin yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %64.7'sinin aşırı iş yükünü, %60'ının yetersiz personel sayısını, %51.4'ünün görev dışı sorumlulukların hemşirelere yüklenmesini ve %51.4'ünün yorgunluğu tıbbi hataların başlıca sebepleri olarak belirttikleri ifade edilmiştir (40). Benzer şekilde, Er ve Altuntaş, tıbbi hataların nedenleri arasında yorgunluk (%78.6), iş yükünün fazlalığı (%75.6), uzun çalışma saatleri (%74.8), tecrübesizlik (%72.5), stres (%71) ve yetersiz mesleki bilgi ve beceri (%69.5) gibi faktörlerin öne çıktığını bildirmiştir (22).

Sağlık kurumları, hizmet kalitesini artırmak için etkili prosedürler geliştirip insan kaynaklarını verimli bir şekilde yönetmelidir. Yeterli personel alımı yapmak ve personelin yetkinliklerine göre doğru şekilde görevlendirilmesini sağlamak, tıbbi hata risklerini

azaltmada kritik bir rol oynamaktadır. Yapılan bir başka araştırmada, acil servis hemşirelerinin tıbbi hatalarla karşılaşma ve bu hatalara sebep olma oranlarını incelemiş, hemşirelerin %19.4'ünün bir yıl içinde tıbbi hata yaptığı, %40.1'inin ise bu hatalara tanıklık ettiği sonucuna varılmıştır (33). Bununla birlikte, işinden ya da çalıştığı birimden memnun olan ve gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma olasılıklarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra çalışma koşullarının iyileştirilmesinin tıbbi hataları azaltmada önemli bir etken olduğunu bilinmektedir (33). Bu doğrultuda kurumların teknolojik gelişmeleri takip ederek güncel cihazları kullanıma almaları gereklidir. Arızalı veya eski cihazlarla hizmet sunumu hem hizmet kalitesini düşürebilir hem de hastaları ciddi tıbbi hatalara maruz bırakma riskini artırabilir; bu nedenle bu tür cihazların kullanımının mutlaka önüne geçilmelidir. Hemşirelerin çalışma ortamını analiz eden bir araştırmada, çalışma ortamının hasta güvenliği göstergeleriyle olan ilişkisi incelenmiş ve çalışma koşullarının iyileştirilmesinin, kaliteli ve güvenli hasta bakımının sağlanması için kritik bir ön koşul olduğunu ortaya koyulmuştur (41).

2.1.1.1. Ameliyathanede Tıbbi Hatalar ve Nedenleri

Ameliyathane ortamında gerçekleşen hatalar, ciddi hasta yaralanmaları ve ölüm riskinin en yüksek olduğu tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Literatürde, cerrahi sırasındaki hataların, cerrahlara açılan malpraktis davalarının yaklaşık %75'inde temel neden olduğu belirtilmektedir. Özellikle yanlış hasta, yanlış taraf ya da yanlış prosedürle gerçekleştirilen cerrahi müdahaleler, “asla olmaması gereken” hatalar (never events) olarak tanımlanmakta ve hasta güvenliğini doğrudan tehdit etmektedir (42). Bu tür hatalara neden olan faktörler incelendiğinde; aceleci davranma, dikkat dağınıklığı, tükenmişlik ve yorgunluk gibi klinisyene ait etkenler, ekip içi iletişim sorunları, personel değişiklikleri ya da yetersizlikleri, numune etiketleme hataları ya da numunelerin atıkla karıştırılması gibi organizasyonel ihmaller, eksik tıbbi kayıtlar ve bilişsel hatalar gibi çeşitli unsurlar öne çıkmaktadır (42).

Ameliyathane ortamında gerçekleştirilen tıbbi hatalar, hasta güvenliğini ciddi şekilde tehdit eden ve sıklıkla önlenabilir nitelikte olan olaylardır. Bu bağlamda yapılan çeşitli çalışmalar, ameliyathanelerdeki tıbbi hata nedenlerini ve oranlarını ortaya koymuştur. Örneğin, 145 ameliyat vakasının retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada, vakaların %98.6'sında ilaç hatası tespit edilmiş ve bu hataların %93.7'sinin yüksek riskli ilaçlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu durum, insan hatalarının ve sistemsel eksikliklerin ameliyathane ortamında ne ölçüde yaygın olduğunu göstermektedir (43).

Ayrıca, ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde yapılan 13 çalışmanın sistematik derlemesinde, ameliyathanelerdeki ilaç hatası oranının %7.3 ile %12 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu hataların başlıca nedenleri arasında iletişim eksiklikleri, personel yetersizliği ve sistemsal sorunlar yer almaktadır (44).

Güvenli cerrahi kontrol listelerinin uygulanması tıbbi hataların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, yapılan bir incelemede bu listelerin etkinliğinin ekip içi iletişim ve uygulama tutarlılığına bağlı olduğu, uyum sorunlarının ise hataların devam etmesine neden olabileceği belirtilmiştir (45). Bunların yanı sıra, ameliyathane çalışanlarının tıbbi hata bildirimine ilişkin tutumları da hasta güvenliği açısından dikkat çekicidir. Ameliyathane personelinin teknik olmayan becerilerinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %48.3'ü, karşılaştıkları riskli durumları raporlama konusunda yöneticiler ve diğer ekip üyeleri tarafından desteklenmediklerini ifade etmiştir (46). Bu bulgular, ameliyathanede tıbbi hataların yalnızca bireysel değil, organizasyonel ve kültürel boyutlarının da dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Cerrahi hataların önlenmesine yönelik geliştirilen stratejiler arasında; kontrol listelerinin sistematik kullanımı, cerrahi aletlerin eksiksiz sayımı, derin ven trombozu riskine karşı antitrombotik profilaksi uygulanması ve radyofrekans işaretli süngerlerin tercih edilmesi yer almaktadır (47). Ayrıca, ameliyat öncesinde gerçekleştirilen “cerrahi mola” uygulaması, son yıllarda yaygın şekilde benimsenmiş etkili bir önleme yöntemidir. Cerrahi mola sırasında tüm ekip üyeleri prosedür öncesi kısa bir duraksama yaparak, hastanın kimliği, onam durumu, planlanan cerrahi işlem ve anatomik bölge gibi kritik bilgileri birlikte gözden geçirmektedir. Eğer aynı hasta üzerinde birden fazla ekip tarafından farklı işlemler planlandıysa, her işlem öncesinde ayrı molalar yapılması önerilmektedir. Bu uygulama, ekip içi uyumu artırarak tutarsızlıkların fark edilmesini ve çözülmesini sağlamayı amaçlamaktadır (45).

2.1.2. Tıbbi Hataların Raporlanması

Tıbbi hataların önlenmesi için ilk adım hataların raporlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunları tanımlamak ve çözüm yolları geliştirmek için tıbbi hata raporlama sistemlerinin kullanımı kritik öneme sahiptir. Hata raporlama sistemlerinin başlıca hedefi, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan hatalardan ders çıkartarak hasta güvenliğini güçlendirmektir. Bunun yanı sıra bu sistemler elde edilen verileri analiz ederek

sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmakta ve sağlık çalışanlarına daha güvenli çalışma koşulları sunmaktadır (48).

Ülkemizde, istenmeyen olaylara dair bildirimlerin daha etkin bir şekilde yönetilmesi amacıyla, 01 Temmuz 2011 tarihinde sağlık kurumlarında kurumsal öğrenmeye teşvik ederek tıbbi hataların tekrarını önlemeyi hedefleyen “Güvenlik Raporlama Sistemi” sistemi kurulmuştur. Bu sistem, sağlık hizmetlerinde yaşanan güvenlik sorunlarının bildirilmesi ve analiz edilmesi yoluyla hasta güvenliğini artırmayı amaçlamaktadır. Bir diğer amacı ise sağlık çalışanlarının hatalarını açık bir şekilde raporlayabilmelerini sağlayarak sağlık sisteminin genel kalitesini yükseltmektedir (49). Ancak sağlık sistemindeki tüm bu gelişmelere rağmen sağlık hizmetlerinde tıbbi hata bildirimlerinin istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir (50). Tıbbi hata raporlamasına neden olan başlıca faktörler aşağıda yer almaktadır.

Hata Sonuçlarından Korkmak: Tıbbi hata bildiriminin önündeki en büyük engellerden biri, hatanın sonuçlarından duyulan korkudur (51, 52). Sağlık çalışanları, hata bildiriminde bulunmaları durumunda disiplin cezası alma, meslektaşları veya yöneticileri tarafından olumsuz değerlendirilme ve hukuki yaptırımlarla karşılaşma endişesi taşımaktadır. Bu korku, özellikle malpraktis davaları, profesyonel itibar kaybı ve mesleki pozisyonunu kaybetme riskiyle daha da pekişmektedir (53-56). Bunun yanı sıra, hatanın hasta ve hasta yakınları üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle vicdani yük ve psikolojik baskı hissetmeleri de mümkündür (57-59). Tüm bu korkular, sağlık çalışanlarının hataları gizleme ya da raporlamaktan kaçınma eğiliminde olmalarına yol açmaktadır.

Geri Bildirim Süreci: Hata bildirim önündeki bir diğer engel, yönetimden gelen olumsuz geri bildirim veya geri bildirim eksikliğidir. Sağlık çalışanları, tıbbi hata bildiriminde bulunduklarında yöneticiler tarafından yeterli ve yapıcı geri bildirim alamadıklarında, ilerleyen süreçlerde bildirim yapmaya karşı isteksizlik geliştirebilmektedir (52, 60). Özellikle, yöneticilerin bildirimde destek vermemesi veya hata yapan bireylere odaklanarak sistemsel iyileştirmeleri göz ardı etmesi, hata bildirim süreçlerinin etkinliğini azaltmaktadır (61, 62). Olumsuz geri bildirimler ya da herhangi bir geri dönüş yapılmaması, çalışanlarda çabalarının boşa gittiği algısını oluşturarak, hata bildiriminin iyileştirici bir etkisi olmadığı düşüncesini pekiştirmektedir. Bu durum, zamanla hata bildirim oranlarının düşmesine ve sağlık sisteminde güvenlik açıklarının devam etmesine yol açmaktadır (57, 63, 64).

Hastane Yönetiminin Tutumu: Hastane yönetiminin tıbbi hatalara karşı tutumu ve kurum içindeki güvenlik kültürü hata bildirimini doğrudan etkileyen önemli faktörler arasındadır (65, 66). Hata yapan sağlık çalışanlarının cezalandırıldığı, suçlandığı veya dışlandığı bir ortamda çalışanlar hata bildiriminden kaçınma eğilimi göstermektedir (67). Özellikle, hemşirelik yönetiminin mevcut durumda hataları kaydedip analiz etmek yerine hata yapan bireylere odaklanması, öğrenme fırsatlarını azaltmakta ve bu da hataların tekrarlanmasına yol açmaktadır (68). Bunun aksine, öğrenme ve gelişim odaklı bir güvenlik kültürünün benimsenmesi, çalışanların hata bildirimine teşvik edilmesini sağlayarak hasta güvenliğini artırabilmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık çalışanlarının tıbbi hata kavramını tam olarak anlayamamaları veya hata bildirimini hasta güvenliği açısından taşıdığı önemi kavrayamamaları, bildirim sürecini olumsuz etkileyen bir diğer faktördür (69). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %28.28'i hatalarını nasıl bildirecekleri konusunda kendilerine herhangi bir eğitim verilmediğini, %18'i ise tıbbi hataların farkında olmadıklarını belirtmiştir (70). Bildirimin neden gerekli olduğu, nasıl yapılması gerektiği ve hata raporlamanın sağlık sistemi üzerindeki olumlu etkileri konusunda yeterli farkındalık oluşturulmadığında, çalışanlar hata bildirimine karşı ilgisiz veya çekimser kalabilmektedir (65, 71)

İş Yüğü: Sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü hata bildirim süreçlerini aksatan bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Tıbbi hata bildirimini, ek bir zaman gerektirdiğinden, çalışanlar bu süreci ikinci plana atabilmektedir. Özellikle acil servisler ve yoğun bakım gibi tempolu çalışma ortamlarında, sağlık çalışanları hata bildirimine vakit ayırmakta zorlanabilmektedir (64). Ayrıca, hata bildirim sürecinin karmaşık ve uzun olması da bu durumu daha da zorlaştırmaktadır (58, 71).

Etkili Raporlama Sistemi Eksikliği: Tıbbi hata bildirim sürecinde karşılaşılan bir diğer önemli engel ise etkili bir raporlama sisteminin bulunmamasıdır (72, 73). Kullanımı zor, erişimi sınırlı veya anlaşılması güç olan sistemler, sağlık çalışanlarının hata bildiriminden kaçınmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte, anonim bildirim imkânının olmaması veya sistemin güvenilir bulunmaması da çalışanların hata bildiriminde bulunmaktan çekinmelerine yol açmaktadır (57, 68, 69). Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının hata bildirim sistemine yönelik yeterli eğitim almadıkları ve sistemin işleyişi hakkında bilgi eksikliklerinin olduğu ortaya konmuştur (70).

Bireysel Faktörler: Bireysel faktörlerin tıbbi hata bildirim üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşı, mesleki deneyimi ve geçmişteki hata bildirim

deneyimleri, hata bildirme eğilimlerini belirleyen faktörler arasında yer almaktadır. Örneğin, kıdemli sağlık çalışanları hata bildiriminde daha temkinli davranabilirken, deneyimsiz çalışanlar hata bildirim süreçlerine daha yabancı olabilmektedir. Ayrıca, bireylerin kişisel algıları ve tutumları da bu süreçte belirleyici bir rol oynamaktadır (60, 66).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastaların güvenli bir şekilde hizmet almasını sağlamaktır. Bu hedefe ulaşmak için, meydana gelen hataların titizlikle raporlanması ve incelenmesi gerekmektedir (61). Raporlanan hatalar, aynı sorunların tekrarlanmasını önlemek amacıyla düzeltici önlemlerin alınmasını sağlar. Bu süreçlerin her aşamasında belirli standartlara uyulmalı ve bu standartlar doğrultusunda hareket edilmelidir (62). Hasta güvenliği sağlanamadığında, hatalara maruz kalan hasta sayısında artış gözlenebilir. Bu nedenle, hasta güvenliği için sistematik ve standartlara uygun bir yaklaşım şarttır (18).

2.1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırması

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hatalar telafisi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, zarar riskini en aza indirmek için tıbbi hataların sınıflandırılması ve bu durumlara yönelik çözümler geliştirilmesi gerekmektedir (74). Tıbbi hatalar, kaynaklandıkları kök nedenler ve hata çeşitlerine göre olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (75, 76) (Tablo 2).

Tablo 2. Tıbbi hataların sınıflandırılması (Canatan H vd.'den, 76)

Hata Türüne Göre Tıbbi Hatalar	Kök Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar
İlaç hataları	İşe bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma)
Cerrahi hatalar	İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama)
Tanı koymada hatalar	Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama)
Sistem yetersizliğine bağlı hatalar	
Diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi vb.)	

Sağlık hizmetlerinin tüm alanlarında görev yapan profesyoneller, hasta güvenliğini artırmak ve tıbbi hata oranlarını azaltmak amacıyla önleyici stratejilerin uygulanmasına aktif olarak katkıda bulunabilir (77). Bu süreçte, sağlık profesyonellerinin farkındalık düzeyinin artırılması ve sistem temelli yaklaşımların benimsenmesi, hataların tekrarlanma riskini önemli ölçüde azaltmaktadır. Dolayısıyla, tıbbi hata türleri ile kök nedenlerinin

doğru şekilde belirlenmesi, yalnızca klinik sonuçların iyileştirilmesine değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir kalite gelişimine de katkı sağlamaktadır. (78).

2.1.4. Tıbbi Hata Sonuçları

Sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek hatalar maddi ve manevi açıdan ağır sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Tıbbi hatalar, sağlık profesyonelleri ve kurumlarını yasal sorumluluk altına sokarak hasta veya yakınlarının ihmal ya da kötü muamele iddialarıyla dava açmasına yol açabilir ve bunun sonucunda yeniden tedavi, tazminat ödemeleri ve yasal giderler gibi ek mali yükler doğurabilir (79).

Tıbbi hatalar, sadece işletmelerin mali zarara uğramasıyla sınırlı kalmayıp, sağlık hizmetlerinin temel amacına da ciddi şekilde zarar vermektedir. Hizmet kullanıcıları açısından değerlendirildiğinde, tıbbi hatalar yaşam kalitesinde düşüşe, gelir kaybına, fiziksel zarar, komplikasyonlar veya ölüm gibi olumsuz sonuçlara yol açarak tedavi sürecini uzatır. İnsan kaynakları açısından ise, bu hatalar işten çıkarılma, hukuki sorumluluklarla karşılaşma ve bireylere verilen zararın psikolojik yükünü taşıma gibi ciddi sonuçlar doğurur (80). Bunların yanı sıra tıbbi hatalar, sağlık kurumlarının hasta güvenliği kültürünü zedeleyen bir faktördür. Sıklıkla meydana gelmeleri durumunda sağlık çalışanları arasında hataları bildirme isteksizliği ve korku yaratabilen tıbbi hatalar, hataların gizlenmesine neden olabilmektedir. Aynı zamanda tıbbi hatalar, sağlık işletmelerinin itibarını sarsarak kurumsal imajlarını zedeler ve bu durum piyasa kayıplarına yol açar. (81).

Sonuç olarak, tıbbi hataların önlenmesi, yalnızca bireysel hataları değil, aynı zamanda sağlık sisteminin bütününe etkileyen yapısal ve kültürel sorunları ele almayı gerektirir. Tıbbi hata raporlama süreçlerinin iyileştirilmesi ve sağlık çalışanlarının bu süreçlere dahil edilmesi, hasta güvenliğinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir.

2.2. Hasta Güvenliği

Yaşama hakkı, insanın en temel ve vazgeçilmez hakkı olarak kabul edilir. Tarihin en eski dönemlerinden bugüne kadar, insanların huzurlu ve güvenli bir ortamda yaşayabilmesi için hayat ve vücut bütünlüğünün korunması, çeşitli yaptırımlarla güvence altına alınarak önemini daima sürdürmüştür (82).

İnsan yaşamına doğrudan etkileyen sağlık hizmetleri, düşük hata toleransına sahip, yüksek standartları benimseyen ve kusursuzluk ile üst düzey nitelik arayışında olan kritik bir alandır (74). Özellikle hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde mükemmellik ve üstün

nitelik sağlamada temel yapı taşıdır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, doğaları gereği karmaşıklık ve öngörülemeyen risklerle doludur. Bu tür kuruluşlar, sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında karşılaşılan tehlikelerle başa çıkmak zorundadır. Bu nedenle sağlık kurumları, hizmet sunumunda öncelikle hasta güvenliğini sağlamalıdır (83, 84).

2.2.1. Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği kavramı, kurumlarda hataların olasılığını en aza indiren ve oluşan hataları tespit etme yeteneğini artıran sistem ve süreçlerin geliştirilmesiyle, istem dışı hatalardan bağımsız olma olarak tanımlanmaktadır (85). Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini; sağlık hizmetlerinde olası riskleri sürekli ve sürdürülebilir biçimde azaltmayı, önlenabilir zararı en aza indirmeyi, hataların ortaya çıkma ihtimalini düşürmeyi ve gerçekleşen hataların etkilerini sınırlamayı amaçlayan kültür, süreç, prosedür, davranış, teknoloji ve ortamların bütünleşik biçimde oluşturulması olarak tanımlamaktadır (86). Amerikan Tıp Enstitüsü hasta güvenliğini “hastalara zarar gelmesini önlemek” şeklinde tanımlamaktadır (87). Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation- NPSF) ise hasta güvenliğini “sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hataların önlenmesi ve bu hataların yol açtığı hasta zararlarının azaltılması ya da ortadan kaldırılması” olarak ifade etmektedir (88).

Hasta güvenliği sağlık bakımının üst düzey kalitesini sağlamak adına sunulan hizmetin odak noktasını oluşturur. Hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası olan hasta güvenliği öncelikli unsuru olan “Önce zarar verme!” ilkesine dayanmaktadır (89). Sağlık hizmetleri, hastaya fayda sağlamak amacıyla sunulmakla birlikte, gerekli tedbirler alınmadığında zararlı hale gelebilir. Tıp biliminin sürekli olarak değişmesi ve yenilenmesi, bu gelişmelere uyum sağlamayı zorunlu kılmaktadır. Bu durum, hasta güvenliğinin önemini daha da belirgin hale getirmektedir (90).

Sağlık hizmetlerinin insan hayatıyla doğrudan ilgili olması, bu alanı hata kabul etmeyen bir alan durumuna getirir ve hatasız sağlık hizmetinin temelinde hasta güvenliği yatar. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarının önceliği, hasta güvenliğini sağlamak olmalıdır. Bu amaçla, gerekli çalışma prosedürleri oluşturulmalı, sağlık çalışanları eğitilmeli ve uygulamalar düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hasta güvenliği ihmal edildiğinde, çeşitli tıbbi hataların meydana gelme riski artar ve bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkiler (30, 91). Corina ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmalarında

hasta güvenliği göz ardı edilmesi durumunda, klinik bakım ve uygulamaların etkisiz olabileceğini vurgulamıştır (92).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hizmetlerinin güvenliği, küresel bir endişe haline gelmiş olup, güvensiz ve düşük kaliteli hizmetler hem sağlık sonuçlarını düşürmekte hem de zarara neden olmaktadır. Yayınlanan raporda, 2017 yılında hasta güvenliği ile ilgili gerçekler şu şekilde tanımlanmıştır;

1. Genellikle hastaneye kaldırılan hastaların yaklaşık 1/10'unun zarar gördüğü ve bunların en az %50'sinin önlenabilir olduğu bildirilmektedir.
2. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yapılan bir araştırma, istenmeyen olayların %8 oranında meydana geldiği, bu olayların %83'ünün önlenabilir olduğu ve %30'unun ölümlle sonuçlandığı raporlanmıştır.
3. Dünyada her yıl yaklaşık 421 milyon hastane yatışı gerçekleştiği ve bu yatışlar sırasında hastalarda yaklaşık 42.7 milyon istenmeyen olay meydana geldiği tahmin edilmektedir.
4. Tüm istenmeyen olayların yaklaşık üçte ikisi düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (93).

İnsan yaşamı paha biçilemezdir; bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalitesi, diğer hizmetlerden farklı bir öneme sahiptir ve sürekli iyileştirme çabası gerektirir. Bu noktadan yola çıkarak, hasta güvenliğinin ne kadar hayati bir öneme sahip olduğu anlaşılabilir (94).

2.2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği kavramının kökeni, M.Ö. 1700'lü yıllarda Babil Kralı Hamurabi tarafından hazırlanan “Hamurabi Kanunları”na dayandırılmaktadır. Bu kanunların 218. ve 219. maddelerinde, hekimin hastasını öldürmesi veya ciddi şekilde yaralaması durumunda, cezai yaptırım olarak her iki elinin kesileceği belirtilmiştir. Bu, hasta güvenliği konusunda bilinen en eski yasal düzenlemelerden biridir (95, 96, 97). Hipokrat'ın “Primum non nocere” (önce zarar verme) ifadesi, hem dönemin hasta güvenliği anlayışını yansıtan bir ilke hem de modern hasta güvenliği hareketinin simgesi olmuştur (98, 99, 100). Modern hemşireliğin öncüsü Florence Nightingale, “Bir hastanenin öncelikli görevi hastaya zarar vermemek, en büyük yanlışı ise mikrop yaymaktır” ifadesiyle, hasta güvenliği konusunda tarihsel bir dönüm noktası oluşturmuştur (101).

Osmanlı döneminde hekimlik ve eczacılıkla ilgili kurallar, padişah ve hekimbaşı fermanları ile belirlenmiş ve ihlaller cezalandırılmıştır (102). Osmanlı Devleti'nden

günümüze ulaşan arşiv belgeleri, hasta güvenliği konusunda önemli bilgiler sunmaktadır. En sık karşılaşılan belge, cerrahi müdahaleler için hekimlerin talep ettiği rıza (onam) belgesidir. Bu belgeler, ameliyat sonrası olumsuz sonuçlarda hasta veya yakınlarının kan davası ya da tazminat talep etmelerini önlemeye yöneliktir (103). Ayrıca, 1861 tarihli Beledi İspençiyarlık Nizamnamesi'nin 18. maddesinde, reçeteye verilen ilaçların mühürlenip üzerlerine kullanım talimatı yazılması ve dahili ilaçların turuncu etiketle sunulması şart koşularak, güvenli ilaç uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmıştır (104).

Amerika Birleşik Devleti merkezli olarak 1951'de kurulan Sağlık Bakımı Organizasyonları Akreditasyon Birleşik Komisyonu (JCAHO), sağlık hizmetlerinde yüksek kalite ve güvenliği sağlamak amacıyla çalışmalarına başlamıştır (105). Hasta güvenliğinin öncelikli bir sorun olarak kabul edilmesi, 1999-2000 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü'nün yayınladığı iki rapora dayanmaktadır. “To Err is Human: Building a Safer System (Her İnsan Hata Yapabilir; Daha Güvenilir Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak)” raporunda ABD’de her yıl 44 000 ile 98 000 kişinin tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybettiği belirtilmiştir (106, 107). Rapor, hasta güvenliğini artırmak amacıyla bir merkez kurulması, ulusal raporlama sisteminin geliştirilmesi, güvenlik programlarının oluşturulması, performans standartlarının belirlenmesi ve kanıtlanmış uygulamaların hayata geçirilmesi gibi önemli adımlar önermektedir (108). Bu raporu takiben Tıp Enstitüsü'nün 2001 yılında “Crossing the Quality Chasm” isimli ikinci raporunda, sağlık hizmetlerinin güvenlik, etkililik, hasta odaklılık, zamanında erişim, verimlilik ve eşitlik ilkelerine göre yeniden düzenlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (109). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü 2003 yılında yayınladığı “Keeping Patient Safety: Transforming Work Environment of Nurses” ve “Patient Safety: Achieving a New Standard for Care” raporlarında, sağıkta kaliteyi artırmak için belirlenen yirmi öncelikli alan arasında ilaç yönetimi, yaşlı sağlığı ve hastane enfeksiyonlarının hasta güvenliği açısından kritik öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (110, 111).

Raporun etkisiyle, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünü inşa etmeye yönelik küresel bir girişim başlatılmıştır. Dünya Sağlık Asamblesi'nde 2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü başkanı ve birçok ülkenin sağlık bakanlarının desteğiyle “World Alliance for Patient Safety” kurmuştur. Bu girişimi takiben, 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü, “Dünya Hasta Güvenliği İttifakı 10 Eylemi”, “Küresel Hasta Güvenliği Mücadeleleri” ve

“Hasta Güvenliği Çözümleri” gibi önemli inisiyatifleri ilan etmiştir. Böylece, hasta güvenliği konusunda küresel ölçekte bir farkındalık ve iş birliği sağlanmıştır (112).

Uluslararası Birleşik Komisyonu, Temmuz 2002'de ilk kez “National Patient Safety Goals” başlığı ile Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerini açıklamış, bunu Haziran 2005'te yayımlanan 2006 Hasta Güvenliği Hedefleri ve Gereklilikleri raporu takip etmiştir (113, 114). Bu hedefler, 2008 yılından itibaren uluslararası geçerlilik kazanarak her yıl düzenli olarak yayımlanmış ve sağlık hizmetlerinde küresel bir standart haline gelmiştir.

2.3. Hasta Güvenliği Amaç ve Hedefleri

Hasta güvenliğinin temel amacı, sağlık hizmeti alan hastalar ile bu hizmeti sunan sağlık profesyonelleri için zarar riskini en aza indiren olumlu bir ortam oluşturmaktır. Uluslararası Hemşireler Birliği, yayınladığı durum açıklamasında, kaliteli bakım hizmetlerinin hasta güvenliğini sağlamada kritik bir rol oynadığını belirtmiştir (115).

Sağlık Bakım Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu 1999 yılından itibaren Amerikan Tıp Enstitüsü raporlarına dayanarak Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International-JCI) aracılığıyla dünya çapında sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmeti sunmaya başlamış ve hasta güvenliği hedeflerini hayata geçirmiştir (115). Uluslararası Birleşik Komisyonu, her yıl uzman bir danışman grubu tarafından belirlenen Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'ni (International Patient Safety Goals) yayınlamaktadır (116).

Uluslararası Birleşik Komisyonu son olarak Ocak 2024'ten itibaren geçerli olacak “Hastane Programı (Hospital: 2024 National Patient Safety Goals)” ve “Hemşirelik Bakım Merkezi Programı (Nursing Care Center: 2024 National Patient Safety Goals)” için bildiri yayınlamıştır (116, 117) (Tablo 3). Bildirilerdeki güncel uluslararası hasta güvenliği hedefleri aşağıda belirtilen şekildedir.

Tablo 3. Uluslararası hasta güvenliği hedefleri (Uluslararası Birleşik Komisyon’dan, 116, 117)

Hedef No	Hedef Açıklaması	Ana Hedefler ve Prosedürler
Hedef 1 (HP, HBMP)	Hasta kimlik bilgilerinin doğruluğunu artırmak	- İki hasta tanımlayıcısı kullanılmalı. - Numune kapları hastanın yanında etiketlenmeli. - Yenidoğanlar için özel tanımlama yöntemleri kullanılmalıdır.
Hedef 2 (HP)	Personeller arasındaki iletişimin etkinliğini artırmak	- Kritik test sonuçları için yazılı prosedürler oluşturulmalı. - Sonuçların zamanında raporlanması sağlanmalı.
Hedef 3 (HP, HBMP)	İlaç kullanımının güvenliğini artırmak	a) İlaç Etiketleme: Tüm ilaçlar ve solüsyonlar etiketlenmeli. b) Antikoagülan Tedavisi: Protokoller oluşturulmalı ve güvenli dozaj ürünleri kullanılmalı. c) İlaç Bilgilerini Korumak ve İletmek: Hastanın kullandığı ilaç bilgileri güncel tutulmalı ve kaydedilmeli.
Hedef 4 (HP)	Klinik alarm sistemleri ile ilişkili hasta zararını azaltma	- Alarm güvenliği öncelikli bir konu olarak belirlenmeli. - En önemli alarm sinyalleri tanımlanmalı. - Alarm yönetim politikaları oluşturulmalı.
Hedef 5	Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak	- El hijyeni politikaları oluşturulmalı ve izlenmeli.
Hedef 6 (HP)	İntihar riskini azaltmak	- İntihar riski taşıyan hastalar için tedavi planları oluşturulmalı ve izlenmeli.
Hedef 7 (HP)	Sağlık hizmeti eşitliğini iyileştirmek	- Sağlık hizmeti eşitsizlikleri belirlenmeli ve azaltılmalı.
Hedef 8 (HP)	Yanlış yer, yanlış işlem ve yanlış kişi ameliyatını önlemek	a) İşlem Öncesi Doğrulama: Belgeler ve gerekli ekipman kontrol edilmeli. b) İşlem Yerini İşaretleme: Ameliyat yeri belirgin bir şekilde işaretlenmeli c) İşlem Öncesi Zaman Aşımı: Anesteziden önce doğru hasta, yer ve işlem son bir kez doğrulanmalı.
Hedef 4 (HBMP)	Düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskini azaltmak	- Düşme riski değerlendirilip müdahaleler uygulanmalı. - Personel ve hasta eğitimi sağlanmalı.
Hedef 5 (HBMP)	Basınç yaralanmalarını önlemek	- Basınç yaralanması riski değerlendirilmeli ve uygun önlemler alınmalı.

HP: Hastane Programı, HBMP: Hemşirelik Bakım Merkezi Programı

Son yıllarda Türkiye’de hasta güvenliğine yönelik çalışmalarda belirgin bir artış yaşanmıştır. Bu kapsamda, hasta güvenliği uygulamaları 6 Nisan 2011 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği” ile yasal bir zemine oturtulmuş ve denetim altına alınmıştır. Söz konusu yönetmelik, 5 Ocak 2017 tarihinde güncellenerek günümüz koşullarına uyarlanmıştır. Yönetmeliğin temel amacı; tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, hizmet kalitesini artırmak, olası riskleri önceden belirleyip giderilmesini sağlamak ve güvenli bir hizmet sunumu ile

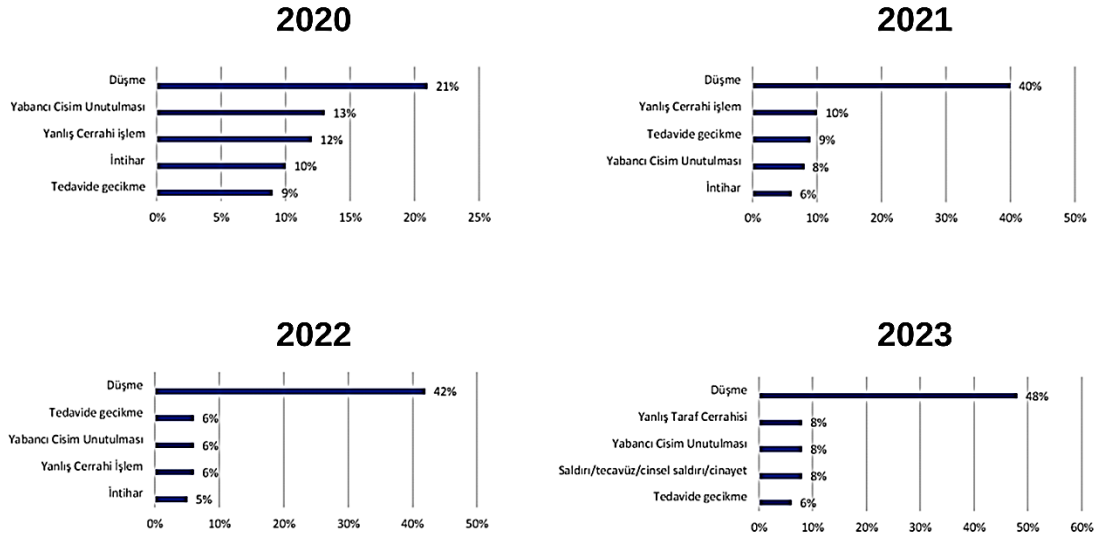
Çalışma ortamının sürdürülebilirliğini güvence altına almaktır (118). Bu amaç doğrultusunda, yönetmeliğin 6. ve 8. maddeleri hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin detaylı düzenlemeler içermektedir.

2.4. Cerrahi Süreçte Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin genelinde büyük bir öneme sahip olmakla birlikte özellikle cerrahi süreçlerin karmaşıklığı ve hastanın sağlığına doğrudan etki etme potansiyeli, bu alandaki hasta güvenliğinin belirgin önemini ortaya koymaktadır. Cerrahi müdahaleler, hastaların sağlık sorunlarına zm sunma açısından kritik bir öneme sahiptir. Ameliyata bağlı potansiyel risklerin ve istenmeyen olayların göz önünde bulundurulması hasta güvenliğinin sağlanması önemli bir faktördür (119, 120). Nitekim ameliyathaneler, karmaşık i yapıları, karmaşık cerrahi prosedürler, yoğun stres altındaki çalışma ortamı, ameliyat sırasında yüksek riskli ilaçların kullanılması, cerrahi sirkülasyon, acil durumlarda hızlı cerrahi prosedürler ve geniş yelpazedeki tıbbi cihazlar nedeni ile kompleks ve karmaşık birimlerdir (12, 121, 122). Bu zellikleri nedeni ile ameliyathaneler yüksek risk taşıyan ortamlar olarak kabul edilir ve özel bilgi, beceri, ekipman ve dikkat gerektirmektedir (121, 122). Bu bağlamda ameliyathaneler tıbbi hataların önlenmesi ve tedavi süreçlerindeki herhangi bir aksaklığın en aza indirilmesi için son derece hassas bir düzen ve denetim gerektirir. Öyle ki her yıl dünya genelinde sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hatalar nedeniyle yaklaşık 100 000 kişi hayatını kaybetmektedir. Bu hataların çoğunlukla ameliyathane birimlerinde gerçekleştiği ve cerrahi hastaların yaklaşık %15'inin bu tür hatalarla karşı karşıya kaldığı bilinmektedir (123, 124).

Dünya Sağlık rgt'nün 2017 verilerine göre major cerrahi uygulanan hastalarda %25 oranında komplikasyonlar görülmekte ve ameliyat sonrası mortalite oranının %0.5 ile %5 arasında değişmektedir (125). Her 10 sağlık kurumundan birinde ameliyatlar sırasında ortaya çıkan istenmeyen olaylar hastalarda geçici ya da kalıcı sakatlıklara neden olmaktadır (126, 127). Cerrahide hasta güvenliği sağlamaya yönelik alınan birçok nleme rağmen konu halen güncelliğini ve önemini korumaktadır. Uluslararası Birleşik Komisyonu 2024 yılında yayınlanan raporuna göre hastalarda görülen en yaygın istenmeyen olay hasta düşmeleridir. Rapora göre 2023 yılında 672 hasta düşmesi meydana gelmiş olup bu oran bir önceki yıla kıyasla %10'a yakın bir artış göstermiştir. Bu olayların %4' ölümle sonuçlanırken, %8'i kalıcı zararlara, %80'i ise hastalarda ciddi zararlara yol açmıştır. Bunun yanı sıra 2023 yılında sıklıkla unutulunan cisim spanç (%35) olmakla birlikte 110 hastada yabancı cismin unutulduğu rapor edilmiştir ve bu durum 2022 yılına göre %11

oranında artış göstermiştir. Aynı raporda 112 hastada yanlış ameliyat yapıldığı kaydedilmiştir. Bunların çoğunluğunun yanlış taraf cerrahisi ya da invazif prosedürler (%62) olduğu görülmüştür (128). Bu rapora göre son dört yılda, belirlenen en yaygın beş istenmeyen olay türü tutarlılığını korumuştur (Şekil 1). Yine UBK verilerine göre son yıllarda yanlış taraf cerrahisi vakalarının %90'a kadar ulaştığı tespit edilmiştir (129-131).



Şekil 1. İstenmeyen olayların görülme oranları (2020-2023) (Uluslararası Birleşik Komisyon'dan, 128)

Ülkemizdeki durum incelendiğinde, Türkiye Güvenlik Raporlama Sistemi verilerine göre 2016 ile 2017 yılları arasında rapor edilen 7734 cerrahi hatanın 260'sının, cerrahi taraf veya bölge işaretlemesinin yapılmaması kaynaklı olduğu görülmektedir (132). Türkiye'de, ameliyathanelerde meydana gelen tıbbi hataların oranının yaklaşık %43.6 olduğu belirtilmektedir (133). Yanlış hasta ya da yanlış taraf cerrahisinin sebeplerini araştıran çalışmalar, bu hataların ana nedeninin ameliyathane personeli arasındaki iletişim eksikliği olduğunu vurgulamaktadır (10, 11). Hasta güvenliğini tehlikeye atan bu iletişim hataları, cümlelerin açık bir şekilde anlaşılabilmesi veya yanlış şekilde algılanmasıyla ilişkilendirilmektedir (9, 12, 129-131).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından cerrahi hizmetlerin kalitesini artırmak amacıyla “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” adlı bir proje başlatılmış ve 25 Haziran 2008 tarihinde Washington'da resmi olarak kabul edilmiştir. Bu projenin temel hedefi, dünya genelinde cerrahi güvenliğe dair standartların benimsenmesini sağlamaktır. Bu doğrultuda ilk toplantı 2007 yılında gerçekleştirilmiş ve ardından devam eden çalışmalarda Güvenli Cerrahi

Kontrol Listesi oluşturulmuştur. Türkiye'de ise 2009 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}” geliştirilmiş; ardından 2011’de bu listeye yönelik bir uygulama rehberi hazırlanmış ve 2015 yılında güncellemeler yapılmıştır (134). Yapılan araştırmalar, güvenli cerrahi kontrol listesinin ekip içindeki iletişimi artırarak cerrahiden kaynaklanan ölümleri ve ciddi komplikasyonları önlediğini, ayrıca hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (135, 136).

2.5. Ameliyathane Hemşireliği ve Hasta Güvenliği

Hemşire, farklı ekip üyelerinin hatalarını azaltmaya yönelik stratejilerin planlanmasından iyi bakım uygulamalarının belirtilmesine kadar, bakımın sürekli iyileştirilmesine yönelik süreçleri tasarlama potansiyeline sahip bir profesyoneldir. Hemşirelerin bu stratejik konumu, hastayla olan yakınlığından ve bu profesyonellerin sağlık kuruluşlarının hemen hemen her alanında hem bakım faaliyetlerinin geliştirilmesinde hem de yönetim pozisyonlarında gösterdikleri performanstan kaynaklanmaktadır (137). Özellikle ameliyathane hemşireleri, kritik hastaları doğrudan ilgilendiren invaziv prosedürlere yardımcı olmaları ve yaptıkları işin hasta güvenliği açısından daha büyük potansiyel risk oluşturmaları nedeniyle diğer hastane birimlerindeki hemşirelerden farklıdır (12). Her ne kadar tüm cerrahi ekip hasta güvenliğinden sorumlu olsa dahi, özellikle ameliyathane hemşirelerinin bu süreçteki rolleri göz ardı edilemez (138)

Ameliyathane hemşireleri ameliyathanedeki koordinasyondan, hastanın yaşamsal belirtilerindeki değişiklikleri gözlemlemekten ve cerrahi ekibin tüm üyeleri ile iş birliği yapmaktan sorumludur. Bu kapsamda ameliyathane hemşirelerinin iletişim ve koordinasyon becerileri ameliyatın başarısı ile doğrudan ilişkilidir (139). Bu bağlamda ameliyathanede hasta güvenliği hemşirelerin önemli bir yönetim faaliyeti olup; cerrahi ortamda hemşireler, hasta güvenliğini sağlayan en iyi bakım uygulamalarının sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır (140). Bu kapsamda hemşirelik, sağlık sisteminin daha güvenli hale getirilmesi için dönüşümün ana ekibi ve değişim ajanı olarak perioperatif dönemin tüm aşamalarında yer almaktadır. Ancak yapılan çalışmalar ameliyathane hemşirelerinin genel hasta güvenliği algısının nispeten zayıf (141) ya da güvenlik kültürü anlayışının anesteziist ve cerrahlara göre daha düşük (142) olduğunu bildirmektedir. Yine bir araştırmada, ameliyathanede çalışan hemşirelerin çoğunluğunun (%71.6) tıbbi hata yaşadığı ve bu hataların büyük çoğunluğunun (%90.4) hekimin yer

işaretlemesi yapmamasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, ameliyathane ekibinde yer alan 102 hemşirenin yalnızca 12'sinin cerrahide hasta güvenliğini sağlamak için kullanılan kontrol listesinin doğru bir şekilde uyguladığını belirtmiştir (143).

2.6. Hasta Güvenliği Kültürü

Türk Dil Kurumu'na göre kültür, tarihsel ve toplumsal gelişim sürecinde ortaya çıkan tüm maddi ve manevi değerler ile bu değerlerin nesiller arası aktarımını sağlayan araçların toplamıdır (144). Kurum kültürü ise, bir örgüt içindeki bireylerin davranış biçimlerini, etkileşimlerini ve iş yapma yöntemlerini şekillendiren ortak inançlar, tutumlar ve beklentiler sistemidir (145). Güvenlik kültürü, kurum kültürünün önemli bir alt boyutu olarak kabul edilir ve ilk kez 1986 yılında Çernobil nükleer santral kazası sonrası hazırlanan bir raporda, zayıf güvenlik kültürünün neden olduğu riskler bağlamında ele alınmıştır (146). Başlangıçta nükleer enerji, madencilik ve benzeri yüksek riskli alanlarda güvenliğin sağlanması amacıyla çalışmalar yürütülmüş olsa da günümüzdeki teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerinin giderek karmaşıklaşması, sağlık sektöründe de güvenlik kültürüne olan ihtiyacı artırmıştır. Bu durum, tıbbi hataların önlenmesi ve bu hatalardan kaynaklanabilecek zararların en aza indirilmesi açısından Hasta Güvenliği Kültürü kavramını küresel bir öncelik haline getirmiştir (147).

Hasta Güvenliği Kültürü, bireylerin veya grupların değerlerini, tutumlarını, algılarını, yetkinliklerini ve kuruma bağlılıklarını yansıtan davranış biçimlerinin yanı sıra, kurumun sağlık ve güvenlik yönetim tarzının ve yeterliliğinin bir yansıması olarak tanımlanabilir (148). Ulusal Tıp Enstitüsü sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği konusundaki durumlarını net bir şekilde değerlendirebilmeleri için, güvenlik kültürünün güçlü ve zayıf yönlerini belirlemelerini önermektedir (85).

Hasta güvenliğinde başarılı iyileştirmeler yapabilmek için sağlık hizmetlerinde kültürel bir değişim gerektiği yaygın bir şekilde kabul edilmektedir. Bu doğrultuda, ABD'deki Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality), hasta güvenliği projelerinin sonuçlarına dayanarak geliştirdiği 10 önerinin ilk sırasına “hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi ve geliştirilmesini” koymuştur. Birleşik Krallık'ta Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency), hasta güvenliğini iyileştirmek için hazırladığı 7 adımlı rehberin ilk adımını “hasta güvenliği kültürünün oluşturulması” olarak belirlemiştir. Kanada'da ise Sağlık Hizmetleri

Akreditasyon Kurumu (Canadian on Health Services Accreditation) 'nun 6 hasta güvenliği hedefinin en başında kültür yer almaktadır (149).

Hasta güvenliği kültürü, kurumsal kültürü bir arada tutan ve karmaşık değerler bütününe en temel yapı taşı olmalıdır. Bu kültürü oluşturmak ve sürdürülebilir kılmak için çeşitli çalışmaların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmalar arasında en önemlileri şunlardır:

1. Hasta güvenliğinin herkesin ortak sorumluluğu olduğu mesajının açıkça duyurulması,
2. Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında etkili ve açık iletişimin teşvik edilmesi,
3. Çalışanlara, hasta güvenliğini tehdit eden riskleri belirleme ve azaltma yetkisinin verilmesi,
4. Hasta güvenliği için gerekli kaynakların ayrılması,
5. Tüm personelin hasta güvenliği konusunda sürekli ve kapsamlı eğitim almasının sağlanması (150).

2.6.1. Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Faktörler

Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkileyen kritik bir unsur olup, çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Araştırmalar, hasta güvenliği kültürünün organizasyon kültürü, liderlik taahhüdü, personel eğitimi, sağlık çalışanları arasındaki iletişim, hasta katılımı ve olumsuz olayların bildirilmesi ile bu olaylardan ders çıkarılması gibi çeşitli faktörlerden önemli ölçüde etkilendiğini ortaya koymaktadır (151, 152). Ayrıca, hasta güvenliği kültürü üzerinde iş yükü, personel sayısı ve kaynakların mevcudiyeti gibi faktörlerin de önemli etkileri bulunmaktadır (153, 154). Tablo 4, hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörleri özetlemektedir (155).

Tablo 4. Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler (Afewerk A vd.'den, 155)

Düzy	Faktör	Açıklama
Bireysel Düzy	Düşük/Zayıf Tutum	Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki olumsuz tutumları ve dikkatsiz uygulamaları, hasta güvenliği kültürünü olumsuz etkileyen önemli bir faktördür.
	Kötü Dokümantasyon Uygulaması	Yetersiz dokümantasyon uygulamaları, hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir faktördür ve bu durum, hasta sonuçlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.
	Zayıf İş birliği	Hastaların ve refakatçilerin hasta güvenliği süreçlerine katılmaması, güvenlik risklerini artırmakta ve hasta güvenliği kültürünü zayıflatmaktadır.
Organizasyonel Düzy	Zayıf Mesleki Gelişim Programı	Yetersiz mesleki gelişim programları, sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinin güncellenmesini engelleyerek hasta güvenliğinde önemli boşluklara yol açmaktadır.
	Düzenlenmemiş Eğitim Programı	Hasta güvenliği konusunda düzenli bir eğitim sisteminin olmaması, zayıf bir hasta güvenliği kültürünün oluşmasına neden olmakta ve bu durum, hasta deneyimini olumsuz bir şekilde etkilemektedir.
	Standart Operasyon Prosedürleri ve Politikalarının Eksikliği	Sağlık hizmetlerinde uygulanması gereken standart prosedürlerin eksikliği, güvenlik uygulamalarını zayıflatmakta ve hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır.
	Raporlama Sisteminin Olmaması	Hasta güvenliği ile ilgili olayların bildirilmesine yönelik bir sistemin yokluğu, sorunların tespit edilmesini ve çözüm üretilmesini zorlaştırmaktadır.
	Zayıf İletişim	Departmanlar arası iletişimin yetersizliği, hasta transferi ve konsültasyon süreçlerinde sorunlara yol açmakta ve hasta güvenliğini riske atmaktadır.
	Ekipman Eksikliği	Yetersiz kişisel koruyucu ekipman ve hastaya ait malzemelerin teminindeki zorluklar, güvenlik önlemlerine uyumsuz uygulamalara yol açmaktadır.
	Kötü Tasarlanmış Sağlık Altyapısı	Hastane ortamının fiziksel koşullarının kötü olması, hizmet sunumunu olumsuz etkileyerek hasta güvenliği üzerinde ciddi riskler oluşturmakta ve bu da hastaların güvenliğini tehdit etmektedir.
	İş Yüğü ve Personel	Personel eksikliği ve yüksek iş yüğü, özellikle yoğun bakım üniteleri gibi kritik alanlarda hasta güvenliği uygulamalarını olumsuz etkileyerek hata yapma riskini artırmaktadır.

Bu faktörlerin değerlendirilmesi, bir hastanedeki hasta güvenliği kültürünü anlamak ve iyileştirilmesi gereken alanları belirlemek açısından kritik öneme sahiptir. Hasta güvenliği kültürünün kapsamlı bir analizi, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğiyle ilgili algılarını ve davranışlarını anlamak için değerli bilgiler sunar. Ayrıca, mevcut hasta güvenliği kültürünün güçlü ve zayıf yönlerini belirleyerek, iyileştirme stratejilerinin geliştirilmesine rehberlik edebilir (156, 157).

2.6.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültüründeki Rol ve Tutumları

Hemşireler, hasta güvenliğini sağlamada ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmada kilit rol oynar. Bir sağlık kuruluşunda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne dair algılarını ve bu algıları etkileyen unsurları belirlemek, güvenlik kültürünün kuruma etkili bir şekilde entegre edilmesi açısından son derece önemlidir (158). Bu süreç, hasta güvenliğinin sürdürülebilirliğini sağlamak ve sürekli gelişimini desteklemek için kritik bir temel oluşturur. Ayrıca, hemşirelerin güvenlik kültürünü nasıl algıladıklarını anlamak ve deneyimlerini dikkate almak, hasta bakımında daha güvenli ve etkili uygulamaların geliştirilmesine olanak tanır (158, 159).

İran'daki üniversite hastanelerinde 302 hemşire ile yapılan bir araştırma (159) ve Çin'de 463 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen başka bir çalışma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılamalarının beklenen düzeyin altında olduğunu göstermiştir (160). Bu sonuçlar, hemşirelerin güvenlik kültürüne dair farkındalıklarının yeterince gelişmediğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Hasta güvenliği kültüründe hemşirelerin rol ve tutumları, aşağıda maddeler halinde ayrıntılı şekilde sunulmuştur.

Tıbbi Hataların Raporlanması: Hemşireler, hasta güvenliğini tehlikeye atan tıbbi hataları raporlamakla sorumludur. Araştırmalar, bu alanda raporlamanın yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (161). Bu sorunu aşmak için, sağlık kuruluşlarında cezalandırıcı olmayan bir raporlama kültürü oluşturulmalı ve sağlık profesyonelleri hataları bildirme konusunda teşvik edilmelidir (162, 163).

Hasta ve Aile Eğitimleri: Kurumlarda hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için, hasta ve hasta yakınlarına güvenlik konularında eğitim vermek ve iş birliği sağlamak oldukça etkili bir stratejidir (164). Olumlu bir hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanları ve yöneticileri arasında olduğu kadar, hasta ve aileleriyle de açık bir iletişim gerektirir (165). Hemşireler, hastaları ve ailelerini güvenlikle ilgili konularda bilgilendirme ve eğitme görevini üstlenmelidir. Bu eğitimler, hasta güvenliğini artırmak açısından kritik bir öneme sahiptir.

Eğitim ve Bilinçlendirme: Hasta güvenliği konusunda eğitim almak, hemşirelerin tutumlarını olumlu yönde etkiler. Bu bağlamda, kanıta dayalı uygulamaların kuruma entegre edilerek yaygınlaştırılması ve iç eğitimlerle sürekli olarak iyileştirilmesi gerekmektedir (166). Lisans mezunu hemşirelerin hata raporlama puanlarının yüksek olması, eleştirel düşünme yetenekleri ve otonomi ile ilişkilendirilmektedir (167). Bu nedenle, hemşirelik eğitim programlarında hasta güvenliği ile ilgili teorik ve pratik

konulara daha fazla yer verilmeli ve mezuniyet sonrası eğitimlerle hasta güvenliği yeterlilikleri artırılmalıdır.

Güvenli Çalışma Ortamı Sağlama: Hemşirelik, çalışma ortamındaki çeşitli olumsuz etkenler nedeniyle yoğun bir iş yükü altında gerçekleştirilen bir meslektir. Aşırı iş yükü, duygusal stres, bilinci kapalı ve yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarla çalışma zorunluluğu gibi faktörler, hemşirelerin çalışma koşullarını zorlaştırmakta ve tıbbi hata yapma oranlarını artırmaktadır (168). Ayrıca, havalandırma, aydınlatma, gürültü düzeyi, temiz olmayan ortamlar ve uygun şekilde tasarlanmamış çalışma alanları, sağlık çalışanlarının güvenliğini etkileyen önemli unsurlardır (169). Bu nedenle, hemşirelerin, bakımın her alanında ve her birimde hasta güvenliğini ön planda tutarak, çalışma ortamının düzenlenmesi için aktif bir rol üstlenmeleri ve iyileştirme çabalarına katkı sağlamaları büyük önem taşımaktadır (170).

Ekip Çalışması: Ekip çalışması, sağlık hizmetlerinin koruyucu, geliştirici ve iyileştirici yönlerini bir bütün olarak ele alarak etkili bir sağlık hizmeti sunumu için kritik bir yaklaşım oluşturmaktadır. Bu süreç, farklı alanlarda eğitim almış ve gerekli bilgi ve becerilere sahip profesyonellerden oluşan bir ekip tarafından yürütülmelidir (171). Sağlık hizmetleri sunumunda, tüm sağlık çalışanlarının iş birliği içinde hareket etmesi, hasta güvenliğini artırmak ve hizmet kalitesini yükseltmek için zorunludur.

Yönetim ve Liderlik: Hemşire liderleri, hasta güvenliğini sağlama ve destekleme sorumluluğunu ekiplerinin her bir üyesinde hissettiren bir çalışma ortamı yaratmalıdır. Bu liderler, kendi beceri ve yeteneklerini kullanarak diğer sağlık personelinin doğru uygulamalar konusunda uyarmalıdır (172). Ayrıca, hemşireler, risk altında olan davranışları tespit etme ve hata riskini azaltma konusunda da sorumlu bireyler olmalıdır. Bu noktada, hastane üst yönetiminin ve yönetici pozisyonundaki hemşirelerin, hasta güvenliği kültürünü güçlendirmek için sergilemeleri gereken etkili yönetim ve liderlik tarzları son derece önemlidir. Bu liderlik, sağlık çalışanları arasında güçlü bir iletişim ve iş birliği oluşturarak, hasta güvenliğine yönelik proaktif bir yaklaşım geliştirilmesini sağlamalıdır (172, 173).

Tıbbi hataların önlenmesi için disiplinler arası bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin teknolojik gelişmeler ve yeni muadil ilaçlar hakkında bilgilendirilmesi, iş ortamındaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanması önem arz etmektedir (173). Uluslararası Hemşireler Birliği,

hasta güvenliğini güçlendirmek için yeterli sayıda profesyonel sağlık personelinin istihdam edilmesi, bu alanda araştırma ve eğitim çalışmalarının desteklenmesi ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimin geliştirilmesinin kritik bir gereklilik olduğunu vurgulamıştır. (174).

2.7. Standardize Hasta Yaklaşımının Kavramsal ve Tarihsel erevesi

Standardize hasta yöntemi, eğitim, uygulama veya değerlendirme hedefleri için özel olarak hazırlanmış senaryolarla eğitilmış kişilerin (aktörlerin), hasta rolünü üstlenerek katılımcılarla etkileşime geçtiği bir simülasyon yöntemidir (175, 176). Başka bir deyişle, standardize hastalar; belirli bir klinik durumu ya da hasta profilini, eğitimin amaçlarına uygun biçimde gerçekçi, tekrarlanabilir ve yapılandırılmış bir performansla canlandırmak üzere özel olarak eğitilmış bireylerdir (177). Fiziksel hareket ve beden dillerini kullanarak etkileşim kuran standardize hastalar, mankenlere kıyasla daha gerçekçi bir öğrenme ortamı sağlayabilmektedir (176).

Standardize hasta uygulaması, tıp eğitiminde yapılandırılmış simülasyon yaklaşımının öncülerinden biri olarak kabul edilmekte olup ilk kez 1960'lı yıllarda nörolog Howard Barrows tarafından Güney Kaliforniya Üniversitesi Tıp Okulu'nda tanıtılmıştır (178). Tanımlandığı ilk yıllardan itibaren bu role ilişkin “programlanmış hasta”, “hazırlanmış hasta”, “eğitilmış hasta”, “standart hasta”, “aktör” ve “yalancı hasta” gibi çeşitli adlandırmalar kullanılmış olsa da günümüzde en yaygın kullanılan kavramlar “simüle hasta” ve “standardize hasta” şeklindeyir. Bu iki terim teknik olarak bazı farklılıklar barındırmasına rağmen, literatürde çoğu zaman birbirlerinin yerine SH kısaltmasıyla kullanılmaktadır (179).

Güncel literatür, standardize hasta uygulamalarının farklı klinik senaryoların güvenli bir biçimde deneyimlenmesini sağlayarak bireylerin performans, özgüven ve sorumluluk algısında belirgin gelişmeler oluşturduğunu göstermektedir. Tekrarlı uygulamaların, özellikle stres ve anksiyete ile baş etme kapasitesini artırdığı; klinik süreçlerde daha yetkin, kontrollü ve uyumlu davranışların ortaya çıkmasına katkı sunduğu bildirilmektedir (180, 181). Standardize hasta temelli simülasyonların aktif katılımı teşvik eden yapısı, sağlık profesyonellerinin klinik akıl yürütme, iletişim ve karar verme becerilerinin güçlenmesine destek olmakta; memnuniyet ve öz-güven düzeylerinde anlamlı artışlar sağladığı vurgulanmaktadır (182). Bu alanda yapılan yakın tarihli bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması ise standardize hasta uygulamalarının, gerçek klinik

durumlara benzer nitelikte kapsamlı ve güvenilir bir öğrenme deneyimi sunduğunu ve bu yöntemin yüksek düzeyde benimsenen bir eğitim yaklaşımı olduğunu ortaya koymaktadır (183). Tüm bu bulgular, standardize hastanın sağlık alanında yapılandırılmış, güvenli ve ölçülebilir bir uygulama yöntemi olarak çok yönlü katkılar sunduğunu göstermektedir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hasta güvenliğini en çok tehdit eden durumları simülasyon ortamında canlandırarak katılımcıların risk farkındalığını artırmayı amaçladı. Ayrıca, gerçekleştirilen refleksiyon oturumları aracılığıyla ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik deneyimleri üzerinden hemşirelerin tutum ve davranışlarını ortaya koymak üzere, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desen doğrultusunda planlandı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın veri toplama süreci, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nin Ameliyathane Birimi'nde gerçekleştirildi. Çalışmada kullanılan simüle ameliyathane odası, ameliyathaneden ayrı bir birim olarak düzenlendi ve araştırmanın amaçlarına uygun şekilde tasarlandı (Resim 1).



Resim 1. Simüle ameliyathane odası

Simülasyon uygulamalarının güvenilir ve gerçekçi bir şekilde yürütülebilmesi için gerekli ergonomik düzenlemeler yapıldı, odanın fiziksel koşulları senaryoların akışına uygun hale getirildi. Ameliyat masası, cerrahi aletler ve sarf malzemeleri gerçeğe yakın bir şekilde konumlandırıldı; böylece katılımcıların gerçek ameliyathane ortamına benzer koşullarda senaryolara dâhil olması sağlandı.

Ayrıca, araştırma sürecinde kullanılan tüm materyaller standardize edildi, ortamın ışık, ses ve düzen açısından uygunluğu gözetildi. Böylelikle, veri toplama sürecinde dışsal faktörlerin etkisi en aza indirildi ve simülasyon uygulamaları araştırmanın güvenilirliği açısından optimize edildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Ameliyathane Birimi'nde görev yapan hemşirelerden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk aşamasında, amaçlı örnekleme yöntemiyle araştırma sorularına uygun veri çeşitliliğini sağlamak ve nitel verilerde doygunluğa ulaşmak amacıyla 10 hemşire araştırmaya dahil edildi. Elde edilen görüşmelerde tekrar eden temaların belirginleşmesi ve yeni bir veri ortaya çıkmaması üzerine veri doygunluğuna ulaşıldığı kabul edildi (184). Uygulama öncesinde, geliştirilen senaryonun ve uygulama sürecinin geçerliliğini değerlendirmek amacıyla iki hemşire ile ön uygulama yapıldı, bu hemşireler örnekleme dahil edilmedi.

Nitel araştırma kapsamında deneyimleri olan katılımcıları seçmek ve veri setinde çeşitliliği sağlamak amacıyla aşağıda sıralanan dahil etme kriterlerini karşılayan ameliyathane hemşireleri arasından amaçlı ve kolay ulaşılabilir örnekleme stratejisi benimsenerek katılımcılar belirlendi (185).

Dahil edilme kriterleri;

1. Ameliyathanede hemşire olarak en az altı aylık deneyime sahip olmak (186),
2. Standardize hasta yöntemine ilişkin eğitim almamış olmak,
3. Çalışmaya katılımı kabul etmek.

Dışlanma kriterleri;

1. Yönetici pozisyonunda olmak.

3.4. Hasta Güvenliği Senaryosu

Araştırmacı tarafından cerrahide en sık karşılaşılan tıbbi hatalar olan hasta düşmeleri, unutilan yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonlarına ilişkin doğru ve yanlış uygulamaları içeren bir senaryo geliştirildi. Hazırlanan senaryo, alanında uzman beş kişiye sunularak görüş alındı; öneriler doğrultusunda senaryonun kapsamı, akışı ve roller üzerinde düzenlemeler yapıldı. Senaryo başlangıçta yalnızca sirküle hemşire, steril hemşire (katılımcı) ve standardize hasta rollerini içerecek şekilde yapılandırıldı. Bu yaklaşım, katılımcıların hemşirelik uygulamaları çerçevesinde sergiledikleri hasta güvenliği davranışlarını yakından incelemeyi amaçladı.

Pilot Uygulama ve Revizyon

Senaryo, uygulamaya alınmadan önce geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla iki hemşire ile pilot olarak test edildi. Bu uygulamanın sonucunda katılımcıların ortamı gerçek bir ameliyathane koşulu olarak algılamakta güçlük yaşadıkları saptandı. Bu bulgudan hareketle senaryonun gerçekçiliğini artırmak amacıyla senaryo akışı yeniden yapılandırıldı; anestezi uzmanı, hekim ve cerrahi teknisyen rollerine yer verildi. Ayrıca hata noktaları ile uygulama basamakları detaylandırılarak güncellendi. Revizyon sürecinde, senaryonun doğal akışında yer alması gereken hasta güvenliği hataları daha belirgin hâle getirildi. Revize edilen senaryo son hâline getirilerek uygulamaya hazır hâle getirildi (Ek 1).

Standardize Hasta

Senaryoda kullanılan standardize hasta, sağ kolon kanseri tanılı bir bireyi temsil edecek şekilde yapılandırıldı. Senaryoya özgü olarak ameliyat öncesi dönemde endişeli, ajite ve sorgulayıcı bir tutum sergiledi, kimlik doğrulama sürecinde sağlık ekibinin yönelttiği sorulara önceden belirlenen bilgilere uygun yanıtlar verdi. Ameliyat bölgesinin sorulması sırasında yanlış işaretlenmiş tarafı göstermesi, hemşirelerin doğru tarafı teyit etme davranışlarının değerlendirilmesine olanak sağladı (Resim 2).

Genel anestezi uygulaması sonrasında bilinci kapanan hasta, cerrahi süreç boyunca hareketsiz kalarak, refleks göstermeyerek ve pozisyonunu koruyarak gerçek bir hasta rolünü sürdürdü. Simülasyonun gerçekçiliğini artırmak amacıyla hasta, pozisyonlandırma, sabitleme ve sterilizasyon gibi uygulamalara uyum sağladı. Böylece standardize hasta hem senaryonun doğallığını güçlendirdi hem de hasta güvenliğine yönelik kritik noktaların gözlemlenmesine katkı sundu. Bu kapsamda çalışmamızda standardize hasta olarak rol alacak kişilerin standardize hasta yöntemine ilişkin temel bir eğitimden geçmiş olması şartı arandı.



Resim 2. Standardize hastanın senaryodaki rolleri

Sirküle Hemşire

Senaryoda yer alan sirküle hemşire rolü, hasta güvenliğini tehdit eden hataların kontrollü bir şekilde uygulanmasından sorumlu olacak şekilde yapılandırıldı. Bu rolde, ameliyathane deneyimi bulunan gerçek bir hemşire görev aldı ve planlı hataları doğal akışa entegre ederek senaryonun inandırıcılığını güçlendirdi. Sirküle hemşire, ameliyatın başında ve sonunda gerçekleştirilen malzeme sayımlarında steril hemşireye eşlik etti, ancak süreç içerisinde dikkat dağınıcı davranışlar sergileyerek sayımın doğruluğunu riske attı. Steril malzeme açımı sırasında sterilit kurallarına aykırı uygulamalarda bulundu; örneğin steril sahaya non-steril el ile yaklaştı, maskesini çenesine indirdi veya koter cihazını hatalı ayarladı (Resim 3). Ayrıca postoperatif transfer aşamasında sedye kenarlıklarını kaldırmamak gibi hasta güvenliğini tehdit eden hataları da senaryoya entegre etti. Bu şekilde, katılımcıların hataları fark etme, doğru müdahalede bulunma ve hasta güvenliğini sağlama becerilerinin gözlemlenmesi amaçlandı.



Resim 3. Sirküle hemşirenin senaryodaki rolleri

Hekim

Senaryoda hekimin rolü, cerrahi ekibin hasta güvenliği protokollerine uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla belirli dikkat hataları ve gözlem noktaları üzerinden kurgulandı. Hekim, cerrahi süreçte profesyonel ve kontrollü bir tutum sergilerken, hataları abartıya kaçmadan, dikkat dağınıklığı veya alışkanlık temelli davranışlar şeklinde uyguladı. Planlanan hatalar arasında; sayım sürecinde spanç veya benzeri küçük cerrahi materyali görünmeyen bir yere yerleştirilerek eksik sayım oluşturma, cerrahi alan temizliğinde antiseptik solüsyonu protokole aykırı biçimde dıştan içe doğru silme ve solüsyonun kurummasını beklemeden örtüleme işlemine geçme gibi uygulamalar yer aldı (Resim 4). Ayrıca, hastayı örtme sırasında steril örtülerin dış yüzeyine non-steril el ile temas etme veya örtüyü steril alan dışına değdirme yoluyla kontaminasyona sebep olma

hatası planlandı. Bu davranışlar, steril hemşirenin dikkatini, farkındalığını ve hasta güvenliği açısından kritik müdahale becerilerini sınamayı hedefledi.



Resim 4. Hekimin senaryodaki rolleri

Anestezi Uzmanı

Anestezi uzmanı, senaryonun gerçekçiliğini artırmak ve katılımcıların uygulamayı ciddiyle sürdürmelerini sağlamak amacıyla senaryoya dahil edildi. Anestezi uzmanı, hasta başına gelerek yalnızca anestezi indüksiyonu ve ekstübasyon aşamalarında katılımcıları bilgilendirdi; bunun dışında hasta ile ilgili herhangi bir ek bilgi paylaşmadı. Senaryonun belirli bir aşamasında maskesini indirerek sterilite kurallarına aykırı bir davranış sergiledi, bu durum katılımcıların dikkati ve müdahale davranışlarının ölçülmesi için planlanmış bir hata olarak kullanıldı (Resim 5).



Resim 5. Anestezi uzmanının senaryodaki rolleri

Cerrahi Teknisyen

Cerrahi teknisyen, hastanın ameliyathane odasına alınması ve transferi sırasında aktif rol üstlendi. Hastayı ameliyat masasına çekti, kollarını sabitledi ve ameliyat ışıklarını

açarak uygun pozisyona getirdi. Ameliyat masasına anestezi perdesi taşıyıcı çubuğunu yerleştirdi ve üzerine steril örtünün sabitlenmesini sağladı (Resim 6). Operasyon süresince ise yalnızca sirküle hemşire ve steril hemşirenin (katılımcıların) yönlendirmelerine uydu. Bununla birlikte, transfer sırasında özellikle sedye kenarlıklarını kaldırmaması ve emniyet kemerlerini bağlamaması hasta güvenliği açısından planlı bir hata olarak kurgulandı, katılımcıların bu tür riskli durumlara karşı farkındalık ve müdahale düzeylerinin değerlendirilmesine katkı sağladı (Resim 6).



Resim 6. Cerrahi teknisyenin senaryodaki rolleri

Senaryoda Planlanan Hatalar

Senaryonun akışına, katılımcıların hasta güvenliğini tehdit eden durumları fark etme ve uygun müdahale becerilerini ortaya koymalarını sağlamak amacıyla planlı hatalar eklendi. Bu hatalar, cerrahide en sık karşılaşılan güvenlik risklerini temsil edecek şekilde yapılandırıldı.

Yanlış Hasta / Yanlış Taraf Cerrahisi (YH, YT):

- Hastaya yanlış isim yazılı kimlik bilekliği takılması.
- Hastanın alerjisi olmasına rağmen kırmızı bileklik takılmaması.
- Cerrahi alan işaretlemesinin yanlış tarafta yapılması.
- Standardize hastanın yanlış tarafı işaret ederek ekibi yanıltmaya çalışması.

Unutulan Yabancı Cisimler (UYC):

- Spanç veya cerrahi materyalin görünmeyen bir yere konularak eksik sayım oluşturulması.

Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE):

- Ameliyat bölgesinin protokole aykırı olarak dıştan içe doğru silinmesi.
- Antiseptik solüsyonun yeterince kuruması beklenmeden örtüleme yapılması.
- Steril sahaya non-steril el ile yaklaşılması veya ambalajın steril alanla teması.
- Steril malzemeler arasına steril olmayan malzemelerin eklenmesi.
- Steril malzemelerin içinden dönmemiş indikatör çıkması
- Maske kullanımında uygunsuzluk (örneğin, maskeyi çeneye indirme).
- Koter cihazının yanlış ayarlanması veya plağın hastaya bağlanmaması.

Hasta Düşmeleri (HD):

- Hastanın ameliyat öncesinde sabitleme kemerlerinin bağlanmaması.
- Sedye kenarlıklarının kaldırılmaması.
- Postoperatif transfer sırasında hasta güvenliğinin sağlanmaması.

Bu hatalar, senaryonun akışı içerisinde doğal biçimde entegre edildi. Katılımcıların hataları fark etme, doğru müdahale etme ve hasta güvenliğini koruma becerileri gözlemciler tarafından performans değerlendirme formu üzerinden sistematik biçimde kaydedildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış Tanıtıcı Özellikler Formu, Performans Değerlendirme Formu, Yarı Yapılandırılmış Debriefing (Çözümleme) Oturumu Soru Formu ve Yarı Yapılandırılmış Refleksiyon Oturumu Soru Formu aracılığıyla toplandı (187, 188).

3.5.1.Tanıtıcı Özellikler Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve mesleki deneyim yılı gibi bilgileri içeren tanıtıcı özellikler formu oluşturuldu (Ek 2).

3.5.2. Performans Değerlendirme Formu

Araştırma kapsamında, katılımcılar için planlanmış hataların NYKS sırasında değerlendiriciler tarafından gözlemlenmesi için Performans Değerlendirme Formu geliştirildi. Form, Hastanın Ameliyathaneye Kabulü ve Hazırlık, Hemşire Hazırlığı, Ameliyat Süreci ile Cerrahinin Sonlandırılması ve Postoperatif Süreç olmak üzere dört temel aşamaya ayrıldı ve her aşamada olası hatalar yapılandırılmış biçimde belirtildi (Ek 3). Ayrıca, değerlendiricilerin gözlemlerini ayrıntılandırabilmeleri için ek not alanları eklendi, böylelikle hem standart ölçütlere dayalı hem de serbest gözlemlerle desteklenen kapsamlı bir değerlendirme sağlandı.

Performans değerlendirme formu, klinik becerilerin objektif olarak ölçülmesine, değerlendiriciler arası güvenilirliğin sağlanmasına ve standardizasyonun güçlendirilmesine önemli katkılar sunmaktadır (189, 190). Yapılandırılmış bir kontrol listesi yaklaşımıyla geliştirilen bu form, her bir becerinin kritik unsurlarının sistematik biçimde gözlenmesini ve değerlendirme sürecinin nesnellik, güvenilirlik ve karşılaştırılabilirlik ilkelerine uygun şekilde yürütülmesini mümkün kılmaktadır. Bu uygulama sayesinde gözlemciler arasında tutarlılık artırıldı, değerlendirmelerin öznel yorumlara dayalı dağınık notlara dönüşmesi engellendi ve kritik uygulama basamaklarının gözden kaçma riski azaltıldı.

3.5.3. Yarı Yapılandırılmış Debriefing (Çözümleme) Oturumu Soru Formu

Yarı Yapılandırılmış Debriefing (Çözümleme) Soru Formu, katılımcıların NYKS sürecine ilişkin deneyimlerini, algılarını ve değerlendirmelerini derinlemesine anlamak amacıyla oluşturuldu (Ek 4). Bu formda, katılımcıların senaryo sürecindeki performanslarını nasıl değerlendirdikleri, deneyimleri sırasında ne hissettikleri, süreç ve sonuçlara ilişkin çıkarımları ile profesyonel gelişimlerine yönelik düşünceleri ele alındı.

3.5.4. Yarı Yapılandırılmış Refleksiyon Oturumu Soru Formu

Yarı Yapılandırılmış Refleksiyon Oturumu Soru Formu, katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili belirli konulara yönelik farkındalıklarını ve deneyimlerini derinlemesine incelemek amacıyla hazırlandı (Ek 5). Bu form, hasta düşmeleri, unutulmuş yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları gibi kritik güvenlik konularında olumlu ve olumsuz deneyimlerin değerlendirilmesini hedefledi.

Senaryo ve veri toplama araçlarının geçerliliğini sağlamak amacıyla uzman değerlendirmesi yapıldı. Bu süreçte:

- Senaryo Değerlendirmesi ve İçerik Geçerliliği: Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav senaryosu ve soru formları, cerrahi alandaki hasta güvenliği konularında uzman kişiler tarafından incelendi ve senaryoların klinik gerçekliği değerlendirildi. Uzman görüşlerine dayalı olarak senaryonun doğruluğu ve geçerliliği sağlandı.
- Geri Bildirim ve Düzeltme: Uzmanlar tarafından sağlanan geri bildirimlere göre senaryo ve soru formları üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldı, böylece veri toplama araçlarının güvenilirliği artırıldı.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Bu araştırma, Planlama, Hazırlık ve Uygulama olmak üzere üç aşamada yürütüldü (Şekil 2).



Şekil 2. Araştırmanın akış şeması

Planlama aşamasında, senaryolar ve standardize hastalar hazırlandı, pilot uygulama gerçekleştirildi. Hazırlık aşamasında, katılımcılar belirlendi, ZOOM üzerinden NYKS uygulamasına ilişkin eğitimi verildi ve uygulama tarihleri netleştirildi. Uygulama aşamasında, katılımcılar sırasıyla 3-4-3 kişilik gruplar halinde NYKS'ye katıldı, her değerlendirme sonrası debriefing ve sürecin sonunda refleksiyon oturumu gerçekleştirildi. Bu kapsamda araştırmanın yürütülme aşamaları aşağıda detaylandırılmıştır.

Birinci aşama: Çevrimiçi Toplantı

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların herhangi bir hazırlık ya da bilgiye sahip olmadan sürece katılmalarının önlenmesi, performanslarının artırılması, etkin katılım

göstermeleri ve kaygılarının azaltılması amacıyla çevrimiçi bilgilendirme ve eğitim toplantısı düzenlendi (191). Zoom platformu üzerinden gerçekleştirilen toplantının bağlantı linki katılımcılara 24 saat öncesinden iletildi. Toplantı başlamadan önce gerekli açıklamalar yapıldı ve toplantı sırasında kayıt alınabilmesi için katılımcılardan sözlü onay alındı.

Oturum süresince araştırmanın amacı, hedefleri, uygulamanın gerçekleştirileceği yer, gün ve saatlere ilişkin bilgiler açık ve anlaşılır biçimde aktarıldı. Ayrıca, NYKS yönteminin işleyişi, katılımcıların süreç boyunca karşılaştıkları aşamalar ve sorumlulukları ayrıntılı olarak açıklandı. Bununla birlikte, uygulamanın farklı günlerde yürütülecek olması nedeniyle, katılımcılar arasında bilgi paylaşımı yapılmaması gerektiği konusunda da uyarıda bulunuldu. Eğitimde kullanılan sunum materyalleri ile uygulamaya ilişkin yönergeler toplantı sonrasında katılımcılarla paylaşıldı.

İkinci aşama: Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav

Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınavlar, farklı klinik becerilerin değerlendirildiği bir ya da birden fazla istasyondan oluşan ve üst düzey düşünme becerilerini ölçmekte kullanılan özgün bir performans sınavıdır. Bunun yanı sıra, NYKS, katılımcıların klinik uygulamalarda beklenen becerileri istenilen düzeyde sergileyip sergileyemediklerini değerlendiren etkili bir yöntemdir (192).

Bu aşamanın başlangıcında araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını belgelemek amacıyla yazılı onam formu imzalatıldı (Ek 6). Ardından, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” dolduruldu.

Çalışmamızda literatür doğrultusunda belirlenen dört ana başlığı (hasta düşmeleri, unutilan yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları) içeren senaryo, standardize hasta yöntemi kullanılarak gerçek ameliyathane ortamında uygulandı. Bu aşamada hemşirelerin NYKS’deki performanslarına yönelik görsel ve işitsel kayıt alındı.

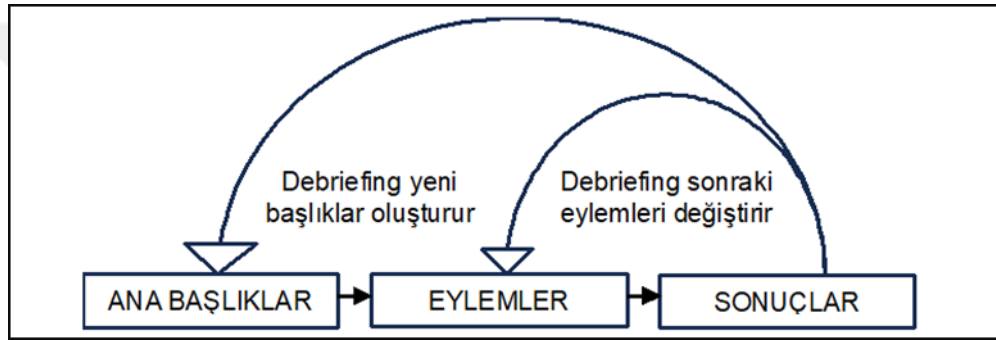
Bunun yanı sıra, üç değerlendirici tarafından, “Performans Değerlendirme Formu” kullanılarak gözlemler yapıldı ve katılımcıların uygulama sırasındaki performanslarına ilişkin veriler kaydedildi. Uygulama süreci üç gün içerisinde tamamlandı; katılımcılar sırasıyla 3-4-3 kişi olacak şekilde uygulamaya dahil edildi. Yanlılığı (bias) önlemek amacıyla, sınava giren katılımcıların aynı gün içerisinde uygulamaya girecek diğer

katılımcılarla iletişim kurmaması sağlandı. Böylece katılımcıların deneyimlerinden birbirlerini etkilemelerinin önüne geçilerek verilerin güvenilirliği artırıldı.

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen NYKS, alanında uzman araştırmacı tarafından yürütüldü (Ek 7).

Üçüncü Aşama: Debriefing Oturumu

Debriefing simülasyon uygulamalarından sonra gerçekleştirilen, katılımcıların eylemlerini ve düşünce süreçlerini anlama fırsatı veren bir değerlendirme yöntemidir (193, 194) (Şekil 3).



Şekil 3. Debriefing sürecinin özeti (Rudolph JW vd.'den 194)

Her uygulama gününün sonunda, NYKS sırasında elde edilen görüntü kayıtları ve gözlemciler tarafından doldurulan performans değerlendirme formları temel alınarak, katılımcıların eylemlerini ve düşünce süreçlerini daha ayrıntılı biçimde ortaya koymalarını sağlamak amacıyla debriefing oturumu gerçekleştirildi.

Bu oturumla katılımcıların ilk aşamada belirtilen başlıklara ilişkin hasta güvenliğini tehlikeye atan uygulamalarını incelemek, bu uygulamalar arasında iyileştirilmesi gereken yönleri ve mevcut iyi yönleri ortaya çıkarmak, katılımcıların ameliyathane uygulamalarında hasta güvenliğini tehdit eden başlıca faktörlere yönelik farkındalıklarını ortaya koymak amaçlandı. Oturum sırasında ses kaydı alındı. Yaklaşık bir saat süren görüşmeler yarı yapılandırılmış sorular temelinde yürütüldü; ihtiyaç duyulan durumlarda ek sorularla sürece derinlik kazandırıldı.

Dördüncü aşama: Refleksiyon Oturumu

Refleksiyon, geçmiş deneyimlerin analizi ve mevcut bilgilerle birleştirilmesiyle, yaşanan durumların anlamlandırılması ve gelecekteki adımlar için çıkarımlar yapılmasını

sağlayan üstbilişsel bir süreç olarak öne çıkmaktadır. Bunun yanında, refleksiyon bireylerin deneyimlerini ve bu deneyimlerden elde ettikleri bilgileri derinlemesine değerlendirerek öğrenme sürecidir (195). Bu düşünme biçimi, kişinin kendi düşünce süreçlerini, duygularını ve eylemlerini sorgulamasını ve anlamasını sağlar. Ayrıca, problem çözme sürecinde önceki fikirlere dayanarak yeni çözüm yolları oluşturmayı içeren önemli bir yöntem olarak kabul edilmektedir.

Bu oturum ile katılımcıların ameliyathanedeki hasta güvenliğini tehdit eden, hasta düşmeleri, unutulmuş yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları başlıkları çerçevesinde deneyimlerini sorgulamak hedeflendi. Bunun yanı sıra bu aşama NYKS ve debriefing aşamalarında elde etmeleri hedeflenen farkındalıklar sonucunda hasta güvenliğine yönelik yapılması gerekenler ile yapılanlar arasındaki boşluğu (gap) ortaya çıkarmak amacı ile gerçekleştirildi. Böylelikle, uygulamadaki hatalar, hatalara neden olan faktörler ve hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlar katılımcıların deneyimleri üzerinden ortaya çıkartıldı.

Özetle, refleksiyon süreci aşağıda sıralanan dört alt başlıkta öğrenmeye katkı sağladı (196, 197):

1. Öğrenme ve gelişim: Kişilerin geçmiş deneyimlerinden ders alarak bilgi ve becerilerini geliştirmesi.
2. Kendini tanıma: Bireylerin kendi değerlerini, inançlarını ve motivasyonlarını daha iyi anlaması.
3. Problem çözme: Sorunlara farklı açılardan bakarak daha etkili çözümler bulma.
4. Karar verme: Daha bilinçli ve doğru kararlar alabilmek için deneyimlerini ve seçeneklerini değerlendirme

Refleksiyon oturumlarının doğası gereği, süreç içerisinde ek sorulara ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu doğrultuda oturumlar, yarı yapılandırılmış sorular temelinde yürütüldü. Bu teknikte, araştırmacı tarafından önceden hazırlanmış bir görüşme protokolü doğrultusunda belirli sorular yöneltildi; ancak görüşmenin akışına bağlı olarak alt ve yan sorular da sorularak katılımcıların daha derinlemesine bilgi sunmalarına olanak tanındı. Yaklaşık iki saat süren bu oturum sırasında ses kaydı alındı.

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen debriefing ve refleksiyon oturumlarına ilişkin görüşmeler, alanında uzman araştırmacı tarafından yürütüldü (Ek 8).

3.6.1. Teknolojik Altyapı ve Veri Yönetimi

Çalışmada kullanılan dijital araçların etkin ve güvenli bir şekilde yönetilmesi, verilerin korunması açısından kritik önem taşımaktadır. Bu kapsamda, Zoom platformu üzerinden gerçekleştirilecek eğitim, NYKS, debriefing ve refleksiyon oturumlarına ilişkin kayıtların saklanması, erişimi ve analiz edilmesi belirli ilkelere göre düzenlendi.

Araştırmaya ilişkin kayıtların saklanması ve erişim yetkileri

- Zoom aracılığıyla gerçekleştirilen tüm oturumlar sesli ve görüntülü olarak kaydedildi; bu kayıtlar şifrelenmiş formatta güvenli biçimde saklandı.
- Ses ve görüntü kayıtları yalnızca araştırmacılar tarafından erişilebilir şekilde muhafaza edildi
- Katılımcıların mahremiyetini ve kişisel verilerin korunmasını sağlamak amacıyla, tüm kayıtlar analiz sürecinde kimliksizleştirilerek değerlendirildi
- Kayıtlara yalnızca araştırma ekibinde yetkilendirilmiş kişiler erişebildi.
- Yetkisiz erişimi önlemek amacıyla, tüm kayıtlar SSD kart üzerinde güvenli biçimde depolandı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma belirli sınırlılıklar çerçevesinde gerçekleştirildi. Öncelikle, araştırmanın verileri tek bir hastanede çalışan ameliyathane hemşirelerinden toplandı. Bu durum, elde edilen bulguların farklı kurumsal yapılar ve farklı bölgelerde yer alan hastanelere genellenebilirliğini sınırladı. Araştırmada veri toplama aracı olarak senaryo bazlı değerlendirme yöntemi kullanıldı. Ancak bu yöntemin, katılımcıların gerçek hayattaki davranışlarını tam olarak yansıtmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Katılımcıların senaryoları algılama ve yanıt verme biçimleri bireysel deneyimlerinden ve kişisel yorumlarından etkilendiğinden, elde edilen verilerde öznellik unsuru gözlemlendi. Bunun yanı sıra, senaryolar farklı günlerde uygulandığı için katılımcıların kendi aralarında iletişim kurma olasılıkları ortaya çıktı. Biası önlemek amacıyla aynı gün içerisinde uygulamaya giren katılımcıların birbirleriyle etkileşimde bulunmamaları sağlansa da farklı günlerde sınava giren katılımcıların dolaylı olarak birbirlerinden etkilenme ihtimali göz ardı edilemedi.

Tüm bu sınırlılıkların yanı sıra çalışmanın güçlü yanları da bulunmaktadır. Araştırmada gerçek ameliyathane ortamına benzer şekilde tasarlanmış simüle alan ve standardize hasta kullanılması, verilerin klinik uygulamaya yakın koşullarda toplanmasını

sağlayarak bulguların bağlamsal geçerliliğini artırdı. Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav, debriefing ve refleksiyon oturumlarının bir arada kullanılması, literatürde sınırlı görülen çok katmanlı ve zengin bir nitel veri seti oluşturdu. Performans gözlemleri, debriefing çıktıları ve refleksiyon görüşmelerinin birlikte ele alınması yöntembilimsel üçlemeyi (triangülasyon) güçlendirdi.

3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 22/03/2024 tarihinde etik kurul izni (Sayı: E-13562490-050.01.04-496043) (Ek 9) ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Başhekimliği'nden 20/05/2025 tarihinde (Sayı: E-48814514-299-98188) kurum izni (Ek 10) alındı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Bu çalışmada, veri analizi sürecinde Creswell'in nitel veri analizi yaklaşımı temel alındı (198). Debriefing ve refleksiyon oturumlarında alınan ses kayıtları, araştırmacı tarafından transkribe edilerek yazılı metne dönüştürüldü. Transkript işlemi sırasında, katılımcıların kimlikleri korunarak, isimler yerine kodlar (örneğin: K1, K2 gibi) kullanıldı. Verilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini artırmak amacıyla transkriptlerin bir bölümü ikinci bir araştırmacı tarafından gözden geçirildi ve kodlama sürecinde araştırmacılar arası güvenilirlik değerlendirmesi yapıldı. Elde edilen veriler, içerik analizi yöntemiyle sistematik bir şekilde incelendi. Araştırmanın veri analiz süreci, nitel veri analizi konusunda sertifikaya sahip araştırmacılar tarafından yürütüldü (Ek 8).

Şekil 4'te de gösterildiği üzere, veri analiz süreci veri organizasyonu, okuma ve kısa notlar alma, kodlama ve temalar oluşturma, verileri betimleme ve sınıflama, verileri yorumlama ve son olarak sunma ve görselleştirme aşamalarından oluştu (198). Bu aşamalar, araştırmanın güvenilirliğini artırmak ve sistematik bir analiz süreci yürütmek amacıyla titizlikle uygulandı.

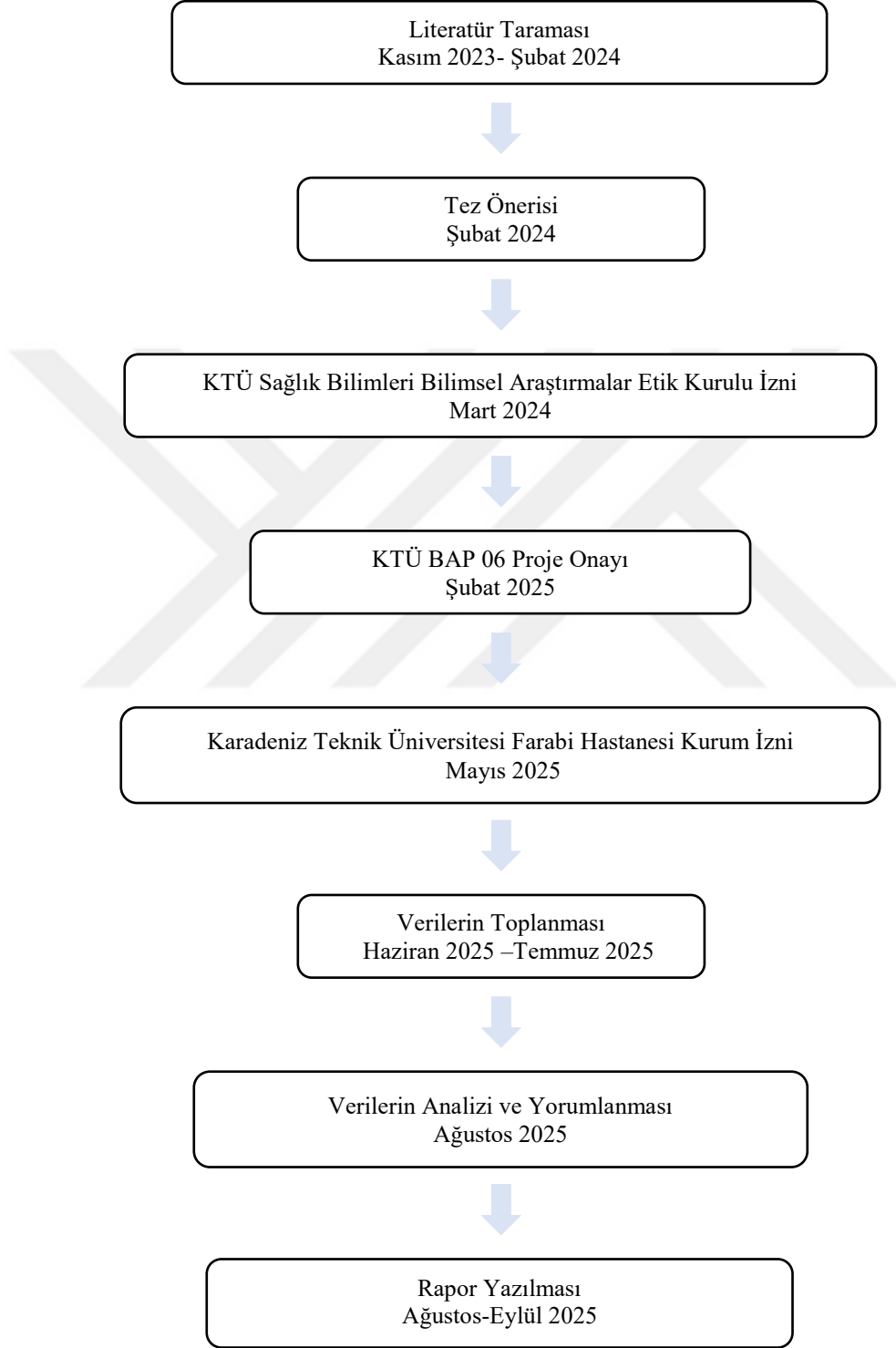


Şekil 4. Fenomenolojik analiz ve sunumu (Creswell JW'den, 198)

Kodlama aşamasında, veriler anlamlı bileşenlere ayrıldı ve başlangıçta sık kullanılan veya araştırmacılar tarafından önemli görülen kelime gruplarından oluşan kodlar belirlendi. Daha sonra benzer kodlar bir araya getirilerek kategoriler oluşturuldu ve bu kategoriler üzerine derinlemesine analiz gerçekleştirildi. Kodlama sürecinin ardından, katılımcı ifadeleri incelenerek fenomenin özünü yansıtan temalar belirlendi, bireysel deneyimler ile bağlamsal örüntüler arasındaki ilişkiler detaylı bir şekilde değerlendirildi.

3.10. Araştırma Planı

Araştırmanın planı Şekil 5’te yer almaktadır.



Şekil 5. Araştırma planı

4. BULGULAR

Simülasyon temelli NYKS uygulamaları, debriefing oturumları ve refleksiyon oturumundan elde edilen veriler ayrıntılı olarak analiz edildi. Verilerin çözümlenmesi sonucunda, hasta güvenliği bağlamında güçlü yönler ve geliştirilmesi gereken alanlar belirlendi; aynı zamanda hemşirelerin mesleki kimlik algıları ve etik sorumluluk bilinci de görünür hale geldi.

Bulguların daha iyi anlaşılabilmesi için katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri Tablo 5’te sunuldu.

Tablo 5. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri

	Mesleki deneyim yılı	Ameliyathanede Çalışma Süresi	Branşları
<i>K1</i>	14 yıl	14 yıl	Beyin Cerrahisi
<i>K2</i>	14 yıl	14 yıl	Göz Cerrahi
<i>K3</i>	11 yıl	11 yıl	Genel Cerrahi
<i>K4</i>	2 yıl	2 yıl	Beyin Cerrahisi
<i>K5</i>	28 yıl	22 yıl	Kulak Burun Boğaz
<i>K6</i>	21 yıl	21 yıl	Genel Cerrahi
<i>K7</i>	21 yıl	14 yıl	Pediyatri
<i>K8</i>	5 yıl	5 yıl	Kardiyovasküler Sistem
<i>K9</i>	14 yıl	14 yıl	Ortopedi
<i>K10</i>	2 yıl	2 yıl	Beyin Cerrahisi

4.1. Performans Değerlendirme Gözlem Raporlarının Bütüncül Analizi

Simülasyon temelli NYKS oturumları kapsamında her bir katılımcı, üç bağımsız değerlendirici tarafından doldurulan performans değerlendirme formları aracılığıyla gözlemlendi. Bu formlar, hemşirelerin hasta güvenliğiyle doğrudan ilişkili davranışlarını ve teknik uygulamalarını ayrıntılı biçimde ortaya koydu. Yapılan gözlemler; unutulmuş yabancı cisimler (UYC), hasta düşmeleri (HD), yanlış hasta/yanlış taraf (YH/YT) ve cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) olmak üzere dört temel güvenlik başlığı altında toplandı ve bütüncül biçimde analiz edildi. Bulgular, yalnızca bireysel performansları değil, aynı zamanda gözlemcilerin yorumları arasındaki benzerlik ve farklılıkları da yansıtarak, ameliyathane hemşireliğinde güvenlik kültürünün en kırılgan noktalarını görünür kıldı.

Yanlış Hasta / Yanlış Taraf (YH/YT)

Gözlemler, katılımcıların kimlik doğrulama sürecinde ağırlıklı olarak sözlü teyide yönelindiklerini ortaya koydu. Hastaların kimliği çoğunlukla sözel olarak doğrulansa da yanlış kimlik bilekliklerini değiştirme veya hasta dosyasından yazılı teyit yapma gibi tamamlayıcı adımların ihmal edildiği görüldü. Özellikle dosya açma, belgelerden kontrol etme ya da Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)’nden yararlanma alışkanlığının yerleşmediği gözlemlendi. Alerji sorgulaması neredeyse hiç yapılmadı; sınırlı sayıda yapılan sorgulamalarda ise kırmızı bileklik uygulamasına geçilmedi. Bu durum, hasta güvenliği açısından kritik bir aşamanın çoğu katılımcı tarafından atlandığını gösterdi. Taraf işaretlemeleri sırasında katılımcıların önce hastadan, ardından servisten veya doktordan teyit almaya çalıştıkları gözlemlendi. Ancak bu doğrulamaların büyük oranda sözlü kaldığı, belgeler veya kontrol listeleri üzerinden yazılı teyit mekanizmalarının kullanılmadığı dikkat çekti.

Tablo 6. Yanlış hasta / yanlış taraf: sayısal özet

Değerlendirme Kriterleri			Evet	Kısmen	Hayır
Yanlış Hasta / Yanlış Taraf (YH/YT)	Hasta kimlik bilekliği ve hasta dosyasındaki bilgiler kontrol edildi mi?	YH	8	-	2
	Hastaya doğru kimlik bilekliği takıldı mı?	YH	4	2	4
	Hastanın alerjisi var ise kırmızı bileklik takıldı mı?	YH	1	2	7
	Taraf işaretlemesi kontrol edildi mi?	YT	4	4	2

Üç gözlemcinin notları da benzer şekilde, Yanlış Hasta / Yanlış Taraf (YH/YT) sürecinde katılımcıların prosedürel adımları daha çok sözlü yollarla çözmeye çalıştığını ve belgeler üzerinden sistematik kontrol alışkanlığının bulunmadığını ortaya koydu (Tablo 6).

Hasta Düşmeleri (HD)

Bulgular, hasta düşmelerine ilişkin en belirgin riskin transfer sırasında sabitlemenin eksikliği olduğunu ortaya koydu. Katılımcıların büyük çoğunluğu sedye kenarlıklarını kaldırarak hastayı sınırlamaya çalıştı, ancak emniyet kemeri kullanımını ihmal etti. Bazı

uygulamalarda sabitlemenin yalnızca kısmen yapıldığı ya da hastanın transferi sırasında güvenliği tam olarak sağlanmadığı gözlemlendi.

Öte yandan, bazı katılımcıların sabitlemeyi eksiksiz uyguladığı ve özellikle postoperatif dönemde güvenli transfer gerçekleştirdiği dikkat çekti. Bu durum, aynı başlık altında hem ciddi ihmallerin hem de güçlü uygulamaların bir arada bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 7. Hasta düşmeleri: sayısal özet

		Değerlendirme Kriterleri	Evet	Kısmen	Hayır
Hasta Düşmeleri (HD)	Hastanın Ameliyathaneye Kabulü ve Hazırlık	Hastanın sedye kemerleri ile sabitlendi mi?	-	-	10
		Hastanın sedye kenarlıkları kaldırıldı mı?	2	-	8
	Cerrahinin Sonlandırılması ve Postoperatif Süreç	Hastanın sedye kemerleri ile sabitlendi mi?	3	-	7
		Hastanın sedye kenarlıkları kaldırıldı mı?	8	-	2

Üç gözlemcinin raporları da bu bulguları destekledi, sabitlemenin göz ardı edilmesinin en sık tekrarlayan hata olduğu kaydedildi. Bununla birlikte, güvenli nakil sürecini tüm adımlarıyla yerine getiren uygulamalar da gözlemlendi, farklı yaklaşımların aynı senaryo içerisinde bir arada bulunabileceği ortaya kondu (Tablo 7).

Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE)

Cerrahi alan enfeksiyonları, ameliyathane süreçlerinde hasta güvenliğini doğrudan tehdit eden ve multidisipliner dikkat gerektiren kritik risklerden biridir. Bu nedenle gözlemler sırasında ameliyat bölgesinin hazırlanması, sterilite kurallarına uyum ve ekibin davranışları özel olarak incelendi.

Bulgular, ameliyat bölgesinin protokole uygun şekilde temizlenmemesinin en sık tekrarlayan sorun olduğunu ortaya koydu. Bazı katılımcıların bu adımı tamamen atladığı,

bazılarının ise cerrahın yanlış uygulamasına sessiz kaldığı gözlemlendi. Sterilizasyon indikatörlerinin kontrol edilmemesi de sık görülen bir eksiklikti; bu adım çoğu kez göz ardı edilen bir basamak olarak kaydedildi. Öte yandan, bazı katılımcıların sterilite ihlallerine aktif şekilde müdahale ettiği dikkati çekti. Cerrahın yüzüğünü çıkartmasını sağlamak, maskesiz çalışan ekibi uyarmak ya da yanlış silme işlemini düzeltmek gibi uygulamalar, hasta güvenliğine yönelik güçlü farkındalık örnekleri olarak öne çıktı.

Tablo 8. Cerrahi alan enfeksiyonları: sayısal özet

	Değerlendirme Kriterleri	Evet	Kısmen	Hayır
Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE)	Ameliyat bölgesinin tıraş edilip edilmediğini sorguladı mı?	2	-	8
	Cerrahi el yıkama prosedürünü doğru şekilde uyguladı mı?	10	-	-
	Sterilizasyon kurallarına uygun önlük ve eldiven kullanıldı mı?	10	-	-
	Steril malzemelerin sterilliği kontrol edildi mi?	4	4	2
	Koter cihazı hastaya uygun şekilde bağlandı mı? Hata fark edildi mi?	4	1	5
	Hasta yeşil örtüler ile uygun şekilde kapatıldı mı?	9	-	1
	İşlem yapılacak bölge protokole uygun silindi mi?	2	2	6
	Steril alan kurallarına uyuldu mu?	5	4	1

Üç gözlemcinin raporları genel olarak CAE'ye yönelik risklerin yüksek farkındalık gerektiren ancak çoğu zaman ihmal edilen uygulamalar etrafında yoğunlaştığını gösterdi. Bu başlık altında hem ciddi ihmaller hem de güvenlik kültürünü güçlendiren proaktif davranışlar bir arada gözlemlendi (Tablo 8).

Unutulan Yabancı Cisimler (UYC)

Performans raporlarında öne çıkan en belirgin bulgu, cerrahi malzeme sayımındaki yetersizlikler oldu. Birçok katılımcının yalnızca belirli materyallere (örneğin uzun gazlara) odaklandığı, diğer malzemeleri kayıt altına almadığı veya sayım işlemini yüzeysel biçimde gerçekleştirdiği gözlemlendi. Ameliyat sonu sayımlarının çoğu zaman düzenli yapılmadığı,

bazen yalnızca sözlü teyitlerle sınırlı kaldığı ve yazılı kaydın çoğunlukla tutulmadığı dikkat çekti.

Bazı raporlarda ameliyat sonrası eksik spanç nedeniyle hastaya skopi çekildiği, dolayısıyla sayımın doğru yapılmamasının doğrudan hasta güvenliği riski doğurduğu vurgulandı. Buna karşılık, bazı katılımcıların eksik spançları fark ederek cerrahı uyarması, tutanak tutulmasını önermesi veya skopi talep etmesi gibi proaktif davranışlar sergilediği görüldü. Bu örnekler, yüksek riskli bir alanda güvenlik reflekslerinin aktif olarak devreye sokulabileceğini göstermektedir.

Tablo 9. Unutulan yabancı cisimler: sayısal özet

Değerlendirme Kriterleri		Evet	Kısmen	Hayır
Unutulan Yabancı Cisimler (UYC)	Hemşire Hazırlığı			
	Kullanılacak cerrahi malzemelerin kaydı tutuldu mu?	4	3	3
	Ameliyat Süreci			
	Kullanılan / Kullanılacak cerrahi malzemelerin kaydı tutuldu mu?	3	1	6
	Ameliyat sonu sayım işlemi doğru yapıldı mı?	3	4	3
	Ameliyat sonunda yabancı cisim unutulup unutulmadığı kontrol edildi mi?	5	2	3

Üç gözlemcinin raporları, genel olarak sayım işlemlerinin eksik, düzensiz veya yüzeysel kaldığını ortaya koydu. Bulgular, malzeme kontrolünün çoğu zaman sistematik bir uygulama olmaktan çok bireysel tercihlere dayalı ilerlediğini gözler önüne serdi (Tablo 9).

Bunların yanı sıra her bir hasta güvenliği riskinin değerlendirilmesi aşamasında katılımcıların GCKL'nin kullanması beklendi. Liste, tüm bu hataları kapsayan bütüncül bir güvenlik aracı olmasına rağmen, katılımcıların önemli bir kısmı listeyi ya hiç doldurmadı ya da yalnızca yüzeysel adımlarla sınırlı tuttu. Bazı katılımcıların dosya kontrolü yapmadan listeyi geçiştirdiği, bazılarının ise yalnızca hasta adı veya taraf gibi birkaç bilgiyi teyit edip geri kalan bölümleri boş bıraktığı gözlemlendi. Yalnızca bir katılımcı listeyi neredeyse eksiksiz, dört katılımcı kısmen tamamladı. Böylece GCKL, teoride güvenlik

uygulamalarını sistematik biçimde güvence altına alan bir araç olmasına karşın, pratikte çoğunlukla bu işlevini yerine getirmedi.

Genel olarak performans gözlemleri, katılımcıların hasta güvenliği adımlarını uygulama biçimlerinde belirgin farklılıklar bulunduğunu; aynı süreç içinde kimi zaman ihmallerin, kimi zaman da dikkatli ve proaktif davranışların bir arada görüldüğünü ortaya koydu

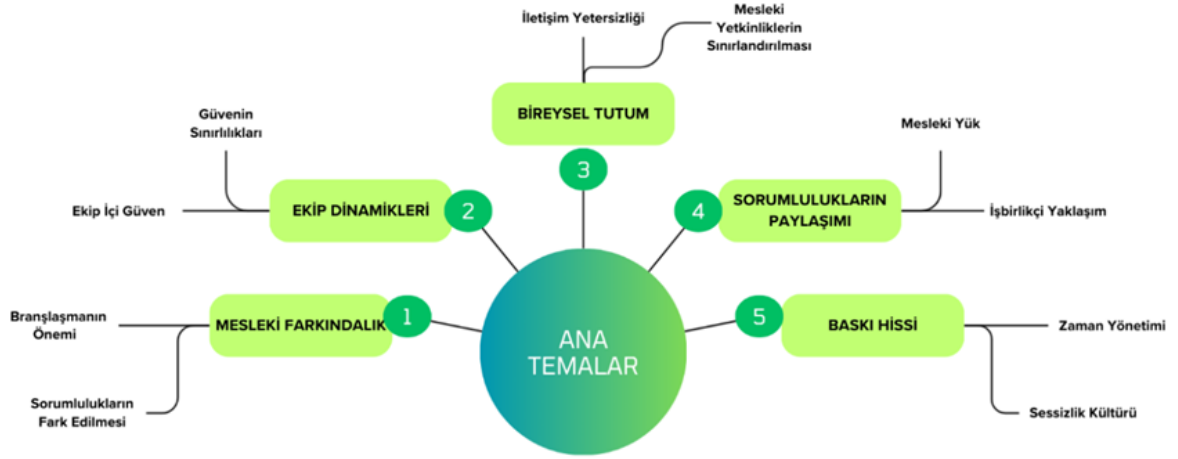
Tablo 10. Gözlemciler arası tutarlılık

	Güçlü Yönler	Zayıf Yönler	Gözlemciler Arası Tutarlılık
Yanlış Hasta / Yanlış Taraf (YH/YT)	- Yanlış taraf işaretlemesini fark ederek düzeltilmesi - Kimlik doğrulamasını çok adımlı (hasta, servis, hekim) yapılması	- Kimlik bilekliğinin değiştirilmemesi - Alerji sorgusunun yapılmaması ve kırmızı bileklik kullanılmaması - Taraf doğrulamanın yalnızca sözlü teyitle sınırlı kalması - Dosya ve belgelerden kontrol alışkanlığının olmaması	Yüksek tutarlılık; tüm raporlar YH/YT uygulamalarında benzer riskleri işaret etti
Hasta Düşmeleri (HD)	- Bazı katılımcıların hasta transferinde sabitlemeyi eksiksiz yapılması - Postoperatif dönemde güvenli nakil sağlanması	- Transfer sırasında emniyet kemerinin ihmal edilmesi - Sedye kenarlıklarının kullanılmaması - Sabitlemenin yüzeysel veya eksik yapılması	Orta-yüksek tutarlılık; gözlemciler farklı yoğunluklarla da olsa aynı eksiklikleri kaydetti
Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE)	Sterilite ihlallerine aktif müdahale (maskesiz çalışana uyarı, yüzük çıkarılması, yanlış silme işleminin düzeltilmesi) edilmesi	- Ameliyat bölgesinin protokole uygun temizlenmemesi - Sterilizasyon indikatörlerinin kontrol edilmemesi - Sterilite ihlallerine kayıtsız kalınması	Çok yüksek tutarlılık; CAE bulguları raporlarda en sık tekrar eden eksiklikler oldu
Unutulan Yabancı Cisimler (UYC)	- Eksik spançları fark ederek cerraha bildirilmesi - Skopi talep ederek hasta güvenliğini güvence altına alınması	- Cerrahi malzeme sayımının yüzeysel yapılması - Malzeme kayıtlarının eksik tutulması - Ameliyat sonunda eksik spançların fark edilmemesi	Yüksek tutarlılık; raporların çoğu sayım ve kayıt yetersizliklerini yineledi

Tablo 10, gözlemciler arası yüksek uyumu yansıtırken, hasta güvenliği bağlamında sistematik ve tekrarlayan risk alanlarının varlığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu bulgular, hem simülasyon temelli uygulamaların geçerliliğini desteklemekte hem de geliştirilmesi gereken alanlara ışık tutmaktadır.

4.2. Debriefing (Çözümleme) Oturumları İçerik Analizi

Bu içerik analizi, simülasyon temelli NYKS uygulamasına katılan 10 ameliyathane hemşiresi ile gerçekleştirilen debriefing oturumlarından elde edilen verilere dayanmaktadır.



Şekil 6. Debriefing (çözümleme) oturumları sonucu: ana temalar ve alt temalar

Bu kapsamda, katılımcı ifadeleri ayrıntılı biçimde çözümlendi; tekrar eden kavramlar, belirgin vurgular, duygusal ifadeler ve süreç sonunda öne çıkan öğrenme çıktıları tematik başlıklar altında sınıflandırıldı (Şekil 6). Elde edilen temalar, hasta güvenliği kuramsal çerçevesi (Örneğin hata önleme, güvenlik kültürü, iletişim ve ekip iş birliği, risk farkındalığı) ile ilişkilendirilerek derinlemesine yorumlandı.

Tema 1: Mesleki Farkındalık

Debriefing oturumları, hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlarını yeniden değerlendirmelerine imkân tanıdı ve mesleki farkındalıklarının güçlenmesini sağladı. Katılımcılar, hasta güvenliğine ilişkin kritik güvenlik başlıklarını doğrudan kendi deneyimleri üzerinden tartışarak bu sorumluluklarını daha net kavradı.

Kodlar: Farkındalık, görünmez hata, kritik düşünme, öğrenme

Alt Tema 1.1: Sorumlulukların Fark Edilmesi

Katılımcılar, hasta kimlik doğrulama ve ameliyat bölgesi teyidinin yalnızca dosya üzerinden yapılacak rutin bir işlem olmadığını, aynı zamanda hasta ile birebir iletişim kurmayı ve ekip içinde paylaşılan sorumluluğu gerektiren kritik bir güvenlik adımı

olduğunu vurguladılar. Bu durum, hemşirelerin yalnızca gözlemci değil, sürecin aktif bir güvenlik takipçisi olduğunu ortaya koydu.

“Ameliyat bölgesi teyidini dosyadan bakarak yapardım ama bugün bunu kaçırdım. Oysa bizim rutinimizde sabah hastanın yanına gidip rahatlatır, dosyasını kontrol eder, adını soyadını teyit eder, asistan ve cerrahı onay alır, sonra hastayı teknisyenle birlikte odaya alıp anesteziye teslim ederiz. Bugün eksikliklerim arasında bölge teyidini ayrıca yapmam gerektiğini fark ettim. Çünkü bu, ekiple birlikte benim de sorumluluğum.” (K1)

Benzer şekilde, bir katılımcı hastanın güvenli transferinde teknisyen ve hemşirenin sorumluluk paylaşımı olduğunu; ancak bu süreçte hemşirenin mutlaka durumu kontrol etmesi gerektiğini fark ettiğini şu sözlerle dile getirdi:

“Bazen çok hızlı çalışıyoruz, asistanlarımız da süreci hızlandırmak istiyor. Ama ben hastayı tek başıma ya da asistana bırakarak çekmem, düşebilir. Oysa teknisyen, hastayı güvenli şekilde sabitleyebilir ve riski önler. Bu süreçte ben de teknisyeni kontrol eden kişi olarak sorumluluğumu fark ediyorum.” (K3)

Sorumluluk bilincinin yalnızca prosedürlerle sınırlı olmadığı, aynı zamanda olası hataları tekrar eden kontrollerle önleme gerekliliği de dile getirildi:

“Tarafta işaretlemelerde sıkıntı yaşadık; servisten işaretleme yapılmadan gelen hasta, masaya alındığında yine yanlış tarafta işaretlenmişti. Kendim kontrol etmeme rağmen hatalı işaretleme devam ediyordu. Bu durum, her aşamada tekrar tekrar kontrol etmenin gerekliliğini bize bir kez daha gösterdi” (K7)

“...bulaşıcı hastalıklar (HIV, Hepatit B gibi) bazen ekip tarafından paylaşılmayabiliyor. Böyle durumlarda hemşirenin de dosyayı açıp kontrol etmesi, gerektiğinde hatırlatma yapması gerekiyor. Çünkü ameliyata girerken iğne batması gibi riskler yaşıyoruz ve bu tür bilgiler ek önlemler almamızı sağlıyor. Çift eldiven takmak, koruyucu gözlük kullanmak gibi önlemler bizim sorumluluğumuz olmalı. Uygulama sırasında da bu sorumluluğun ne kadar önemli olduğunu daha net hissettim.” (K1)

Katılımcılar, ameliyat öncesinden malzeme temini ve sayım prosedürlerine kadar uzanan her aşamanın ciddi sorumluluk taşıdığını vurguladılar:

“Bir problem olduğunda, mesela farklı otoklavdan çıkmışsa, gömlek ve örtü bohçasına bakar, gerekiyorsa değiştirir ve sorumluya bildiririm. Çünkü bu tür şeyler gözden kaçabilir, ekstra kontrol etmek gerekir. Bu süreçte hangisi senaryo, hangisi gerçektir diye düşündüm ama sonuçta sorumluluk alıp karar vermek zorundaydım.” (K3)

“...bunun yasal sorumluluğu bizde olduğu kadar onlarda da var. Biz mutlaka kayıt altına alıp, mümkünse imzalıyoruz; imzalamadığında bile ayrıca tutanak tutuyoruz... Sayım eksikliğini fark ettiğimde uyarımı yaptım ve sayımın tam olmadığını belirttim. Buna rağmen cerrah kapatmak istiyorsa sorumluluğu kendisine aittir. Ben ise bunu yazılı hale getirir ve imzalatırım. Orada ‘kapatamazsın’ diye tartışmaya girmek benim görevim değil, ama sorumluluğumu bilmek ve kayıt altına almak benim yükümlülüğümdür.” (K7)

“Çok büyük sorumluluk, çok ciddi bir iş yapıyoruz. Hiç basit değil, hiç kolay değil. Bir kere doğru taraf, doğru ameliyat, doğru hasta... Bugün bir kez daha gördük ki bunlar kesinlikle olmazsa olmaz.” (K6)

Bu ifadeler, hemşirelerin hasta güvenliği farkındalığının yalnızca uygulama becerisine değil, aynı zamanda etik, yasal ve mesleki sorumluluk bilincine dayandığını göstermektedir.

Alt Tema 1.2: Branşlaşmanın Önemi

Oturumlarda öne çıkan bir diğer bulgu, branşlaşmanın hemşirelerin mesleki farkındalığını ve ekip içindeki konumunu güçlendirdiğidir. Katılımcılar, belli bir cerrahi branşa hâkim olmanın güven ilişkisini geliştirdiğini vurguladılar:

“Branş hemşiresi olduğunda cerrah ve ekip sana güvenir, o odanın kontrolü sende olur. Sterilizasyondan giren çıkan kişilere, malzemelere kadar her şeye hâkimsindir. Cerrah sana güvendiği için her şey daha kolaydır. Bir hemşire olarak literatürde yazanları uygulayabilir, aynı zamanda yıllarca kazanılan deneyimle doyuma ulaşabilirsin.” (K6)

Benzer şekilde, deneyim ve aşinalığın iletişim biçimini de olumlu etkilediği belirtilmiştir:

“Branş hemşiresi olunca ekibe daha aşına oluyorsun; kime nasıl müdahale etmen gerektiğini, kimi nasıl uyarman gerektiğini biliyorsun. Cerrahlar seni bölüm hemşiresi olarak kabul etmişse dikkate alıyorlar. O yüzden agresif tepkiler pek olmuyor. Elbette ‘hemşire hanım nasıl gözden kaçırdınız’ gibi şeyler denebiliyor ama genelde özverili çalıştığımı bildikleri için hatayı değil, alınacak önlemleri konuşarak yaklaşıyorlar.” (K7)

Dolayısıyla, debriefing oturumları katılımcıların yalnızca bireysel sorumluluklarını değil, aynı zamanda branşlaşmanın hasta güvenliği açısından önemini de yeniden düşünmelerine zemin hazırladı.

Tema 2: Ekip Dinamikleri

Debriefing oturumlarında hemşirelerin üzerinde en çok durduğu konulardan biri de ekip dinamikleri oldu. Katılımcı ifadeleri, ameliyathanede güvenin ekip üyeleri arasındaki iş birliğini kolaylaştırdığını, ancak kimi durumlarda risk oluşturabilecek sınırlılıkları da beraberinde getirdiğini gösterdi.

Kodlar: Güven, İş birliği, Kontrol, Sorumluluk, Ekip ruhu

Alt Tema 2.1: Ekip İçi Güven

Katılımcılar, ameliyathane ortamında ekip üyeleri arasında güven duygusunun iş yükünü azalttığını ve olası hataların daha kolay fark edilmesini sağladığını vurguladı. Bu güvenin, özellikle hasta güvenliği açısından kritik adımların gözden kaçmamasına katkı sunduğu belirtildi. Bir katılımcı bu durumu şu sözlerle ifade etti:

“Bir kere, yanımda güvenebileceğim elemanların olması çok büyük bir rahatlıkmiş; bunu çok iyi fark ettim. Her şeye yetişmeye çalıştığım da ister istemez mutlaka gözümünden kaçan şeyler oluyor. Ama etrafımda kendi teknisyenlerim varken, benim ikinci, üçüncü, dördüncü gözlerim de onlar oluyor. Benim görmediğim yerde onlar uyarıyor. Bire bir uyaramadıkları durumlarda ise, ‘Hemşire Hanım, bak şöyle bir şey yaptı; uyarmak ister misiniz?’ diye beni uyarıyorlar en azından.” (K7)

“Aslında hastanın üstünde ekip olarak dört kişi varsa sekiz göz, beş kişi varsa 10 göz var. Doğrusu da bu ve biz de bunu yapıyoruz. Bu konuda kesinlikle mütevazı olmayacağım.” (K6)

Aynı zamanda bu güvenin kişisel deneyimlerle şekillendiği de vurgulanmıştır:

“Bildiğim bir kişi ise, mesela X hasta teyidini mutlaka doğru yapmıştır diye düşünürüm, ikinci kez kontrol etmeyebilirim. Ama Y’yi hiç tanıımıyorsam mutlaka kendim bir kere daha bakarım. Beraber çalıştıkça güven oluşuyor, onun da bu işi doğru yaptığını görüyorsun. Bu güvenle vakalar ilerliyor ama bilmediğin insanlarla çalıştığında kontrol ihtiyacı daha fazla oluyor.” (K7)

Alt Tema 2.2: Güvenin Sınırlılıkları

Katılımcılar, güvenin ekip içi iş birliğini kolaylaştırmakla birlikte, aşırıya kaçtığında kontrol mekanizmalarının gevşemesine ve kritik güvenlik adımlarının göz ardı edilmesine yol açabileceğini vurguladılar.

“Biraz önce ekip işinden bahsettik; anestezi, hemşire, teknisyen herkes biliyor, herkesin birbirine güveni var. Bu güven odada bir rahatlık oluşturuyor. Ama bunun bir handikabı da var: Herkes birbirine güvenirse, kimse hastanın doğru olup olmadığını gerçekten kontrol etmez. Bizde güven kelime anlamıyla mevcut, ancak ekip ruhu asıl olarak nedir? Hepimiz ‘hastayı gördüm, biliyorum, doğru hasta, doğru taraf, doğru ameliyat’ dersek, işte risk de burada ortaya çıkıyor.” (K6)

“...atladığım bir şey bulaşıcı hastalık durumu. Ama bunun da mutlaka hemşire tarafından ayrıca teyit edilmesi gerekiyormuş. Şu anda bu konunun önemini daha iyi fark ediyorum.” (K3)

“Hastayı odadan çıkartırken sedye kenarlıklarını kapatmadığımızı fark ettim. Bizde bu işi genellikle teknisyen arkadaşlarımız çok güzel yapıyor; adeta otomatik pilot gibi kolları kaldırıp kemerleri bağlıyorlar. Biz de onların yaptığına güvenip dışarı alırken hiç bakmamışız.” (K6)

Bu bulgular, ekip içi güvenin hasta güvenliği açısından hem destekleyici hem de risk oluşturabilecek çift yönlü bir etki barındırdığını ortaya koydu.

Tema 3: Bireysel Tutum

Debriefing oturumlarında, hemşirelerin hasta güvenliği süreçlerinde bireysel tutumlarının önemli bir rol oynadığı görüldü. Katılımcı ifadeleri, özellikle iletişimde geri planda kalma ve mesleki yetkinliklerin sınırlandırılması gibi durumların, hemşirelerin etkinliğini kısıtladığını ortaya koydu.

Kodlar: Tutum, İletişim, Yetkinlik, Görünürlük

Alt Tema 3.1: İletişim Yetersizliği

Katılımcılar, ameliyathane ortamında anestezi ve cerrah ağırlıklı iletişim akışının hemşirelerin ekip içindeki konumunu sınırladığını vurguladılar. Bunun sonucu olarak hemşirelerin karar alma süreçlerinde ikinci planda kaldıkları dikkat çekti.

“Anestezi, asistan ve cerrahlarımızla olan iletişimde hemşire daha geri planda kalıyor. Özellikle hasta dosyası incelemesi genellikle anestezi ve cerrahlara bırakılıyor.” (K1)

“Anestezi ile asistan arasındaki iletişim daha çok asistan üzerinden yürür, hemşire bire bir dahil olmaz.” (K1)

Bu ifadeler, iletişim kanallarında hemşirenin daha görünür kılınmasının, hasta güvenliğine yönelik karar süreçlerinin güçlendirilmesi açısından kritik önem taşıdığını göstermektedir.

Alt tema 3.2: Mesleki Yetkinliklerin Sınırlandırılması

Debriefing oturumlarında katılımcıların hasta güvenliğini tehdit edebilecek bazı sorumlulukların kendilerine ait olmadığını düşündükleri ya da bu görevleri yeterince benimsemedikleri gözlemlendi. Bu durum, katılımcıların şu ifadelerinden açıkça anlaşılmaktadır:

“Setleri açarken barkodları dosyaya yapıştırıyoruz; normalde teknisyen alır, biz de sürekli paslaşırız. Teknisyen mutlaka orada olacak; çünkü hastayı çekmek ve sabitlemek onun rutin işi. Asistanın görevi olmadığı için gözden kaçırabilirler. Benzer şekilde, kontrol işlemlerini de genelde anestezi ekibine bırakıyoruz, çünkü çoğunlukla onlar yapıyor.” (K3)

“Bölge teyidini de genellikle asistan belirler. Dosya kısmında ise anestezi ekibi değerlerine bakar, hastanın tüm teyitlerini yapar. Biz de dosyanın adı, soyadı ve ameliyat tanısını asistanlarımız ve cerrahlarımızla birlikte kontrol ederiz.” (K1)

Bu bulgular, hemşirelerin bireysel tutumlarının hasta güvenliğine katkı potansiyeli taşımasına rağmen, bazı sorumlulukları kendi görev alanlarının dışında görmeleri nedeniyle sürece katılımlarını sınırlandırdığını ortaya koymaktadır.

Tema 4: Sorumlulukların Paylaşımı

Debriefing oturumlarında katılımcılar, ameliyathane süreçlerinde sorumlulukların hem bireysel hem de ekip düzeyinde farklı şekillerde paylaşıldığını vurguladılar. Bu bağlamda, hemşireler kimi zaman tek başına yüklenilen mesleki sorumlulukların ağırlığını dile getirirken, kimi zaman da iş birliği ile yürütülen uygulamaların hasta güvenliği açısından daha etkin olduğunu ifade ettiler.

Kodlar: Paylaşım, Mesleki yük, İş birliği, Ekip desteği, Görev dağılımı

Alt Tema 4.1: Mesleki Yük

Katılımcılar, özellikle spanç sayımı gibi kritik güvenlik adımlarında sorumluluğun ağırlıklı olarak hemşirelere yüklenmesinden duydukları rahatsızlığı dile getirdiler. Bu durumun, hasta güvenliğinin riske atılmasına yol açabileceği ve sorumluluğun mutlaka ekip düzeyinde paylaşılması gerektiği vurguladılar. Bir katılımcı bu konuyu şu sözlerle aktardı:

“Sonuçta burada bir ekip olarak çalışıyoruz. Fakat spanç sayımı konusunda bir sıkıntı olduğunda direkt hemşire sorumlu oluyor. Bence sorumluluğun tek bize yüklenmesi yanlış. Unutulmuş olabilir ama bunu böyle mi kapatalım? Yani hastayı riske mi atalım? Buna beraber çözüm bulmamız lazım; kaldıysa arayalım, bulalım, bulunmadıysa skopi çekelim. Ama tek sorumlu hemşire olmamalı.” (K4)

Aynı katılımcı, bu durumun vakaya odaklanmasını güçleştirdiğini ve çevresel unsurları sürekli denetleme baskısı yarattığını şu sözlerle dile getirdi;

“Daha fazla kontrol etmem, daha çok dikkatli olmam gerekiyor. Örneğin vakanın %20’sini takip ediyorsam, %80 etrafı kontrol etmek

durumundayım. Çünkü sorumluluk bende... Biri bir yere mi değdi, spanç yere mi düştü... Bu nedenle her detayı kontrol etmek benim bireysel sorumluluğum oluyor.” (K4)

Bu bulgular, kritik güvenlik adımlarında sorumluluğun ağırlıklı olarak hemşirelere yüklenmesinin mesleki yükü artırarak sürecin ekip temelli yürütülmesini zorlaştırdığını göstermektedir.

Alt Tema 4.2: İşbirlikçi Yaklaşım

Sorumlulukların paylaşılması gerektiğini vurgulayan katılımcılar, ekip çalışmasının hasta güvenliğinin temelini oluşturduğunu dile getirdi. Bir hemşire bu yaklaşımı şu sözlerle ifade etti:

“Kim gerekiyorsa o yapıyor ‘bu benim işim değil’ diye bir şey yok’. Eksik olduğunda sen tamamlıyorsun, yeri geliyor cerrahi ekibe dahil olmadığı halde anestezi de yardım alıyoruz. Hastayı çekiyorsun, tutuyorsun, ayılmaya götürüyorsun... Yani bu tamamen bir ekip işi. Olmasa zaten işler yürümez.” (K5)

Benzer şekilde, katılımcılar ekip üyeleri arasındaki karşılıklı destek ve görev paylaşımının önemine dikkat çektiler. Bir katılımcı bu durumu şu ifadelerle dile getirdi:

“Normalde teknisyenimizle ve cerrahi asistanla bire bir kontak halinde çalışıyorum. Aslında görevler birbirini tamamlıyor; örneğin hastada bulaşıcı hastalık olup olmadığını anestezi ekibi bildirir, biz de ona göre hazırlık yaparız. Bölgenin tıraşı teknisyenle, cerrahla paslaşarak yürütülür. Bu tür durumlar tek kişinin değil, ekibin birlikte hareket etmesiyle güvenli hale geliyor.” (K3)

Bu bulgular; katılımcıların, hasta güvenliği sorumluluklarının yalnızca hemşireye yüklenmesinin adil ve güvenli olmadığını; güvenli bir ameliyathane ortamının ancak tüm ekibin ortak sorumluluk üstlenmesiyle sağlanabileceğini düşündüklerini ortaya koymaktadır.

Tema 5. Baskı Hissi

Debriefing oturumlarında katılımcılar, ameliyathane ortamında sıkça karşılaşılan zaman baskısı, hız beklentisi ve sessizlik kültürünün hemşireler üzerinde önemli bir stres

kaynağı yarattığını vurguladı. Bu durum, hasta güvenliği açısından kritik adımların göz ardı edilmesine yol açabilecek bir risk faktörü olarak değerlendirildi.

Kodlar: Zaman baskısı, Hız beklentisi, Stres, Sessizlik kültürü, Hiyerarşi

Alt Tema 5.1: Zaman Yönetimi

Katılımcılar, ameliyathanede en sık yaşanan baskı unsurlarından birinin zaman kısıtlılığı olduğunu dile getirdiler. Hızlı hareket etme, vakayı geciktirmeme ve cerrahın beklentilerini karşılamaya çalışma sürecinde hemşireler hem fiziksel hem de psikolojik olarak zorlandıklarını belirttiler. Bir katılımcı bu durumu şu sözlerle aktardı:

“İçeri girdim, yıkandım, doktor hemen geldi ve ‘başlıyoruz’ dedi. Bu durum biraz mobbing gibi hissettirdi çünkü çok kısa bir zamanımız vardı, bu da bende stres yarattı. O süreçte setimi saymam, hazırlıklarımı tamamlamam ve aynı zamanda vakayı bekletmemem gerektiğini düşündüm. Anesteziye uygun şekilde başlamamız gerekiyordu.” (K10)

Benzer şekilde, başka bir katılımcı zaman baskısının hata riskini artırdığını ve süreçte zorlandığını şu sözlerle ifade etti:

“Ameliyathanede sık sık hızlı olma, acele etme ve vakayı bir an önce başlatma yönünde bir baskı yaşıyoruz. Burada ise bu durum çok daha belirgindi; sürekli sterilizasyon bozuldu ve tekrar tekrar değişim süreci yaşandı. Normalde ameliyathanede herkes dikkatli olduğu için bu kadar sıkıntı olmaz; bu durum beni yordu, bocalamama ve heyecanlanmama neden oldu.” (K8)

Aynı katılımcı, baskı altında hata yapma riskine şu şekilde dikkat çekti:

“Cerrahlarımız zaman zaman çok hızlı olmak durumunda kalıyor, fakat asistanların eğitimi için sürecin yavaş ilerlediği dönemler de oluyor. Bu hemşire üzerinde baskı yaratıyor; yılların verdiği deneyimle stres yönetimini öğreniyoruz, ancak mesleğe yeni başladığında yaşanan panik ve kaygı hataların peş peşe gelmesine yol açabiliyor. Senaryo bu anlamda bazı şeyleri fark etmemizi sağladı.” (K8)

Alt Tema 5.2: Sessizlik Kültürü

Katılımcılar, baskının yalnızca zaman yönetiminden değil, aynı zamanda ekip içindeki hiyerarşik yapıdan ve sessizlik kültüründen de kaynaklandığını belirttiler. Hataları fark etseler bile dile getirmekte zorlandıklarını ifade eden hemşireler, bu durumun hasta güvenliği açısından ciddi risk taşıdığını vurguladılar. Bir hemşire bu durumu şöyle aktardı:

“Doktor arkadaşımız yüzükleriyle girdi, fark ettim ama belirtmedim. Tekrar yıkamaya gönderebilirdim ama ‘acaba yormuş olur muyum’ diye tereddüt ettim. Sterilizasyon çok önemli, biz normalde bu konulara dikkat ediyoruz. Orada aslında ne yapmam gerektiğini bilemedim, sessizce söyledim. Oysa almamam gerekiyordu, bu benim sorumluluğumdur.” (K2)

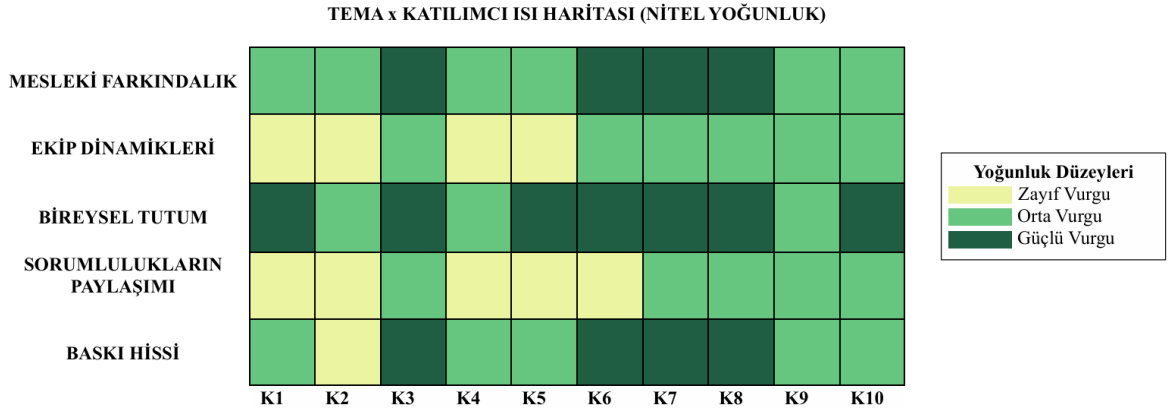
“Cerrahın el yıkama süresinin çok kısa olduğunu fark ettim ama o an söylemedim. Normalde olsa mutlaka ‘Biraz kısa yıkadınız, tekrar yıkanabilir misiniz?’ diye uyarırım.” (K9)

Bir başka katılımcı ise, hiyerarşik yapının etkisiyle yalnızca bariz hatalarda müdahale ettiğini şu sözlerle dile getirdi:

“Cerrahlarımızı ise bariz bir hata görmediğim sürece tekrar kontrol etme gereği duymam, sessiz kalırım.” (K7)

Bu bulgular hemşirelerin zaman baskısı ve sessizlik kültürü nedeni ile güvenlik adımlarını ihmal edebildiklerini göstermektedir. Bu durum hasta güvenliğini doğrudan tehdit eden bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç olarak, simülasyon süreci katılımcılara yalnızca hata farkındalığı kazandırmakla kalmadı; aynı zamanda mesleki rollerini daha net tanımlayarak özgüvenlerini pekiştirdi. Katılımcılar, sorumluluk bilinciyle hareket etmenin, ekip içinde güven ortamını güçlendirdiğini ve bu deneyimin mesleki kimliklerine değer kattığını dile getirdi. Böylelikle debriefing oturumları, simülasyonun öğrenme döngüsünü tamamlayan kritik bir aşama olarak değerlendirildi ve hasta güvenliği eğitiminde etkinliği artırıcı önemli bir unsur olarak öne çıktı.



Şekil 7. Debriefing (çözümleme) oturumları içerik analizi: ısı haritası

Debriefing oturumlarından elde edilen bulguların görsel yansıması olarak bir ısı haritası oluşturuldu (Şekil 7). Bu harita, katılımcıların bazı temalarda güçlü, bazılarında ise daha sınırlı vurgular yaptığını açıkça göstermektedir.

4.3. Refleksiyon Oturumu İçerik Analizi

Bu içerik analizi, NYKS uygulamaları sonrasında tüm katılımcılarla yapılan refleksiyon oturumunda ameliyathane hemşirelerinin kişisel mesleki deneyimlerine dönük iç görü ve anlamlandırmalarını ortaya koymayı amaçladı. Katılımcılar, simülasyon uygulamasında edindikleri farkındalıklar ışığında geçmişte yaşadıkları hasta güvenliğini tehdit eden ya da geliştiren olayları yeniden değerlendirdi.



Şekil 8. Refleksiyon oturumu sonucu: ana temalar ve alt temalar

Nitel içerik analizine dayanan bu süreçte, içsel sorgulama, etik duyarlılık, güçlenme ve profesyonel anlam arayışı ön plana çıktı. Yapılan analiz sonucunda beş ana tema belirlendi (Şekil 8).

Tema 1: Geçmiş Deneyimlerin Yeni Bir Bakış Açısı ile Değerlendirilmesi

Katılımcılar, NYKS süreciyle kazandıkları farkındalık sonrasında geçmişte tanık oldukları hasta güvenliğini tehdit eden olayları yeniden değerlendirdi. Daha önce olağan ya da görünmez kabul edilen hatalar, refleksiyon sürecinde yeniden anlamlandırıldı ve kişisel sorumluluk bağlamında ele alındı. Bu bulgular, refleksiyonun hem retrospektif değerlendirme hem de mesleki özeleştirici boyutlarını öne çıkardığını göstermektedir.

Kodlar: Retrospektif değerlendirme, geçmiş olaylara yeni bakış, geç farkındalık, pişmanlık

Alt Tema 1.1: Normalleştirilmiş Riskli Davranışların Fark Edilmesi

Refleksiyon süreci, hemşirelerin günlük pratikte olağan kabul ettikleri riskli davranışları görünür kıldı. Katılımcılar özellikle acil durumların gerekçesiyle normalleştirilen, ancak hasta güvenliğini ciddi biçimde tehdit eden uygulamaları yeniden sorguladılar.

“Bir gün acil vaka aldık; böyle durumlarda hastayı alış şeklimiz zaten kuralların dışında oluyor. Bu tür vakalarda çok büyük bir aciliyet söz konusu. Boyamasını, örtülmesini beklemeden hemen açmamız gerekiyor. Öncelik hastayı hayatta tutmak oluyor.” (K2)

“Bazen acil vakalarda peş peşe iki yabancı cisim çıkarılması gerekebiliyor. Bu durumlarda bazı aletlere ihtiyaç oluyor ama steril olmuyor. Acil olduğu için sadece alkolle temizleyip kullanıyorum. Bu nedenle, böyle durumlarda vaka çok da steril ilerlemiyor.” (K7)

Katılımcılar, yalnızca kendi uygulamalarını değil, diğer sağlık profesyonellerinin kurallara uymama davranışlarını da sorguladılar. Maske takmama gibi basit fakat kritik ihlallerin tekrarlanması, zamanla olağanlaşarak uyarıların etkisiz kalmasına ve hemşirelerde müdahalelerin sonuçsuz kaldığı algısının oluşmasına neden olmaktadır.

“X vakalarda, cerrahlar odaya maskeleri açık bir şekilde gelebiliyor. Hastayla ilgili bilgi alıp sonra çıkıyorlar. Biz birçok kez uyardık ama dikkat edilmediğini gördük. Artık öyle bir noktaya geliyor ki, uyarılarımıza rağmen

bu durum alışılmış hale geliyor ve bizim elimizde olmadan devam ediyor.”
(K8)

Katılımcılar, günlük pratikte özellikle acil durumların gerekçesiyle olağanlaştırılan davranışların yanı sıra, zamanla otomatikleşen uygulamaların da hasta güvenliği açısından ciddi riskler barındırdığını vurguladılar;

“Sürekli vakaya girdiğinde bazı şeyler spontane geliyor. Artık beyin onu kodlamış oluyor. Koteri bağladığımız an otomatik olarak elim ona gider, kontrol ederim. Ama bu otomatikleşme bazen hataya da neden olabiliyor.”
(K6)

“Geçenlerde bir vakada başımıza geldi. Hastanın iki bacağı da açıktı, cerrahi alan tamamen açıktı. Cerrahi teknisyen koteri taktığında cihaz otomatik basılı kalmış ve kendiliğinden çalışmaya başladı. Eğer ben koteri yeşilin üzerine koymasaydım, doğrudan hastanın cildine temas edecek ve yanığa sebep olacaktı. Bu tür durumlar sık yaşanıyor ve küçük bir dikkatsizlik bile ciddi hasta güvenliği sorunlarına yol açabiliyor.” (K8)

Bu anlatılar, görünmez hale gelen risklerin fark edilmesinin ötesinde, hemşirelerde bu durumlara karşı daha bilinçli, sorgulayıcı ve sorumluluk temelli bir yaklaşım geliştirme ihtiyacını da ortaya koymaktadır.

Alt Tema 1.2: Görünmez Hataların Ardındaki Sorumluluk Payı

Refleksiyon oturumu, hemşirelerin yalnızca kendi sorumluluk alanlarındaki değil, fark edilmeyen ya da telafisi mümkün görülen hatalarda da sorumluluk üstlendiklerini ortaya koydu. Katılımcılar, kimi zaman başka sağlık profesyonellerinin yaptığı hataları dengelemek ya da telafi etmek zorunda kaldıklarını ifade ettiler. Bu durum, hemşirelerin yalnızca kendi rollerine değil, aynı zamanda ekibin bütününe karşı sorumluluk hissettiklerini ve hasta güvenliğini korumak adına gerektiğinde fazladan sorumluluk üstlendiklerini göstermektedir.

“Bir ameliyatta cerrah vaka başında asistanımıza ‘Bacağı da boyayın, oradan yağ alacağız’ demişti. Ben hazırlıklarla meşgul olduğum için asistanın boyadığını varsaydım. Ancak vakaya başlarken sordum, ‘Bacağı boyamıştın değil mi?’ dedim. Asistan, ‘Eyyvah, unuttum’ dedi. O anda

cerrahın tepkisini yumuşatmaya çalıştım çünkü yağ dokusu zorunlu değildi; bazen kullanılır, bazen kullanılmaz. Asistan işe yeni başlamış olduğu için cerrahın aşırı tepki göstermesini kıdemli hemşire olarak törpülemeye çalıştım. Bir nevi telafisi mümkün bir durumdu ama başka bir doktor olsaydı tolere etmeyebilirdi. Burada sorumluluk asistanındı çünkü boyama işlemlerini asistanlar yapar; fakat dengeleme işi bana düşmüş oldu.” (K1)

Öte yandan, görünmez hataların yalnızca başkalarının değil, hemşirenin kendi sorumluluk alanında da ortaya çıkabildiği ve bu durumların mesleki özeleştiriyeye zemin hazırladığı görülmektedir. Katılımcılar, çoğu zaman fark edilmeyen küçük ihmallerin bile hasta güvenliği açısından kritik sonuçlara yol açabileceğini vurguladı, bu deneyimlerden sonra kendi uygulamalarına daha dikkatli yaklaşmaya başladıklarını belirttiler.

“Yeni başladığım dönemde X ameliyatına girmiştım. Spanç sayımı yapıyor, anesteziye bildirimde bulunuyordum ama kanamanın bohçaya aktığını fark edemedim. Hasta ciddi kan kaybetmişti. O an ‘nasıl olsa anestezi de fark eder’ diye düşünmüştüm. Aslında bildirmek benim görevim ama vaka boyunca kan gazı çalışmaları için onların da göreceğini varsaymıştım. Bu durum bana önemli bir ders oldu. Artık spançların yanı sıra yeşili de kontrol ediyorum; çünkü küçük bir ihmal bile hasta güvenliği açısından kritik sonuçlara yol açabiliyor.” (K8)

Bu bulgular, hemşirelerin görünmez hatalar karşısında yalnızca pasif tanıklar olmadığını; aksine ekip kaynaklı hataları dengeleyen ve kendi ihmallerinden öğrenerek uygulamalarını geliştiren aktif bir sorumluluk bilinci geliştirmeleri gerektiğini göstermektedir.

Tema 2: Sessizlik Kültürü ve Etik Sınırlar

Katılımcılar, hasta güvenliği açısından kritik durumlarda dahi zaman zaman sessiz kalmak zorunda kaldıklarını ya da müdahale edemediklerini dile getirdiler. Bu sessizlik, otorite baskısı, ortamın gerginliği veya uyarıların dikkate alınmaması gibi çok boyutlu nedenlerden kaynaklanmaktadır. Refleksiyon süreci, sessizliğin yalnızca iletişimsel bir sorun değil, aynı zamanda etik bir yük ve vicdani sorgulama yaratan bir durum olduğunu ortaya koydu.

Kodlar: Etik sorumluluk, vicdan, sessiz kalma, ahlaki rahatsızlık, mesleki muhasebe

Alt Tema 2.1: İletişimde Geri Durma

Katılımcılar, doğru bildikleri noktaları dile getirmekte zaman zaman geri durduklarını, bu durumun ise hasta güvenliğini olumsuz etkileyebildiğini vurguladılar. Özellikle cerrahların gerginliği, otorite ilişkileri ve hiyerarşik yapının baskısı, hemşirelerin seslerini çıkarmakta zorlanmalarına neden olduğu ortaya çıktı.

“Vaka sırasında cerrah çok gerildi, gidişat iyi gitmedi. O anda ben ortamı toparlamaya çalıştım ama cerraha doğrudan bir şey söylemedim. Bazıları açıklama yapmayı dener ama ben sessiz kalıp işimi yapmayı tercih ediyorum. Yani duygularımı içimde yaşıyor, ortamı iş üzerinden kontrol etmeye çalışıyorum.” (K9)

“Bazen arada kalabiliyorsun; doğru bildiğin bir şeyi söylerken düşünüyorsun. ‘Burada iki yardımcı doçent, iki asistan var, söylesem mi söylemesem mi?’ diyorsun. Çünkü herkesin ruh hali ve psikolojisi vaka sırasında farklı olabiliyor.” (K1)

Sessizlik kimi zaman yalnızca sözlü uyarıda bulunmamayı değil, gözle görülür şekilde süregelen kural ihlallerini de normalleştirebilmektedir:

“Mesela çok sevdiğimiz bir cerrahımız vardı. Ancak bazı kurallara uymuyordu ve bunu engelleyemiyorduk. Bu durum birçok kez tekrarlandı. Defalarca konuşulmasına rağmen çözüm bulunamadı.” (K2)

Bu sessizlik, bazı durumlarda doğrudan hasta güvenliğini tehdit eden sonuçlara da yol açabilmektedir:

“Genelde susup kalan bir yapım yoktur ama bir vaka sırasında cerrahımız sinirli ve çok stresliydi. Medikalci vakaya girmediği için bana ‘Şu çapa şu vidayı vereceksin’ diye bilgi verdi. Ben de cerraha ilettim ama duymadı. Tekrar söyleyip söylememek arasında kaldım. Çok gergindi, ben de söyleyemedim. Yanımdaki asistana, ‘Cerraha iletelim, yanlış vida takılırsa sil baştan olur, saatlerce uzar’ dedim, o da cesaret edemedi. Sonunda yanlış vida takıldı ve cerrahımız ‘Bu vida değil ki’ dedi. Ben de ‘Hocam söyledim ama duymadınız’ dedim. O da ‘Hayır, söyleyecektin, gerekirse bastıra

bastıra söyleyecektin, bana bu yanlış vidayı attırmayacaktın' dedi. Sonunda tabii ki sil baştan geri dönüldü.” (K1)

Bu örnekler, sessiz kalmanın yalnızca pasif bir tutum değil, aynı zamanda hasta güvenliği açısından ciddi sonuçlar doğurabilen bir bariyer olarak algılandığını göstermektedir.

Alt Tema 2.2: Etik Olarak Güçlenme İsteği

Refleksiyon oturumu, sessizlik kültürünün katılımcılarda yalnızca rahatsızlık yaratmakla kalmadığını, aynı zamanda gelecekte daha kararlı ve etik bir tutum benimseme isteğini tetiklediğini ortaya koydu. Katılımcılar, yaşadıkları deneyimler üzerinden hasta güvenliği konusunda daha güçlü bir duruş sergileme ihtiyacını vurguladılar.

“Güvenli cerrahi aşamalarında bazı sorumlulukların yerine getirilmemesi, hasta güvenliği açısından beni zor durumda bırakmıştı. Bu durumu yöneticilerimizle paylaşmama rağmen yeterli çözüm sağlanmadığını düşündüm ve bu süreç beni hayli rahatsız etti.” (K7)

Aynı katılımcı, benzer durumlarda arkasında destek hissettiğinde hasta güvenliği için daha rahat bir şekilde inisiyatif alabildiğini ifade etti:

“Kendi bölüm başkanımız bu konuda çok duyarlı. Asistanlara ve ekibe, hemşirelerin yönlendirmelerine dikkat edilmesi gerektiğini özellikle vurguluyor. O yüzden bana bir kural iletildiğinde önce bölüm başkanımıza danışıyor, onun kararına göre ekibe iletiyorum. Bu şekilde daha güvenli hissediyorum.” (K7)

Refleksiyon süreci, katılımcıların yalnızca teknik farkındalık geliştirmelerinin yeterli olmadığını; aynı zamanda etik bir sorumluluk bilinci kazanmalarının da gerekli olduğunu ortaya koydu. Sessiz kalmanın yarattığı vicdani yük güçlü şekilde ifade edilirken, geleceğe dönük olarak daha kararlı, daha bilinçli ve hasta güvenliğini merkeze alan bir duruş sergileme isteği öne çıktı.

Tema 3: Mesleki Kimliğin Yeniden Kurulması

Katılımcılar, simülasyon sonrası refleksiyon süreciyle birlikte kendilerini yalnızca teknik görevleri yerine getiren bireyler olarak değil; hasta güvenliği kültürünün taşıyıcıları ve etik uygulayıcıları olarak görmeye başladılar. Bu süreç, onların profesyonel rollerini

yeniden düşünmelerine ve mesleki kimlik algılarını derinleştirmelerine yol açtı. Ayrıca, hasta güvenliği kavramını yeniden tanımlayarak kendi sorumluluk alanlarını daha geniş bir perspektiften değerlendirdiler.

Kodlar: Profesyonel rol, kimlik sorgulaması, güvenlik kültürü taşıyıcılığı, sorumluluk bilinci

Alt Tema 3.1: Rol Algısının Genişlemesi

Refleksiyon oturumu, hemşirelerin hasta güvenliğini yalnızca ameliyat süresiyle sınırlı görmediklerini; aksine, hastanın ameliyathaneye ilk kabulünden taburculuğa kadar uzanan kesintisiz bir sorumluluk alanı olarak tanımladıklarını ortaya koydu. Katılımcılar, bu yaklaşımın mesleki rollerini daha bütüncül bir bakış açısıyla yeniden değerlendirmelerine imkân sağladığını ifade ettiler.

“Hasta güvenliği, hastanın ameliyathaneye girişinden başlayarak ameliyat öncesi hazırlık, ameliyatın kendisi, ameliyat sonrası süreç ve ameliyathaneden çıkışına kadar devam eden tüm aşamaları kapsar. Bizim için hasta güvenliği hastanın kapıdan alındığı andan, servise ya da yoğun bakıma güvenli şekilde teslim edilmesine kadar uzanan kesintisiz bir süreçtir.” (K6)

“Hastayı ameliyathaneye aldığımız andan itibaren sorumluluk tamamen bize aittir. Bu sorumluluk yalnızca ameliyat süreciyle sınırlı değildir; hastanın taşınması, masaya alınması, ameliyat sonrasında tekrar servise ya da yoğun bakıma güvenli bir şekilde gönderilmesi dâhil tüm aşamaları kapsar. Koridordan ayılma odasına, ameliyat ortamındaki her noktada hastanın can güvenliği sağlanmalı ve hasta, ameliyathane sürecinden sağlam ve sağlıklı bir şekilde çıkarılarak ilgili birime teslim edilmelidir.” (K1)

“Bence hasta güvenliği, hastanın sürecin her aşamasında kendini güvende hissetmesidir. Bu yalnızca hastaya değil, çalışanların da birbirine güven vermesiyle olur. Her adımda doğru şeyleri yaptığımızdan emin olmak bunun bir parçasıdır.” (K7)

Katılımcılar ayrıca, hasta güvenliğini sağlama sürecinde yalnızca bireysel görev tanımlarına bağlı kalmadıklarını; gerektiğinde ekip ruhu içinde kolektif sorumluluk üstlendiklerini de vurguladılar.

“Ameliyathanede görevler belli olsa da aslında herkes ekip ruhuyla çalışıyor. ‘Bu tamamen benim görevim değil’ denilen çok az şey var. Örneğin hastayı sedyeye almak teorik olarak teknisyenin görevi olsa da hasta ağır olduğunda tek başına yapması mümkün olmuyor. Böyle durumlarda asistan, hemşire, anestezi teknisyeni, hatta anesteziist bile yardımcı oluyor. Yani bu iş sadece teknisyenin görevi deyip kenara çekilmek bence doğru değil, olmamalı da.” (K7)

Rol algısındaki bu genişleme, hasta güvenliğini kesintisiz bir süreç olarak görmenin yanı sıra, ekip içi dayanışma ve karşılıklı güveni de güçlendirdiğini göstermektedir.

Alt Tema 3.2: Güvenlik Kültüründe Aktif Birey Olma Arzusu

Katılımcılar, yalnızca teknik görevlerini yerine getirmekle yetinmediklerini; aynı zamanda hasta güvenliği kültürünün korunması ve sürdürülmesinde daha aktif bir rol üstlenme isteği taşıdıklarını ifade ettiler. Refleksiyon süreci, hemşirelerin mesleki kimliklerinin bir parçası olarak güvenlik kültürünü sahiplenmeye yönelik bu arzularını güçlendirdi.

“Kendi bölümümüz dışında da birçok ekiple çalışıyoruz. Sterilizasyona uymamak hasta güvenliği için çok ciddi bir sıkıntı. Özellikle bazı bölümlerde ‘Biz zaten böyle yapıyoruz, sen geldin yeni kural mı çıkarıyorsun, hemşire bu kadar karışabilir mi?’ gibi tepkilerle karşılaşabiliyoruz.” (K7)

“Bir cerrah ya da asistan, hemşirenin ‘Bunu böyle yapmalısınız’ dediğinde deneyimine değer veriyorsa, bu bize saygı gösterildiğini ve güvende olduğumuzu hissettiriyor. Böylece korkmadan doğru bildiğimizi söyleyebiliyoruz. Özellikle göreve yeni başlayan hekimlerde bu fark ediliyor; hemşire varla yok arasında görülüyor, söylediklerimiz görmezden gelinebiliyor. Oysa sterilizasyon en çok dikkat etmemiz gereken şey. Örneğin bir ameliyat birimimizde seneler önce oda içinde dağınıklık vardı; bazı kurallara uyulmuyordu. Biz sürekli uyarmak zorunda kalıyorduk.

Sonuçta enfeksiyonlar arttı, hastalar post-op dönemde 1-2 gün sonra, 1 hafta sonra, 10 gün sonra tekrar yatış yaptılar. Önlemler alınıp kapılar kapatılınca, enfeksiyon oranları da azaldı.” (K8)

Katılımcılar, güvenlik kültürünün yalnızca bireysel çabalarla değil, ekip içi güven ortamıyla da sürdürülebileceğini vurguladılar. Ekip üyelerinin birbirine güven duyması hem hemşirelerin mesleki stresini azalttığı hem de hastaların güvenliğini doğrudan etkilediği ifade edildi.

“Temelde ekibine güvenmek çok önemli. Ekibine güvenince sen kendini güvende hissettiğin gibi hasta da güvende oluyor. Tabii bazen herkes birbirine güvenirken ‘o yapmıştır’ denilerek eksiklikler olabiliyor. Ama yine de bir hemşire olarak her şeye tek başına yetişmek mümkün değil. Görmediğimiz alanlarda ekibimize güvenmiyorsak bu büyük bir sıkıntı hem stresimizi artırıyor hem de hasta güvenliğini tehlikeye atıyor.” (K7)

Bu bulgular, refleksiyon sürecinin hemşirelerde yalnızca mevcut görevlerini yerine getirme değil, aynı zamanda güvenlik kültürünü aktif biçimde sahiplenme arzusunu güçlendirmesi gerektiğini ortaya koydu. Katılımcılar, hasta güvenliğini koruma sorumluluğunu bireysel düzeyde üstlenmenin yanı sıra, ekip içindeki saygı ve karşılıklı güven ortamının bu kültürün sürdürülebilirliği için vazgeçilmez olduğunu vurguladılar. Böylece, mesleki kimliklerini yalnızca teknik uygulamalar üzerinden değil, hasta güvenliği kültürünün temel aktörleri olarak yeniden tanımladılar.

Tema 4: Geleceğe Dair Sorumluluk ve Davranış Değişikliği Niveti

Refleksiyon süreci, katılımcılarda geçmişte yaşanan sorunları telafi edememenin duygusuyla birlikte gelecekte benzer durumlara karşı daha dikkatli, duyarlı ve proaktif olma yönünde bir niyet oluşturdu. Bu niyet, mesleki sorumluluk duygusuyla birleşerek davranış değişikliğine zemin hazırladı.

Kodlar: Davranış değişikliği, niyet, geleceğe hazırlık, sorumluluk, öğrenilmiş farkındalık

Alt Tema 4.1: Kararlılık ve Önlem Alma Bilinci

Katılımcılar olası komplikasyonları önceden öngörerek cerrahi süreçte daha hazırlıklı olma gerekliliğini vurguladılar. Beklenmedik bir durumda hemşirelerin bir adım

önde düşünerek gerekli ekipmanları hazırlamaları ve hasta güvenliği adına daha kararlı davranmaları gerektiğini ifade ettiler.

“Her işlem büyük bir şeye dönüşebiliyor. Asistan cerrahın yanında deneyimli bir cerrah olmadığında bizim sorumluluğumuz daha da artıyor. Kanama kontrolünde asistandan önce düşünmek zorundayız. ‘O kanamayı nasıl durdurabiliriz, dışarıdan ne isteyebilirim?’ diye düşünüp aspiratör, koter gibi ekipmanları önceden hazırlamak gerekiyor.” (K2)

“Cerrahın talep edebileceği ek ekipmanları önceden düşünmek zorundayız. Örneğin, ikinci bir koter ya da aspiratör istenirse ve hazır değilse, o anda büyük bir sorun çıkabilir. Bu yüzden hemşirenin her ihtimali öngörmesi gerekir.” (K2)

Kimi katılımcılar bu farkındalığı, geçmişte yaşadıkları olaylardan çıkardıkları derslerle daha da pekiştirdiler:

“Kanamalı bir vaka sırasında yaşadığım bir olay benim için milat oldu. O günden sonra sadece kendi görevime değil, anestezi monitörüne bile bakmaya başladım. Kanama olabileceğini hissettiğimde hemen anestezi ekibini uyarıyorum. Bazı cerrahlar bu durumu fark etmese de onların göremediği noktaları biz yakalayabiliyoruz. Bunu bana geri dönüşü kötü olmasın diye değil, bilinçli olduğum için yapıyorum.” (K3)

Katılımcılar ayrıca, hasta güvenliği açısından kritik anlarda geri adım atamayacaklarını ve tüm koşullarda süreci kontrol altında tutmak zorunda olduklarını ifade ettiler:

“Hastanın hayatı söz konusu olduğunda geri adım atamayız. Sayımlı vakalarda ya da sterilite bozulduğunda susma şansımız yoktur, sayımda eksik varsa cerraha mutlaka söylemek zorundayız.” (K9)

“Uzun bir vakada spanç kesilmesi gerektiğinde normalde asla istemem ama cerraha ‘tamam’ demek zorunda kaldım. Hemen not aldım, setin arkasına yazdım. Çünkü vakayı devrederken bana mutlaka ‘diğer yarısı nerede?’ diye sorulacaktı. O yüzden tüm ayrıntıları kaydettim. Ayrıca sabah sorumluya ‘beni vaka ortasında değiştirmeyin, sonunda değiştirin’ dedim. Çünkü 3-4

hemşire değişseydi, bu karmaşık sayımda hata ihtimali artacaktı. Tüm yorgunluğa rağmen süreci kontrol altında tutmak zorundaydım.” (K3)

Bu bulgular, hemşirelerin hasta güvenliğini korumak için riskleri önceden öngörme, kritik anlarda geri adım atmama ve tüm zorluklara rağmen süreci kontrol altında tutma konusunda daha kararlı bir tutum geliştirmeleri gerektiğini göstermektedir.

Alt Tema 4.2: Dikkat ve Sorumluluk Yükü

Katılımcılar, ameliyat sürecinde dikkatli olmanın ve her an tetikte kalmanın zorunlu olduğunu vurguladılar. Hemşireler, komplikasyon geliştiğinde sorumluluğun çoğu zaman kendilerine döndüğünü ve bu nedenle rol sınırlarının ötesine geçmek zorunda kaldıklarını belirttiler.

“Bir komplikasyon olursa prosedür aynı ama asistan bu durumu yönetebilir mi? O zaman sorumluluk hemşireye dönüyor, sanki bu bizim görevimizmiş gibi. Yani bu sefer bilmeyen hemşire rolünü biz oynuyoruz.” (K4)

Bazı katılımcılar odanın sorumluluğunu üstlenmenin ve her ayrıntıyı takip etmenin zorunluluk olduğuna dikkat çektiler. Bu durum, hemşirelerin yalnızca kendi görevlerini değil, tüm süreci görme ve denetleme bilinciyle hareket ettiklerini ortaya koydu.

“Normalde her bölümün iki odası var. Ben sürekli aynı odadayım ve bize en başta da söylenmişti: Bu odada ne oluyorsa sorumlusu sensin. Ben de gerçekten her şeyi görmeliyim, takip etmeliyim diye düşünüyorum. Kendi teknisyenimle çalıştığımda daha rahat hissediyorum çünkü benim görmediğim şeyleri görüyor. Ama sonuçta her şeyden sorumlu olan yine hemşire. Olumsuz bir şey olduğunda ‘bize yansıtırlar’ diye değil, ‘ben görmeliyim’ diyerek hareket ediyorum.” (K3)

Katılımcılar ayrıca, yorgunluk ve yoğunluğa rağmen dikkat yükünün azalmadığını, aksine hasta güvenliği sorumluluğunun her koşulda devam ettiğini vurguladılar.

“Ne kadar yorgun olursanız olun, sayım ve hasta güvenliği sorumluluğu bitmiyor. Ameliyatta zihinsel olarak hep açıksınız çünkü sürekli takipte kalmak zorundasınız.” (K10)

“Büyük vakalarda uzun süre odada kaldığımda hem fiziksel hem ruhsal olarak çok yoruluyoruz. Ama yine de sayımı bırakmıyoruz; çünkü hasta güvenliği açısından bu sorumluluk bizden asla düşmüyor.” (K3)

Bu bulgular, refleksiyon sürecinin hemşirelerde yalnızca dikkat yükünü görünür kılmadığını; aynı zamanda hasta güvenliğini sağlama sorumluluğunu mesleki kimliklerinin ayrılmaz bir parçası olarak içselleştirmeleri gerektiğini ortaya koydu.

Tema 5: Empati ve İletişim Yoluyla Hasta Güvenliği

Simülasyonun ardından yapılan refleksiyon, katılımcıların yalnızca teknik ya da etik değil, aynı zamanda insani değerler açısından da hasta güvenliğini yeniden değerlendirmelerine yol açtı. Bu süreçte empati, hasta yerine kendini koyma ve insana odaklanma gibi duygular belirgin şekilde öne çıktı.

Kodlar: Empati, insan onuru, duygusal farkındalık, hasta merkezlilik

Alt Tema 5.1: Empati ve Hastanın Perspektifini Anlama

Katılımcılar, hasta güvenliğinin yalnızca kuralların uygulanmasıyla sınırlı olmadığını; aynı zamanda hastanın deneyimini ve hislerini anlamayı da içerdiğini vurguladılar. Empati, onların hasta yerine kendilerini koyarak süreci değerlendirmelerini ve insani duyarlılık geliştirmelerini sağladı.

“...olsun o da bir anestezi süresi. Hasta orda gül koklamıyor.” (K8)

“...ekibine güvenince sen kendini nasıl güvende hissediyorsan, hasta da aynı şekilde güvende oluyor. Çünkü tek başına her şeye yetismeye çalışıldığında panik ortamı oluşuyor; bu da hastanın güvenliğini olumsuz etkiliyor.” (K7)

Bu bulgular, refleksiyon sürecinin hemşirelerde yalnızca profesyonel değil, aynı zamanda insani bir farkındalık oluşturarak hasta merkezli bakış açısını güçlendirmesi gerektiğini ortaya koydu.

Alt Tema 5.2: İletişim ve Ortak Sorumluluk Kültürü

Katılımcılar, hasta güvenliğinin sağlanmasında empati kadar etkili olan bir diğer faktörün iletişim olduğunu vurguladılar. İletişim eksikliği yalnızca sürecin aksamasına değil, aynı zamanda ekip içi uyumun ve güven ortamının bozulmasına da neden olmaktadır.

“Ameliyathanede mutlu çalışabilmenin en önemli koşulu iletişimdir. Cerrahi teknisyeninden anestezi hekimine kadar herkesle iletişim çok önemli. Eğer iletişim kurulamıyorsa, bu durum doğrudan çalışma ortamının huzurunu bozuyor. Böyle durumlarda sorumlularımız ve idareemiz devreye giriyor, bize destek oluyorlar. Bu nedenle muhatap bulabilmek bizim için çok kıymetli.” (K2)

Bununla birlikte, katılımcılar iletişimin yalnızca sözlü paylaşım ve uyumdan ibaret olmadığını, aynı zamanda sürece sahip çıkma ve ortak sorumluluk bilinciyle hareket etmenin de hasta güvenliği açısından kritik olduğunu dile getirdiler.

“Ameliyathanede sahiplenmek demek, sadece odayı değil; hastayı, cerrahı ve ekibi de sahiplenmek demektir. Odaya giren çıkan herkesten, kullanılacak malzemelerden, gelecek vakadan haberdar olmak gerekir. Çünkü sahiplenme duygusu, ameliyatın güvenliği kadar ekibin ve hastanın güvenliğini de gözetmektir.” (K6)

Bu ifadeler, refleksiyon sürecinin hemşirelerde yalnızca iletişimin önemine değil, aynı zamanda ekip içinde ortak sorumluluk kültürünün geliştirilmesine de işaret ettiğini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, standardize hasta yöntemi kullanılarak farkındalıkları artırılan ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışları, debriefing ve refleksiyon oturumları aracılığıyla incelendi. Bulgular, hemşirelerin cerrahi süreçte hasta güvenliğine ilişkin uygulamalarında güçlü ve zayıf yönlerin bulunduğunu, özellikle kritik güvenlik başlıklarında farklı düzeylerde farkındalık sergilediklerini ortaya koydu. Bu bölümde, elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılarak tartışıldı.

Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav uygulaması kapsamında senaryoya yerleştirilen dört kritik başlık (hasta düşmeleri, unutilan yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf, cerrahi alan enfeksiyonları) performans gözlemleri, katılımcıların potansiyel hasta güvenliği tehditlerini hızlıca tanımlayabildiklerini ortaya koymuştur. Çalışmamıza paralel şekilde klinik simülasyon kılavuzlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar, yapılandırılmış senaryolar aracılığıyla hasta güvenliği kültürünü destekleme ve öğrenme süreçlerini kalıcılaştırma potansiyelini vurgulamaktadır (199). Bununla birlikte, özellikle “yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi” riski bağlamında, bazı katılımcıların prosedür öncesi kimlik doğrulama ve “time-out” uygulamalarını eksik ya da atlayarak gerçekleştirdikleri gözlemlenmiştir. Bu durum, simülasyon temelli eğitimin tanıma ve güvenlik uygulamalarını içselleştirme sürecine katkı sunduğunu gösteren güncel literatürle paralellik göstermektedir (200). Nitekim, 2023 ve 2024 yıllarında bildirilen yanlış cerrahi vakalarında %26’lık bir artış olduğu ve bu vakaların büyük çoğunluğunda yetersiz time-out uygulamalarının temel neden olduğu rapor edilmiştir. Araştırma kapsamında yürütülen debriefing ve refleksiyon oturumlarında ise katılımcıların yaptıkları hataları fark ettikleri, bu farkındalığın profesyonel gelişimlerine katkı sağladığı ve gelecekteki klinik uygulamalarda güvenlik davranışlarını pekiştirme eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Bu bağlamda çalışma bulguları simülasyonun bu kritik basamağın doğru uygulanmasını sağlamada etkili bir araç olduğu literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir (128, 201, 202).

Senaryolarda yer verilen “unutilan yabancı cisim” başlığına ilişkin uygulamalarda, katılımcıların bir bölümü eksik sayımı fark ederek doğrulama süreci başlatırken; bazı katılımcılar bu hatayı gözden kaçırmıştır. Bu bulgu, 2020–2024 yılları arasında cerrahi girişimlerde yabancı cisim unutulmalarının yüksek oranda devam ettiğini bildiren çalışmalardaki tespitlerle örtüşmektedir (202, 203). Benzer şekilde, “cerrahi alan enfeksiyonları” başlığına yönelik uygulamalarda katılımcıların büyük çoğunluğunun el hijyeni ve sterilite kurallarını eksiksiz biçimde yerine getirirken, uygulamalarda

sterilizasyon basamaklarında farklılıklar gözlemlenmiştir. Bu durum, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 ve 2024 küresel raporlarında enfeksiyon kontrolüne yönelik “bundle” yaklaşımı ve uygulama standardizasyonu gerekliliğini vurgulayan bulgularla paralellik göstermektedir (204, 205). Başka bir araştırmada ise hemşirelerin güvenlik adımlarını önemli gördüklerini ancak özellikle cerrahi sayım ve enfeksiyon kontrolü gibi alanlarda performanslarının bu beklentilerin gerisinde kaldığını göstermiştir (206). Klinik uygulamada standartların yalnızca var olması değil, tüm ekip üyeleri tarafından eşgüdümle ve dikkatle uygulanması gereklidir.

Hasta düşmeleriyle ilgili yapılan değerlendirmede uygulamaların kısmi kaldığı görülmüştür. Senaryolarda yer verilen “hasta düşmeleri” başlığına ilişkin hatalarda, katılımcıların bir bölümü çevresel riskleri (örneğin sabitleme, düşme önleyici bariyer) göz ardı ettiği, risk faktörlerini tam olarak öngöremediği ve düşme önleme stratejilerinde tutarsızlıklar sergilediği gözlemlendi. Bu bulgular, hasta düşmelerinin sadece bireysel ihmallerle değil, aynı zamanda ekip koordinasyonu ve sistemsel sorunlarla da ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Okuyucu tarafından yapılan bir çalışmada da ameliyathane içi hasta transferleri sırasında meydana gelen düşmelerin insan hatası, ekip koordinasyonu eksikliği, hastanın klinik durumu, personel eksikliği, ekipman yetersizliği ve eğitimsizlik ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (207). Benzer şekilde, Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta güvenliği yol haritasında, düşmelerin önlenmesine yönelik hem organizasyonel hem de klinik düzeyde çok katmanlı stratejiler geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Söz konusu veriler, yalnızca prosedürlerin varlığının değil, bunların etkili ve bütüncül biçimde uygulanmasının hasta güvenliği açısından hayati olduğunu göstermektedir. Bunların yanı sıra katılımcıların debriefing ve refleksiyon oturumlarında bu tür riskleri fark ettiklerini ifade ettikleri ve bireysel sorumluluklarını yeniden değerlendirdikleri saptanmıştır. Özellikle “hata/tehlike odası (room of horrors)” türü uygulamaların, görünür tehlikelerin daha yüksek, örtük risklerin ise daha düşük fark edilmesine yol açtığını bildiren yakın tarihli incelemeler de (208, 209) bu çalışmada gözlenen fark edilme ve gözden kaçırılma örüntülerini doğrulamaktadır. Tüm bu bulgular, simülasyonun yalnızca hataları görünür kılmadığını, aynı zamanda katılımcıların güçlü ve zayıf yönlerini açığa çıkardığını göstermektedir.

Simülasyon uygulaması sonrası yapılan debriefing oturumlarında ortaya çıkan Mesleki Farkındalık, Ekip Dinamikleri, Bireysel Tutum, Sorumlulukların Paylaşımı ve

Baskı Hissi olmak üzere beş ana tema ameliyathane hemşirelerinin bakış açısı ile hasta güvenliğini etkileyen çok katmanlı faktörleri ortaya koymuştur.

Mesleki Farkındalık teması altında, katılımcıların simülasyon uygulaması ile görev tanımlarını, profesyonel rollerini ve branşlaşmanın önemini daha net kavradıkları görülmüştür. Bu durum refleksiyon oturumunda hemşirelerin kendilerini yalnızca teknik görevleri yerine getiren bireyler olarak değil, aynı zamanda hasta güvenliği kültürünün taşıyıcıları ve savunucuları olarak yeniden tanımlamaları ile vurgulanmıştır. Bu durum, Abgar ve arkadaşları tarafından yürütülen sistematik derlemede belirtilen, hasta güvenliği eğitimlerinin profesyonel farkındalığı artırıcı etkisiyle paraleldir (210). Benzer şekilde, Patterson ve arkadaşlarının acil servis hemşireleriyle yaptığı çalışmada simülasyonun mesleki sorumluluk ve hasta güvenliği tutumunu güçlendirdiği bulunmuştur (211). Yine Park ve arkadaşlarının ameliyathane hemşireleri ile yürüttükleri simülasyon tabanlı hasta güvenliği eğitiminde, debriefing oturumlarının hem güvenlik kültürü algısını geliştirdiğini hem de katılımcıların klinik uygulamalardaki hataları yeniden değerlendirmelerine katkı sağladığını bildirilmiştir (212). Bu doğrultuda, çalışmamızda simülasyon temelli eğitimlerin ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik bilişsel ve davranışsal dönüşümlerinde önemli bir araç olduğunu ortaya koymaktadır.

Ekip Dinamikleri temasında ise katılımcıların ekip arkadaşlarına duyulan yüksek güvenin kendilerine güç verdiğini ancak bazı hataların fark edilmeden geçmesine neden olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, aşırı güvenin görmezden gelme davranışıyla ilişkilendirilebileceğini belirten Etherington ve arkadaşlarının çalışmasıyla örtüşmektedir (213). Literatürde yine ameliyathane ortamında güvenin tek başına yeterli olmadığı, güvenin “karşılıklı teyit kültürü” ile desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Edmondson’un psikolojik güvenlik modelinde tanımladığı gibi, ekip içinde güvenin öğrenme ve iletişim için bir temel oluşturması, ancak bu güvenin körleştirici bir rehavete dönüşmemesi kritik öneme sahiptir (214). Benzer şekilde yapılan bir çalışmada sağlık hizmetlerinde güven ortamının hataların paylaşılmasını kolaylaştırdığını ama bu güvenin doğrulama mekanizmaları ile desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir (215). Refleksiyon oturumunda, hemşirelerin hasta güvenliğini mesleki kimliklerinin bir parçası olarak gördüklerini ifade etmeleri ve ekip üyelerinin birbirine güven duymasının önemini vurgulamaları ekip dinamiklerinin hasta güvenliğine olan etkisini ortaya çıkarmaktadır. Bu kapsamda ekip üyeleri arasında güvenin önemli olduğu kadar, eleştirel sorgulamanın da desteklenmesi gerekmektedir.

Bireysel Tutum teması altında, hemşirelerin iletişimde pasif kalabildikleri ve bazı güvenlik adımlarını yalnızca kendi sorumlulukları dışında gördükleri belirlenmiştir. Yine refleksiyon oturumunda ortaya çıkan “iletişimde geri durma” alt teması, bireysel ya da otoriter nedenlere bağlı olarak hemşirelerin hasta güvenliğiyle ilgili kritik durumlarda ekip içi iletişim kalitesini olumsuz etkileyebildiğini göstermektedir. Oysa ki disiplinler arası ekip çalışmasına yönelik bir araştırmada ortak amaç ve iletişim stratejilerinin süreci kolaylaştırdığını bildirmiştir (213). Alshyyab, bireysel davranışların ve iletişim eksikliklerinin ameliyathane güvenliği üzerinde doğrudan etkisi olduğunu vurgulamıştır (216). Literatürde de benzer şekilde, ameliyathanede iletişim eksikliğinin hataların fark edilmesini zorlaştırdığı (217), buna karşılık psikolojik güvenlik ve takım uyumunun iletişim kalitesini artırarak hasta güvenliğini güçlendirdiği rapor edilmiştir (218, 219). Bu bağlamda, hemşirelerin iletişimde pasif kalmaları ve bazı güvenlik adımlarının bazılarını kendi sorumlulukları dışında görmeleri, etkin iletişim ve takım uyumu güvenlik ile aşılabilecek bir risk alanı oluşturmaktadır. Bu nedenle bireysel tutumların hasta güvenliği açısından daha kapsayıcı bir sorumluluk anlayışıyla yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Sorumlulukların Paylaşımı temasında ise katılımcıların tüm yükün kendi üzerlerinde olmasından rahatsızlık duydukları ve iş birliğiyle bu yükün hafifleyebileceğini ifade ettikleri görülmüştür. Benzer şekilde, refleksiyon oturumunda ortaya çıkan “dikkat ve sorumluluk yükü” alt teması, hemşirelerde dönem dönem cerrahi sürecin yükünü üstlenilmesinin yarattığı fiziksel ve zihinsel yükü ortaya koymaktadır. Katılımcılar, iş birliğine dayalı bir ekip çalışmasının bu yükü azaltacağı ve hasta güvenliği açısından daha sürdürülebilir bir çalışma ortamı yaratacağı görüşünü paylaşmışlardır. Bu bulgu, Etherington ve arkadaşlarının, ekip üyeleri arasında görev paylaşımındaki belirsizliklerin ve iletişim eksikliklerinin hatalara zemin hazırladığına dair sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (213). Yine ameliyathane hemşireleriyle yürütülen bir başka çalışmada ise, intraoperatif sürecin tüm aşamalarında hasta güvenliğinin öncelikli hedef olarak benimsenmesi gerektiği ve bu sorumluluğun hemşireler tarafından etkin bir şekilde üstlenilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (220). Bu çerçevede, ekip içi rol ve sorumlulukların açık bir şekilde tanımlanması, hemşirelerin üzerindeki yükü dengeleyerek hasta güvenliği kültürünün kurumsallaşmasına katkı sağlayabilir.

Baskı Hissi temasında, katılımcıların sıklıkla zaman baskısı, artan iş yükü ve otorite figürlerinden kaynaklanan stres altında kaldıkları; bu durumun güvenlik protokollerinin

eksik uygulanmasına veya atlanmasına yol açabildiği ifade edilmiştir. Benzer şekilde refleksiyon oturumunda özellikle acil vakalarda zaman baskısı nedeni ile güvenlik ve sterilite adımlarının atlandığının dile getirilmiştir. Katılımcılar, bu bağlamda bazı hazırlıkların kısaltıldığını, kontrol adımlarının atlandığını ve otomatikleşen davranışların sorgulanmadığını ifade ettiler. Tüm bu anlatılar, zaman baskısı altında güvenlik uygulamalarının ikinci plana itildiğini ve risklerin görünmez hale geldiğini daha da görünür kılmaktadır. Bu bulgu, Mohammadi ve arkadaşlarının hasta güvenliğini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında tanımlanan “örgütsel yönetim yetersizlikleri” ve “profesyonel baskılar” temalarıyla örtüşmektedir (221). Yapılan nitel bir çalışmada benzer şekilde, hemşirelerin ameliyat sırasında standartlaştırılmış uygulamalar, zaman yönetimi ve iş akışlarında iyileştirme gereksinimi temalarını ortaya çıkardıkları görülmüştür (220). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü’nün enfeksiyon kontrol raporlarında da zaman baskısı altında çalışan sağlık profesyonellerinin standardizasyon dışı uygulamalara yönelme eğiliminde oldukları vurgulanmaktadır (204, 205). Hiyerarjik yapılanmanın hasta güvenliği üzerindeki etkileri incelendiğinde, ameliyathane ekiplerinde gerçekleştirilen debriefing oturumlarının, özellikle hiyerarşik yapı ve psikolojik güvenlik ekseninde ortaya çıkan duygusal bariyerleri açığa çıkardığı görülmektedir (222). An ve arkadaşlarının çalışması, hiyerarşik baskı ortamında gelişen sessizlik davranışlarının hataların fark edilmesini ve raporlanmasını güçleştirdiğini ortaya koymuştur (217). Yapılan bir nitel çalışmada katılımcı ifadeleri, özellikle kıdem farklılıklarının yarattığı otorite ilişkileri, acil durumların doğurduğu zaman baskısı ve olumsuz duygusal iklimin iletişimde zorluklara yol açtığını göstermiştir (223). Bu bağlamda, çalışmamızda da bazı katılımcıların zaman baskısı ve otoriter yapı nedeniyle güvenlik prosedürlerini atladıkları ya da eksik uyguladıkları, ayrıca hata fark ettiklerinde bunu dile getirmekte zorlandıkları görülmüştür. Bu durum, hasta güvenliği açısından yapısal ve kültürel engellerin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tüm bu temalar bir arada değerlendirildiğinde, simülasyon temelli uygulamaların sadece teknik becerilerin değil, aynı zamanda iletişim, ekip çalışması, güç ilişkileri ve profesyonel rol algısının geliştirilmesine katkı sunduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle, hasta güvenliği eğitimlerinin yalnızca klinik uygulamalara değil, aynı zamanda örgütsel ve bireysel davranış dinamiklerine odaklanması gerektiği önerilmektedir. Genel olarak bu çalışmada katılımcı ifadeleriyle uyumlu biçimde, araştırmacıların hataları doğrudan işaret etmek yerine farkındalık oluşturmayı amaçlayan sorular yöneltilerek yürütülen debriefing oturumu, katılımcıların hatalarını kendilerinin keşfetmesine imkân tanıdı. Simülasyon

literatüründe fasilitatör, katılımcılara doğrudan bilgi aktaran değil; süreci yöneten, katılımcıların kendi deneyimlerini tartışmasına zemin hazırlayan ve öğrenmeyi kolaylaştıran kişi olarak tanımlanır. Böylece, fasilitatörün yönlendirici rolünün farkındalığı artırdığı ve mesleki içgörüyü geliştirdiği yönündeki literatür bulguları ile uyumlu olarak yönetildi (224).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada, standardize hasta yöntemiyle farkındalıkları artırılan ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlarının, refleksiyon oturumları aracılığıyla ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Simülasyon temelli standardize hasta yöntemi, ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği konularına yönelik farkındalıklarını artırmada etkili olmuştur. Katılımcılar, hasta kimliği doğrulama, spanç ve alet sayımı, sterilite kurallarına uyum gibi temel alanlarda yüksek düzeyde farkındalık geliştirmiştir.
2. Hemşirelerin, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi, unutulmuş yabancı cisim, hasta düşmeleri ve cerrahi alan enfeksiyonları gibi kritik güvenlik hatalarına ilişkin bilgi ve tutumlarında uygulama sırasında eksiklik olsa da refleksiyon süreciyle gelişme göstermiştir.
3. Katılımcılar, mesleki rol ve sorumluluk bilinci aracılığıyla hataların hasta güvenliği üzerindeki etkilerini fark etmiş, kendilerini profesyonel yönden sorgulamaya başlamışlardır.
4. Refleksiyon oturumlarında, mesleki kimliğin yeniden tanımlanması, karar verme süreçlerinin sorgulanması ve etik ikilemlerin çözümüne yönelik stratejilerin geliştirilmesi dikkat çekici kazanımlar arasında yer almıştır.
5. İletişim eksiklikleri, ekip içi rol belirsizlikleri, zaman baskısı ve otoriteyle yüzleşme konusundaki çekinceler, hasta güvenliği açısından risk oluşturan davranışlara zemin hazırlamaktadır. Katılımcılar bu dinamikleri simülasyon sonrası değerlendirme oturumlarında açıkça ifade etmişlerdir.
6. Uygulama hemşirelerin yalnızca bilgi düzeyini artırmakla kalmamış; aynı zamanda klinik refleksiyon becerilerini, öz farkındalıklarını ve mesleki sorumluluk duygularını da derinleştirmiştir.
7. Ekip içi güven ve aynı zamanda güvenin ortaya çıkardığı handikaplar hasta güvenliğinin sağlanmasında etkili faktörler olarak ortaya çıkmıştır.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın bulguları doğrultusunda, hasta güvenliğini artırmak ve ameliyathane hemşirelerinin mesleki gelişimini desteklemek amacıyla aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Hasta güvenliği eğitimlerinde, yapılandırılmış simülasyon temelli standardize hasta uygulamalarının yaygınlaştırılmasını,
2. Refleksiyon oturumlarının hemşirelik eğitim programlarına düzenli ve sistematik biçimde entegre edilmesini,
3. Yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi, unutulmuş yabancı cisim, spanç, cerrahi alan enfeksiyonları ve hasta düşmeleri gibi yaygın tıbbi hatalara yönelik senaryolarla zenginleştirilmiş durumsal simülasyonların belirli aralıklarla uygulanmasını,
4. Klinik rehberlerin görsel materyallerle desteklenerek farkındalık artırıcı biçimde yeniden yapılandırılmasını ve bu materyallerin eğitim süreçlerinde aktif olarak kullanılmasını,
5. Yeni başlayan hemşirelerin mesleki gelişimlerinin desteklenmesini sağlamak amacıyla deneyimli hemşirelerin aktif rol aldığı rehberlik sistemlerinin kurulmasını ve bu süreçlerde standardize hasta ile refleksiyon temelli uygulamalara yer verilmesini,
6. Hasta güvenliği farkındalığını artırmaya yönelik yapılandırılmış eğitim modellerinin yalnızca ameliyathane hemşirelerine değil, multidisipliner ekiplerin tüm üyelerini kapsayacak şekilde genişletilmesini,
7. Ameliyathanede ekip içi iletişim ve güven kültürünün geliştirilmesini destekleyecek biçimde düzenli eğitim programlarının hazırlanmasını; bu eğitimlerde güç dengesi, çatışma yönetimi ve açık iletişim gibi konulara odaklanılmasını,
8. Hiyerarşik yapıların hasta güvenliği üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasını ve yönetsel düzeyde ekip üyelerinin birbirini sorgulamasını, geri bildirim vermesini teşvik edecek ortamların oluşturulmasını,
9. Ameliyathane ortamının multidisipliner doğası göz önüne alındığında, hasta güvenliği uygulamalarına yönelik farkındalıkların yalnızca hemşireler özelinde değil, cerrah, anestezi ekibi ve diğer sağlık profesyonelleri düzeyinde değerlendirilmesini sağlayacak çalışmaların planlanmasını önermekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Camacho Rodríguez DE, Carrasquilla Baza DA, Dominguez Cancino KA, Palmieri PA (2022). Patient safety culture in latin american hospitals: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(21): 14380.
2. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2018). Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. National Academies Press.
3. Paige JT, Garbee DD, Bonanno LS, Kerdolff KE (2021). Qualitative analysis of effective teamwork in the operating room (OR). *Journal of Surgical Education* 78(3): 967–979.
4. Henry L, Hunt SL, Kroetch M, Yang YT (2012). Evaluation of patient safety culture: A survey of clinicians in a cardiovascular operating room. *Innovations: Technology and Techniques in Cardiothoracic and Vascular Surgery* 7(5): 328–337.
5. Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW (2016). Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiology* 124(1): 25–34.
6. Teunissen C, Burrell B, Maskill V (2020). Effective surgical teams: An integrative literature review. *Western Journal of Nursing Research* 42(1): 61–75.
7. Burtcher MJ, Manser T (2012). Team mental models and their potential to improve teamwork and safety: A review and implications for future research in healthcare. *Safety Science* 50(5): 1344–1354.
8. Robert MC, Choi CJ, Shapiro FE, Urman RD, Melki S (2015). Avoidance of serious medical errors in refractive surgery using a custom preoperative checklist. *Journal of Cataract & Refractive Surgery* 41(10): 2171–2178.
9. The Joint Commission (2022). The joint commission sentinel event data 2022 annual review [online]. Erişim adresi: www.jointcommission.org. [Erişim 16 Eylül 2023].
10. Chan DT, Ng SS, Chong YH, Wong J (2010). Using ‘failure mode and effects analysis’ to design a surgical safety checklist for safer surgery. *Surgical Practice* 14.
11. Ugur E, Kara S, Yildirim S, Akbal E (2016). Medical errors and patient safety in the operating room. *The Journal of the Pakistan Medical Association* 66(5): 593–597.

12. Zhang P, Liao X, Luo J (2022). Effect of patient safety training program of nurses in operating room. *Journal of Korean Academy of Nursing* 52(4): 378–390.
13. Honavar SG (2019). To err is human, but errors can be prevented. *Indian Journal of Ophthalmology* 67(10): 1517–1518.
14. International Council of Nurses (2006). Why is safe staffing important? Safe staffing saves lives (1st ed., pp. 9–12). International Nurses Day: Information and action tool kit. Geneva: International Council of Nurses.
15. Medlink (n.d.). Medical errors [online]. Erişim adresi: <https://www.medlink.com/articles/medical-errors>. [Erişim 21 Eylül 2024].
16. Evcili F, Gölbaşı Z (2020). Perinatal hasta güvenliği: Kavramsal çerçeveden hemşirelik yaklaşımlarına. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi* 1(1): 14–28.
17. Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H (2011). How can clinicians measure safety and quality in acute care? *International Journal of Nursing Studies* 48(3): 347–355.
18. Güven M (2014). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
19. Oura P (2021). Medical adverse events in the US 2018 mortality data. *Preventive Medicine Reports* 24: 101574.
20. Ta'an WF, Suliman MM, Al-Hammouri MM, Ta'an A (2021). Ürdün'deki hemşireler ve hemşirelik öğrencileri arasında tıbbi hataların yaygınlığı ve raporlama engelleri: Kesitsel bir çalışma. *Hemşirelik Forumu* 56(2): 284-290.
21. Salameh B, Eddy LL, Batran A, Hijaz A, Jaser S (2019). Gelişmekte olan bir ülkede hemşirelerin elektronik sağlık bilgi sisteminin kullanımına yönelik tutumları. *SAGE Open Nursing* 5: 2377960819843711.
22. Er F, Altuntaş S (2016). Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 3(3): 132-139.

23. Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D (2013). Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 29(2): 33-45.
24. Özata M, Altuncan H (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 8(2): 100-111.
25. Çarıkçı F, Eslek S, Kırbaş Ç, Aktaşçı B, Baştımur F (2021). Günlük gazetelere yansıyan tıbbi uygulama hataları üzerine retrospektif bir inceleme. Journal of Medical Sciences 2(4): 59-66.
26. Uğrak U (2019). Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, Ankara.
27. McNutt RA, Abrams R, Aron DC (2002). Patient safety efforts should focus on medical errors. Journal of The American Medical Association 287(15): 1997-2001.
28. Bleetman A, Sanus S, Dale T, Brace S (2012). Human factors and error prevention in emergency medicine. Emergency Medicine Journal 29: 389- 393.
29. Aydemir İ (2017). Sağlık kurumlarında sistem kaynaklı tıbbi hataların analizi. Dokuz Eylül University Journal of Graduate School of Social Sciences, 19(4): 665-681.
30. Akman AB (2010). Hasta güvenliği kültürü ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
31. Sur H, Özsanı SH, Say B (2013). Hasta güvenliği. Sur H, Palteki T (Ed). Hastane Yönetimi, Birinci baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
32. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2): 152-157.
33. Kiymaz D, Koç Z (2018). Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. Journal of Clinical Nursing 27(5-6): 1160-1169.

34. Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A (2016). Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. *Anadolu Klin* 21(3): 207-214.
35. Türkmen E, Baykal U, Seren Intepeler S, Altuntaş S (2013). Nurses' perceptions of and factors promoting patient safety culture in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality* 28(4): 360-367.
36. Alemdar DK, Aktaş YY (2013). Medical error types and causes made by nurses in Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 12(3): 307-314.
37. Merten H, Zegerz M, Brujine M, Wagner C (2013). Scale, nature, preventability and causes of adverse events in hospitalized older patients. *Age and Ageing* 42: 87-93.
38. Olds DM, Clarke SP (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Safety Res* 41(2): 153-162.
39. Güleç D (2014). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 30(1): 1-18.
40. Akgün Şahin Z. Kardaş Özdemir F (2015). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 12(3): 210- 214.
41. Moisoglou, I, Yfantis A, Galanis P, Pispirigou A, Chatzimargaritis E, Theoxari A, Prezerakos P (2020). Nurses work environment and patients' quality of care. *International Journal Of Caring Sciences* 13(1): 108-116.
42. Vacheron CH, Acker A, Autran M, Fuz F, Piriou V, Friggeri A, Theissen A (2023). Insurance claims for wrong-side, wrong-organ, wrong-procedure, or wrong-person surgical errors: A retrospective study for 10 years. *Journal of Patient Safety* 19(1): e13–e17.
43. Wolf M, Rolf J, Nelson D, Smith D, Hess E (2023). Evaluation of detected medication errors within the operating room at an academic medical center. *Hospital Pharmacy*, 58(3): 309–314.
44. Kwiecień-Jaguś K, Mędrzycka-Dąbrowska W, Kopeć M (2025). Understanding medication errors in intensive care settings and operating rooms—A systematic review. *Medicina* 61(3): 369.

45. Papadakis M, Meiwandi A, Grzybowski A (2019). The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety. *International Journal of Surgery* 69: 19–22
46. Aydemir İ, Yıldırım T (2015). Ameliyathanede hataların azaltılmasında ekip kaynak yönetimi yaklaşımı: bir eğitim-araştırma hastanesi örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
47. Ahsani-Estahbanati E, Sergeevich Gordeev V, Doshmangir L (2022). Interventions to reduce the incidence of medical error and its financial burden in health care systems: A systematic review of systematic reviews. *Frontiers in Medicine* 9: 875426.
48. European Commission (2017). Patient safety: Reducing medical errors, improving health care [online]. Erişim adresi: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/document/download/0d8375b9-9353-4ecb-9d7e-e3567896c7a4_en?filename=ec_rtd_patient-safety_factsheet.pdf. [Erişim 25 Eylül 2024].
49. Sağlık Bakanlığı (2017). Güvenlik Raporlama Sistemi [online]. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html>. [Erişim 25 Eylül 2024].
50. Şahin H, Çelebi M, Taslak S (2024). Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi* 25(54): 14-32.
51. Kim MS, Kim CH (2019). Canonical correlations between individual self-efficacy/organizational bottom-up approach and perceived barriers to reporting medication errors: A multicenter study. *BMC Health Services Research* 19(1).
52. Mahdaviazad H, Askarian M, Kardeh B (2020). Medical error reporting: Status quo and perceived barriers in an orthopedic center in Iran. *International Journal of Preventive Medicine* 11: 14.
53. Banakhar M, Tambosi A, Asiri S, Banjar Y, Essa Y (2017). Barriers of reporting errors among nurses in a tertiary hospital. *International Journal of Nursing and Clinical Practice* 4(1).
54. Golafrouz M, Sadeghi H, Ghaedi F, Tabarraei Y, Keighobadi F (2014). Managerial and moral obstacles in reporting nursing errors: Nurses' viewpoint. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 7(1).

55. Ghalandarpoorattar SM, Kaviani A, Asghari F (2012). Medical error disclosure: The gap between attitude and practice. *Postgraduate Medical Journal* 88: 130–133.
56. Helmchen LA, Richards MR, McDonald TB (2010). How does routine disclosure of medical error affect patients' propensity to sue and their assessment of provider quality? Evidence from survey data. *Medical Care* 48: 955–961.
57. Soydemir D, Seren Intepeler S, Mert H (2017). Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *Western Journal Of Nursing Research* 39(10): 1348–1363.
58. Fathi A, Hajizadeh M, Moradi K, et al (2017). Medication errors among nurses in teaching hospitals in the west of Iran: What we need to know about prevalence, types, and barriers to reporting. *Epidemiology and Health* 39.
59. Farag A, Blegen M, Gedney-Lose A, Lose D, Perkhounkova Y (2017). Voluntary medication error reporting by ED nurses: Examining the association with work environment and social capital. *Journal of Emergency Nursing* 43(3): 246–254.
60. Patterson ME, Pace HA, Fincham JE (2013). Associations between communication climate and the frequency of medical error reporting among pharmacists within an inpatient setting. *Journal of Patient Safety* 9(3): 129–133.
61. Mollaei S, Bahadori M, Ameryoun A (2018). The factors affecting the refusal to report medical errors among nurses of selected military hospitals in Tehran, Iran. *Journal of Military Medicine* 20(3): 255-264.
62. Mirsadeghi A, Pazokian M (2015). Barriers to reporting medication errors in Iran: A systematic review. *International Journal of Medical Reviews* 2(4): 317-321.
63. Patterson ME, Pace HA (2016). A cross-sectional analysis investigating organizational factors that influence near-miss error reporting among hospital pharmacists. *Journal of Patient Safety* 12(2): 114–117.
64. Farag AA, Anthony MK (2015). Examining the relationship among ambulatory surgical settings work environment, nurses' characteristics, and medication errors reporting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 30(6): 492–503.
65. Hammoudi BM, Yahya OA (2017). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32(3): 1038–1046.

66. Mousavi-Roknabadi RS, Momennasab M, Askarian M, Haghshenas A, Marjadi B (2019). Causes of medical errors and its under-reporting amongst pediatric nurses in Iran: A qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care* 31(7): 541–546.
67. Derickson R, Fishman J, Osatuke K, Teclaw R, Ramsel D (2015). Psychological safety and error reporting within veterans health administration hospitals. *Journal of Patient Safety* 11(1): 7.
68. Poorolajal J, Rezaie S, Aghighi N (2015). Barriers to medical error reporting. *International Journal of Preventive Medicine* 6: 97.
69. Mostafaei D, Barati Marnani A, Mosavi Esfahani H, et al (2014). Medication errors of nurses and factors in refusal to report medication errors among nurses in a teaching medical center of Iran in 2012. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16(10).
70. Zaboli R, Abbaszade A, Shahabinejad M (2016). Assessing the barriers of error reporting from the perspective of nurses in Kerman hospitals. *Medical Ethics Journal* 34(10): 31-53.
71. Kang HJ, Park H, Oh JM, Lee EK (2017). Perception of reporting medication errors including near-misses among Korean hospital pharmacists. *Medicine (Baltimore)* 96(39).
72. Seidi M, Zardosht R (2012). Survey of nurses' viewpoints on causes of medicinal errors and barriers to reporting in pediatric units in hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2(3): 142-147.
73. Haw C, Stubbs J, Dickens GL (2014). Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: An interview study of nurses at a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(9): 797-805.
74. Toraman A, Gökkaya B (2023). Hata türleri ve etkileri analizi (FMEA) ve sağlık alanında uygulamaları. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi* 5(1): 26-39.
75. Odabaşoğlu E (2013). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

76. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S (2015). Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2(2):82-9.
77. Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, Hipskind JE (2024). Medical Error Reduction and Prevention. In StatPearls. StatPearls Publishing.
78. Hooker AB, Etman A, Westra M, Van der Kam WJ (2019). Aggregate analysis of sentinel events as a strategic tool in safety management can contribute to the improvement of healthcare safety. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care 31(2): 110–116.
79. Şahbaz G, Yücesoy H, Akın Ö, Erbil N (2022). Malpraktis ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 4(2): 85-90.
80. Tsai SF, Wu CL, Ho YY, Lin PY, Yao AC, Yah YH, Hsiao CM, You YH, Yeh TF, Chen CH (2023). Medical malpractice in hospitals-how healthcare staff feel. Frontiers In Public Health 11: 1080525.
81. Çavmak D (2017). Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları planlaması: türkiye değerlendirmesi. Sağlık Yönetimi Dergisi 1(2): 13-24.
82. Ovalı F (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1(1): 33-43.
83. Altınbaş BC, Gürsoy A (2023). Nurse-led web-based patient education reduces anxiety in thyroidectomy patients: A randomized controlled study. International Journal of Nursing Practice 29(3): e13131.
84. Özcan T, Çilingir D, Candas Altınbaş BC (2023). The knowledge, practices and perceptions of surgical nurses concerning spirituality and spiritual care. Journal of PeriAnesthesia Nursing 38: 732-734.
85. Institute of Medicine (2004). Keeping patient safe: Transforming the work environment of nurses. The National Academy Press, Washington, D.C.
86. World Health Organization (2019). Patient safety [online]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about>. [Erişim 2 Ağustos 2024].

87. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM (2004). Patient safety: Achieving a new standard for care. National Academies Press, Washington, D.C.
88. National Patient Safety Foundation. About Patient Safety [online]. Erişim adresi: <http://www.npsf.org/page/aboutpatientsafety>. [Erişim 15 Ağustos 2023].
89. World Health Organization. Patient safety [online]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. [Erişim 15 Ağustos 2025].
90. Ergen B, Yıldırım Tank D (2023). Ameliyathanede hayati bir liste: güvenli cerrahi kontrol listesi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi 5(2): 146-151.
91. Güven M (2013). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Antalya.
92. Corina I, Abram M, Halperin D (2019). The patient's role in patient safety. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 46(2): 215–225.
93. World Health Organization (2017). Patient safety: making health care safer [online]. 02 Erişim] .<https://iris.who.int/handle/10665/255507> :Erişim adresi Eylül 2024].
94. Mihdawi M, Al-Amer R, Darwish R, Randall S, Afaneh T (2020). The influence of nursing work environment on patient safety. Workplace Health & Safety 68(8): 384-390.
95. Clark G (2002). Organisational culture and safety: An interdependent relationship. Australian Health Review 25(6): 181-189.
96. Ovalı F (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1(1):33-43.
97. Polk HC, Jr Birkmeyer J, Hunt DR, Jones RS, Whittemore AD, Barraclough B (2006). Quality and safety in surgical care. Annals of Surgery 243(4): 439–448.
98. Smith CM (2005). Origin and uses of primum non nocere -- Above all, do no harm. The Journal of Clinical Pharmacology 45(4): 371-377.
99. Bonadonna RC, Borghi C, Consoli A, Volpe M (2016). Novel antidiabetic drugs and cardiovascular risk: Primum non nocere. Nutritional Metabolism and Cardiovascular Diseases 26(9): 759-766.

100. Mielke M (2010). Prevention and control of nosocomial infections and resistance to antibiotics in Europe: Primum non-nocere. *International Journal of Medical Microbiology* 300(6): 346-350.
101. Masterson C, Pfaff BL, Dettmering C, Fleis J (2016). Creating a sustainable culture of safety related to hand hygiene in an integrated health system. *American Journal of Infection Control* 44(6): S8.
102. Özgönül L (2010). Türkiye’de tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata kavramı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
103. Tokaç M (2009). Türk tıp tarihine ait belgelerde hasta güvenliği. Sur H (Ed). Hasta güvenliği yaklaşımları. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, Sayfa: 57-60.
104. Dilmen B (2016). Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
105. Kurutkan MN, Orhan F, Kaygısız P (2017). Hasta güvenliği literatürünün bibliyometrik analizi: Türkçe tez ve makaleler örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 4(4): 253-259.
106. Institute of Medicine, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press, Washington, D.C.
107. Brown A, Patterson DA (2001). To err is human. Proceedings of the First Workshop on Evaluating and Architecting System Dependability (EASY’01).
108. Korkmaz AÇ (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 6(1): 10-9.
109. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2001). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press, Washington, D.C.
110. Adams K, Corrigan JM (2003). Priority areas for national action: Transforming health care quality. National Academies Press, Washington, D.C.

111. Akalın E, Çakmakçı M (2011). Hemşirelikte hasta güvenliği: Türkiye ve dünya. Sayek F (Ed). TTB raporları kitapları. Birinci baskı. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, Seyfa: 36-42.
112. National Patient Safety Foundation (2015). Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after To err is human. National Patient Safety Foundation, Boston.
113. Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD (2006). The 100 000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *Jama* 295(3): 324-327.
114. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE (2005). Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: A systematic review. *CMAJ* 173(5): 510-515.
115. Korkmaz O (2012). Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 14(4): 91.
116. The Joint Commission (2024). Hospital: 2024 National Patient Safety Goals. The Joint Commission [online]. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/hospital-national-patient-safety-goals/>. [Erişim 10 Ocak 2024].
117. The Joint Commission (2024). Nursing Care Center: 2024 National Patient Safety Goals. The Joint Commission [online]. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/nursing-care-center-national-patient-safety-goals/>. [Erişim 10 Ocak 2024].
118. Sağlık Bakanlığı (2011). Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik [online]. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-6612/hasta-ve-calisan-guvenliginin-saglanmasina-dair-yonetmelik-2011.html>. [Erişim 6 Eylül 2024].
119. de Jager E, McKenna C, Bartlett L, Gunnarsson R, Ho YH (2016). Postoperative adverse events inconsistently improved by the world health organization surgical safety checklist: A systematic literature review of 25 studies. *World Journal of Surgery* 40: 1842–1858. 6.

120. Southwick FS, Cranley NM, Hallisy JA (2015). A Patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: The perspective of 696 injured patients and families. *BMJ Quality & Safety* 24: 620–629.
121. Carvalho PA, Göttems LB, Pires MR, de Oliveira ML (2015). Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 23(6): 1041–1048.
122. Martins FZ, Dall'Agnol CM (2017). Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. *Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. Revista Gaucha de Enfermagem* 37(4): e56945.
123. Akın B, Boyacı B, Özcan S, Tanrıöver F (2020). Bir devlet hastanesinde güvenli cerrahi kontrol formunun kullanımının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 30(2):108-113.
124. Cheng H, Clymer JW, Chen BPH, Sadeghirad B, Ferko NC, Cameron CG, Hinoul P (2018). Prolonged operative duration is associated with complications: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Surgical Research* 229: 134-144.
125. World Health Organization (2017). Safe surgery. Why safe surgery is important [online]. Erişim adresi: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>. [Erişim 20 Aralık 2023].
126. Öztürk T, Koçan A, Yıldırım F, Alp D, Kurdal T (2013). Kronik beta bloker kullanımının koroner baypas cerrahisi sonrası morbidite ve mortalite üzerine etkileri. *Göğüs-Kalp-Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2: 80-85.
127. Akalın Z, Tekin DE, Civil SO (2012). Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. Birinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
128. The Joint Commission (2024). Sentinel event annual review, 2024. The Joint Commission [online]. Erişim adresi: www.jointcommission.org. [Erişim 21 Aralık 2024].
129. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2011) Cerrahide bilinen 10 gerçek [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR9088/cerrahide-bilinen-10-gercek.html>. [Erişim 5 Aralık 2023].

130. Karayurt Ö, Damarr HT, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M (2017) Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1: 16–23.
131. Steelman VM, Graling PR (2013). Top 10 patient safety issues: what more can we do? *AORN Journal* 97(6): 679–701.
132. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2017). Güvenlik raporlama sistemi verileri [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6483/0/grs2016raporr1pdf.pdf> [Erişim 1 Eylül 2023].
133. Candaş B, Gürsoy A (2016). Patient safety in operating room: Thoughts of surgery team members on implementing the safe surgery checklist (An example from Turkey). *Perioperative Care and Operating Room Management* 5: 1-6.
134. Yavuz, M., Giersbergen V (2016). Dünya Sağlık Örgütü: Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı Projesi Nedir? *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2(3):1-9
135. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, Levack B (2010). Use of the WHO surgical checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics* 35(6):897-901.
136. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY (2014). Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 23(4):299-318
137. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM (2018). Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery* 18(1):122-9.
138. Chellam Singh B, Arulappan J (2023). Operating room nurses' understanding of their roles and responsibilities for patient care and safety measures in intraoperative practice. *SAGE Open Nursing* 9: 23779608231186247.
139. Leong KBMSL, Hanskamp-Sebregts M, van der Wal RA, Wolff AP (2017). Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study. *BMJ Open* 7(12): e018367.
140. Harada MJCS, Pedreira MLG (2016). *Enfermagem perioperatória e cirurgia segura*. São Paulo: Yendis Page 29-50.

141. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SSD, Madeira MZA, Avelino FVSD. (2021). Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. *Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP* 55: e03774.
142. Pimentel MPT, Choi S, Fiumara K, Kachalia A, Urman RD (2021). Safety culture in the operating room: variability among perioperative healthcare workers. *Journal of Patient Safety* 17(6): 412–416.
143. Kisacik OG, Cigerci Y (2019). Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 35(3): 614–619.
144. Türk Dil Kurumu [online]. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bati&arama=kelime&guid=TDK.BATL.5a57c9b75c68c4.50493211. [Erişim 9 Eylül 2024].
145. Çetin M, Baş Ş (2021). Kurum kültürünün devam ettirilmesinde sürdürülebilir liderlik. *OPUS International Journal of Society Researches* 18(44): 8232-8260.
146. Yalçın E (2025). Güvenlik kelimesinin iş sağlığı ve güvenliği alanındaki farklı terim kullanımları. *Avrasya Terim Dergisi* 13 (2): 77-85
147. Westat R, Sorra J, Famolaro T, Dyer MN, Khanna K, Nelson D (2018). Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report [online]. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsappendixes.pdf>. [Erişim 10 Eylül 2024].
148. Gülay H (2016). Akreditasyon belgesine sahip özel bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının bakış açısıyla hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
149. Tarhan D, Yıldırım T, Hakbilen G (2022). Avrupa birliği ülkeleri ve Türkiye’de hasta güvenliği, tıbbi hatalardan öğrenme kültürü. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 19(2): 46-98.
150. Altındış M (2014). Hasta güvenliği ve komplikasyonlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 32: 68-73.

151. Kim J, An K, Kim M, Yoon S (2007). Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research* 29(7): 827-844.
152. Lee YC, Huang CH, Wu CF, Hsueh HW, Wu HH (2019). A longitudinal study of identifying critical variables influencing patient safety culture from nurses' viewpoints in Taiwan. *Journal of Testing and Evaluation* 47(5): 20180060-20180098.
153. Ammouri A, Tailakh A, Muliira J, Geethakrishnan R, Al Kindi S (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* 62(1): 102–110.
154. Rizalar S, Topcu SY (2017). The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 33: 374–379.
155. Afework A, Tamene A, Tesfaye A, Tafa A, Gemed S (2023). Status and factors affecting patient safety culture at dilla university teaching hospital: A mixed-method cross-sectional study. *Risk Management And Healthcare Policy* 16: 1157–1169.
156. Camacho-Rodriguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA (2022). Patient safety culture in Latin American hospitals: a systematic review with meta-analysis. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* 19(21): 14380.
157. Wu HH, Lee YC, Huang CH, Li L (2023). Healthcare professional's perception of patient safety assessed by the hospital survey on patient safety culture in Taiwan: a systematic review. *The TQM Journal* 35(3): 615-629.
158. Rızalar S, Büyük Tural E, Şahin R, As T, Uzunkaya G (2015). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 9(1): 9-15.
159. Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Tafti AD (2014). Iranian nurses' perception of patient safety culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16(4): 2-9.
160. Wang X, Liu K, You L, Xiang J, Hu H, Zhang L, Zheng J, Zhu X (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2333:1-5.
161. Dursun S, Bayram N, Aytaç S (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 8(1): 1-14.

162. Ali H, Ibrahim SZ, Al Mudaf B, Al Fadalh T, Jamal D, El Jardali F (2018). Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. *BMC Health Services Research* 18(1): 158-169.
163. Alshammari F, Pasay-an E, Alboliteeh M, Alshammari MH, Susanto T, Villareal S, Gonzales F (2019). A survey of hospital healthcare professionals' perceptions toward patient safety culture in Saudi Arabia. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 1-28.
164. Er MN (2024). Hastane birimlerindeki hasta güvenliği kültürüne genel bir bakış. *ATLJM* 4(11):164-76.
165. Ceylan BK, Azizoğlu F, Mete M (2024). Öğrenen organizasyonlar ve hasta güvenliği kültürünün önemi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi* (18): 107-113.
166. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2014). Patient safety culture [online]. Erişim adresi: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5>. [Erişim 03 Ekim 2024].
167. Türk I, Akgül S, Seçkin M, Tekingündüz S, Zekioğlu A (2018). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 5(1): 25-34.
168. Zencirci DA (2010). Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 12(1): 67-74.
169. Özden D (2013). Hasta güvenliği. Aştı TA, Karadağ A (Ed). *Hemşirelik esasları: Hemşirelik bilimi ve sanatı 1*. Akademi Yayınları, İstanbul, Sayfa: 261-289.
170. Mühür İ, Yılmaz Ş (2022). Hemşirelik lisans müfredatlarında tıbbi hata konusunun incelenmesi. *USCEH Dergisi* 2(1): 36-44.
171. Soylu Y, İleri H (2010). Hastanelerde stratejik yönetim uygulamaları. *Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 13(1-2): 79-96.
172. Sayek F (2011). Hasta güvenliği: Türkiye ve dünya. *TTB raporları kitapları. Türk Tabipler Birliği Raporları*, Ankara, Sayfa: 36-42.

173. Uzuntarla E, Büyük ET (2021). Hemşirelerin ilaç uygulama hata deneyimleri ile ilaç hata nedenlerine yönelik algıları. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi: 6(3), 641-654.
174. Yılmaz Z (2014). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
175. Pritchard S, Blackstock F, Nestel D, Keating J (2016). Fizyoterapi Eğitiminde Simüle Edilmiş Hastalar: Sistemik İnceleme ve Meta-analiz, Fizyoterapi 96(9): 1342-1353.
176. Bosse H, Schultz J, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, Nikendei C (2012). Standartlaştırılmış hastaların veya akran rol oynamanın lisansüstü iletişim eğitimi değerlendirmelerine etkisi: randomize kontrollü bir çalışma. Hasta Eğitimi ve Danışmanlık 87(3): 300-306.
177. The Association Of Standardized Patient Educators (ASPE). About ASPE [online]. Erişim adresi: <http://www.aspeducators.org/about-aspe>. [Erişim 25 Kasım 2025].
178. Trickey AW, Newcomb AB, Porrey M, Wright J, Bayless J, Piscitani F, Dort J (2016). Assessment of surgery residents' interpersonal communication skills: Validation evidence for the communication assessment tool in a simulation environment. Journal of Surgical Education 73(6): 19-27.
179. Bozkurt SA, Samia R, Gazarian P (2023). Using standardized patient simulation in undergraduate nursing education: A scoping review. Clinical Simulation in Nursing 74: 3-18.
180. Uysal Toraman A, Altuğ Özsoy S, Erkin Ö, Emlek Sert Z, Topçu S, Ateş E (2023). Effect of repeated standardized patient simulations on family planning education skills of nursing students. Interactive Learning Environments 1-12.
181. Oh S, Park J (2023). A literature review of simulation-based nursing education in Korea. Nursing Reports 13(1): 506-517.
182. Olaussen C, Heggdal K, Tvedt CR (2020). Elements in scenario-based simulation associated with nursing students' self-confidence and satisfaction: A cross-sectional study. Nursing Open 7(1): 170-179.

183. Ma J, Lee Y, Kang J (2023). Standardized patient simulation for more effective undergraduate nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Simulation in Nursing* 74: 19–37.
184. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity* 52(4): 1893–1907.
185. Creswell JW (2020). Nicel ve nitel araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi. Ekşi H (Ed). Eğitim araştırmaları. EDAM Yayınları, İstanbul.
186. Raihan N, Cogburn M (2023). Stages of change theory. In: StatPearls [Online]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556005/>. [Erişim 6 Nisan 2023].
187. Fegran L, Ten Ham-Baloyi W, Fossum M, Hovland OJ, Naidoo JR, van Rooyen DRM, Sejersted E, Robstad N (2023). Simulation debriefing as part of simulation for clinical teaching and learning in nursing education: A scoping review. *Nursing open* 10(3): 1217–1233.
188. Rogers SL, Van Winkle L, Michels N, Lucas C, Ziada H, Da Silva EJ, Jotangia A, Gabrielsson S, Gustafsson S, Priddis L (2024). Further development of the reflective practice questionnaire. *PeerJ* 12: e16879.
189. Onwudiegwu U (2018). Osce: design, development and deployment. *Journal of the West African College of Surgeons* 8(1): 1–22.
190. Guerrero JG, Alqarni AS, Estadilla LT, Benjamin LS, Rani VI (2024). Raters and examinees training for objective structured clinical examination: comparing the effectiveness of three instructional methodologies. *BMC Nursing* 23(1): 500.
191. Fisseha H, Desalegn H (2021). Perception of students and examiners about objective structured clinical examination in a teaching hospital in Ethiopia. *Advances in Medical Education and Practice* 12: 1439-1448.
192. Nulty DD, Mitchell ML, Jeffrey CA, Henderson A, Groves M (2011). Best Practice Guidelines for use of OSCEs: Maximising value for student learning. *Nurse Education Today* 31(2): 145-151.

193. Fegran L, Ten Ham-Baloyi W, Fossum M, Hovland OJ, Naidoo JR, van Rooyen DR. M, Sejersted E, Robstad N (2023). Simulation debriefing as part of simulation for clinical teaching and learning in nursing education: A scoping review. *Nursing Open* 10(3): 1217-1233.
194. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB (2006). There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation In Healthcare: Journal of The Society For Simulation In Healthcare* 1(1): 49–55.
195. Jia X, Li W, Cao L (2019). The role of metacognitive components in creative thinking. *Frontiers in psychology* 10: 2404.
196. Sandars J (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher* 31(8): 685-695.
197. Ng SL, Kinsella EA, Friesen F, Hodges B (2015). Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research: A critical narrative review. *Medical Education* 49(5): 461–475.
198. Creswell JW (2013). Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni. Çevirenler: Bütün M, Demir SB, Siyasal Kitabevi, Ankara, 192.
199. Sakai LM, Knihs NDS, Alvarez AG, Treviso P, Magalhães ALP, Popov DC (2024). Educational technology to support patient safety in the operating room: clinical simulation guides. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 32: e4368.
200. Elendu C, Amaechi DC, Okatta AU, Amaechi EC, Elendu TC, Ezech CP, Elendu ID (2024). The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine* 103(27): e38813.
201. AORN (2024). Wrong surgeries up 26% in 2023. *Periop Today* [online]. Erişim adresi: <https://www.aorn.org/article/wrong-surgeries-up-26--in-2023>. [Erişim 11 Eylül 2025]
202. The Joint Commission (2025). Sentinel event annual review, 2024. The Joint Commission [online]. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org>. [Erişim 11 Eylül 2025].

203. Sirihorachai R, Saylor KM, Manojlovich M (2022). Interventions for the prevention of retained surgical items: A systematic review. *World Journal of Surgery* 46(2): 370-381.
204. World Health Organization (2022). Global report on infection prevention and control. WHO [online]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>. [Erişim 11 Eylöl 2025].
205. World Health Organization (2024). Global report on infection prevention and control 2024. WHO [online]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986>. [Erişim 11 Eylöl 2025].
206. Shin J, Kim NY (2024). Importance-Performance Analysis of Patient-Safety Nursing in the Operating Room: A Cross-Sectional Study. *Risk management and healthcare policy* 17: 715-725.
207. Okuyucu K (2025). Enhancing patient safety: identifying fall risks during patient transfers in operating rooms. *BMC Health Services Research* 25(1): 557.
208. Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB (2021). Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors: An Evaluation of a Low-Fidelity Simulation Method. *Journal of Patient Safety* 17(8): e1026–e1033.
209. Lee SE, Repsha C, Seo WJ, Lee SH, Dahinten VS (2023). Room of horrors simulation in healthcare education: A systematic review. *Nurse Education Today* 126: 105824.
210. Agbar F, Zhang S, Wu Y, Mustafa M (2023). Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice* 67: 103565.
211. Patterson MD, Geis GL, LeMaster T, Wears RL (2013). Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. *BMJ Quality & Safety* 22(5): 383-93.
212. Park O, Jeon M, Kim M, Kim B, Jeong H (2023). The Effects of a Simulation-Based Patient Safety Education Program on Compliance with Patient Safety, Perception of Patient Safety Culture, and Educational Satisfaction of Operating Room Nurses. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 11(21): 2824.

213. Etherington C, Burns JK, Kitto S, Brehaut JC, Britton M, Singh S, Boet S (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *PloS One* 16(4): e0249576.
214. Edmondson AC (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Wiley, Hoboken, NJ.
215. Jesudason E (2023). Verification and trust in healthcare. *Journal of medical ethics* 49(3): 223–224
216. Alshyyab MA, Albsoul R, Fitzgerald G (2023). Factors influencing patient safety culture in operating room in a teaching hospital in Jordan: a qualitative descriptive study. *The TQM Journal* 35(7): 1722-1742.
217. An JH, Yeun EJ, Lee SH, Kim HY (2025). Perceptions of Nurse-Surgeon Communication in the Operating Room: A Q-Methodology Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* 22(2): 229.
218. Vikan M, Deilkås EC, Valeberg BT, Bjørnnes AK, Husby VS, Haugen AS, Danielsen SO (2024). The anatomy of safe surgical teams: an interview-based qualitative study among members of surgical teams at tertiary referral hospitals in Norway. *Patient Safety in Surgery* 18(1): 7.
219. Ghanmi N, Bondok M, Etherington C, Saddiki Y, Lefebvre I, Berthelot P, Dion PM, Raymond B, Seguin J, Sekhavati P, Islam S, Boet S (2024). Optimizing teamwork in the operating room: A scoping review of actionable teamwork strategies. *Cureus* 16(5): e60522.
220. Chellam Singh B, Arulappan J (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nursing* 9: 23779608231186247.
221. Mohammadi F, Rustae S, Bijani M (2024). The factors influencing patient safety management as perceived by emergency department nurses: A qualitative study. *Nursing Open* 11(3): e2135.
222. McElroy C, Skegg E, Mudgway M, Murray N, Holmes L, Weller J, Hamill J (2024). Psychological safety and hierarchy in operating room debriefing: Reflexive thematic analysis. *The Journal of Surgical Research* 295: 567-573.

223. Skråmm SH, Smith Jacobsen IL, Hanssen I (2021). Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. *Nursing open* 8(4): 1822–1828.
224. Husebø SE, Reiersen IÅ, Hansen A, Solli H (2024). Post-simulation debriefing as a stepping stone to self-reflection and increased awareness- A qualitative study. *Advances in Simulation* (London, England) 9(1): 33.





EKLER

Ek 1. Hasta Güvenliği Senaryosu



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ



SENARYO: Ameliyathanede Hasta Güvenliği

Senaryoda ele alınan ana başlıklar	- Hasta Düşmeleri - Unutulan Yabancı Cisimler - Yanlış Hasta/Yanlış Taraf Cerrahisi - Cerrahi Alan Enfeksiyonları
Senaryonun adı	Ameliyathanede Hasta Güvenliği
Önemli açıklamalar	Standardize hasta, ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik oluşturulan simülasyon ortamında, sağ kolon kanseri tanılı bir hasta rolünde kullanılacaktır.
Tanısı	Sağ Kolon CA
Hedef kitle	Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi- Ameliyathane Hemşireleri
Senaryonun uygulanması için gereken süre	30 dk
Nesnel yapılandırılmış Klinik Sınav Merkezi'nde ihtiyaç duyulan ekipman ve materyaller	Ameliyat sırasında kullanmak için gereken malzemeler; - Steril spanç, - Betadin/Povidion iyot - El ve cilt dezenfektanı - Genel cerrahi örtü seti - Steril masa örtüsü - Ameliyat önlüğü - Hasta yatağı sabitleme kemer seti - Cerrahi cilt işaretleme kalemi - Steril cerrahi eldiven - Non-steril eldiven - Emilebilir/emilemeyen cerrahi sütür - Disposable Koter Kalemi - Koter plağı - Yankauer aspirasyon seti
Katılımcıların performanslarını sergilemede ve değerlendirmede kullanılacak formlar	Hasta Dosyası Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Ameliyatta Sayımı Yapılacak Malzeme Formu Performans Değerlendirme Formu
Senaryo yazar(lar)ı	Büşra Kalemci 0535 060 54 85 Busraa.kalemci97@gmail.com

Trabzon
2025



STANDARDİZE HASTA: SENARYOYA HAZIRLIK ŞABLONU

Senaryonun hedefi	Standardize hastanın, sağ kolon kanseri tanısı ile cerrahi sürece pasif bir şekilde katılarak, güvenli prosedürlere uyum sağlama sürecini simüle etmesi hedeflenmektedir.
Senaryoya özgü standardize hastada olması gereken özellikler	Standardize Hasta Eğitimi: Simüle hasta, ameliyathane sürecine uygun olarak eğitilmeli ve senaryoya özgü rollerini eksiksiz yerine getirebilmelidir. Kimlik Doğrulama Senaryosuna Uygunluk: Cerrahi işlem öncesi kimlik doğrulama sürecinde, senaryoya uygun hasta bilgilerini doğru ve tutarlı şekilde yanıtlayabilmelidir. Anesteziye Uygunluk: Genel anestezi altında olacak şekilde hareketsiz kalabilmeli, cerrahi süreç boyunca bilinci kapalı bir hasta rolüne uygun performans sergileyebilmelidir. Fiziksel Dayanıklılık ve Hareketsizlik: Uzun süre aynı pozisyonda kalabilmeli, cerrahi işlem sürecine uygun şekilde hareket etmeksizin rol yapabilmelidir. Simülasyon Gerçekçiliği: Hasta pozisyonlandırma, sterilizasyon ve cerrahi hazırlık süreçlerine uygun şekilde simüle edilebilecek nitelikte olmalıdır. Ameliyathane ekibi tarafından uygulanacak tüm prosedürlere uygunluk göstermeli ve gerçek bir hasta deneyimini simüle etmeye elverişli olmalıdır.
Hastanın psikolojik / duygusal görünüşü	Endişeli
Hastanın sergileyeceği senaryoya özel roller	Ameliyathaneye alınmadan önce hasta, kimlik doğrulama sürecinde bilinçli bir şekilde sağlık ekibinin sorularına yanıt verir. Adı, soyadı, tanısı vb. sorulduğunda, önceden belirlenen bilgilere uygun yanıtlar verir. Kimlik bilekliği ve hasta dosyası kontrol edilirken ekiple uyumlu bir şekilde iletişim kurar. Ameliyathane hemşiresi hastaya ameliyat bölgesini sorduğunda hasta yanlış işaretlenmiş yeri (sol taraf) gösterip ‘burası’ der. Hemşire tekrar sorarsa sağ taraf der ancak tekrar sol tarafı gösterir. Hasta bu süreçte oldukça ajite ve hareketlidir. Kimlik doğrulama ve ameliyat öncesi hazırlık sırasında sağlık çalışanlarına sürekli sorular sorar, çevresine karşı yüksek düzeyde ilgi ve reaksiyon gösterir. Kimlik doğrulama tamamlandıktan sonra, hastaya genel anestezi uygulanır. Anestezinin etkisiyle bilinci kapanır ve dış uyaranlara tepki vermez. Cerrahi işlem süresince hareketsiz kalır. Anestezi sonrası entübasyon işlemi gerçekleştirilir. Hasta, cerrahi işlem boyunca belirlenen pozisyonda sabit kalır. Ameliyat sırasında cerrahi alan hazırlanırken ve sayım işlemleri gerçekleştirilirken herhangi bir bilinçli tepki vermez. Cerrahi cilt işaretleme ve sterilizasyon uygulamaları sırasında kasılma veya istemsiz hareketler göstermez. Ameliyat süresince entübe edilmiş bir hastaya uygun şekilde solunum hareketleri gözlemlenir. Refleks hareketler veya bilinçli yanıtlar oluşmaz. Cerrahi girişim tamamlandıktan sonra, anestezi sürecinin devamına uygun şekilde rol yapar. Hasta uyandırılır ve sağlık personeline dönerek “Safra kesemi aldınız değil mi?” şeklinde bir soru yönelterek gerçekçi bir hasta tepkisi ortaya koyar.
Hastanın ameliyat bölgesi	Sol taraf işaretlemesi yapılacaktır.
Hasta kimlik bilekliği	Yanlış ismin olduğu bileklik takılı olacaktır.



SİRKÜLE HEMŞİRE: SENARYOYA HAZIRLIK ŞABLONU

Senaryodaki Rolü	Bu rol, ameliyat sürecinde sirküle hemşireyi canlandırmak üzere yapılandırılmıştır. Sirküle hemşire, çeşitli planlı hataları kontrollü bir şekilde gerçekleştirecek; böylece steril hemşirenin hasta güvenliğini sağlama, farkındalık ve müdahale becerileri değerlendirilecektir.
Senaryo İçindeki Temel Görevleri ve Planlı Hataları	1. Sayım Sürecine Eşlik ve Malzeme Takibi: Sirküle hemşire, ameliyatın başında ve sonunda gerçekleştirilen alet, spanç ve cerrahi materyallerin sayım sürecinde steril hemşireye aktif olarak eşlik eder. <i>Planlanan dikkat dağıtıcı davranış:</i> Malzeme aktarımı sırasında steril hemşirenin dikkatini dağıtmak amacıyla konuşmalar başlatır ya da sorular yöneltir. 2. Steril Malzeme Açımı ve Sterilite Bozma: Cerrahi işlem sırasında steril hemşire tarafından istenen malzemeleri hazırlayıp açarken, sterilite kurallarına aykırı uygulamalarda bulunur. <i>Planlanan hata:</i> Steril sahaya non-steril el ile yaklaşır, malzemeyi uygun olmayan mesafeden açar veya dış ambalajı steril alana temas ettirir. <i>Planlanan hata:</i> Maske takılı olmasına rağmen işlem sırasında çenesine indirir. <i>Planlanan hata:</i> Koter cihazının ayarını, istenen voltaj veya modda değil, rastgele bir ayarda bırakır ve kontrol etmeden uzaklaşır. 3. Hasta Transferi Hastanın postoperatif bakım alanına transfer sırasında steril hemşireye eşlik eder. <i>Planlanan hata:</i> Sirküle hemşire bulunduğu taraftaki sedye kenarlıklarını kaldırmayacak.
Rol Davranışları	Gözle görünür biçimde aktif ve destekleyici bir ekip üyesi gibi davranır, hataları fark ettirmemeye çalışır. Profesyonel ve kontrollü bir jest-mimikle planlı hataları doğal sürecin içine entegre eder (abartıdan kaçınılır). Gerektiğinde steril hemşireyle kısa iletişim kurar ancak sterilite hatalarına doğrudan neden olan kişi olur. Steril hemşirenin hatayı fark etmemesi halinde sayım tamamlanmış gibi davranır ve süreç devam eder.



HEKİM: SENARYOYA HAZIRLIK ŞABLONU

Senaryodaki Rolü	Hekim rolü, cerrahi ekibin hasta güvenliği protokollerine ne derece uyduğunu göstermek amacıyla belirli dikkat hataları ve gözlem noktalarıyla yapılandırılmıştır.
Senaryo İçindeki Temel Görevleri ve Planlı Hataları	1. Sayım Sürecine Eşlik: <i>Planlanan hata: Spanç veya benzeri küçük bir cerrahi materyali görünmeyen bir yere yerleştirilerek eksik sayım durumu yaratır.</i> 2. Cerrahi Alanın Silinmesi: Cerrahi işlem öncesinde, antiseptik solüsyon (betadin vb.) ile ameliyat bölgesini temizler. <i>Planlanan hata: Ameliyat bölgesini protokole aykırı olarak dıştan içe doğru siler (içten dışa değil).</i> <i>Planlanan hata: Solüsyonun yeterince kurumasını beklemeden örtüleme işlemine geçer.</i> 3. Ameliyat Alanının Örtülmesi (Draping): Hekim, steril önlük ve eldiven giyerek hastanın ameliyat edilecek bölgesini yeşil steril örtülerle kapatır. <i>Planlanan hata: Örtülerin dış yüzüne non-steril el ile temas eder veya örtüylü steril alan dışına temas ettirerek kontaminasyona neden olur.</i>
Rol Davranışları	Cerrah rolünde profesyonel, kontrollü ve gerçekçi bir tavır sergiler. Hataları, dikkat dağınıklığı ya da alışkanlık temelli uygular; doğrudan abartılı davranışlardan kaçınır. Steril hemşirenin farkındalığını sınamak amacıyla steriliteye yönelik küçük ama kritik ihlaller gerçekleştirir. Gerekli yerlerde kısa ve doğrudan iletişim kurar; süreç boyunca görev odaklı hareket eder.



SENARYO AKIŞI

1. Hastanın Ameliyathaneye Kabulü ve Hazırlık

- Hasta, ameliyathane girişine sedye ile getirilir.
- Hemşire, hasta kimlik bilekliğini ve hasta dosyasındaki bilgileri kontrol eder.
(Planlanan hata: Yanlış isim yazılı kimlik bilekliği takılıdır)
(Planlanan hata: Hastanın alerjisi olduğu halde kırmızı bileklik takılmamıştır)
- Hasta, kimlik doğrulama sürecinde bilinçli olarak sağlık ekibinin sorularına yanıt verir.
- Hastanın açlık durumu sorgulanır, onam formları kontrol edilir.
- Cerrahi alan işaretlemesi kontrol edilir.
(Planlanan hata: Yanlış taraf (sol) işaretlenmiş olacak.)
- Hastanın ameliyat öncesi güvenliği sağlanır. (Hasta sabitleme, pozisyonlandırma vb.)
(Gözlem: Hemşirenin hasta güvenliğini uygun şekilde sağlayıp sağlamadığı gözlemlenecektir)

2. Hemşire Hazırlığı

- Sterilizasyon ve ameliyat alanı hazırlığı yapılır.
(Gözlem: Steril eldiven ve steril önlük kullanımı gözlemlenecek; cerrahi alanın temizliğinin uygun protokollere göre gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği değerlendirilecektir)
- Steril malzemeler sterilliği bozulmayacak şekilde açılır, indikatör renk değişimleri kontrol edilir.
(Planlanan hata: Steril malzemeler arasına steril olmayan malzemeler eklenecektir)
- Güvenli cerrahi kontrol listesi doldurulmaya başlanır.
- Açılan cerrahi malzemelerin sayımı sirküle hemşire tarafından ilgili dosyalara not edilir.
- Koter cihazı ameliyat için hazırlanır.
(Planlanan hata: Hastaya koter plağı takılmayacaktır)

3. Cerrahi Sürecin Başlangıcı ve Ameliyat Süreci

- Hasta ameliyata uygun şekilde yeşil örtüler ile kapatılır.
- İşlem yapılacak cerrahi alan, antiseptik solüsyon (Betadin/batikon vb.) ile protokole uygun şekilde hazırlanır (daireler çizilerek silinir ve kuruması beklenir). (Planlanan hata: Ameliyat bölgesini protokole aykırı olarak dıştan içe doğru siler (içten dışa değil))
- Cerrahi girişim sırasında spanç, sütür gibi malzemelerin kullanımı takip edilir.
- Sirküle hemşire ihtiyaç halinde steril masaya malzeme açar.
(Planlanan hata: Spanç veya benzeri küçük bir cerrahi materyali steril alandan uzak, görünmeyen bir yere yerleştirilerek eksik sayım durumu yaratır.
Planlanan hata: steril sahaya non-steril el ile yaklaşma, malzemeyi uygun olmayan mesafeden açma veya dış ambalajı steril alana temassız aktaramama.)
- Steril hemşire cerrahi süreç boyunca sterilliği dikkat eder.
(Gözlem: Sterilite uygulamaları izlenecek; örneğin, steril eldivenle non-steril bir alana dokunulması durumunda eldivenin uygun şekilde değiştirilip değiştirilmediği değerlendirilecektir)

4. Cerrahinin Sonlandırılması ve Postoperatif Süreç

- Ameliyat tamamlanır ve hemostaz sağlanır.
- Sayım işlemleri gerçekleştirilir.
(Gözlem: Katılımcının sayım protokollerine uygun şekilde hareket edip etmediği ve eksik malzemeye karşı doğru aksiyon alıp almadığı değerlendirilecektir.)
- Hasta anesteziden uyandırılır ve ekstübe edilir.
- Hasta, postoperatif bakım alanına güvenli transfer için hazırlanır.
(Gözlem: Sedye kenarlıklarının kaldırılıp kaldırılmadığı, vücut sabitleme kemerlerinin uygun şekilde bağlanıp bağlanmadığı, transfer sırasında hasta güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığı değerlendirilecektir.)
(Planlanan hata: Sirküle hemşire bulunduğu taraftaki sedye kenarlıklarını kaldırmayacak.)



HASTA DOSYASI (Sayfa 1)

		KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD PREOPERATİF DEĞERLENDİRME FORMU	
Dok. Kodu	Adı Soyadı:	Revizyon No:00	Revizyon Tarihi:00
Doğum Tarihi	Protokol No	Sayfa Sayısı:1	
Adı Soyadı :	Servisi: Genel Cerrahi	Prot.No : 92737196	Tarih: 02/07/25
Preop Tanı :	İle: Kolesistolik	Boy/Kilo:	Yatan/Ayaktan Hasta
ICD 10 :	İle: Sg Kdm GA		
GEÇİRDİĞİ OPERASYONLAR 1. İnide 2. 3/1 line 3. bar entibasyon		ZOR ENT.OLASILIĞI Mallampati: 2 Dişler: 2 Çene/Boyun Kısıtlılığı: Deformite/Kitle:	
KARDİYOYASKÜLER SİSTEM: TA: Eski MI: EKG: Aritmi: HT: Konj. Anomali: Ödem: KKY: Dehidratasyon: Şok: İskemi: Pace maker:			
SOLUNUM SİSTEMİ: Solunum Sayısı: Ritm: Siyanoz: Solunum Derinliği. Dispne: Ortopne: Wheezing: Ral/Ronküs: Astım: KOAH: TBC (Aktif/Eski) Toraks Deformitesi.			
AKCİGER GRAFİSİ: Radyolojik Tetkikler: Akc. Garfisi: CT: USG:		SANTRAL SINIR SİSTEMİ SVO: Nöromuskuler Paravax: hasta: GKP: Diğer:	
RENAL SİSTEM: Albuminüri: Hematüri: Oligüri: Poliüri: Glukozüri: Asetonüri: Dializ Öyküsü: ABY: KBY:			
METABOLİZMA: Ateş: D.mellitus: Hipertiroidi: Hipotiroidi: Sendrom:			
KULLANDIĞI İLAÇLAR VE DOZLARI: İnsülin: Kortikosteroid: Antihipertansif: Analjezik: Diüretik:			
ALLERJİ ATOPI ÖYKÜSÜ Flaster: İyot: Antibiyotik: Anestezik: Analjezik: Lateks: Polen: Ev Tozu: Diğer: Yok: Bilmiyor:			
LABORATUVAR SONUÇLARI Şeker: Üre: Kreatinin: Na: K: CI: Ca: T.Prot: Albumin: PT: PTT: SGPT: SGOT: Bilirubin: Hb: Htc: Trombosit: Lökosit: T3: T4: TSH: F3: F4: Ph: P02: PCO2: HCO3: BE: Psödokolin Esteraz:			
BULASICI HASTALIKLAR HBs: HCV: HIV: VDRL:		ZARARLI ALIŞKANLIKLAR Sigara: Gün: Yıllık Alkol: Gün: Yıllık Diğer:	
KAN GRUBU/İSMARLANAN KAN MİKTARI grubu kandan Ünite hazırlanması uygundur.			
SONUÇ ASA: gurubuna dahil olan hastanın; 1. işlemlerinin yapılmasından sonra Tekrar değerlendirilmesi, 2. operasyon öncesi saat oral almaması ve ameliyathaneye çağrıldığında; İLAÇLAR: midazolam 2, Atropin 0.5			
..... Anesteziyoloji ve Reanimasyon Doktoru:			



HASTA DOSYASI (Sayfa 2)

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ		Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)	
Başhekimliği		ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI	
LEME ÜNİTESİ HASTA TAKİP FORMU			
Dok. Kod: AH.FR.05	Adı Soyadı: Doğum Tari: Protokol No:	Revizyon Numarası:05	Revizyon Tarihi:27.09.2023 Sayfa Sayısı:01
ADI	TARİH	15.09.25	
SOYADI	DOSYA NO	000	
DOĞUM TARİHİ	ASA		
CİNSİYETİ	ZOR HAVA YOLU	7	
BÖLÜMÜ	ANESTEZİ DR.		
AMELİYATI	TESLİM EDEN	AD/SOYAD :	
ANESTEZİ YÖNTEMİ	UNVAN :		
EK SİSTEMİK SORUN	TESLİM ALAN	AD/SOYAD :	
	UNVAN :		

VİTAL BULGULAR	Op. Çıkış	Sant	Solunum Sayısı	TA (mmHg)	Nü / dk	SpO ₂ (%)	Ateş	Aritmi	(0-10) Ağrı (NRS)	Aljasyon Deliryum	Bronko Larengeal Spazm	Cerrahi Komplikasyon	Bulantı kusma	Kardiyak Arrest	Antidot	Diğer
ÇIKIŞ	82	22	15	81	81	95	36.5	-	1-2	1						
Derleme Kabul																

UYGULAMALAR	İLAÇ/SERUM/KAN	DOZ	HEMŞİRE	DOKTOR

ALDRETE ÇIKIŞ SKORU:	DERLEME ÜNİTESİNDEN DEN HASTAYI TESLİM EDEN	
GİDECEĞİ YER	HEMŞİRE	DOKTOR
☐ Servis	Ad/Soyad :	Ad/Soyad :
☐ YBÜ	İmza :	İmza :
☐ Taburcu		



HASTA DOSYASI (Sayfa 3)

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği	
GÜVENLİ ANESTEZİ VE HAVA YOLU KONTROL LİSTESİ	
Dok. Kod: AHL.S.01	Yayın Tarihi: 22.12.2015
Revizyon No: 05	Revizyon Tarihi: 10.06.2024
Sayfa Sayısı: 1	
Operasyon/Girişim: ☒ Elektif ☐ Acil	
HaStanın Adı Soyadı:	Protokol No: 927 3196
Tarih: 01.02.2025	Operasyonun Adı: Kdostanin
Doğum Tarihi:	Açlık Süresi: ☐ <4s ☐ 4-6s ☐ 6-8s ☒ >8s
PREOPERATİF MUAYENE ☐ Evet ☐ Hayır	
Boy: VA: VKI:	Ek Hastalıkları: HT, HbA1c
ASA: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	İlaç Kullanım Öyküsü: ☐ Yok ☒ Var
Aspirasyon Riski: ☐ Yok ☒ Var	Uyku Apnesi: ☐ Yok ☒ Var
Bilinen Allerji: ☐ Yok ☒ Var	
HAVA YOLU MUAYENESİ	
Ağız Açıklığı: ☐ < 4 cm ☐ ≥ 4 cm	EKİPMAN
Mandibular Skoru: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4	Evet Hayır
Sert damak Yumuşak damak Uvula Tonsiller SINIF I SINIF II SINIF III SINIF IV	Oksijen kaynağı dolu ve çalışıyor
	AneStezi makinesi açık/fişe takılı
	Kaçak testi yapıldı
	Uygun devre boyutu seçildi
	Vaporizatör dolu ve yerinde
	Sodalime'da renk değişikliği yok
Sternomental Mesafe: ☐ <12 cm ☐ ≥12 cm	Atık sistemi çalışıyor
Tiromental Mesafe: ☐ <6 cm ☐ ≥6 cm	Aspiratör boş ve etkin çalışıyor
Boyun Hareketleri: ☒ Sıtlı ☐ Normal	Monitör açık, alarm ayarları yapıldı
Üst Dudak Kırma Testi: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3	İLAÇLAR
	İntravenöz yol çalışıyor
	İlaçlar ve mayiler hazır
	Resüsitasyon ilaçları hazır
	HAVA YOLU EKİPMANI
	☐ Balon-Valf-Maske ☐ Maske ☐ Trakeal Tüp
	☐ Airway ☐ Sabitleyici ☐ Stile
	☐ Enjektör ☐ Buji ☐ Magill
	☐ DL → ☐ Mac ☐ Miller ☐ McCoy
	☐ VL → ☐ Mac ☐ Açılı ☐ Kanallı
	☐ Supraglottik Hava Yolu Cihazı
	☐ 1. Jenerasyon ☐ 2. Jenerasyon
	☐ Fiberoptik Bronkoskop
	☐ Krikotirotomi Seti
	☐ Cerrahi Hava Yolu Seti
	☐ Diğer:
Retro/Mikrognati: ☐ Var ☒ Yok	
Sakal/Bıyık: ☐ Var ☒ Yok	
Diş Protezi (Mobil): ☐ Var ☒ Yok	
BEKLENEN ZOR HAVA YOLU	
☒ Hayır ☐ Evet	
Açıklama/Öneri:	
Notlar:	

**HASTA DOSYASI (Sayfa 5)**

Tarih : 27/06/2025

KTÜ FARABI HASTANESİ HEMŞİRE TAKİP FORMU Total Mayı :

27/06/2025 11:44:22

100011001

Dosya / Protokol No :

Adı Soyadı

Yatış Tarihi :

Doğum T

Hasta Adı-Soyadı :

Protokol

Öğretim Üyesi :

Araştırma Görevlisi :

Kan Grubu : A Rh⁺

By/KI/VKI :-

Allerji : VAR (penisilin)

Tanı : HT, - Kalp stent

Ağrıları : Ateş, nabız, tansiyon

Diyet : HT, R2 / oralkopali

Vücut Hijyeni

Ağız Bakımı : ☐

Saç Banyosu : ☐

Vücut Banyosu : ☐

Tedavi Çizelgesi

Hemşire : ŞÜKRİYE

KESKİNDEMİR

Cezal 1pr flk 1x1 IV (preop)

8.30
bk

Ponto 20mg flk 1x1 IV (post-op)

Cezal 1pr flk 1x1 IV (post-op)

Oksepro 0,6ml 1x1 subkutan

Metparmid amp 1x1 lümen Hali

En son 15.07.25 tarihinde ecapım
kollanmış.

16.07.15 -> Operasyon (sqf kolon CA)

		AĞRI SKALASI																							
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																							
		Ağrı yok En şiddetli ağrı																							
VAS																									
WONG																									
Saat		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
Ağrı Derecesi																									

NOT: 0-4 puan hafif ağrı 4 saatte bir, 5-6 puan orta şiddette ağrı 2 saatte bir, 7 ve üzeri puan şiddetli ağrı saatte bir değerlendirilir



AMELİYATTA SAYIMI YAPILACAK MALZEME FORMU

AMELİYAT VE MALZEME FORMU		Tarih: / /
Hastanın Adı:	1.İnci Dr. Adı :	İMZA
Soyadı:	2.İnci Dr. Adı :	İMZA
Dosya no :	3.İnci Dr. Adı :	İMZA
Servisi :	4.İnci Dr. Adı :	İMZA
Oda No :	5.İnci Dr. Adı :	İMZA
Ameliyat Adı :	6.İnci Dr. Adı :	İMZA
Ameliyat Kod :	Hemşire Adı :	
Anestezi Türü Genel O Lokal O Regional tür:		
ADET	MALZEME ADI	ADET
☐	Cerrahi Eldiven No:7	LOKAL ANESTEZİ
☐	Cerrahi Eldiven No:7.5	ADRENALIN AMPUL
☐	Cerrahi Eldiven No:8	ATROPIN AMPUL
☐	Cerrahi Eldiven No:8.5	CITANEST FLAKON
☐	İpek No:2/0 30mm 75cm Keskin İğne	JETOKAİNE (S) LIDOFAS
☐	İpek No:5/0 16mm 45cm Keskin İğne	*ONADRO AMPUL *DEKORT AMPUL
☐	İpek No:6/0 8MM 45CM Spatula Çift İğne	KENACORT AMP.(SINAKORT) TRIAVER
☐	Poliglaktin No:8/0 8mm 45cm Spatula Çift İğne	RIFOCIN AMPUL
☐	Poliglaktin No:8/0 3mm Spatula 1/2 Çift İğne	MARCAIN
☐	Poliglaktin No:7/0 8mm, 45cm Spatula Çift İğne	MİTOMYCİN-C
☐	Poliglaktin No:8/0 6mm 45cm Spatula Çift İğne	VIGAMOX (EXOCİN)
☐	Naylon No:10/0 6mm 30cm Spatula Çift İğne	TROPAMİD
☐	Polipropilen veya Polivinilflorid No: 10/0 16mm 23cm S.Ç.İ.Düz İğne	MYDFRİN
☐	Polipropilen No:10/0 6-8mm 45 cm. 3/8 S.Ç.İ.Eğri İğne	PILOSED
☐	PTOZ ASKISI KÜNT İĞNELİ(FCİ)	GENTREKS 40mg 80 mg
☐	Skleral Fiksasyon Sütürü Çift Eğri İğneli (MANİ) 10/0 (LOOP)	ALCAİN
☐	MİKROCERRAHI BİÇAĞI 2.85MM (SHARPOINT)	SİKLOPLEJİN
☐	BEVELUP CRECENT BİÇAK (CRESCENT)	POLİMİSİN (CİLOXAN) / TERRAMYCİN
☐	KORNEAL (SURGICAL) KNIFE SAPLI 30 DERECE	MİOCHOLE AMPUL
☐	Mvr Bıçak (Düz) No: 19G 20G	İZOTONİK NaCl
☐	Orta SPONGE (SPEAR)	DENGELİ SÖLÜSYON
☐	LOKAL SPONGE / SKLERAL SPONGE	PERFL RAPROPAN (DEKALAYN) (düşüldüğünde yanına sıvı perflorokar)
☐	Eye Shield (KAPAMA) Rondil	SİLİKO TAMPONAT (2 sindede düşülecek)
☐	Postlu Drape (GÖZ DRAPE)	GAZ(C3F8- F6 (SÜLFÜR HEĞZAFLOİRÜR)
☐	İRRİGASYON KİSTOTOM	FOLD-IOL (FOLDABLE HİDROFOBİK ARKİLİKARKA KAMERALENSİ)
☐	MAİNTENİR	ARK KAM LENSİ ALCON
☐	SİMCOEİA KANÜLÜ	SKLERAL FİKSASYON
☐	Viskoelastik Solüsyonlar Kohesiv 1.4mm 1.8mm 2.0 mm	ÖN KAMARA LENSİ
☐	TROPON MAVİSİ	İRİS RETRAKTÖRÜ (İRİS HUKLARI)
☐	FAKO KASETİ	MONOBLOK KATLANABİLİR AKRİLİK GÖZ İÇİ LENS
☐	FAKO ELÇİK UCU (20 G 30 DERECE)	KAPSÜL GERME HALKASI
☐	FAKO İçin Silikon Sleeve	VİTREKTOMİ KASETİ 23 G (ARKA SEKMİENT KOMBİNE)
☐	FAKO İÇİN UYGUN ÖN VİTREKTOMİ PROBU	Vitreoretinal Trokar Sistemi 23G (Trokar Sistem) / STELLARİS
☐	PNÖMATİK VİTREKTOMİ PROBU	Endolimnasyon probu 23 G (İŞİK KAYNAĞI)
☐	VİTREKTOMİ PAK KASETİ 20G 23G 25G	Pnömatik Vitrektomi probu 23G (Kasici)
☐	LAKRİMAL ENTÜBASYON SETİ	VİTREKTOMİ KASETİ 25G (Arka Segment) (KOMBİNE)
☐	MONÇAKÜLER TUP (RİGLENG PROBU)	Pnömatik Vitrektomi Probu 25G (Kasici)
☐	GLAUCOMA VOLVE İMPLANTİ(GLOKOM VALFİ)	Vitreoretinal Trokar Sistemi 25G (Trokar Sistem)
☐	DSB SETİ	Endolimnasyon Probu 25G (Işık kaynağı)
☐	ÇÇ YOLLU MUSLUK	Silikon Enjeksiyon ve Ekstraksiyon Seti 23G (Silikon Verme Seti)
☐	VFI KANÜL (YERİNE SİLİKON ENJEKSİYON VE EKSTRASYON KANÜLÜ)	End Gripling Forceps 23G (Düz Forceps) İLM FORSEPSİ
☐	Subtenon anestezi kanülü	Vitreoretinal back flush Kanülü 23G (Fluid needle)
☐	DRENAJ SİSTEMİ(GLOKOM İÇİN)EXPRESS VALF	Membran Forsepel No.23 G (SYNERGETICS INC.)
☐	ENJEKTANL KAPSÜL GERME HALKASI	Vitreoretinal Sweeper (Süpürücü) (Elmas Uçlu) 23G (SYNERGETICS INC)
☐	SÖTURLU KAPSÜL GERME HALKASI	Vitreoretinal Makaslar (Vertikal) No.23G (SYNERGETICS INC.)
☐	MEMBRAN BLUE RETİNA(İLM) - (ERM)	Vitreoretinal Makaslar Eğri (Curved) No.23G (SYNERGETICS INC.)
☐	LAZER PROBU EĞRİ 23G (ENDOLAZER)	
☐	LAZER PROBU EĞRİ 25G (ENDOLAZER)	
☐	DÜZ İŞİK PROBU 23 G	
☐	AVİZE İŞİK PROBU 23 G	

BİRİNCİ YIL

Trabzon
2025



STANDARDİZE HASTA İÇİN KULLANILACAK GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın Adı Soyadı:	Ameliyat: Kolostomi	Ameliyat Bölgesi: Sağ Taraf	Ameliyat Tarihi:
I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesişinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce
1. Hastanın; ☒ Kimlik bilgileri ☒ Ameliyatı ☒ Ameliyat bölgesi doğrulandı. 2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi? ☒ Evet 3. Hasta aç mı? ☒ Evet ☐ Hayır 4. Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☒ Gerekli değil..... 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	10. Hastanın kendisinden ☒ Kimlik bilgileri ☒ Ameliyatı ☒ Ameliyat bölgesi ☒ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı? 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☒ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz 12. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı? ☒ Evet 13. Pulseoksimetre 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 ☒ Gerekli Değil 16. Hastada kan kaybı riski var mı? ☐ Yok ☒ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.	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 Tromboz profilaksisi gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır	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 ☐ Sayım uygulanmaz 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

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

Ek 2. Tanıtıcı Özellikler Formu

	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ	
Katılımcı No: Telefon No:		Tarih: / /

EK1- TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

 **AD SOYAD**

Ad	Soyad

 **CİNSİYET**

K ☐ E ☐

 **YAŞ**

 **MEDENİ DURUM**

Evli ☐ Bekar ☐

 **EĞİTİM DURUMU**

Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐

 **BUGÜNE KADAR ÇALIŞTIĞI KURUM / KURULUŞLAR**

 **MESLEKİ DENEYİM SÜRESİ (Ay/Yıl)**

 **AMELİYATHANEDE ÇALIŞMA SÜRESİ (Ay/Yıl)**



TRABZON
2025

Ek 3. Performans Değerlendirme Formu



PERFORMANS DEĞERLENDİRME FORMU



Katılımcı No:

Tarih: / /

Değerlendirme Kriterleri		Gerçekleştirildi (Evet/Kısmen/Hayır)	Hata Tespit Edildi mi?		Gözlem ve Notlar
Hastanın Ameliyathaneye Kabulü ve Hazırlık	Hasta kimlik bilekliği ve hasta dosyasındaki bilgiler kontrol edildi mi?		YH		
	Hastaya doğru kimlik bilekliği takıldı mı?		YH		
	Hastanın alerjisi var ise kırmızı bileklik takıldı mı?		YH		
	Taraf işaretlemesi kontrol edildi mi?		YT		
	Hastanın sedye kemerleri ile sabitlendi mi?		HD		
	Hastanın sedye kenarlıkları kaldırıldı mı?		HD		
	Ameliyat bölgesinin traş edilip edilmediğini sorguladı mı?		CAE		
Hemşire Hazırlığı	Cerrahi el yıkama prosedürünü doğru şekilde uyguladı mı?		CAE		
	Sterilizasyon kurallarına uygun önlük ve eldiven kullanıldı mı?		CAE		
	Steril malzemelerin sterilliği kontrol edildi mi?		CAE		
	Güvenli cerrahi kontrol listesi uygun şekilde dolduruldu mu?				
	Kullanılacak cerrahi malzemelerin kaydı tutuldu mu?		UYC		
	Koter cihazı hastaya uygun şekilde bağlandı mı? Hata fark edildi mi?		CAE		
Ameliyat Süreci	Hasta yeşil örtüler ile uygun şekilde kapatıldı mı?		CAE		
	İşlem yapılacak bölge protokole uygun silindi mi?		CAE		
	Kullanılan / Kullanılacak cerrahi malzemelerin kaydı tutuldu mu?		UYC		
	Steril alan kurallarına uyuldu mu?		CAE		
Cerrahinin Sonlandırılması ve Postoperatif Süreç	Ameliyat sonu sayım işlemi doğru yapıldı mı?		UYC		
	Ameliyat sonunda yabancı cisim unutulup unutulmadığı kontrol edildi mi?		UYC		
	Hastanın sedye kemerleri ile sabitlendi mi?		HD		
	Hastanın sedye kenarlıkları kaldırıldı mı?		HD		

*CAE: Cerrahi Alan Enfeksiyonu, HD: Hasta Düşmeleri, YT: Yanlış Taraf, YH: Yanlış Hasta, UYC: Unutulan Yabancı Cisim

Açıklamalar ve Değerlendirme:

Ek 4. Yarı Yapılandırılmış Debriefing (Çözümleme) Oturumu Soru Formu



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ



Katılımcı No:

Tarih: / /

EK 3-YARI YAPILANDIRILMIŞ DEBRIEFİNG (ÇÖZÜMLEME) SORU FORMU

Debriefing oturumu yarı yapılandırılmış sorular üzerinden yürütülecektir. Bu formda açık uçlu sorular olup cevapları katılımcıların kendi düşüncelerini açıklamasında yardımcı olacaktır.



 **SORU 1:** Deneyimlediğiniz Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınavlar (NYKS) senaryosunda performansınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? Neler yaşandı? Ne hissettiniz?
Yanıt:

 **SORU 2:** NYKS'deki deneyiminizde neden böyle hissettiniz? Süreç ve sonuç neden böyle oldu?
Yanıt:

 **SORU 3:** Bu NYKS deneyimi bize ne anlatıyor? Hangi sonuçları çıkarıyorsunuz?
Yanıt:

 **SORU 4:** Uygulamalarınız ve NYKS deneyiminiz arasında nasıl bir ilişki kuruyorsunuz?
Yanıt:

 **SORU 5:** Profesyonel hayatınızda daha iyi olmak için gelecekte neleri yapabilirsiniz?
Yanıt:

TRABZON
2025

Ek 5. Yarı Yapılandırılmış Refleksiyon Oturumu Soru Formu



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ



Katılımcı No:
Telefon No:

Tarih: / /

EK 4-YARI YAPILANDIRILMIŞ REFLEKSİYON OTURUMU SORU FORMU

Refleksiyon oturumunda süreç içerisinde ek sorulara ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu yüzden oturum yarı yapılandırılmış sorular üzerinden yürütülecektir. Bu oturumda katılımcıların ameliyathanedeki hasta güvenliği tehdit eden, birinci aşamada da ele alınan başlıklar bağlamında deneyimlerini sorgulamak, ikinci aşamada elde etmeleri hedeflenen farkındalıklar sonucunda hasta güvenliğine yönelik yapılması gerekenler ile yapılanlar arasındaki boşluğu (gap) ortaya çıkarmak hedeflenmektedir. Böylelikle, uygulamadaki hatalar, hatalara neden olan faktörler ve hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlar katılımcıların deneyimleri üzerinden ortaya çıkartılacaktır.



 **SORU 1:** Hasta düşmeleri, unutulmuş yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları başlıklarında oluşan farkındalıklarının bağlamında, çalıştığınız yerde sizi etkileyen veya aklınıza ilk gelen olumlu deneyiminizi bizimle paylaşır mısınız? Hangi faktörler bu deneyiminize etki etmiş olabilir.

Yanıt:

 **SORU 2:** Hasta düşmeleri, unutulmuş yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları başlıklarında oluşan farkındalıklarınız bağlamında, çalıştığınız yerde sizi etkileyen veya aklınıza ilk gelen olumsuz deneyiminizi bizimle paylaşır mısınız? Hangi faktörler bu deneyiminize etki etmiş olabilir.

Yanıt:

 **SORU 3:** Paylaştığınız deneyimlerde neleri iyi yaptığınızı düşünüyorsunuz?

Yanıt:

 **SORU 4:** Paylaştığınız deneyimlerde neleri daha iyi yapabildiniz?

Yanıt:

TRABZON
2025

Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından yürütülen “Standardize Hasta Yöntemi ile Farkındalıkları Artırılan Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutum ve Davranışlarının Refleksiyon Oturumu ile Ortaya Çıkarılması” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Çalışma süresince sizlerden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve sizlere bir ücret ödenmeyecektir.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden durumları simülasyon ortamında canlandırarak hemşirelerin bu risklere karşı farkındalığını artırmaktır. Ayrıca, hemşirelerin bu konudaki tutum ve davranışlarını anlamak ve bu davranışları etkileyen olası faktörleri belirlemek hedeflenmektedir.

Çalışma, standardize hasta yöntemiyle gerçekleştirilecek olup, bu yöntemle yapılan araştırmalar sınırlı olduğundan, elde edilecek bulguların alandaki diğer çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Veri toplama yöntemi:

Araştırmaya katılan hemşirelerden, sosyodemografik bilgilerini içeren bir tanıtıcı form doldurmaları istenecektir. Veri toplama süreci başlamadan önce, katılımcılara Zoom platformu üzerinden NYKS (Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav) hakkında eğitim ve bilgilendirme yapılacaktır. Bu toplantının görsel ve işitsel kaydı alınacak, kayıt öncesinde katılımcılardan izin alınacaktır. Eğitim materyalleri toplantı sonrası paylaşılacaktır.

Çalışma amaç doğrultusunda üç aşamada gerçekleştirilecektir:

Birinci aşama: Hasta güvenliğini tehdit eden dört temel başlık (hasta düşmeleri, unutulmuş yabancı cisimler, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi alan enfeksiyonları) üzerine hazırlanan senaryo ile standardize hasta yöntemi kullanılarak simülasyon yapılacaktır. Bu aşamada görsel ve işitsel kayıt alınacaktır.

İkinci aşama: Simülasyon sonrasında her katılımcıyla birebir debriefing oturumu yapılacaktır. Bu oturumda, katılımcının uygulamadaki kararları, düşünce süreçleri ve davranışları üzerine konuşulacak, varsa hatalar ve güçlü yönler tartışılacaktır. Oturum yaklaşık 1 saat sürecek ve ses kaydı alınacaktır. Yarı yapılandırılmış sorular kullanılacak ve gerektiğinde ek sorular sorulabilecektir.

Üçüncü aşama: Son aşamada refleksiyon oturumu yapılacaktır. Bu oturumda katılımcılardan, simülasyon deneyimlerini, hasta güvenliği konusundaki farkındalıklarını ve öğrendiklerini değerlendirmeleri istenecektir. Katılımcıların önceki aşamalarındaki uygulamalarını sorgulamaları ve iyileştirmeye açık alanları tanımlamaları amaçlanmaktadır. Yaklaşık 1 saat sürecek bu görüşmeler ses kaydıyla belgelenerek analiz edilecektir. Bu aşamada da yarı yapılandırılmış görüşme tekniği uygulanacak, ihtiyaç duyulursa ek sorular yöneltilenektir.



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Standardize Hasta Yönetimi ile Farkındalıkları Artırılan Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutum ve Davranışlarının Refleksiyon Oturumu ile Ortaya Çıkarılması
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/33
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Bahar CANDAS ALTINBAŞ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra KALEMCİ
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Büşra KALEMCİ KUL
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2020
Lise	Yavuz Sultan Selim Anadolu Lisesi	2015

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Görece Op. Dr. Ergun Özdemir Devlet Hastanesi	2022-2025
2. Hemşire	Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2025-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği