T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİNİN KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE TUTUMLARI

GİZEM ÖZTÜRK

DANIŞMAN
PROF. DR. AYFER ÖZBAŞ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2022

TEZ ONAYI

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 06.01.2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakü

Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Aysel GÜRKAN
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gizem ÖZTÜRK

İTHAF

Her zaman yanımda olan değerli aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle rehberlik eden, yüksek lisans tezimin yürütülmesinde her daim bana destek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Ayfer Özbaş'a,

Hemşirelik mesleğinin bilgi, beceri, değerleri ve etiğini öğreten; mesleki bilgi ve tecrübeleriyle örnek olan; cerrahi hemşireliğini sevmemde rol oynayan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı değerli hocaları Prof. Dr. Nevin Kanan'a, Prof. Dr. Seher Deniz Öztekin'e, Prof. Dr. İkbal Çavdar'a, Doç. Dr. Nuray Akyüz'e, Dr. Öğr. Üyesi Tulüha Ayoğlu'na ve tüm araştırma görevlilerine,

Tüm çalışma arkadaşlarıma,

Her daim yanımda olan, beni her zaman destekleyen ve bugünlere gelmemde emekleri olan sevgili aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Hasta Güvenliği 4
2.1.1. Hasta Güvenliğinde Hemşirelerin Önemi 8
2.2. Hasta Güvenliği Kültürü 10
2.2.1. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturmada Hemşirelerin Önemi 12
2.3. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 13
2.4. Türkiye'de Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 17
2.4.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" Bölümü ... 19
2.4.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Anestezi Verilmeden Önce" Bölümü 20
2.4.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Ameliyat Kesisinden Önce" Bölümü 23
2.4.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Ameliyattan Çıkmadan Önce" Bölümü . 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi 27
3.2. Araştırma Soruları 27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer 27
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Zaman 27
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27
3.6. Çalışmaya Alınma Kriterleri 28
3.7. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 28
3.8. Araştırmanın Değişkenleri 28

3.9. Veri Toplama Aracı 28
3.10. Veri Toplama Yöntemi 30
3.11. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi 30
3.12. Araştırmanın Etik Yönleri 30
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları 31
4. BULGULAR 32
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı 33
4.2. Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular 36
4.3. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde GCKL Davranış Düzeylerine İlişkin Bulgular 38
4.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Anestezi Verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce ve Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde GCKL Davranış Düzeylerine İlişkin Bulgular 42
4.5. Hemşirelerin GCKL Tutumlarına İlişkin Bulgular 48
4.6. Cerrahi Hemşirelerinin GCKL Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 51
5. TARTIŞMA 53
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 54
5.2. Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 56
5.3. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 58
5.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Anestezi Verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce ve Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 60
5.5. Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 66
5.6. Cerrahi Hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması 71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 73
KAYNAKLAR 80
FORMLAR 86

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 95
KURUM İZİNLERİ 96
ETİK KURUL KARARI 98
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 99
ÖZGEÇMİŞ 100

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=120) 33
Tablo 4-2: Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=120) 35
Tablo 4-3: Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeyleri (N=120) 36
Tablo 4-4: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları (N=120).....37
Tablo 4-5: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyleri (N=79) 38
Tablo 4-6: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=79) 40
Tablo 4-7: Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Anestezi Verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce ve Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyleri (N=41) 42
Tablo 4-8: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaya Anestezi Verilmeden Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=41) 44
Tablo 4-9: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Kesisinden Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=41) 45
Tablo 4-10: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=41) 46
Tablo 4-11: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Toplam Puan Ortalamaları (N=41) 47
Tablo 4-12: Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Tutumları (N=120) 48
Tablo 4-13: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Tutum Düzeyi Puan Ortalamaları (N=120) 50

Tablo 4-14: Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=120).....51

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (İlk Basım) 16
Şekil 2-2: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi-TR 18

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
IHI	Institute for Healthcare Improvement (Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü)
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
NHS	National Health Service (Ulusal Sağlık Sistemi)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSC-GCKL	Safe Surgery Checklist-Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
WHA	World Health Assembly (Dünya Sağlık Asamblesi)
WHO-DSÖ	World Health Organisation-Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Öztürk, G. (2022). Cerrahi Hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemine İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin ameliyathane ve cerrahi kliniklerinde çalışan, çalışmayı kabul eden 120 cerrahi hemşiresi dahil edildi.

Araştırmada, veriler literatür doğrultusunda hazırlanan anket formuyla cerrahi kliniklerde ve ameliyathanede çalışan hemşirelerden toplandı.

Verilerin istatistiksel analizinde; SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Ki-Kare testi, bağımsız örneklem *t* testi ve Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı.

Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) bilgi düzeyi puan ortalaması 6,92±0,89; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 19,14±1,41; ameliyathane hemşirelerin anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce GCKL davranış düzeyi toplam puan ortalaması 33,61±2,92; hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması 83,79±8,61 olarak bulunmuş olup cerrahi hemşirelerinin GCKL'ye ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeyleri yüksek olarak saptandı.

GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalaması (7,09±0,74), GCKL eğitimi almayan hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalamasından (6,45±1,09) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=3,093; p=0,003). GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması (85,23±8,01), GCKL eğitimi almayan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasından (80,00±9,11) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=3,073; p=0,003).

Araştırmada GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL'ye ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri daha yüksek bulundu. GCKL'nin cerrahi hemşireleri tarafından ameliyathanede ve cerrahi kliniklerde bilinçli bir şekilde uygulanabilmesi için kurumlar tarafından GCKL'ye ilişkin hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklarla planlanması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Düzeyi, Cerrahi, Güvenlik, Hasta Güvenliği, Perioperatif Hemşirelik

ABSTRACT

Öztürk, G. (2022). Knowledge and Attitudes of Surgical Nurses Regarding the Use of Safe Surgery Checklist. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Surgical Nursing. Master Thesis. İstanbul.

This research was carried out as a descriptive study to determine the knowledge and attitudes of surgical nurses regarding the use of the Safe Surgery Checklist.

120 surgical nurses working in the operating room and surgical clinics of a training and research hospital in Istanbul and accepted to work were included in the sample of the study.

In the study, data were collected from nurses working in surgical clinics and operating rooms with a questionnaire prepared in line with the literature.

In the statistical analysis of the data; SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 25.0 program was used. In the evaluation of the data; descriptive statistical methods, Chi-Square test, independent sample t-test and One-Way Analysis of Variance were used.

The mean score of nurses' Safe Surgery Checklist (SSC) knowledge level was 6.92±0.89; The mean score of SSC behavior level of nurses working in surgical clinics before leaving the clinic was 19.14±1.41; The mean total score of SSC behavior level of the operating room nurses before the administration of anesthesia, before the incision of the operation, before the operation was 33.61±2.92; nurses' mean SSC attitude level score was found to be 83.79±8.61, and surgical nurses' knowledge, attitude and behavior levels were found to be high.

It was determined that the mean score of SSC knowledge level of the nurses who received SSC training (7.09±0.74) was statistically significantly higher than the mean score of SSC knowledge level of the nurses who did not receive SSC education (6.45±1.09) (t=3.093; p=0.003). It was determined that the mean SSC attitude level score of the nurses who received SSC training (85.23±8.01) was statistically significantly higher than the mean SSC attitude level score (80.00±9.11) of the nurses who did not receive SSC training (t=3.073; p=0.003).

In the study, the knowledge and attitude levels of nurses who received GCKL training were found to be higher. In order for GCKL to be applied consciously by surgical nurses in the operating room and surgical clinics, it was recommended that in-service trainings on GCKL be planned at regular intervals by the institutions.

Key Words: Level of Knowledge, Surgery, Security, Patient Safety, Perioperative Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi tedavi sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenidir. Birçok hastalığın tedavisinde cerrahi yöntem tedavisi uygulanmakta olup, Dünyada yılda yaklaşık 234 milyon cerrahi girişim yapılmaktadır. Bu nedenle cerrahi tedavi yöntemi sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cerrahi işlemler yaşam kurtarsa bile güvenli olmayan cerrahi bakım önemli zararlara neden olabilmektedir (Haynes ve ark. 2009; Candaş ve Gürsoy 2015; https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/en/, 04.03.2020).

Cerrahi tedavinin artmasıyla birlikte tıbbi ve teknik hataların da arttığı görülmekte buna bağlı olarak da hastaların yatış süresi uzamaktadır. Cerrahi süreç içerisinde hasta kimliğinin kontrol edilmemesi, yanlış tarafın işaretlenmesi, hasta alerjisinin kontrol edilmemesi, hasta vücudunda spanç unutulması tıbbi hatalara neden olabilmektedir (İyigün 2016; Kapıkıran ve ark. 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 yılındaki verilerine göre Dünyada ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde komplikasyon oranı %3 ve ölüm oranı %0,5 olarak belirlendiğinde her yıl yaklaşık 7 milyon cerrahi hastasında komplikasyon olmakta ve bu sayının 1 milyonu ameliyat sırası veya hemen sonrasında ölmektedir. Bu nedenle cerrahi güvenlik önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmıştır (World Health Organisation [WHO] 2009b).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) cerrahi güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla DSÖ tarafından geliştirilmiştir. GCKL hem klinikte hem de ameliyathanede hasta güvenliğini sağlamaktadır. GCKL'nin kullanımıyla morbidite ve mortalite oranlarında azalma görüldüğü bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015; https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/, 04.03.2020).

Cerrahi birimlerde kontrol listesinin kullanımı ameliyata bağlı komplikasyon ve ölüm sayısını azaltır, cerrahi ekip içerisinde iletişimi arttırır, hasta güvenliğinin sağlanması ve kontrolünde ekip için ortak bir dil oluşturur, doğru hastaya doğru cerrahi girişimin yapılmasını sağlar, ekip için yasal dayanak oluşturur, cerrahi güvenliğin sürekliliğini sağlar (Kapıkıran ve ark. 2018).

Hasta güvenliği ve cerrahi güvenliği sağlayan GCKL dünyada birçok ülkede uygulanmaktadır. Ülkemizde ise 2009 yılında uygulanmaya başlanmıştır. DSÖ tarafından oluşturulan GCKL 3 bölümden oluşmaktadır. Anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce bölümleri GCKL'nin 3 bölümüdür. Ülkemizde, GCKL dört bölümden oluşmaktadır. Güvenli cerrahinin hasta klinikte iken başladığı düşüncesiyle listenin başına "Klinikten Ayrılmadan Önce" kısmı eklenmiştir (Candaş ve Gürsoy 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı 2015; Karayurt ve ark. 2017).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkili ve doğru bir şekilde uygulanması multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. GCKL'nin uygulanması ve kontrolü cerrahi ekip içerisinde yer alan cerrah, hemşire, anestezi uzmanı ve tüm ekip üyelerinin sorumluluğundadır (Candaş ve Gürsoy 2015; Kapıkıran ve ark. 2018).

Cerrahi hemşiresi cerrahi sürecin her aşamasında aktif rol almaktadır. Bu nedenle GCKL'nin uygulanması ve kontrol edilmesinde ekibin önemli bir parçasıdır. Cerrahi hemşireleri hastanın rahatlığının sağlanmasından, saygınlığının korunmasından, hastanın olası hatalar nedeniyle zarar görmesini önlenmekten, hasta savunuculuğu yapmaktan sorumludur. Cerrahi hemşireleri ekip içerisinde hasta bakımı ve güvenliği açısından önemli yere sahiptir (Karayurt ve ark. 2017; Thove Willassen ve ark. 2018).

DSÖ'nün hemşirelerin öncelikli olarak kontrol listesi sorumlusu seçilmesinin uygun olduğunu belirtmesi hemşirelerin hasta güvenliği ve cerrahi güvenliği sürdürmede rolleri, sorumlulukları ve önemini ortaya koymaktadır. Listenin etkin ve doğru bir şekilde uygulanması cerrahi sürece bağlı hataları azaltmaktadır. Bu nedenle listenin her bir adımı konusunda hemşireler bilgiye sahip olmalı ve etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamalıdır (WHO 2009b; Candaş ve Gürsoy 2015; https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/en/, 04.03.2020).

Literatürde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin çalışmalar mevcut olmakla birlikte bu çalışmadan elde edilen bulgular diğer araştırmalara kaynak oluşturacak olup literatüre katkı sağlayacaktır. Bu çalışma Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin ve doğru bir şekilde kullanılması bilincinin oluşturulması konusunda hemşirelere kaynak oluşturup Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin hasta güvenliği ve cerrahi güvenliği sağlamadaki önemi konusunda farkındalık oluşturacaktır. Buna bağlı olarak GCKL'nin bilinçli kullanılması cerrahi sürece bağlı hataları azaltacaktır.

Bu tez çalışmasında cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetinden kaynaklı hataların önlenmesi ve hatalara bağlı sakatlıklar ve ölümlerin olmaması için sistemin yeniden planlanmasıdır. Hasta güvenliğinde amaç sağlık bakım hizmetlerinden kaynaklı olası zararlara karşı hastayı korumaktır (Çakmakçı ve Akalın 2011; Karaca ve Arslan 2014).

Cerrahi ekibin, hasta ve cerrahi işlemle ilgili risk faktörlerini bilmesi tıbbi bakımdan kaynaklı önlenebilir zararlardan hastanın korunmasını sağlar. 2000 yılından sonra tıbbi hatalardan kaynaklı sakatlıklar ve ölümlerin olması, istenmeyen olayların sayısındaki artışlar nedeniyle Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Avustralya ve tüm Batı Dünyası ortaklığıyla "Hasta Güvenliği Dönemi" başlamıştır (Çakmakçı ve Akalın 2011; Colakoglu ve ark. 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 17 Eylül'ü Dünya Hasta Güvenliği Günü olarak ilan etmiştir ve ilk defa 17 Eylül 2019 tarihinde Hasta Güvenliği Günü gerçekleşmiştir. Dünyada her gün birçok hasta, güvenli olmayan bakım nedeniyle zarar görmektedir. Hastaları olası tıbbi hatalardan, yaralanmalardan, enfeksiyonlardan ve kazalardan korumak her sağlık sistemi için temel hedeftir (Horton 2019).

Sağlık hizmetine bağlı tıbbi hatayı, Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Foundation) "hastaya verilen sağlık hizmeti sürecinde bir hatanın neden olduğu, beklenilmeyen, kasıtsız sonuçlar" olarak tanımlamıştır. Araştırmalara göre tıbbi hatalardan kaynaklı ölüm oranının %0,2-%0,5 olduğu bildirilmektedir. 2008 yılındaki verilere göre Türkiye'de 9,9 milyon kişi hastaneye yatmıştır. Tıbbi hatalardan kaynaklı ölüm oranı %0,2-%0,5 olarak belirlendiğinde 9,9 milyon kişiden yaklaşık olarak 18.950-99.000 kişinin sağlık hizmetinden kaynaklı tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü belirtilmektedir (Çakmakçı ve Akalın 2011).

Lancet Global Health'in 2018 Komisyonu; sağlığı iyileştiren, koruyan, her zaman sağlık bakım hizmetlerini geliştiren kaliteli sağlık sistemlerine gereksinimi vurgulamaktadır. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesine bağlıdır (Horton 2019).

Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine [IOM]) 1999 yılında yayınladığı "To Err Is Human" raporunda Amerika'da bir yılda 44.000-98.000 kişinin sağlık bakımıyla ilişkili hatalar nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Bu sayı motorlu taşıt kazaları ve meme kanserine bağlı ölümlerden daha yüksektir. Tıbbi hatalardan kaynaklı ölümlerin ve sakatlıkların ek sağlık hizmetlerinin artmasına bağlı olarak Amerika'da yılda 17-29 milyar dolar kayba neden olduğu raporda belirtilmiştir. İngiltere'de hastanede yatan hastaların %10'undan fazlasında istenmeyen olay görüldüğü, Avustralya'da ise %16,6 oranında istenmeyen olay hızının olduğu belirtilmiştir (Çakmakçı ve Akalın 2011).

IOM'un raporundan sonra sağlık hizmetinden kaynaklı tıbbi hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması için çalışmalar yapılmıştır. Hataların önlenmesi için suçlama ve cezalandırma yerine anlayışla kabul etme ve düzeltmeye odaklanılmalıdır. Hatalarda cezalandırma kültürü yerine düzeltme kültürü uygulanmalıdır (Çakmakçı ve Akalın 2011).

Sağlık bakım hizmeti verirken önce zarar verilmemelidir. Sağlık profesyonelleri için hasta güvenliği önemli olmalıdır. Hasta güvenliği için iki yönlü ortaklık gerekmektedir. Hastalar kendi bakımlarına dahil edilmelidir, bakım hasta merkezli olmalıdır. Hastaları ve yakınlarını bakım ve tedaviyle ilgili kararlara dahil etmenin hasta güvenliğini arttırdığına yönelik kanıtlar bulunmaktadır. DSÖ, güvenli bakımın iyi iletişimle başladığını belirtmiştir (Horton 2019).

DSÖ düşük ve orta gelirli ülkelerde yılda 134 milyon olumsuz olayın güvenli olmayan bakımdan kaynaklandığını belirtmiştir. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, tıbbi hatalar ve yanlış teşhis dahil güvenli olmayan bakımdan kaynaklı olumsuz olaylar 2-6 milyon ölüme neden olmaktadır. Önlenebilir bir tıbbi hata nedeniyle dünyada hasta ölüm riski 300 kişide 1'dir. Sağlık hizmeti alırken her on hastadan biri yaralanmaktadır ve hastaların hastane masraflarının %15'ini güvenli olmayan hasta bakımından kaynaklı hataların tedavi masrafları oluşturmaktadır. Tıbbi hatalar tanı, tedavi ve sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında meydana gelebilmektedir. Bu hatalar iletişim eksikliği, yorgunluk, eğitim ve oryantasyon eksikliği nedeniyle oluşabilmektedir (Çakmakçı ve Akalın 2011; Horton 2019).

Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement [IHI]), dünyada sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmaktadır (http://www.ihi.org/Topics/PatientSafety/Pages/Overview.aspx 20.02.2021).

IHI, kaliteli ve güvenli sağlık bakım hizmetleriyle olası zarar ve ölümleri azaltmaya yönelik çalışmalar yürütmektedir. Bu kuruluşun amacı dünyada sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini sağlayarak herkese güvenilir ve en iyi bakımı vermektir. IHI hasta güvenliğini "zararı ve önlenebilir ölüm oranlarını azaltarak bakımı sürekli olarak daha güvenli hale getirmek" olarak tanımlamıştır. Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla tüm sağlık hizmeti veren kuruluşlarda güvenlik sistemine odaklanmıştır. IHI hasta güvenliğinde güvenlik kültürünü teşvik etmek etmeye odaklanmıştır. Güvenlik kültürünü değerlendirmek, iyileştirilmesi gereken alanları belirlemek ve güvenlik kültürünü etkileyen sistemde değişiklikleri uygulamak için çerçeve sağlamıştır (http://www.ihi.org/Topics/PatientSafety/Pages/Overview.aspx 20.02.2021).

Birleşik Komisyon (The Joint Commission) tarafından hasta güvenliği sağlamak için hasta güvenliği hedefleri belirlenmiştir. Hedefler, sağlık güvenliğindeki sorunlara ve bunların nasıl çözüleceğine odaklanmaktadır (The Joint Commission 2020a).

Birleşik Komisyon (The Joint Commission) hastaneler için 2021 Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerini belirlemiştir. 2021 hastaneler için Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri;

- Hastaları doğru bir şekilde tanımlayın.
- Personel iletişimini geliştirin.
- İlaçları güvenli uygulayın.
- Hastada meydana gelebilecek klinik alarm sistemleriyle ilişkili zararı azaltın.
- Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonları önleyin.
- Hasta güvenliği risklerini belirleyin.
- Cerrahi hataları önleyin (The Joint Commission 2020a).

Ülkemizde kalite iyileştirme programlarının bir parçası olan hasta güvenliği uygulamaları kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli çalışmalar yapılmış ve dokümanlar yayınlanmıştır (http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/hasta%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi_dergi_sehriban.pdf 24.02.2021).

Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Hastanelerde Hasta ve Çalışan Güvenliği Odaklı Hemşirelik Hizmetleri Kurulması ve Geliştirilmesi Projesi, Kanıta Dayalı Klinik Rehberler ve Performans İndikatörleri Geliştirme Projesi, Sağlıkta performans ve kalite yönergesi Sağlık Bakanlığı hasta güvenliği kapsamında yapılan uygulamalardandır. Hasta güvenliği kapsamında uluslararası düzeyde Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International [JCI]) uygulamaları bulunmaktadır. JCI sağlık hizmetinin kalitesini ve güvenliğini geliştirmeyi amaçlamaktadır (http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/hasta%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi_dergi_sehriban.pdf 24.02.2021).

Sağlık profesyonellerinden hemşireler, JCI Hasta Güvenliği Hedefleri'nin uygulanmasından sorumludurlar. Hemşireler için hasta güvenliği hedefleri şunlardır:

1. Hasta kimliğinin doğru tanımlanması

Hemşireler her tedavi ve girişimden önce hastaya adını, soyadını, doğum tarihini sormalıdır. Hastanın kimlik bilekliğinden bilgileri doğrulamalıdır.

2. Sağlık hizmeti verenler arasında etkin iletişimin sağlanması

Hemşire, hekimin verdiği sözel orderı uygulamadan önce hekime geri okuma yaparak doğru tedaviyi uygulamalıdır.

3. Yüksek riskli ilaçların güvenliği sağlanmalı

Hastanın kullanmış olduğu ilaçlar hakkında doğru bilgi alınmalı ve kaydedilmelidir. Hastaya verilen yeni ilaçla kullanmış olduğu ilaçlar karşılaştırılmalıdır. Hasta ve yakınına alması gereken ilaçlar hakkında yazılı ve sözlü bilgi verilmelidir. Hastaya ve yakınına her hastaneye gittiğinde güncel ilaç listesini getirmesinin önemli olduğu söylenmelidir. Yüksek riskli ilaç hekim tarafından yazılı order edilmelidir. İki hemşire tarafından order kontrolü yapılmalıdır (Çakmakçı ve Akalın 2011; The Joint Commission 2020b).

4. Doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem cerrahisini sağlamak

Ameliyat sırasında güvenli cerrahi kontrol listesi kullanılarak, time out (mola) uygulaması yapılmalıdır. Ekibin her bir üyesi bu sürece katılmalıdır.

5. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi veya Dünya Sağlık Örgütü'nün el temizleme yönergeleri kullanılmalıdır. El temizliğini iyileştirmek için hedefler belirlenmeli. El temizliğini iyileştirmek için hedefler kullanılmalıdır.

6. Hastalarda düşmelere bağlı zarar riskinin azaltılması

Hemşireler düşmeye yönelik protokolleri uygulayarak hastalarda düşme riskini azaltmalıdır.

7. Sağlık bakımı ile ilişkili basınç yaralarının önlenmesi

Hemşireler basınç yarası gelişme riski yüksek olan hastaları belirleyip gerekli önlemleri almalıdır. Hastalar basınç yarası gelişme riski açısından değerlendirilmelidir (Çakmakçı ve Akalın 2011; The Joint Commission 2020b).

Ameliyathane tanı ve tedavi amacıyla elektif ve acil cerrahi işlemlerin yapıldığı bir birimdir. Cerrahi işlem, ağrıyı kontrol etmek için bölgesel, genel anestezi veya derin sedasyon gerektiren dokunun insizyonu, eksizyonu veya manipülasyonu işlemidir. Yüksek hassasiyetli teknolojilerin kullanılmasını gerektiren invazif cerrahi işlemlerin yapıldığı ameliyathane ortamı stresli ve karmaşık bir ortamdır. Disiplinler arası ekip çalışmasına gereksinim duyulan ameliyathane, hatalara son derece duyarlı yüksek riskli bir ortamdır. Tıbbi hataların neden olduğu cerrahi komplikasyonlar, bakım sürecinden kaynaklanan ölüm ve sakatlıklar hastada meydana gelen zararların büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle DSÖ, sağlık hizmetlerini iyileştirmeye yönelik profesyonel farkındalığı ve siyasi bağlılığı uyandırmayı amaçlayan Dünya Hasta Güvenliği İttifakı'nın (The World Alliance for Patient Safety) bir parçası olarak "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" başlıklı bir proje başlatmıştır (WHO 2009b; Gutierres ve ark. 2018).

2.1.1. Hasta Güvenliğinde Hemşirelerin Önemi

Sağlık hizmetinde kalite arayışında hemşire, gerekli stratejilerin planlanmasından, ekip üyelerinin hatalarını azaltmaya ve kaliteli bakım uygulamalarının göstergelerine kadar bakımın sürekli iyileştirilmesi için süreçler tasarlama potansiyeline sahip bir profesyoneldir. Hemşirelerin bu stratejik konumu, hastaya olan yakınlığı ve hem kaliteli bakımın geliştirilmesinde hem de yönetim pozisyonlarında sağlık kuruluşlarının tüm alanlarında rol oynamalarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle hemşireler, cerrahi güvenlik ve bakım kalitesi arayışında sağlık hizmetinde önemli rol oynamaktadırlar.

Hemşireler ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemin tüm evrelerinde hasta bakımında rol oynamaktadırlar. Cerrahi ortamda hemşireler, kaliteli bakım uygulamalarıyla hasta güvenliğini sağlamada anahtar rol oynamaktadırlar (Gutierres ve ark. 2018).

Hasta güvenliğini, Institute of Medicine (IOM) "hastalarda zararın önlenmesi" olarak tanımlamıştır. Hasta güvenliği kaliteli sağlık bakım hizmetinin temelidir. Sağlık hizmeti ilişkili komplikasyonlar ve ölümle sonuçlanabilen olumsuzluklar hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Hemşireler hasta güvenliğini etkileyen olumsuz sonuçların azaltılmasında, sürveyans ve koordinasyonda önemli sağlık profesyonelleridir. 1855 yılında Florence Nightingale İngiliz askerlerinin çevre koşullarının iyileştirilmesi ve hijyen uygulamalarıyla ölüm oranlarının azaldığını analiz ederek kaliteli bakımı ölçmüştür. Hasta güvenliğinde kaliteli bakım kritik öneme sahip olmakla birlikte kaliteli bakımı sağlamada hemşireler bakımı koordine ve entegre etmeleri nedeniyle önemli role sahiptirler (Mitchell 2008).

DSÖ'ye göre on hastadan birinde güvenli olmayan sağlık bakım uygulamalarından kaynaklı yaralanmalar ve ölüm meydana gelmektedir. Bu risk gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır. Güvenli olmayan tıbbi bakım uygulamalarından en sık karşılaşılanlar; %13 oranında ilaç uygulamalarına bağlı yan etkiler, %16 tıbbi bakım uygulamalarından kaynaklı yaralanmalar, %19 anestezi ve cerrahiye bağlı yaralanmalar, %27 sağlık hizmetinden kaynaklı enfeksiyonlar, %30 güvenli olmayan enjeksiyon, %32 kan ve kan ürünlerinin güvenli uygulanmaması, %35 gebe ve yenidoğan güvenliği, %40 yaşlı güvenliği, %43 hastanede düşmeye bağlı yaralanmalar, %45 basınç yaralarıdır. Bu güvenli olmayan durumlar, güvenli hemşire bakım uygulamalarıyla ortadan kalkabilir. Güvenli bakım için işbirliği, yeterli hemşire, etkili karar verme, liderlik gerekmektedir (Çakmakçı ve Akalın 2011).

İlaç hataları, iletişim eksikliğinden kaynaklı hatalar, hekim istemine uymama, var olan protokollere uymama, yetersiz hasta bakımından kaynaklı hatalar, uygun olmayan el hijyeninden kaynaklı enfeksiyonlar sık karşılaşılan güvenli olmayan hemşirelik bakımından kaynaklı hatalardır. Hasta bakımında hastayla daha fazla zaman geçiren sağlık çalışanının hemşireler olmasından dolayı hasta güvenliği kültürünün bakım uygulamalarında oluşturulması çok önemlidir. Hemşireler, hastaya bakım verirken hasta güvenliği ile karşılaşmaktadır. Bu nedenle bir kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin hasta güvenliğini

benimsemeleri ve önem vermeleri büyük öneme sahiptir. Hemşireler hasta güvenliğini bakım uygulamalarında sürdürmeli ve gerekli önemi vermelidir (Çakmakçı ve Akalın 2011; Karaca ve Arslan 2014).

2.2. Hasta Güvenliği Kültürü

DSÖ'ye göre on hastadan birinde tıbbi hatalar nedeniyle geçici ve kalıcı zararlar meydana gelmektedir. Güvenli olmayan bakımdan kaynaklı tıbbi hataların hastaya, hasta yakınlarına, sağlık profesyonellerine ve sağlık kurumlarına olumsuz etkileri vardır. Tıbbi hatalar hastaların tedavisinin aksamasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, komplikasyonlara, hastanın tedavisine bağlı ilaç maliyetinin artmasına, sağlık çalışanlarına ve kuruma karşı güvensizliğe neden olur. Kurumun da imajının olumsuz etkilenmesine ve maliyette artışa neden olur. Ülkemizde kalite ve akreditasyon çalışmalarının yaygınlaşmasına bağlı olarak hasta güvenliği önem kazanmıştır (Rızalar ve ark. 2016).

Hasta güvenliği sağlık bakım hizmeti veren tüm kişilerin önem vermesi gereken bir unsurdur. Sağlık bakım hizmeti sunarken ortaya çıkan tıbbi hataları tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmasa da sağlık hizmeti sunulan yerlerde hasta güvenlik sisteminin ve kültürünün geliştirilmesi, bakım hizmeti veren kişilerin bu güvenlik kültürüne gerekli önemi vermesi ile olası tıbbi hataların azalabileceği görülmektedir. Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmeti sırasında hastayı olası zararlardan korumak ve hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla sağlık hizmeti verilen kurumlarda oluşturulmalıdır (Karaca ve Arslan 2014).

Kurum için hasta güvenliğinin önemi vurgulanarak standartlar belirlenmeli, işe alınan sağlık çalışanlarına eğitim verilerek hasta güvenliği konusunda çalışanlarda farkındalık sağlanmalıdır. Hasta güvenliğine bağlı oluşabilecek zararlar hastalarda sakatlıklara, hastanede kalış sürelerinin uzamalarına ve ölüme sebebiyet verebilmekle beraber kurum için maliyet artışına sebep olabilmektedir (Karaca ve Arslan 2014).

Bakım kaynaklı kişilerde oluşabilecek zararları önlemek için sağlık çalışanları ve kurumların aldığı önlemler hasta güvenliğini sağlamaktadır. Kültür, sağlık hizmetinde rol alan kişilerin işleri nasıl yaptığını belirleyen tutum ve davranış normları üretmek için etkileşime giren paylaşılan inançlar, gelenekler, davranışlar, değerler ve maddi nesneler sistemi olarak tanımlanır. Kültür, kalıtsal ve içgüdüsel olmak üzere öğrenilen davranışları içerir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için yüksek riskli hataya neden

olabilecek aktiviteler belirlenmeli, tıbbi hataların çekinmeden bildirildiği ve cezalandırmanın olmadığı bir iletişim ortamı oluşturulmalı, olay raporlama sistemleri olayın nedenini belirlemeye ve iyileştirmeye odaklanmalı, cezalandırıcı olmamalıdır. Hasta güvenliği kültürünü geliştirmenin temeli güvenli bakım hizmetleriyle sağlık bakım kalitesini arttırmaktır (Rich 2008; Rızalar ve ark. 2016).

İrlanda'da yapılan bir çalışmada, advers olayların %12,2 oranda meydana geldiği ve bunun %70'den fazlasının önlenebilir olduğu bulunmuştur. Hasta güvenliğini iyileştirmek için kurumsal bir güvenlik kültürü politikası uygulanmalıdır (Abreu ve ark. 2019).

Ulusal Sağlık Sistemi'nde (National Health Service [NHS]), her gün bir milyondan fazla insan başarılı ve güvenilir bir şekilde tedavi edilmektedir. Teknoloji ve bilimdeki gelişmeler ile sağlık sisteminin karışık bir hal aldığı ve bu karışıklığın hastaların sağlık sisteminden kaynaklı zarar görmesine neden olabildiğinden sözedilmektedir (National Patient Safety Agency 2004).

NHS, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanması için gereken yedi adımı açıklamıştır. Bu hasta güvenliği için belirlenen yedi adım, hasta güvenliği konusunda kuruluşların ve sağlık profesyonellerinin performansını ölçmesine ve faaliyetlerini planlamalarına yardımcı bir kontrol listesi görevi görmektedir (National Patient Safety Agency 2004).

Bu adımların uygulanması, hasta bakımının güvenli olmasını ve hasta güvenliğini tehdit eden durumlarda da önlemlerin alınmasını sağlar. Hasta güvenliği için yedi adım:

1. Adım: Bir güvenlik kültürü oluşturun

2. Adım: Personelinizi destekleyin ve liderlik edin

3. Adım: Risk yönetimi faaliyetlerinizi entegre edin

4. Adım: Raporlamayı teşvik edin

5. Adım: Hastaları ve toplumu dahil edin ve iletişim kurun

6. Adım: Güvenlik derslerini öğrenin ve paylaşın

7. Adım: Zararı önlemek için çözümler uygulayını içermektedir (National Patient Safety Agency 2004).

2.2.1. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturmada Hemşirelerin Önemi

Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlayabilmek için hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır. Hasta güvenliği kültürü tıbbi hataların önlenmesinde sistematik yaklaşım, tıbbi hata bildirimlerinde şeffaflık ve dürüstlüktür. Hemşireler hastaya bakım sunarken en çok iletişimde ve yakında olan sağlık profesyoneli olduğu için hasta güvenliği kültürünün, davranış ve tutuma dönüştürülmesinde önemli rol oynamaktadır (Erdağı ve Özer 2015).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses [ICN]) hasta güvenliğinin hasta bakımının ve hemşirelik bakımının kalitesinin göstergesi olduğunu belirtmiştir. Hasta güvenliğini sağlamada ve sağlık hizmeti ile ilişkili tıbbi hataları önlemede hemşireler önemli rol oynamaktadır (Çakmakçı ve Akalın 2011).

Amerikan Hemşire Yöneticileri Derneği sağlık hizmetlerinde yöneticiler için beş temel yetkinlik belirlemiştir. Hemşire yöneticiler için belirlenen beş temel yetkinlik; liderlik, iş becerileri ve ilkeleri, iletişim ve ilişki yönetimi, profesyonellik ve sağlık hizmetleri ortamı bilgisidir. Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliği önemli bir endişe unsurudur (Rich 2008).

Bu temel beş yetkinlik kapsamında, hasta güvenliği kültürü geliştirebilmek için yedi zorunluluk belirlenmiştir:

1. Organizasyon çapında hasta güvenliği programının uygulanmasını ve geliştirilmesini desteklemek

2. Güvenli klinik sistemler, süreçler, politikalar ve prosedürler tasarlamak

3. Beklenen ve beklenmeyen riskleri belirlemek için klinik aktiviteleri izlemek

4. Güvenli olmayan uygulamaları bildirmek için sistemleri ödüllendirmek ve cezasız bir raporlama ortamını desteklemek

5. Güvenlik araştırmalarını desteklemek, güvenlik önerilerine göre hareket etmek ve yanıtlamak

6. Personelin klinik olarak yetkin olmasını ve hasta güvenliğindeki rolleri ile ilgili eğitimli olmasını sağlamak

7. Birleşik Komisyon'un Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerini (The Joint Commission's National Patient Safety Goals) ifade etmek ve desteklemek için çalışmalar yapmaktır (Rich 2008).

2.3. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Cerrahi tedavi halk sağlığının önemli bir bileşenidir. Cerrahi tedavi birçok hastalığın tedavisinde uygulanmaktadır. Cerrahi işlemler yaşam kurtarsa bile güvenli olmayan cerrahi bakım önemli zararlara neden olabilmektedir. Dünyada yaşam süresinin artmasına bağlı olarak cerrahi tedavinin rolü de hızla artmaktadır. Sanayileşmiş ülkelerde ölüm ve sakatlıkların sayısını azaltan güvenlik standartlarına karşın dünyada anestezi komplikasyonları cerrahi sırasındaki önemli ölüm nedenidir. Otuz yıl önce genel anestezi uygulanan sağlıklı bir hastanın anestezi komplikasyonlarından ölme oranı 5000'de 1 iken, gelişmiş bilgi birikimi ve temel bakım standartları ile bu risk 200.000'de 1'e düşmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde ise anesteziye bağlı önlenebilir ölüm oranı bu oranların 100-1000 katı olarak belirtilmektedir (WHO 2009b; Candaş ve Gürsoy 2015; https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/en/, 04.03.2020).

Dünyada yılda yaklaşık 234 milyon ameliyat yapılmaktadır. Bu nedenle cerrahi tedavi yöntemi sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu sayı yıllık doğum sayısından daha fazladır. Ameliyat gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde yapılmaktadır. Ameliyat, hastalıklar için tedavi yöntemi olsa da komplikasyon ve ölüm riski vardır. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar cerrahi bakımla ilişkili ölüm oranının %0,4-0,8 ve majör komplikasyon oranının %3-17 olduğunu göstermiştir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar daha yüksektir. Yapılan çalışmalar cerrahi komplikasyonların en az yarısının önlenebilir olduğunu ve cerrahi alan enfeksiyonlarını veya anesteziyle ilgili sorunları azaltmaya yönelik alınan önlemlerle komplikasyonların önemli ölçüde azaldığını göstermiştir. Etkili ekip çalışmasıyla cerrahi bakımda daha iyi sonuçlar elde edilmektedir (Haynes ve ark. 2009).

Dünyada cerrahi bakım kaynaklı komplikasyonlar önemli ölüm ve sakatlık nedeni haline gelmiştir. 56 ülkedeki verilere göre 2004 yılında tahmini 187-281 milyon ameliyat yapılmıştır. Bu sayı yıllık doğum sayısının neredeyse iki katıdır. Yapılan ameliyat sayısının bu kadar fazla olması cerrahide güvenli bakımın önemini ortaya koymaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde cerrahi bakımdan kaynaklı yatan hastalarda %3-22 majör komplikasyon oranlarının, %0,4-4 ölüm oranlarının olduğu rapor edilmiştir. Bu

komplikasyonların ve ölümlerin önlenebilir olduğu belirlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmalar majör cerrahiye bağlı ölüm oranının %5-10 olduğu göstermektedir. Hastanede yatan hastalarda meydana gelen önlenebilir olumsuz olayların en az yarısı cerrahi bakım sırasında meydana gelmektedir. Dünyada ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde komplikasyon oranı %3 ve ölüm oranı %0,5 olarak belirlendiğinde her yıl yaklaşık 7 milyon cerrahi hastasında komplikasyon olmaktadır, bu sayının 1 milyonu ameliyat sırası veya hemen sonrasında ölmektedir. Bu nedenle cerrahi güvenlik önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmıştır (WHO 2009b).

Cerrahi tedavinin artmasıyla birlikte tıbbi ve teknik hatalarda artmaktadır buna bağlı olarak hastaların yatış süresi uzamaktadır. Cerrahi süreç içerisinde hasta kimliğinin kontrol edilmemesi, yanlış tarafın işaretlenmesi, hasta alerjisinin kontrol edilmemesi, hasta vücudunda spanç unutulması tıbbi hatalara neden olabilmektedir (İyigün 2016; Kapıkıran ve ark. 2018).

Dünyada yetersiz hasta güvenliğinden kaynaklı hastaların zarar görmesi üzerine Dünya Sağlık Asamblesi (World Health Assembly [WHA]), Mayıs 2004'te, hasta güvenliğini iyileştirmek için uluslararası bir hasta güvenliği ittifakı kurulmasını belirtmiştir. İlk defa, dünyanın dört bir yanından kurum başkanları, politika yapıcılar ve hasta grupları, "Önce zarar verme" hedefine ulaşma yolunda ilerlemek ve güvenli olmayan sağlık hizmetinin olumsuz sonuçlarını azaltmak için bir araya gelmiştir (WHO 2009b).

2005-2006 yılında ilk Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesinde hasta bakımında güvenliği arttırmak amacıyla uzmanlar bir araya gelmişlerdir. Toplantının teması sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar olmuştur (WHO 2009b).

2007-2008 yılında ikinci Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi için toplanılmıştır. İkinci toplantının teması "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" olmuştur. Cerrahi bakımın güvenliğine odaklanılmıştır (WHO 2009b).

Bu kapsamda DSÖ tarafından cerrahide güvenliğin sağlanması için 2008 yılında "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" projesi başlatılmıştır. DSÖ "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" projesinin amacı tüm ülkelerde ve ortamlarda uygulanabilecek bir dizi temel güvenlik standardı belirleyerek dünyada cerrahi bakımın güvenliğini iyileştirmek ve önlenebilir cerrahi enfeksiyonlar, anestezik güvenlik uygulamalarının yetersiz olması ve ekip üyeleri arasında iletişim eksikliği gibi önemli güvenlik konularını ele almak için

siyasi bağlılık ve klinik iradeden yararlanmaktır. Bu hasta bakımında güvenliği etkileyen uygulamaların tüm ülkelerde ve ortamlarda önlenebilir, yaygın ve ölümcül sorunlar olduğu kanıtlanmıştır. Önlenebilir cerrahi enfeksiyonlar, anestezik güvenlik uygulamaları eksikliği ve ekip üyeleri arasındaki iletişim eksikliği dahil hasta güvenliğini etkileyen olayların sayısını azaltmak için DSÖ Hasta Güvenliği, dünyanın dört bir yanındaki cerrahlar, anesteziстler, hemşireler, hasta güvenliği uzmanları ve hastalarla görüşerek güvenli cerrahi için on temel hedef belirlemiştir (Haynes ve ark. 2009; WHO 2009b; Yavuz Van Giersbergen, 2016).

Cerrahi bakımdan kaynaklı önlenebilir ölüm ve komplikasyonları azaltmak için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) güvenli cerrahi kılavuzlarının desteklediği güvenli cerrahi için 10 temel hedefi vardır.

1. Ekip, doğru hasta üzerinde, doğru ameliyatı yaptığından ve doğru taraf cerrahisinden emin olmalı

2. Ekip, hastayı ağrıdan korurken anestezinin olası zararlarından da korumalı

3. Ekip, yaşamı tehdit eden havayolu veya solunum fonksiyon kaybını fark etmeli ve hastayı korumalı

4. Ekip, hastanın yüksek kan kaybı riskinin farkında olmalı ve hazırlıklı olmalı

5. Ekip, hastaya önemli risk altında olduğu bilinen alerjik veya yan etki yapabilecek ilaç uygulamamalı

6. Ekip, cerrahi alan enfeksiyonu riskini en aza indirdiği bilinen yöntemleri sürekli kullanmalı

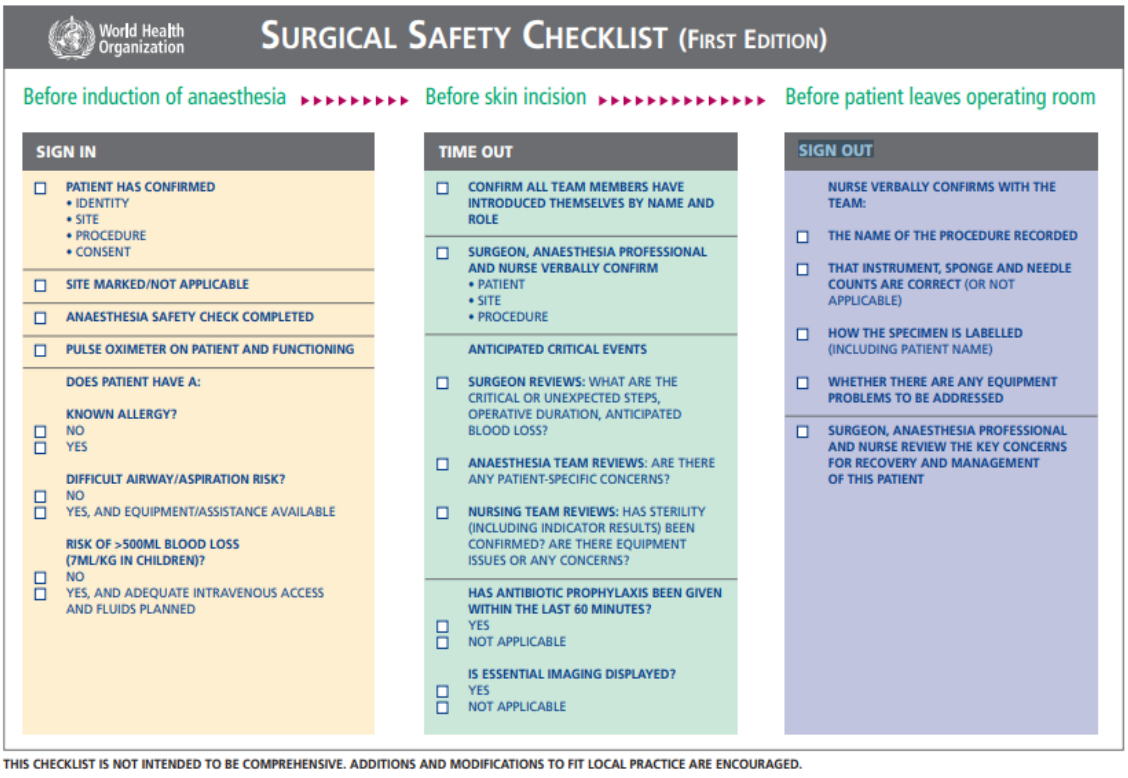
7. Ekip, cerrahi alanda aletlerin ve spançların yanlışlıkla unutulmasını önlemeli

8. Ekip, tüm cerrahi numuneleri güvence altına almalı ve doğru şekilde isimlendirmeli

9. Ekip, ameliyatın güvenli bir şekilde yürütülmesi için kritik bilgileri etkili bir şekilde birbirine iletmeli

10. Hastaneler ve halk sağlığı sistemlerinden ameliyat kapasitesi, hacmi ve sonuçları ile ilgili bilgiler düzenli olarak elde edilmelidir (Haynes ve ark. 2009; WHO 2009b; Candaş ve Gürsoy 2015).

"Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" projesi kapsamında, Dünya Hasta Güvenliği İttifakı tarafından dünyada cerrahi bakıma bağlı ölümlerin sayısını azaltmak için DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi oluşturulmuştur. DSÖ'nün güvenli cerrahi için belirlediği on temel hedef DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin temelini oluşturmuştur. DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır (Haynes ve ark. 2009; WHO 2009b; Yavuz Van Giersbergen, 2016). DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ilk basımı Şekil 2-1'de verilmiştir (https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1, 05.09.2020).


World Health Organization

SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)

Before induction of anaesthesia ▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Before skin incision ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Before patient leaves operating room

SIGN IN

- ☐ PATIENT HAS CONFIRMED
  - IDENTITY
  - SITE
  - PROCEDURE
  - CONSENT
- ☐ SITE MARKED/NOT APPLICABLE
- ☐ ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED
- ☐ PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING
- DOES PATIENT HAVE A:
- KNOWN ALLERGY?
  - ☐ NO
  - ☐ YES
- DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?
  - ☐ NO
  - ☐ YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE
- RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?
  - ☐ NO
  - ☐ YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED

TIME OUT

- ☐ CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE
- ☐ SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM
  - PATIENT
  - SITE
  - PROCEDURE
- ANTICIPATED CRITICAL EVENTS
- ☐ SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?
- ☐ ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?
- ☐ NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?
- HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?
  - ☐ YES
  - ☐ NOT APPLICABLE
- IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?
  - ☐ YES
  - ☐ NOT APPLICABLE

SIGN OUT

- NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:
- ☐ THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED
- ☐ THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)
- ☐ HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)
- ☐ WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED
- ☐ SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Şekil 2-1: Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (İlk Basım)

2008 yılında dünyada cerrahi hastalarının güvenliğini sağlamak için DSÖ tarafından yayınlanan kılavuza dayanarak Haynes ve arkadaşları, dünyada geçerli olmasını sağlamak için sekiz ülkede çalışma yapmışlardır. Ekim 2007 ile Eylül 2008 yılları arasında sekiz şehirdeki (Toronto-Kanada, Auckland-Yeni Zelanda, Yeni Delhi-

Hindistan, Amman-Ürdün, Manila-Filipinler, Londra-İngiltere, Ifakara-Tanzanya ve Seattle-Washington) sekiz hastane DSÖ'nün "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" programına farklı hasta popülasyonları ve ekonomik koşullarla katılmıştır. Kontrol listesinin uygulanmasıyla hastanelerde cerrahi bakım sonrası komplikasyon ve ölüm oranlarında azalma meydana geldiği bulunmuştur. Kontrol listesi kullanılmadan önce ölüm oranı %1,5 iken, kullanıldıktan sonra %0,8'e düştüğü bulunmuştur. Yatan hastalarda komplikasyon oranı kontrol listesi kullanmadan önce %11,0 iken, kullandıktan sonra %7,0 olarak bulunmuştur (Haynes ve ark. 2009).

Kontrol Listesinin amacı bakımda güvenlik uygulamalarını güçlendirmek ve ekip üyeleri arasında etkili iletişimi sağlayarak ekip çalışmasını teşvik etmektir. Kontrol Listesi, ameliyatların güvenliğini arttırmak ve güvenlik uygulamaları ile önlenebilir cerrahi ölümleri, komplikasyonları azaltmak için hastanelerde kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Kontrol Listesinin kullanılması ile temel bakım standartlarına uyum artmış ve cerrahi bakıma bağlı ölüm ve komplikasyon oranlarında önemli düşüşler olmuştur (Haynes ve ark. 2009; WHO 2009b; Yavuz Van Giersbergen 2016).

Bu kontrol listesi ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası cerrahi sürecin tümünde adımların zamanında ve verimli bir şekilde alınmasını sağlayarak cerrahi bakımın güvenliğini sağlamaktadır. DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı dünyada birçok hastanede temel cerrahi bakım standartlarına uyumu arttırmıştır. Temel cerrahi bakım standartlarına uyum komplikasyon oranlarında düşüş sağlamıştır. Bu durum cerrahi bakımın güvenliğini, hasta güvenliğini sağlamış ve sağlık sistemlerine olan güveni arttırmıştır (WHO 2009b).

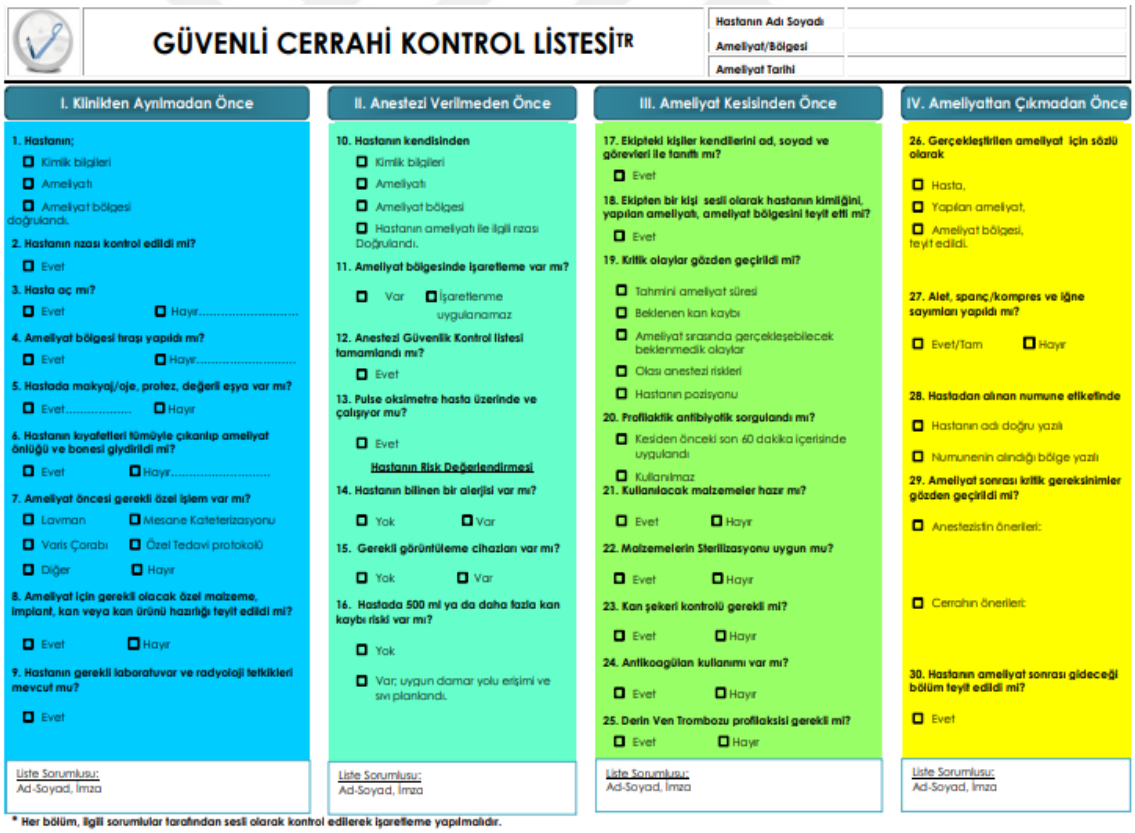
2.4. Türkiye'de Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Cerrahi ekip cerrahlar, anestezistler, hemşireler ve ameliyatla ilgilenen diğer ameliyathane çalışanlarından oluşur. Bir uçak pilotunun başarılı ve güvenli bir uçuş yapabilmesi için uçuş personeli, hava trafik kontrolörünün de olması gerektiği gibi ameliyatın gerçekleşmesi için de cerrah tek başına yeterli değildir, başarılı ve güvenli cerrahi bakım için cerrah ile birlikte diğer cerrahi ekip üyelerine gereksinim vardır. Ameliyat ekibindeki tüm kişiler bir ameliyatın güvenliğini ve başarısını sağlamada rol oynar (WHO 2009b; Candaş ve Gürsoy 2015).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkili bir şekilde uygulanması multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması cerrahi

ekip içerisinde yer alan cerrah, hemşire, anestezi uzmanı ve tüm ekip üyelerinin sorumluluğundadır (Candaş ve Gürsoy 2015; Karayurt ve ark. 2017; Kapıkıran ve ark. 2018).

DSÖ, GCKL'nin kurumların kendi koşullarına ve gereksinimlerine göre uyarlayabileceğini belirtmiştir. Ülkemizde güvenli cerrahinin hasta klinikte iken başladığı düşüncesiyle listenin başına "Klinikten Ayrılmadan Önce" kısmı eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 2009 yılında ülkemize göre uyarlanmıştır (Candaş ve Gürsoy 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı 2015). Ülkemizde kullanılan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi-TR Şekil 2-2'de verilmiştir (https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/4334/0/guvenlicerrahikontrollistesipdf.pdf 10.02.2021).



GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİTR

Hastanın Adı Soyadı
Ameliyat/Bölgesi
Ameliyat Tarihi

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;
- Kimlik bilgileri
- Ameliyatı
- Ameliyat bölgesi

doğrulandı.

2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?
- Evet

3. Hasta aç mı?
- Evet
- Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi tıraş yapıldı mı?
- Evet
- Hayır.....

5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?
- Evet.....
- Hayır

6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?
- Evet
- Hayır.....

7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?
- Lavman
- Mesane Kateterizasyonu
- Varis Çorabı
- Özel Tedavi protokolü
- Diğer
- Hayır

8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?
- Evet
- Hayır

9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?
- Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden
- Kimlik bilgileri
- Ameliyatı
- Ameliyat bölgesi
- Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası

Doğrulandı.

11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?
- Var
- İşaretlenme uygulanamaz

12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?
- Evet

13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?
- Evet

Hastanın Risk Değerlendirmesi

14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
- Yok
- Var

15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?
- Yok
- Var

16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?
- Yok
- Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?
- Evet

18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?
- Evet

19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?
- Tahmini ameliyat süresi
- Beklenen kan kaybı
- Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
- Olası anestezi riskleri
- Hastanın pozisyonu

20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?
- Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
- Kullanılmaz

21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?
- Evet
- Hayır

22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?
- Evet
- Hayır

23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?
- Evet
- Hayır

24. Antikoagülan kullanımı var mı?
- Evet
- Hayır

25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?
- Evet
- Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak
- Hasta,
- Yapılan ameliyat,
- Ameliyat bölgesi,

teyit edildi.

27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?
- Evet/Tam
- Hayır

28. Hastadan alınan numune etiketinde
- Hastanın adı doğru yazılı
- Numunenin alındığı bölge yazılı

29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?
- Anestezistin önerileri:
- Cerrahın önerileri:

30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?
- Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

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

Şekil 2-2: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi-TR

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 4 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler:

1. Klinikten Ayrılmadan Önce

2. Anestezi Verilmeden Önce

3. Ameliyat Kesisinden Önce

4. Ameliyattan Çıkmadan Önce (Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Klinikten ayrılmadan önce ve ameliyat sırası dönemde kontrol listesini doldurmak için bir kişi kontrol listesi koordinatörü olarak seçilmelidir. Kontrol listesinin ameliyat sırasında güvenli bir şekilde uygulanabilmesi için listedeki kontrollerin yapılmasından tek kişi sorumlu olmalıdır. Kontrol listesi sürecini tek bir kişinin yönetmesi güvenli bakımda başarı için çok önemlidir. Karmaşık ameliyathane ortamında ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hazırlık sürecinde adımlardan herhangi biri gözden kaçabilir. Kontrol listesi sorumlusu olarak tek kişinin seçilmesi ameliyatın bir sonraki aşamasına geçmek için güvenlik adımlarının atlanmamasını sağlar (WHO 2008; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Kontrol listesi sorumlusu kontrol listesinin uygulanması sürecinde rehberlik etmelidir. Kontrol listesini tek bir kişinin yönetmesinin olası dezavantajı, ekip üyeleri arasındaki ilişkide anlaşmazlıklar olabilir. Kontrol listesi koordinatörü bir aşamadaki adım tamamlamadan bir sonraki aşamaya ekibin geçmesini engellemelidir ancak bunu yapmak ekipteki diğer üyeleri rahatsız edebilir. Bu nedenle kurum kontrol listesi sorumlusu için hangi ekip üyesinin en uygun olduğunu iyi değerlendirilmelidir (WHO 2008; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Kontrol Listesi koordinatörü olarak genellikle dolaşan hemşire seçilir fakat cerrahi ekip üyelerinden herhangi biri de kontrol listesi koordinatörü olabilir. Kontrol listesi koordinatörü her aşamada ekibin görevleri tamamladığını onaylamasına izin vermelidir. Bir aşamadaki adımlar tamamlanmadan diğer aşamaya geçilmemelidir. Her aşamadaki adımların gerçekleştiğinden emin olmak için uygun ekip üyesi ile sözlü olarak kontrol edilmelidir (WHO 2009a).

2.4.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" Bölümü

Bu bölümdeki dokuz güvenlik adımı hasta ameliyathaneye teslim edilmeden önce klinikte tamamlanmalıdır. Koordinatör, hasta ve mümkünse hekim sözlü olarak hasta

bilgilerini ve hazırlığını bu bölümde kontrol etmelidir. Bu aşamadaki dokuz güvenlik adımında dikkat edilmesi gerekenler;

- Hastanın kimliği, ameliyatı ve ameliyat bölgesi kontrol edilmeli
- Ameliyat için onamı kontrol edilmeli
- Ameliyat öncesi açlık durumu kontrol edilmeli
- Ameliyat bölgesinin temizliği kontrol edilmeli
- Hasta üzerinde yabancı madde (değerli eşya, protez, makyaj vb.) kontrol edilmeli
- Ameliyat önlüğünün giydirilmiş olduğu kontrol edilmeli
- Ameliyat için özel hazırlıklarının (varis çorabı, lavman vb.) tamamlanması sağlanmalı
- Ameliyat sırasında gerekli olabilecek araç/ürünler (kan, implant vb.) hazır bulundurulmalı
- Tüm tetkiklerin mevcudiyeti kontrol edilmelidir (Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Hastanın ameliyathaneye teslim edilmesiyle bu bölüm tamamlanmış olur (Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

2.4.2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Anestezi Verilmeden Önce" Bölümü

Bu aşamadaki güvenlik adımları anestezi verilmeden önce tamamlanmalıdır. Bu aşama için en az anestezist ve hemşire bulunmalıdır. Bu aşamadaki güvenlik adımları şunlardır:

Hasta kimliği, yapılacak ameliyat, ameliyat bölgesi ve onamının olup olmadığı doğrulandı mı?

Kontrol listesini koordine eden kişi, anestezist ve mümkünse hasta ile hasta kimliğinin, yapılacak ameliyatın ve ameliyat bölgesinin doğru olduğunu ve ameliyat için onamın verildiğini sözlü olarak doğrulamalıdır. Bu adım yanlış hasta, yanlış taraf ve yanlış ameliyat hatalarının önlenmesi için gereklidir. Hastanın ameliyat için kendisinin onam veremediği durumlarda (çocuk hasta veya zihinsel engelli hasta) onam hastanın aile üyesinden veya vasisinden alınabilir. Acil bir durumda hastadan onam alınamadığında

ekibin onamın neden alınamadığı konusunda bilgisi olmalıdır (WHO 2008; WHO 2009a; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Ameliyat bölgesi işaretlenmiş mi?

Kontrol listesi koordinatörü iki taraflı yapılarda, birden fazla yapı veya düzey (belirli bir parmak, ayak parmağı, vertebra gibi) içeren durumlarda ameliyatı gerçekleştiren cerrahın ameliyat bölgesini işaretlediğini doğrulamalıdır (WHO 2008; WHO 2009a; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Anestezi ekipmanı ve ilaç kontrolü tamamlandı mı?

Kontrol listesi koordinatörü, anestezistten anestezi ekipmanın, solunum devresinin, ilaçların ve hastanın anestezi riskinin her vakadan önce anestezi güvenlik kontrolünün tamamlandığını doğrulamasını isteyerek tamamlar. Anestezist, hastanın ameliyat için uygun olduğunu kontrol etmelidir. Havayolu ekipmanı, solunum sistemi, ilaçlar ve cihazların kullanılabilirlikleri kontrol edilmelidir.

Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?

Kontrol listesi koordinatörü, hastaya pulse oksimetre takıldığını ve anestezi verilmeden önce doğru şekilde çalıştığını doğrular. Pulse oksimetresindeki değer cerrahi ekip tarafından görülebilir olmalı ve ekibi nabız hızı, oksijen satürasyonu konusunda uyarmak için sesli alarm vermelidir. Pulse oksimetre, DSÖ tarafından güvenli anestezi bakımı için şiddetle önerilmiştir. Çalışır bir pulse oksimetre mevcut değilse cerrah ve anestezist hastanın durumunun aciliyetini değerlendirmeli ve güvenliğini sağlamak için ameliyatı ertelemeyi düşünmelidir (WHO 2008; WHO 2009a; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?

Kontrol listesi koordinatörü, hastanın bilinen alerjisi olup olmadığını anesteziste sormalıdır. Koordinatör, anestezistin farkında olmadığı hastanın alerjisi olduğunu biliyorsa bunu söylemelidir.

Hastanın zor havayolu/aspirasyon riski var mı?

Kontrol listesi koordinatörü, anestezi ekibinin hastanın havayolunu objektif olarak değerlendirdiğini sözlü olarak doğrulamalıdır. Mallampati skoru, tiromental mesafe, Bellhouse-Doré skoru havayolunun değerlendirilmesinde kullanılan

yöntemlerdir. Anestezi sırasında havayolu açıklığının sağlanamaması ölüme neden olabilir. Bu nedenle anestezi ekibi her duruma anestezi verilmeden önce hazırlıklı olmalıdır. Gerekli durumlarda anestezi yaklaşımı değiştirilebilir, genel anestezi yerine bölgesel anestezi uygulanabilir. Acil durum ekipmanları erişilebilir olmalıdır (WHO 2008; WHO 2009a; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Aspirasyon riski de değerlendirilmelidir. Hastanın semptomatik aktif reflüsü varsa, ameliyat için açlığı uygun değilse anestezist aspirasyon riskine karşı hazırlıklı olmalıdır. Zor havayoluna sahip veya aspirasyon riski olan hasta için anestezi verilmeden önce anestezist yatak başında yeterli ekipman ve malzeme bulunduğunu onayladığında anestezist tarafından anestezi verilmeye başlanmalıdır.

Hastanın >500 ml kan kaybı riski var mı (çocuklarda 7 ml/kg)?

Bu adımda, koordinatör anestezi ekibine, kritik olayın farkına varılması ve hazırlıklı olunmasını sağlamak için hastanın 500 ml'den fazla kan kaybı riski olup olmadığını sorar. Kan kaybı 500 ml'den fazla olursa hipovolemik şok riski artar ve aşırı kan kaybı cerrahi hastaları için yaygın ve önemli bir tehlikedir. Yeterli hazırlık ve sürecin başarılı yönetilmesi olumsuz sonuçları önemli ölçüde azaltabilir. Cerrahlar kan kaybı riskini sürekli olarak anestezist ve hemşireye iletemeyebilir. Bu nedenle anestezist hastada kan kaybı riskinin ne olduğunu bilmiyorsa ameliyat başlamadan cerrahla kan kaybı riski konusunda konuşmalıdır. 500 ml'den fazla kan kaybı riski varsa, ameliyat kesisinden önce en az iki büyük intravenöz kateter veya bir santral venöz kateter yerleştirilmesini DSÖ şiddetle önermektedir. Ekip hasta için gerekli olabilecek sıvı ve kan ürünlerinin varlığını kontrol etmelidir (WHO 2008; WHO 2009a; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Cerrah beklenen kan kaybı, alerji veya diğer hasta faktörleri hakkında bilgiye sahip olduğu için anestezi verilmeden önce aşamasının kontrolünde bulunabilir fakat kontrol listesinin bu bölümünü tamamlamak için cerrahın olması gerekli değildir. Anestezi verilmeden önceki aşamada her bir güvenlik adımı tamamlandıktan sonra anestezi verilmeye başlanabilir (WHO 2008; WHO 2009a; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

2.4.3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Ameliyat Kesisinden Önce" Bölümü

Ameliyat kesisinden önce güvenlik adımlarının kontrolünün yapıldığını doğrulamak için ekip cerrahi mola verir. Bu aşamadaki kontroller tüm ekip üyelerini kapsamaktadır.

Tüm ekip üyelerinin kendilerini isim ve rolü ile tanıttığı doğrulanmalı

Cerrahi ekip üyeleri sık sık değişebilir. Yüksek riskli durumların etkili yönetimi için tüm ekip üyeleri kendilerini tanıtmalıdır. Koordinatör ekip üyelerinin her birinin kendisini isim ve rolleriyle tanıtmasını istemelidir. Ekip birlikte ameliyat gününün yarısındaysa herkes birbirini tanıdığını doğrulayabilir (WHO 2009b; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011; Candaş ve Gürsoy 2015).

Hastanın adı, yapılacak ameliyat ve doğru cerrahi taraf doğrulanmalı

Kontrol listesi koordinatörü veya başka bir ekip üyesi, ameliyathanedeki herkesten durmasını ve hastanın adını, yapılacak ameliyatı, ameliyat bölgesini doğrulamasını istemelidir. Hasta uyanık durumda ise hastanın kendisinden de doğrulama yapılmalıdır.

Son 60 dakika içinde antibiyotik profilaksisi yapılıp yapılmadığı doğrulanmalı

Koordinatör son 60 dakika içinde profilaktik antibiyotik yapılıp yapılmadığını yüksek sesle sorgulamalıdır. Antibiyotiklerin uygulanmasından sorumlu ekip üyesi genellikle anestezisttir. Anestezist sözlü onay vermelidir. Profilaktik antibiyotik uygulanmamışsa insizyondan önce uygulanmalıdır. Profilaktik antibiyotikler 60 dakikadan daha uzun süre önce uygulanmışsa ekip tekrar doz düşünmelidir. Profilaktik antibiyotiklerin uygun olmadığı düşünülen durumlarda (örneğin; ameliyat kesisi olmayan vakalar, tedavi için antibiyotiklerin verildiği kontamine vakalar) ekip sözlü olarak onayladıktan sonra kontrol listesinde “uygulanamaz” işaretlenmelidir (WHO 2009b; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011; Candaş ve Gürsoy 2015).

Beklenen kritik olaylar

Güvenli cerrahi, verimli ekip çalışması ve komplikasyonların önlenmesinin en önemli bileşeni etkili ekip iletişimidir. Kontrol listesi koordinatörü kritik hasta sorunları ve ameliyat planı hakkında bilgilerin ekip üyeleri arasında iletilmesini sağlamalıdır. Her ekip üyesi kritik olaylar ve endişeleri iletmelidir.

Cerraha; kritik veya rutin olmayan adımlar nelerdir? Ameliyat ne kadar sürecek? Beklenen kan kaybı nedir?

Hastayla ilgili kritik olaylar, aşırı kan kaybı riski, olası komplikasyonlar hakkında tüm ekip üyeleri bilgilendirilir. Kritik olayların bilinmesi özel ekipman, implant veya hazırlık gerektirebilecek adımların gözden geçirilmesini sağlar.

Anestezi ekibine; Hastaya özgü endişeler var mı?

Ameliyata bağlı aşırı kan kaybı, komplikasyon riski taşıyan hastalarda anestezist olası risklere karşı hazırlıklı olmalıdır. Anestezist hastayla ilgili kritik risk ve endişelerini ekibe iletmelidir. Endişesi yoksa endişesinin olmadığını da iletmelidir.

Hemşirelik ekibine; sterilite indikatör sonuçları dahil doğrulandı mı? Ekipman sorunları veya endişeleri var mı?

Ameliyat için ekipmanı hazırlayan steril hemşire veya ameliyathane teknikeri sterilizasyonun yapıldığını ve indikatörlerin başarılı sterilizasyonu doğruladığını sözlü olarak doğrulamalıdır. Beklenen ve gerçek sterilite gösterge sonuçlarındaki herhangi bir tutarsızlık ameliyat kesisinden önce tüm ekip üyelerine bildirilmelidir. Ekipman ve diğer ameliyat hazırlıklarıyla ilgili sorunlar ekip üyeleriyle paylaşılmalıdır.

Temel görüntüleme mevcut mu?

Birçok ameliyatın doğru planlanması ve yürütülmesi için görüntüleme çok önemlidir. Ameliyat kesisinden önce koordinatör, cerraha ameliyat için görüntüleme gerekip gerekmediğini sormalıdır. Gerekliyse koordinatör sözlü olarak gerekli görüntülemenin olduğunu ve çalıştığını doğrulamalıdır. Görüntüleme gerekli ama yoksa cerrah görüntüleme olmadan devam edip etmemeye karar vermelidir. Bu adım tamamlandıktan sonra ekip ameliyata devam edebilir ve kontrol listesinin bir sonraki aşamasına geçilebilir (WHO 2009b; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011; Candaş ve Gürsoy 2015).

2.4.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Ameliyattan Çıkmadan Önce" Bölümü

Hasta ameliyathaneden çıkmadan bu aşamadaki güvenlik adımları tamamlanmış olmalıdır. Amaç, ameliyat sonrası hastadan sorumlu bakım ekiplerine hastayla ilgili bilgilerin iletilmesini kolaylaştırmaktır. Kontroller dolaşan hemşire, cerrah veya

anestezist tarafından yapılabilir ve cerrah ameliyathaneden çıkmadan önce yapılmalıdır. Bu aşamada hemşire sözlü olarak aşağıdakileri doğrular:

Ameliyatın adı

Ameliyat planında ve cerrahi işlemde değişiklik yapılmış olabileceği için kontrol listesi koordinatörü cerrah ve ekibin diğer üyeleriyle hangi ameliyatın yapıldığını doğrulamalıdır.

Alet, spanç sayımlarının tamamlanması

Unutulan aletler ve spançlar hastada kalıcı hasarlara neden olabilir. Steril ve dolaşan hemşire, alet ve spanç sayımlarının tamamlandığını doğrulamalıdır. Sayımlarda tutarsızlık varsa uygun adımların atılması için ekip uyarılmalıdır.

Numune etiketi hastanın adı, numunenin adı yüksek sesle okunarak doğrulanmalı

Dolaşan hemşire işlem sırasında alınan numunenin doğru etiketlendiğini, hastanın adını, numune adını yüksek sesle okuyarak doğrulamalıdır.

Ekipman sorunu olup olmadığı tanımlanmalı

Ameliyathanelerde ekipman sorunları olabilmektedir. Hatalı çalışan aletlerin veya ekipmanın ve arıza kaynaklarının doğru şekilde tanımlanması ekipman sorunlarının erken çözülmesini sağlar. Koordinatör, ameliyat sırasında meydana gelen ekipman sorunlarının ekip üyeleri tarafından tanımlanmasını sağlamalıdır.

Cerrah, anestezist ve hemşire hastanın iyileşmesi ve yönetimi için temel endişeleri gözden geçirmeli

Cerrah, anestezist ve hemşire ameliyat sırası sorunlar veya anestezi ile ilişkili konulara dikkat ederek hastanın ameliyat sonrası iyileşme ve yönetim sürecini gözden geçirmelidir. Bu adımda amaç, hastayla ilgili klinik bilgilerin tüm ekibe verimli ve uygun bir şekilde iletilmesidir. Bu son adımla Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi tamamlanır (WHO 2009a; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011).

Kontrol listesinin etkili kullanılması pratik gerektirmektedir. Bazı ekip üyeleri kontrol listesinin uygulanmasını ameliyathanede zaman kaybı olarak görmektedir. Kontrol listesinde amaç iş akışını engellemek değil, ekip çalışmasını ve iletişimi teşvik etmek ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Kontrol listesindeki adımlar dünyada çoğu

ameliyathanelerde uygulansa da bunların çoğu güvenilir bir şekilde uygulanmamaktadır. GCKL'nin iki amacı vardır:

- Hasta güvenliğinde tutarlılığı sağlamak
- Hasta güvenliği sağlayacak bir kültürü tanıtmak ve sürdürmek (Haynes ve ark. 2009; WHO 2009b).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkili ve aktif bir şekilde uygulanması multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması cerrahi ekip içerisinde yer alan cerrah, hemşire, anestezi uzmanı ve tüm ekip üyelerinin sorumluluğundadır. GCKL'nin başarılı olabilmesi için cerrahlar, anestezistler ve hemşireler, hasta güvenliğinin sağlanması için DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasının gerekliliğine inanmalılardır (Haynes ve ark. 2009; Candaş ve Gürsoy 2015; Kapıkıran ve ark. 2018).

Cerrahi hemşiresi cerrahi sürecin tüm aşamasında etkin rol almaktadır. Bu nedenle GCKL'nin uygulanması ve kontrol edilmesinde ekibin önemli bir parçasıdır. Cerrahi hemşireleri hastanın rahatlığının sağlanmasından, saygınlığının korunmasından, hastanın olası hatalar nedeniyle zarar görmesini önlenmekten, hasta savunuculuğu yapmaktan sorumludur. Cerrahi hemşireleri ekip içerisinde hasta bakımı ve güvenliği açısından önemli yere sahiptir (Karayurt ve ark. 2017; Thove Willassen ve ark. 2018).

DSÖ hemşirelerin öncelikli olarak kontrol listesi sorumlusu seçilmesinin uygun olacağını ifade etmesi hasta güvenliğini sağlamada hemşirelerin rolleri ve sorumluluklarını göstermektedir. Listenin etkin ve doğru bir şekilde uygulanması cerrahi sürece bağlı hataları azaltmaktadır. Bu nedenle listenin her bir adımı konusunda hemşireler bilgiye sahip olmalı ve etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamalıdır (WHO 2009b; Candaş ve Gürsoy 2015; https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/en/, 04.03.2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Bu araştırmada, cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla nicel araştırma tasarımlarından tanımlayıcı araştırma tasarımı kullanıldı.

3.2. Araştırma Soruları

- Cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri nasıldır?
- Cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin tutumları nasıldır?
- Cerrahi hemşireleri Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini etkin ve doğru kullanıyorlar mı?
- Cerrahi hemşireleri Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanılmasını gerekli görüyorlar mı?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin ameliyathane ve cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi servisi, ortopedi ve travmatoloji servisi, beyin ve sinir cerrahi servisi, karma cerrahi servisi) yapıldı.

Hastanenin karma cerrahi servisinde; kulak burun boğaz hastalıkları, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi, göz hastalıkları, üroloji, kalp ve damar cerrahi bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Zaman

Araştırma verileri Ekim 2020 – Aralık 2020 tarihleri arasında toplandı. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan etik kurul izni ve İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışma yapabilmek için İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin ameliyathanede ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturdu.

Çalışma örneklemini ise ameliyathanede ve cerrahi kliniklerde çalışan ve çalışma kriterlerine uyan hemşireler oluşturdu.

Evren içerisinden araştırmaya dahil olacak hemşirelerin örneklem sayısını belirlemek için güç analizi kullanıldı. Çalışma kapsamında, "Cerrahi hemşirelerinin güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının" belirlenmesinde kullanılacak örneklem büyüklüğü, efect size d= 0.30 (etki büyüklüğü), α=0.05 (hata payı), 1-β=0.90 (power) olacak şekilde, belirtilen kriterler eşliğinde G-power (versiyon 3.1) paket programı yardımı ile toplam 117 kişi olarak hesaplandı.

Ekim 2020 – Aralık 2020 tarihlerinde araştırmayı kabul eden, izinli, raporlu veya geçici görevlendirmede olmayan, ameliyathane ve cerrahi kliniklerde çalışan toplam 120 cerrahi hemşiresi araştırmanın örneklemini oluşturdu. 120 hemşirenin 41'i ameliyathanede, 79'u cerrahi kliniklerde çalışan cerrahi hemşirelerinden oluşmaktadır. Cerrahi kliniklerde çalışan 79 hemşirenin 22'si genel cerrahi, 22'si ortopedi ve travmatoloji, 17'si beyin ve sinir, 18'i karma cerrahi servislerinde çalışmaktadır.

3.6. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Çalışmayı kabul eden, ameliyathanede ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler çalışma kapsamına alındı.

3.7. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışma verileri toplanırken izinli, raporlu olan veya geçici görevlendirmede olan hemşireler çalışma kapsamına alınmadı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hemşirenin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, çalıştığı birim, meslekte çalışma süresi, çalıştığı birimdeki çalışma süresi, hizmet içi eğitim alma durumu, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında eğitim alma durumu, biriminde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi sorumlusu olma durumu oluştururken; bağımlı değişkenlerini Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeyleri oluşturdu.

3.9. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanıldı (EK 1) (Candaş ve Gürsoy 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; İyigün 2016;

Karayurt ve ark. 2017; Kapıkıran ve ark. 2018; https://www.who.int/patientsafety/topics/safesurgery/checklist/en/, 04.03.2020).

Anket formunda yer alan ilk 3 soru hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim) içeren sorulardan oluşmaktadır. Sonraki 8 soru mesleki özelliklerini (çalıştığı birim, birimde çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, hizmet içi eğitim alma durumu) içeren sorulardan oluşmaktadır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) ile ilgili hemşirelerin bilgilerini, tutumlarını ve davranışlarını belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanan maddeler tablo şeklinde hazırlanmış olup anket formunda yer almaktadır (EK 1) (Candaş ve Gürsoy 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; İyigün 2016; Karayurt ve ark. 2017; Kapıkıran ve ark. 2018; https://www.who.int/patientsafety/topics/safesurgery/checklist/en/, 04.03.2020).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili hemşirelerin bilgilerini belirleyen literatür doğrultusunda hazırlanan 8 madde "Doğru" ve "Yanlış" seçenekleriyle tablo şeklinde oluşturuldu. Puanlandırmada "Doğru" cevaplara 1 puan, "Yanlış" cevaplara 0 puan verildi.

Cerrahi kliniklerde (genel cerrahi servisi, ortopedi ve travmatoloji servisi, beyin ve sinir cerrahi servisi, karma cerrahi servisi) çalışan hemşirelerin GCKL'nin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümüyle ilgili davranışlarını belirleyen literatür doğrultusunda hazırlanan 10 madde "Evet", "Bazen" ve "Hayır" seçenekleriyle tablo şeklinde hazırlanmış olup; ameliyathanede çalışan hemşirelerin GCKL'nin "Anestezi Verilmeden Önce", "Ameliyat Kesisinden Önce" ve "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümleriyle ilgili davranışlarını belirleyen 18 madde "Evet", "Bazen" ve "Hayır" seçenekleriyle tablo şeklinde hazırlandı. Puanlamada "Evet" seçeneğine 2 puan, "Bazen" seçeneğine 1 puan, "Hayır" seçeneğine 0 puan verildi. Anket formunda yer alan bu bölüm cerrahi kliniklerde ve ameliyathanede çalışan hemşireler için farklı hazırlanmış olup anket formundaki diğer sorular aynıdır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili hemşirelerin tutumlarını belirleyen literatür doğrultusunda hazırlanan 21 madde "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" ifadeleriyle tablo şeklinde hazırlandı. Puanlamada "Kesinlikle Katılmıyorum" ifadesine 1 puan,

"Katılmıyorum" ifadesine 2 puan, "Kararsızım" ifadesine 3 puan, "Katılıyorum" ifadesine 4 puan ve "Kesinlikle Katılıyorum" ifadesine 5 puan verildi.

3.10. Veri Toplama Yöntemi

Etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra veriler toplanmaya başlandı. Veriler literatür doğrultusunda hazırlanan anket formuyla (EK 1), cerrahi kliniklerde (genel cerrahi servisi, ortopedi ve travmatoloji servisi, beyin ve sinir cerrahi servisi, karma cerrahi servisi) ve ameliyathanede çalışan hemşirelerden toplanmıştır (Candaş ve Gürsoy 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; İyigün 2016; Karayurt ve ark. 2017; Kapıkıran ve ark. 2018; https://www.who.int/patientsafety/topics/safesurgery/checklist/en/, 04.03.2020).

Hemşirelere anket formu verilmeden önce, araştırma ile ilgili bilgi verilmiş olup sözel ve yazılı onamları alındı. Araştırmayı kabul eden hemşirelerden soruları bireysel cevaplandırmaları istendi ve anket soruları yaklaşık 5 dakikada yanıtlandı.

3.11. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma vb.) yanı sıra gruplar arasındaki farklılığın test edilmesinde Ki-Kare testi (kategorik verilerde), Bağımsız örneklem *t* testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizinden yararlanıldı, ANOVA analizinde farkın anlamlı olduğu gruplarda çoklu karşılaştırmalar *Tukey* testi ile yapıldı. İki değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson Korelasyon testi ile bakıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.12. Araştırmanın Etik Yönleri

Cerrahi kliniklerde ve ameliyathanede çalışan hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmak için bilgilendirilmiş gönüllü onam formuyla (EK 2) sözel ve yazılı onamları alındı.

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan etik kurul izni (EK 4 Karar Tarihi:

05.05.2020, Karar Sayı: 2020/81) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan (EK 3) ve İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (EK 3 Karar Tarihi: 11.09.2020, Karar Sayı: 2020/31) alındı.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın İstanbul ilindeki bir hastanede yapılması araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları 6 bölümde sunuldu.

I. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (Tablo 4-1, Tablo 4-2)
II. Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) bilgi düzeylerine ilişkin bulgular (Tablo 4-3, Tablo 4-4)
III. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeylerine ilişkin bulgular (Tablo 4-5, Tablo 4-6)
IV. Ameliyathane hemşirelerinin hastaya anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyattan çıkmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeylerine ilişkin bulgular (Tablo 4-7, Tablo 4-8, Tablo 4-9, Tablo 4-10, Tablo 4-11)
V. Hemşirelerin GCKL tutumlarına ilişkin bulgular (Tablo 4-12, Tablo 4-13)
VI. Cerrahi hemşirelerinin GCKL bilgi, tutum ve davranış düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular (Tablo 4-14)

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4-1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=120)

Özellikler	n	%	$\overline{X}$±SS	Aralık
Yaş	120	100,0	28,51±5,01	21-50
<30	96	80,0		
≥30	24	20,0		
Cinsiyet				
Kadın	95	79,2		
Erkek	25	20,8		
Eğitim				
Lise&Önlisans	19	15,8		
Lisans	92	76,7		
Yüksek lisans	9	7,5		
Çalışılan birim				
Ameliyathane	41	34,2		
Cerrahi klinik	79	65,8		
Cerrahi klinik tip				
Genel cerrahi	22	27,8		
Ortopedi ve Travmatoloji	22	27,8		
Karma cerrahi	18	22,8		
Beyin ve Sinir	17	21,5		
Birimde çalışma süresi (yıl)	120	100,0	2,15±2,84	6 ay-23yıl
<1 yıl	23	19,2		
1-5 yıl	90	75,0		
>5 yıl	7	5,8		
Toplam çalışma süresi (yıl)	120	100,0	5,34±5,10	1-31
1-5 yıl	89	74,2		
6-10 yıl	19	15,8		
>10 yıl	12	10,0		
Hizmet içi eğitim alma durumu				
Evet	110	91,7		
Hayır	10	8,3		
GCKL eğitimi				
Evet	87	72,5		
Hayır	33	27,5		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?				
Evet	90	75,0		
Hayır	30	25,0		
GCKL sorumlusu				
Hemşire	90	100,0		

Çalışma kapsamına alınan 120 hemşirenin ortalama yaşı 28,51±5,01 ve yaşların 21 ile 50 yaş aralığında olduğu; hemşirelerin %79,2'sinin (n=95) cinsiyetinin kadın, %20,8'inin (n=25) erkek olduğu, eğitim durumuna göre hemşirelerin %15,8'inin (n=19) lise ve önlisans, %76,7'sinin (n=92) lisans ve %7,5'inin (n=9) yüksek lisans mezunu olduğu saptandı (Tablo 4-1).

Çalışmaya 41 (%34,2) ameliyathane, 79 (%65,8) cerrahi klinik hemşiresi dahil edildi. Cerrahi klinik hemşirelerinin 22'si (%27,8) Genel Cerrahi, 22'si (%27,8) Ortopedi ve Travmatoloji, 17'si (%21,5) Beyin ve Sinir ve 18'i (%22,8) karma cerrahi servislerinde görev yapmaktaydı. Hemşirelerin birimde ortalama çalışma süresi 2,15±2,84 yıl ve %19,2'sinin (n=23) 1 yıldan az, %75'inin (n=90) 1-5 yıl ve %5,8'inin (n=7) 5 yıl üzeri süredir birimde çalıştığı saptanırken; hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresinin ortalama 5,34±5,10 yıl ve %74,2'sinin (n=89) 1-5 yıl, %15,8'inin (n=19) 6-10 yıl ve %10'unun (n=12) 10 yıl üzeri süredir meslekte çalıştığı belirlendi (Tablo 4-1).

Hemşirelerin %91,7'sinin (n=110) çeşitli alanlarda bir veya birden fazla hizmet içi eğitim aldığı, %72,5'inin (n=87) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) eğitimi aldığı belirlendi. Ayrıca, hemşirelerin %75'inin (n=90) çalıştığı birimde GCKL sorumlusunun olduğu ve bu sorumlunun hemşire olduğu görüldü (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=120)

	Çalışılan Birim			
	Ameliyathane (n=41)	**Cerrahi klinik** (n=79)		
Özellikler	**n(%)**	**n(%)**	***X²/t***	***p***
Yaş			**6,504[a]**	**0,011***
<30	27(65,9)	69(87,3)		
≥30	14(34,1)	10(12,7)		
Ortalama yaş	30,29±6,14	27,58±4,04	**2,553[b]**	**0,013***
Cinsiyet			2,078[a]	0,149
Kadın	36(87,8)	59(74,7)		
Erkek	5(12,2)	20(25,3)		
Eğitim			0,582[a]	0,747
Lise&Önlisans	7(17,1)	12(15,2)		
Lisans	30(73,2)	62(78,5)		
Yüksek lisans	4(9,8)	5(6,3)		
Ortalama birimde çalışma süresi (yıl)	3,22±4,20	1,59±1,52	**2,407[b]**	**0,020***
Ortalama toplam çalışma süresi (yıl)	7,49±6,88	4,23±3,43	**2,854[b]**	**0,006***

:**p<0,05; ***a(X²):Ki-Kare testi; ***b(t):*** Bağımsız örneklem t testi

Ameliyathanede çalışan hemşirelerin yaşlarının ve mesleki deneyim sürelerinin (birim ve toplam çalışma süreleri) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4-2).

4.2. Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-3: Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeyleri (N=120)

	GCKL-Bilgi Düzeyi	
İfadeler-Genel	**Doğru Yanıt n(%)**	**Yanlış Yanıt n(%)**
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" 4 bölümden oluşur.	116(96,7)	4(3,3)
Ülkemizde kullanılan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" 4 bölümden oluşur.	117(97,5)	3(2,5)
Ülkemizde DSÖ tarafından geliştirilen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümü eklenmiştir.	109(90,8)	11(9,2)
Ülkemizde DSÖ tarafından geliştirilen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü eklenmiştir.	112(93,3)	8(6,7)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) elektif ve acil tüm ameliyatlarda kullanılır.	115(95,8)	5(4,2)
Listenin her aşamasını kontrol etmek ve doldurmak için bir kişi liste sorumlusu olarak seçilir.	98(81,7)	22(18,3)
Kontrol listesi sorumlusu her bir aşama için farklı kişi olmalıdır.	61(50,8)	59(49,2)
Liste sorumlusu cerrahi ekip içerisinden herhangi bir kişi olabilir.	102(85,0)	18(15,0)
GCKL Bilgi Düzeyi*	$\overline{X}$***±SS=6,92±0,89***	

*Puanlama: Doğru=1puan; Yanlış=0 puan

Hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalaması 6,92±0,89 olarak hesaplandı. Tablo 4-3'te ifadelerin hemşireler tarafından doğru ve yanlış yanıtlanma oranları verildi. Hemşirelerin %97,5 oranla en yüksek düzeyde doğru yanıtladıkları maddenin *"Ülkemizde kullanılan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 4 bölümden oluşur."* ifadesi olduğu; hemşirelerin %50,8 oranla en düşük düzeyde doğru yanıtladıkları maddenin ise *"Kontrol listesi sorumlusu her bir aşama için farklı kişi olmalıdır."* ifadesi olduğu saptandı (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları (N=120)

			GCKL-Bilgi Düzeyi		
Özellikler	**Kategori**	**n**	**$\overline{X}$±SS**	***t/F***	***p***
Yaş	<30	96	6,90±0,93	0,509[a]	0,612
	≥30	24	7,00±0,72		
Cinsiyet	Kadın	95	6,94±0,81	0,480[a]	0,632
	Erkek	25	6,84±1,18		
Eğitim	Lise&Önlisans	19	6,89±0,81	0,131[b]	0,877
	Lisans	92	6,93±0,95		
	Yüksek lisans	9	6,78±0,44		
Çalışılan birim	Ameliyathane	41	7,10±0,83	1,607[a]	0,111
	Cerrahi klinik	79	6,82±0,92		
Cerrahi klinik tip (n=79)	Genel cerrahi	22	6,91±0,81	0,922[b]	0,434
	Ortopedi ve Travmatoloji	22	6,59±1,10		
	Karma cerrahi	18	6,78±0,94		
	Beyin ve sinir	17	7,06±0,75		
Birimde çalışma süresi (yıl)	<1 yıl	23	6,57±0,84	2,654[b]	0,075
	1-5 yıl	90	6,98±0,91		
	>5 yıl	7	7,29±0,49		
Toplam çalışma süresi (yıl)	1-5 yıl	89	6,92±0,93	0,398[b]	0,673
	6-10 yıl	19	6,79±0,85		
	>10 yıl	12	7,08±0,67		
Hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	110	6,95±0,88	1,548[a]	0,124
	Hayır	10	6,50±0,97		
GCKL eğitimi	Evet	87	7,09±0,74	**3,093[a]**	**0,003***
	Hayır	33	6,45±1,09		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?	Evet	90	7,06±0,78	**2,609[a]**	**0,013***
	Hayır	30	6,50±1,07		

*:p<0,05; a(t)=Bağımsız örneklem t testi; b(F):ANOVA(Varyans) analizi

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim, çalıştığı birim, çalışma süresi (birim ve toplam) ve hizmet içi eğitim alma durumlarına göre GCKL bilgi düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-4).

GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalaması (7,09±0,74), GCKL eğitimi almayan hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalamasından

(6,45±1,09) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=3,093; p=0,003) (Tablo 4-4).

Biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalaması (7,06±0,78), GCKL sorumlusu olmadığını belirten hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalamasından (6,50±1,07) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (t=2,609; p=0,013) (Tablo 4-4).

4.3. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde GCKL Davranış Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-5: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyleri (N=79)

	GCKL-Davranış Düzeyi		
İfadeler-Klinikten Ayrılmadan Önce	**Evet n(%)**	**Bazen n(%)**	**Hayır n(%)**
Hastanın kimlik bilgileri doğrulanır.	78(98,7)	1(1,3)	0(0,0)
Hastanın ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğru işaretlenmiş olduğu kontrol edilir.	64(81,0)	15(19,0)	0(0,0)
Ameliyat için rızanın verilmiş olduğu kontrol edilir.	79(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Hastanın açlığı kontrol edilir.	79(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.	65(82,3)	13(16,5)	1(1,3)
Hastanın vücudunda yabancı bir madde (makyaj, oje, protez) olup olmadığı kontrol edilir.	78(98,7)	1(1,3)	0(0,0)
Hastanın kıyafetlerinin tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildiği kontrol edilir.	78(98,7)	1(1,3)	0(0,0)
Ameliyat öncesi özel işlemin olup olmadığı doğrulanır.	66(83,5)	13(16,5)	0(0,0)
Ameliyat için gerekli olan özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı doğrulanır.	69(87,3)	9(11,4)	1(1,3)
Hastanın tüm tetkik sonuçlarının mevcut olup olmadığı kontrol edilir.	68(86,1)	11(13,9)	0(0,0)
Klinikten Ayrılmadan Önce-GCKL-Davranış Düzeyi*	$\overline{X}$***±SS=19,14±1,41***		

*Puanlama: Evet=2 puan; Bazen=1 puan; Hayır=0 puan

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 19,14±1,41 olarak hesaplandı (Tablo 4-5).

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları GCKL davranış ifadelerinin *"Ameliyat için rızanın verilmiş olduğu kontrol edilir."* ve *"Hastanın açlığı kontrol edilir."* olduğu; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde %19 oranla bazen uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Hastanın ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğru işaretlenmiş olduğu kontrol edilir."* olduğu saptandı (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=79)

			Klinikten Ayrılmadan Önce GCKL-Davranış Düzeyi		
Özellikler	**Kategori**	**n**	**$\bar{X}$±SS**	***t/F/r***	***p***
Yaş	<30	69	19,26±1,35	**2,052[a]**	**0,044***
	≥30	10	18,30±1,64		
Cinsiyet	Kadın	59	19,32±1,09	1,514[a]	0,144
	Erkek	20	18,60±2,04		
Eğitim	Lise&Önlisans	12	19.17±1.53	0.026[b]	0,974
	Lisans	62	19,15±1,34		
	Yüksek lisans	5	19,00±2,24		
Cerrahi klinik tip	Genel cerrahi	22	19,36±1,14	0,930[b]	0,431
	Ortopedi ve Travmatoloji	22	19,18±1,22		
	Karma cerrahi	18	18,67±1,78		
	Beyin ve sinir	17	19,29±1,53		
Birimde çalışma süresi (yıl)	<1 yıl	23	19,48±1,20	1,254[a]	0,214
	1-5 yıl	54	19,04±1,49		
	>5 yıl	2**	18,00±0,00		
Toplam çalışma süresi (yıl)	1-5 yıl	65	19,32±1,26	1,164[a]	0,248
	6-10 yıl	10	18,80±1,69		
	>10 yıl	4**	17,00±1,41		
Toplam çalışma süresi (yıl)	Bütün	79	-	**-0,380[c]**	**0,001***
Hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	69	19,12±1,43	0,383[a]	0,703
	Hayır	10	19,30±1,34		
GCKL eğitimi	Evet	48	18,96±1,44	1,427[a]	0,158
	Hayır	31	19,42±1,34		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?	Evet	49	19,60±0,97	**2,603[a]**	**0,011***
	Hayır	30	18,86±1,57		

:**p<0,05; ***a(t):Bağımsız örneklem t testi; ***b(F):***ANOVA(Varyans) analizi; ***c(r):*** Pearson korelasyon
**:Sayı yetersizliğinden analize dahil edilmedi.

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin cinsiyet, eğitim, çalıştığı birim, birimde çalışma süresi, hizmet içi eğitim ve GCKL eğitimi alma durumlarına göre hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği görüldü (p>0,05) (Tablo 4-6).

30 yaş altı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (19,26±1,35), 30 yaş ve üstü

hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (18,30±1,64) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (t=2,052; p=0,044) (Tablo 4-6).

Birimde GCKL sorumlusu olduğunu belirten cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (19,60±0,97), GCKL sorumlusu olmadığını belirten cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (18,86±1,57) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=2,603; p=0,011) (Tablo 4-6).

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi ile hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptandı (r=-0,380; p=0,001) (Tablo 4-6).

4.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Anestezi Verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce ve Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde GCKL Davranış Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-7: Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Anestezi Verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce ve Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyleri (N=41)

	GCKL-Davranış Düzeyi		
İfadeler-Anestezi Verilmeden Önce	**Evet n(%)**	**Bazen n(%)**	**Hayır n(%)**
Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi, ameliyatı ile ilgili rızası doğrulanır.	40(97,6)	1(2,4)	0(0,0)
Ameliyat bölgesinde işaretleme olup olmadığı kontrol edilir (bazı durumlar dışında).	40(97,6)	1(2,4)	0(0,0)
Pulse oksimetrenin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.	40(97,6)	1(2,4)	0(0,0)
Hastanın bilinen alerji durumu kontrol edilir.	41(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Ameliyat için gerekli görüntüleme cihazlarının olup olmadığı kontrol edilir.	40(97,6)	1(2,4)	0(0,0)
Hastada 500 ml veya daha fazla kan kaybı riski olup olmadığı kontrol edilir. Kan kaybı riski varsa uygun damar yolu erişimi ve sıvı sağlanır.	37(90,2)	4(9,8)	0(0,0)
Anestezi Verilmeden Önce-GCKL-Davranış Düzeyi	***$\overline{X}$±SS=11,80±0,60***		
İfadeler-Ameliyat Kesisinden Önce			
Her bir ekip elemanı kendini isim ve göreviyle tanıtır.	25(61,0)	14(34,1)	2(4,9)
Hasta kimliğinin, doğru taraf cerrahisinin doğrulanması için cerrahi mola (time-out) uygulanır.	25(61,0)	12(29,3)	4(9,8)
Ekipteki bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, ameliyatı, ameliyat bölgesini doğrular.	36(87,8)	5(12,2)	0(0,0)
Hastanın kendisinden de kimliği, ameliyatı ile ilgili sözel onay alınır.	38(92,7)	3(7,3)	0(0,0)
Ameliyata ilişkin kritik unsurlar gözden geçirilir (Tahmini ameliyat süresi, beklenen kan kaybı, gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar, olası anestezi riskleri, hastanın pozisyonu).	40(97,6)	1(2,4)	0(0,0)
Ameliyat kesisinden önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotik uygulanıp uygulanmadığı sorgulanır.	39(95,1)	1(2,4)	1(2,4)
Kullanılacak malzemelerin hazırlığı ve sterilizasyon uygunluğu kontrol edilir.	41(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Kan şekeri kontrolünün gerekliliği, antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir.	24(58,5)	13(31,7)	4(9,8)
Ameliyat Kesisinden Önce-GCKL-Davranış Düzeyi	***$\overline{X}$±SS=14,27±2,13***		
İfadeler-Ameliyattan Çıkmadan Önce			
Gerçekleştiren ameliyat, hasta, ameliyat bölgesi sözlü olarak doğrulanır.	26(63,4)	13(31,7)	2(4,9)
Alet, spanç ve iğne sayımlarının yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.	41(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olduğu kontrol edilir.	41(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Ameliyat sonrası kritik gereksinimlerin gözden geçirilir ve hastanın gideceği bölüm doğrulanır.	39(95,1)	2(4,9)	0(0,0)
Ameliyattan Çıkmadan Önce-GCKL-Davranış Düzeyi	***$\overline{X}$±SS=7,54±0,60***		
Toplam-GCKL-Davranış Düzeyi	***$\overline{X}$±SS=33,61±2,92***		

*Puanlama: Evet=2 puan; Bazen=1 puan; Hayır=0 puan

Ameliyathane hemşirelerinin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 11,80±0,60 olarak hesaplandı (Tablo 4-7).

Ameliyathane hemşirelerinin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Hastanın bilinen alerji durumu kontrol edilir."* olduğu; ameliyathane hemşirelerin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde %9,8 oranla bazen uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Hastada 500 ml veya daha fazla kan kaybı riski olup olmadığı kontrol edilir. Kan kaybı riski varsa uygun damar yolu erişimi ve sıvı sağlanır."* olduğu saptandı (Tablo 4-7).

Ameliyathane hemşirelerinin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 14,27±2,13 olarak bulundu. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyat kesisinden önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları GCKL ifadesinin *"Kullanılacak malzemelerin hazırlığı ve sterilizasyon uygunluğu kontrol edilir."* olduğu; ameliyathane hemşirelerin ameliyat kesisinden önceki dönemde %34,1 oranla bazen uyguladığı GCKL davranış ifadesinin *"Her bir ekip elemanı kendini isim ve göreviyle tanıtır."* olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

Ameliyathane hemşirelerinin ameliyattan çıkmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 7,54±0,60 olarak bulundu. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyattan çıkmadan önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları GCKL davranış ifadelerinin *"Alet, spanç ve iğne sayımlarının yapılıp yapılmadığı kontrol edilir." ve "Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olduğu kontrol edilir."* olduğu; ameliyathane hemşirelerinin ameliyattan çıkmadan önceki dönemde %31,7 oranla bazen uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Gerçekleştiren ameliyat, hasta, ameliyat bölgesi sözlü olarak doğrulanır."* olduğu görüldü (Tablo 4-7).

Ameliyathane hemşirelerinin GCKL davranış düzeyi toplam puan ortalamasının 33,61±2,92 olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaya Anestezi Verilmeden Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=41)

			Anestezi Verilmeden Önce GCKL-Davranış Düzeyi		
Özellikler	**Kategori**	**n**	**$\overline{X}$±SS**	***t/F***	***p***
Yaş	<30	27	11,70±0,72	**2,126[a]**	**0,043***
	≥30	14	12,00±0,00		
Cinsiyet	Kadın	36	11,92±0,37	1,663[a]	0,170
	Erkek	5	11,00±1,22		
Eğitim	Lise &Ön lisans	7	12,00±0,00	0,900[a]	0,375
	Lisans	30	11,77±0,68		
	Yüksek lisans	4**	11,75±0,50		
Birimde çalışma süresi (yıl)	<1 yıl	0	-		
	1-5 yıl	36	11,78±0,64	0,771[a]	0,445
	>5 yıl	5	12,00±0,00		
Toplam çalışma süresi (yıl)	1-5 yıl	24	11,71±0,75	0,812[b]	0,452
	6-10 yıl	9	11,89±0,33		
	>10 yıl	8	12,00±0,00		
Hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	41	11,80±0,60	-	-
	Hayır	0	-		
GCKL eğitimi	Evet	39	11,79±0,61	-	-
	Hayır	2**	12,00±0,00		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?	Evet	41	11,80±0,60	-	-
	Hayır	0	-		

:**p<0,05; ***a(t):Bağımsız örneklem t testi; ***b(F):***ANOVA(Varyans) analizi
**:Sayı yetersizliğinden analize dahil edilmedi.

Ameliyathane hemşirelerinin cinsiyet, eğitim ve çalışma süresi (birim ve toplam) durumlarına göre hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-8).

30 yaş altı ameliyathane hemşirelerinin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (11,70±0,72), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (12,00±0,00) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi (t=2,126; p=0,043) (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Kesisinden Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=41)

			Ameliyat Kesisinden Önce GCKL-Davranış Düzeyi		
Özellikler	**Kategori**	**n**	**$\overline{X}$±SS**	***t/F***	***p***
Yaş	<30	27	13,74±2,19	**2,316[a]**	**0,026***
	≥30	14	15,29±1,64		
Cinsiyet	Kadın	36	14,44±1,73	0,774[a]	0,480
	Erkek	5	13,00±4,12		
Eğitim	Lise &Ön lisans	7	15,71±0,76	1,919[a]	0,063
	Lisans	30	14,03±2,27		
	Yüksek lisans	4**	13,50±1,91		
Birimde çalışma süresi (yıl)	<1 yıl	0	-	**5,450[a]**	**<0,001***
	1-5 yıl	36	14,03±2,17		
	>5 yıl	5	16,00±0,00		
Toplam çalışma süresi (yıl)	1-5 yıl	24	13,63±2,28	3,070[b]	0,058
	6-10 yıl	9	15,44±0,88		
	>10 yıl	8	14,88±2,10		
Hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	41	14,27±2,13	-	-
	Hayır	0	-		
GCKL eğitimi	Evet	39	14,33±2,16	-	-
	Hayır	2**	13,00±1,41		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?	Evet	41	14,27±2,13	-	-
	Hayır	0	-		

:**p<0,05; ***a(t):Bağımsız örneklem t testi; ***b(F):***ANOVA(Varyans) analizi
**:Sayı yetersizliğinden analize dahil edilmedi.

Ameliyathane hemşirelerinin cinsiyet ve eğitim durumuna göre ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-9).

30 yaş altı ameliyathane hemşirelerinin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (13,74±2,19), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (15,29±1,64) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=2,316; p=0,026) (Tablo 4-9).

Birimde 1-5 yıl arasında çalışan ameliyathane hemşirelerinin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (14,03±2,17), 5 yıldan fazla süredir birimde çalışan hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından

(16,00±0,00) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu (t=5,450; p=<0,001) (Tablo 4-9).

Tablo 4-10: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Puan Ortalamaları (N=41)

			Ameliyattan Çıkmadan Önce GCKL-Davranış Düzeyi		
Özellikler	**Kategori**	**n**	**$\overline{X}$±SS**	***t/F***	***p***
Yaş	<30	27	7,48±0,51	0,819[a]	0,418
	≥30	14	7,64±0,74		
Cinsiyet	Kadın	36	7,53±0,61	0,251[a]	0,803
	Erkek	5	7,60±0,55		
Eğitim	Lise &Ön lisans	7	7,57±0,79	0,020[a]	0,984
	Lisans	30	7,57±0,50		
	Yüksek lisans	4**	7,25±0,96		
Birimde çalışma süresi (yıl)	<1 yıl	0	-	0,251[a]	0,803
	1-5 yıl	36	7,53±0,56		
	>5 yıl	5	7,60±0,89		
Toplam çalışma süresi (yıl)	1-5 yıl	24	7,46±0,51	2,200[b]	0,125
	6-10 yıl	9	7,89±0,33		
	>10 yıl	8	7,38±0,92		
Hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	41	7,54±0,60	-	-
	Hayır	0	-		
GCKL eğitimi	Evet	39	7,59±0,55	-	-
	Hayır	2**	6,50±0,71		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?	Evet	41	7,54±0,60	-	-
	Hayır	0	-		

p>0,05; ***a(t):***Bağımsız örneklem t testi; ***b(F):***ANOVA(Varyans) analizi
**:Sayı yetersizliğinden analize dahil edilmedi.

Ameliyathane hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre ameliyattan çıkmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği bulundu (p>0,05) (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeyi Toplam Puan Ortalamaları (N=41)

			GCKL-Davranış Düzeyi		
Özellikler	**Kategori**	**n**	**$\overline{X}$±SS**	***t/F***	***p***
Yaş	<30	27	32,93±3,06	**2,175[a]**	**0,036***
	≥30	14	34,93±2,16		
Cinsiyet	Kadın	36	33,89±2,30	0,877[a]	0,428
	Erkek	5	31,60±5,77		
Eğitim	Lise &Ön lisans	7	35,29±1,25	1,576[a]	0,124
	Lisans	30	33,37±3,13		
	Yüksek lisans	4**	32,50±2,65		
Birimde çalışma süresi (yıl)	<1 yıl	0	-	1,660[a]	0,105
	1-5 yıl	36	33,33±3,00		
	>5 yıl	5	35,60±0,89		
Toplam çalışma süresi (yıl)	1-5 yıl	24	32,79±3,19	2,716[b]	0,079
	6-10 yıl	9	35,22±1,30		
	>10 yıl	8	34,25±2,71		
Hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	41	33,61±2,92	-	-
	Hayır	0			
GCKL eğitimi	Evet	39	33,72±2,94	-	-
	Hayır	2**	31,50±2,12		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?	Evet	41	33,61±2,92	-	-
	Hayır	0	-		

:**p<0,05; ***a(t):Bağımsız örneklem t testi; ***b(F):***ANOVA(Varyans) analizi
**:Sayı yetersizliğinden analize dahil edilmedi.

Ameliyathane hemşirelerinin cinsiyet, eğitim ve çalışma süresi (birim ve toplam) durumlarına göre GCKL davranış düzeyi toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-11).

30 yaş altı ameliyathane hemşirelerinin GCKL davranış düzeyi toplam puan ortalaması (32,93±3,06), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi toplam puan ortalamasından (34,93±2,16) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=2,175; p=0,026) (Tablo 4-11).

4.5. Hemşirelerin GCKL Tutumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-12: Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Tutumları (N=120)

	GCKL-Tutum Düzeyi				
İfadeler	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
	n(%)	**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanımı ekip iş birliğinin ve iletişiminin artmasını sağlar.	1(0,8)	5(4,2)	7(5,8)	55(45,8)	52(43,3)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde ameliyat kesisinden önce uygulanan profilaktik antibiyotik cerrahi alan infeksiyonlarını azaltır.	1(0,8)	3(2,5)	9(7,5)	64(53,3)	43(35,8)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanmak hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik açısından çok önemlidir.	0(0,0)	0(0,0)	2(1,7)	53(44,2)	65(54,2)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanılmaya başlanılmasıyla tıbbi hatalar azalmakta ve mortalite, morbidite oranları düşmektedir.	0(0,0)	2(1,7)	16(13,3)	67(55,8)	35(29,2)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ekip için ortak bir dil oluşturur.	0(0,0)	1(0,8)	22(18,3)	60(50,0)	37(30,8)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı ve kontrolü için ekip içerisinden bir liste kontrol sorumlusu seçilmelidir.	0(0,0)	5(4,2)	34(28,3)	53(44,2)	28(23,3)
Liste sorumlusu olarak genellikle hemşire görevlendirilmelidir.	4(3,3)	36(30,0)	51(42,5)	21(17,5)	8(6,7)
Liste kontrol sorumlusu her bir aşamanın yapılıp yapılmadığını kontrol etmeli, bir aşama yapılmadan diğer aşamaya geçmemelidir.	0(0,0)	3(2,5)	26(21,7)	67(55,8)	24(20,0)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kontrolüne liste sorumlusu sözlü olarak katılmalıdır.	1(0,8)	16(13,3)	41(34,2)	49(40,8)	13(10,8)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması ekip için zaman kaybettirmektedir.*	32(26,7)	51(42,5)	27(22,5)	7(5,8)	3(2,5)
Doğru hastaya, doğru zamanda, doğru ameliyat ve doğru taraf cerrahisinin yapılmasını sağlayarak cerrahiye bağlı tıbbi hataların önlenmesini sağlar.	1(0,8)	3(2,5)	3(2,5)	66(55,0)	47(39,2)
Listeye göre ameliyat öncesi hasta için gerekecek özel cihaz ve malzemelerin hazırlanması ameliyat süresince meydana gelebilecek aksamaları önler.	1(0,8)	4(3,3)	6(5,0)	67(55,8)	42(35,0)
Kontrol listesinin uygulanması ameliyathane etkinliğini azaltır.*	24(20,0)	54(45,0)	32(26,7)	8(6,7)	2(1,7)
Liste karmaşık olan ameliyat sürecine bağlı işlemlerin sıraya konulmasını sağlayarak standardizasyon sağlar.	0(0,0)	3(2,5)	10(8,3)	83(69,2)	24(20,0)
Kontrol listesinin uygulanması cerrahi ekip içerisinde karmaşıklığı önler, iş doyumunu arttırır.	0(0,0)	3(2,5)	11(9,2)	81(67,5)	25(20,8)
Kontrol listesinin uygulanması süresince hastanın beklemesi hastada anksiyeteye neden olur.*	14(11,7)	58(48,3)	29(24,2)	17(14,2)	2(1,7)

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili eğitimler gereklidir.	0(0,0)	0(0,0)	7(5,8)	63(52,5)	50(41,7)
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması sürecince hemşireler gerekli önemi vermektedirler.	0(0,0)	1(0,8)	3(2,5)	61(50,8)	55(45,8)
Kontrol listesinin uygulanması sürecince ekip içerisinde yer alan hekim, anestezi teknikeri, anestezi uzmanı gerekli önemi vermektedir.	7(5,8)	22(18,3)	43(35,8)	34(28,3)	14(11,7)
Her cerrahi girişimde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik için kullanılmalıdır.	0(0,0)	0(0,0)	4(3,3)	67(55,8)	49(40,8)
Liste hasta güvenliği için gerekli olan her adımın tekrar edilmesini sağlar.	0(0,0)	1(0,8)	8(6,7)	77(64,2)	34(28,3)
GCKL-Tutum Düzeyi	***$\overline{X}$±SS=83,79±8,61; α=0,875***				

Puanlama: Kesinlikle Katılıyorum=5 puan; Katılıyorum=4 puan; Kararsızım=3 puan; Katılmıyorum=2 puan; Kesinlikle katılmıyorum=1 puan
***:**İfadelerin puanları ters çevrilmiştir.; **α:** Cronbach alfa katsayısı

Hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasının 83,79±8,61 olduğu bulundu (Tablo 4-12).

Hemşirelerin tutum düzeylerine en yüksek oranda katıldıkları ifadeler incelendiğinde:

Hemşirelerin %26,7 oranla *"kesinlikle katılmıyorum"* olarak belirttikleri ifadenin *"Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması ekip için zaman kaybettirmektedir."* olduğu; %48,3 oranla "*katılmıyorum*" olarak belirttikleri ifadenin *"Kontrol listesinin uygulanması süresince hastanın beklemesi hastada anksiyeteye neden olur"* olduğu; %42,5 oranla *"kararsızım"* olarak belirttikleri ifadenin *"Liste sorumlusu olarak genellikle hemşire görevlendirilmelidir."* olduğu; %69,2 oranla *"katılıyorum"* olarak belirttikleri ifadenin *"Liste karmaşık olan ameliyat sürecine bağlı işlemlerin sıraya konulmasını sağlayarak standardizasyon sağlar."* olduğu; %54,2 oranla *"kesinlikle katılıyorum"* olarak belirttikleri ifadenin *"Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanmak hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik açısından çok önemlidir."* olduğu saptandı (Tablo 4-12).

GCKL tutum anketi maddelerinin toplam Cronbach alfa katsayısı α=0,875 olduğu saptanırken; anket güvenilirlik düzeyinin kabul edilebilir (0.7-0.8) sınırın üzerinde olduğu bulundu (Tablo 4-12).

Tablo 4-13: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Tutum Düzeyi Puan Ortalamaları (N=120)

			GCKL-Tutum Düzeyi		
Özellikler	**Kategori**	**n**	**$\overline{X}$±SS**	***t/F/r***	***p***
Yaş	<30	96	83,48±8,39	0,794[a]	0,429
	≥30	24	85,04±9,54		
Cinsiyet	Kadın	95	83,97±7,95	0,363[a]	0,719
	Erkek	25	83,12±10,94		
Eğitim	Lise&Önlisans	19	85.11±9.47	0,471[b]	0,625
	Lisans	92	83,37±8,64		
	Yüksek lisans	9	85,33±6,58		
Çalışılan birim	Ameliyathane	41	84,02±6,67	0,237[a]	0,813
	Cerrahi klinik	79	83,67±9,51		
Cerrahi klinik tip(n=79)	Genel cerrahi	22	84,64±10,74	0,310[b]	0,870
	Ortopedi ve Travmatoloji	22	82,59±8,12		
	Karma cerrahi	18	85,11±8,62		
	Beyin ve sinir	17	82,29±10,79		
Birimde çalışma süresi (yıl)	<1 yıl[d]	23	83,87±10,97	**3,862[b]**	**0,024***
	1-5 yıl[e]	90	83,11±7,65	***Fark:e<f***	
	>5 yıl[f]	7	92,29±8,48		
Birimde çalışma süresi (yıl)	*Bütün*	120	-	**0,281[c]**	**0,002***
Toplam çalışma süresi (yıl)	1-5 yıl[d]	89	82,84±8,68	**3,125[b]**	**0,048***
	6-10 yıl[e]	19	84,84±7,03	***Fark:d<f***	
	>10 yıl[f]	12	89,17±8,87		
Toplam çalışma süresi (yıl)	*Bütün*	120	-	**0,194[c]**	**0,034***
Hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	110	83,90±8,60	0,455[a]	0,650
	Hayır	10	82,60±9,16		
GCKL eğitimi	Evet	87	85,23±8,01	**3,073[a]**	**0,003***
	Hayır	33	80,00±9,11		
Birimde GCKL sorumlusu var mı?	Evet	90	84,78±8,48	**2,207[a]**	**0,029***
	Hayır	30	80,83±8,47		

:**p<0,05; ***a(t):Bağımsız örneklem t testi; ***b(F):***ANOVA(Varyans) analizi; ***c(r):*** Pearson korelasyon

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim, çalıştığı birim ve hizmet içi eğitim alma durumlarına göre GCKL tutum düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-13).

GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması (85,23±8,01), GCKL eğitimi almayan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasından (80,00±9,11) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (t=3,073; p=0,003) (Tablo 4-13).

Birimde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması (84,78±8,48), GCKL sorumlusu olmadığını belirten hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasından (80,83±8,47) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (t=2,207; p=0,029) (Tablo 4-13).

Hemşirelerin birimde çalışma süresine göre GCKL tutum düzeyi puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanırken (F=3,862; p=0,024); yapılan Tukey analizine göre bu farklılığın 1-5 yıl arasında çalışan hemşire grubu (83,11±7,65) ile 5 yıl üzeri çalışan hemşire grubu (92,29±8,48) arasında olduğu saptandı (Tablo 4-13).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre GCKL tutum düzeyi puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanırken (F=3,125; p=0,048); yapılan Tukey analizine göre bu farklılığın 1-5 yıl arasında çalışan hemşire grubu (82,84±8,68) ile 10 yıl üzeri çalışan hemşire grubu (89,17±8,87) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4-13).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi (birim ve toplam) ile GCKL tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı [(Birim süresi→r=0,281; p=0,002) ve (Meslekte toplam çalışma süresi→r=0,194; p=0,034)] (Tablo 4-13).

4.6. Cerrahi Hemşirelerinin GCKL Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4-14: Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=120)

GCKL		Ameliyathane Hemşiresi	Cerrahi Klinikte Çalışan Hemşireler	Bütün Hemşireler
Bilgi *vs* Tutum	*r*	-0,018	0,271	0,200
	p	0,909	**0,016***	**0,029***
Bilgi *vs* Davranış	*r*	-0,293	-0,050	-
	p	0,063	0,661	-
Tutum *vs* Davranış	*r*	0,071	0,119	-
	p	0,659	0,296	-

:**p<0,05; ***r:Pearson korelasyon

Çalışmaya dahil edilen 120 hemşirenin GCKL bilgi düzeyi ile tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı (r=0,200; p=0,029) (Tablo 4-14).

Çalışmaya dahil edilen 79 cerrahi klinikte çalışan hemşirenin GCKL bilgi düzeyi ile tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı (r=0,271; p=0,016) (Tablo 4-14).

5. TARTIŞMA

Cerrahi tedavi, sağlık hizmetlerinde kullanılan temel bir tedavi yöntemidir. Birçok hastalığın tedavisi için cerrahi tedavi yöntemine başvurulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 verilerine göre cerrahi tedavi hastalara fayda sağlasa da sağlık bakım hizmetlerinden kaynaklı hasta güvenliğini etkileyen hatalar geçici veya kalıcı sakatlık ve ölümlere neden olabilmektedir (Ribeiro ve ark. 2019).

Dünyada yılda yaklaşık 234 milyon kişi ameliyat olmaktadır. Bu kişilerden her yıl bir milyon kişinin cerrahi bakımdan kaynaklı komplikasyonlardan öldüğü ve bu komplikasyonların en az yarısının önlenebilir hatalardan kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Borchard ve ark. 2012). Gelişmiş ülkelerdeki verilere göre cerrahi işlemlerin %3-%17'sinde komplikasyon ve %0,4-0,8 ölüm meydana gelmektedir (Jain ve ark. 2018).

Cerrahi bakımdan kaynaklı önlenebilir hataları azaltmak ve cerrahide güvenliği sağlamak için DSÖ tarafından 2008 yılında bir takım güvenlik adımlarından oluşan "DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" yayınlanmıştır. DSÖ'nün "Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir" ifadesiyle Türkiye'de Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından kontrol listesi düzenlenerek 4 bölümden oluşan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi-TR" olarak hastanelerde kullanılmak üzere yayınlanmıştır (WHO 2009b; Öztekin ve ark. 2017).

Bu çalışma cerrahi hemşirelerinin güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.

Cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen veriler literatür bilgisi doğrultusunda altı bölüm altında tartışılmıştır:

- Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) bilgi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması
- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) davranış düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

- Ameliyathane hemşirelerinin hastaya anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyattan çıkmadan önceki dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) davranış düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması
- Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) tutumlarına ilişkin bulguların tartışılması
- Cerrahi hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) bilgi, tutum ve davranış düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Cerrahi hemşiresi ameliyat öncesi, sırası ve sonrası cerrahi sürecin tüm aşamalarında bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel gereksinimlerinin belirlenmesinde ve sağlığın yeniden kazanılması, yükseltilmesinde bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını uygulamaktadır. Cerrahi hemşireleri bilgi temelleri, geçmiş deneyimleri, mesleki bilgi, beceri, davranışlarıyla hastaya bakım vermektedir (Aksoy 2012).

Candaş'ın (2014) cerrahi ekibin GCKL'nin ameliyathanede uygulanışına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada çalışma kapsamına alınan kişilerin mesleki deneyimlerinin ortalama 11,6±7,9 yıl; ameliyathanede çalışma sürelerinin ortalama 9,7±7,1 yıl olduğu belirtilmiştir. Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) güvenli cerrahi kontrol listesi konusunda ameliyathane ekibinin düşüncelerinin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %52,6'sının meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üstü, %25,5'inin meslekte çalışma süresi 0-4 yıl; ameliyathanede çalışma süresi %53,6'sının 7 yıl ve üstü, %22,4'ünün 0-2 yıl arasında olduğu saptanmıştır. Kesgin ve ark.'larının (2017) güvenli cerrahi kontrol listesinin ekip çalışması üzerindeki etkisi ve kullanım engellerine yönelik yapmış oldukları bir çalışmada çalışmaya katılanların birimde çalışma süresi %57,2'sinin 1-5 yıl, %22,6'sının 6-10 yıl; meslekte çalışma süresi %34,6'sının 1-5 yıl, %23,1'inin 6-10 yıl olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ameliyathanede ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin birimde çalışma süresinin %75'inin 1-5 yıl ve %5,8'inin 5 yıl üzeri süredir birimde çalıştığı; meslekte toplam çalışma süresinin %74,2'sinin 1-5 yıl ve %10'unun 10 yıl üzeri süredir meslekte çalıştığı saptandı. Ameliyathane hemşirelerinin birimde ortalama çalışma süresi 3,22±4,20 yıl ve cerrahi klinik hemşirelerinin birimde ortalama

çalışma süresi 1,59±1,52 yıl; ameliyathane hemşirelerinin toplam çalışma süresi ortalama 7,49±6,88 yıl ve cerrahi klinik hemşirelerinin toplam çalışma süresi 4,23±3,43 yıl olarak belirlendi (Tablo 4-1). Bu çalışmada ameliyathanede çalışan hemşirelerin mesleki deneyim sürelerinin (birim ve toplam çalışma süreleri) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-2). Çalışmada ameliyathane hemşirelerinin ortalama yaşı 30,29±6,14 ve cerrahi klinik hemşirelerinin ortalama yaşı 27,58±4,04 olarak saptanmış olup; tüm hemşirelerin ortalama yaşı 28,51±5,01 ve yaşların 21 ile 50 yaş aralığında olduğu saptandı. Ameliyathanede çalışan hemşirelerin yaşlarının cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4-2). Çalışma bulgusuna göre çalışma kapsamına alınan ameliyathane hemşirelerinin çalışma süresi, deneyimleri ve yaşı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulundu. Ameliyathane hemşireliği özel eğitim gerektirdiğinden ameliyathane hemşirelerinin yöneticiler tarafından yerlerinin değiştirilmediğinden dolayı çalışma sürelerinin daha uzun olduğu söylenebilir. Çalışmaya katılanların meslekte ve birimde çalışma süreleri literatürdeki çalışma bulgularıyla da benzerlik göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen verilere göre ameliyathane hemşirelerinin yaş ortalamasının daha yüksek olması, meslekteki ve birimdeki çalışma sürelerinin daha fazla olmasından dolayı ameliyathane hemşirelerinin mesleki deneyimlerinin cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu söylenebilir. Ameliyathane ortamının karmaşık, stresli, kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği ve özellikli bir birim olması deneyim ve beceri olarak daha yetkin hemşireleri gerektirebilmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin mesleki deneyimlerinin fazla olması GCKL kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını etkileyebilmektedir.

Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada, çalışmaya katılanların %42,2'si GCKL'nin kullanılmasına yönelik eğitim aldıklarını belirtmiştir. Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %57,8'inin GCKL hakkında hizmet içi eğitim aldığı saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin %91,7'sinin çeşitli alanlarda bir veya birden fazla hizmet içi eğitim aldığı, %72,5'inin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) eğitimi aldığı belirlendi (Tablo 4-1). Bu çalışma bulgusundan elde edilen veriye göre GCKL hakkında hizmet içi eğitim alma oranı literatüre göre daha yüksek olduğu bulunmuş olup hizmet içi eğitimlerde GCKL'ye ilişkin eğitimlerin

planlanmasının sağlık profesyonellerinin GCKL'nin etkin ve doğru kullanımını etkileyebileceği söylenebilir.

Candaş (2014) tarafından yapılan çalışmada kurumunda GCKL koordinatörü bulunduğunu belirtenlerin %78,7'si dolaşan hemşirenin koordinatör olarak görevlendirildiğini belirtmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin %75'i çalıştığı birimde GCKL sorumlusu olduğunu belirtmiş olup biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirtenlerin %100'ü GCKL sorumlusu olarak hemşirenin seçildiğini belirtti (Tablo 4-1). Ayrıca çalışmada çalışmaya katılanların %42,5'i "Liste sorumlusu olarak genellikle hemşire görevlendirilmelidir." ifadesine kararsızım; %30,0'ı katılmıyorum yanıtı verdiği görüldü (Tablo 4-12). Bu çalışma bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir.

GCKL koordinatörü cerrahi ekipten (hekim, hemşire, anestezi teknisyeni) herhangi bir kişi olabilmekle beraber çoğunlukla GCKL sorumlusu olarak hemşire seçilmektedir. GCKL'nin liste sorumlusu olarak hemşirelerin seçilmesi hemşirelerin GCKL'nin kullanımı ve uygulamasında önemli rolleri olduklarını göstermektedir. Bu nedenle hemşireler hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik bakımından önemli role sahiptir. Çalışmadan elde edilen bulguya göre cerrahi hemşirelerinin yaklaşık %24 gibi az bir kısmının kontrol listesi sorumlusu olarak genellikle hemşirenin seçilmesine katıldığını belirttiği sonucuna ulaşılmasından yola çıkarak cerrahi hemşirelerinin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanması ve kontrol edilmesinde diğer cerrahi ekip üyelerinin de aktif rol almalarını istedikleri, kliniklerde listenin uygulanmasının çoğunlukla hemşirenin sorumluluğunda olması diğer cerrahi ekip üyelerinin katılımını gerektiren güvenlik adımlarının atlanmasına neden olabileceği söylenebilir. Bu nedenle cerrahi güvenlik ve hasta güvenliği açısından tüm cerrahi ekip üyelerinin GCKL'nin etkin olarak uygulanmasında rol ve sorumluluk almaları önemlidir.

5.2. Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık kuruluşlarında tıbbi tedavi ve bakımdan kaynaklı önlenebilir hataların meydana gelmesi hasta güvenliğinin önemini ortaya çıkarmıştır. DSÖ verilerine göre sağlık bakım hizmeti alan on hastadan birinin zarar gördüğü belirtilmektedir. DSÖ tarafından oluşturulan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması hasta güvenliği ve cerrahide güvenlik için önemlidir. Hemşireler bakımın tüm sürecinde hastaya yakın olan sağlık profesyonelleri olduğu için hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli role

sahip olmakla beraber Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması ve kontrolünde önemli rol üstlenmektedirler (Candaş ve Gürsoy 2015; Arslan ve ark. 2020).

Kesgin ve ark.'larının (2017) çalışmasında GCKL hakkında çoğunluğunun (%76,4) bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Çalışmada cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyi puan ortalaması 8 puan üzerinden 6,92±0,89 olarak saptandı (Tablo 4-3). Çalışma sonucuna göre cerrahi hemşirelerinin GCKL bilgi düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmadan elde edilen bulgular Kesgin ve ark.'larının (2017) çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Birimde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin bilgi düzeyi (7,06±0,78) GCKL sorumlusu olmadığını belirten hemşirelerin bilgi düzeyinden (6,50±1,07) daha yüksek olduğu saptanmış olup istatiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (t=2,609; p=0,013) (Tablo 4-4).

Hemşirelerin GCKL hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olması GCKL'nin hemşireler tarafından bilinçli kullanıldığını göstermekle birlikte hasta güvenliği açısından önemlidir. GCKL sorumlusu cerrahi ekip üyelerinden herhangi bir kişi olabilmekle beraber kurumlarda genelde liste sorumlusu olarak hemşire seçilmektedir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ndeki rolleri nedeniyle hemşirelerin hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik açısından cerrahi ekip içerisinde önemli bir yere sahip oldukları söylenebilir.

Sewell ve ark.'larının (2010) ortopedi hastalarında DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kullanımının eğitim programı öncesi ve sonrası erken komplikasyon, mortalite oranlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada eğitim öncesi GCKL kullanımı %7,9 iken eğitim programı sonrasında bu oranın %96,9'a yükseldiği saptanmıştır. Eğitim programlarının GCKL doğru kullanımını ve sağlık profesyonellerinin tutumlarını önemli ölçüde arttırabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Kesgin ve ark.'larının çalışmasında (2017) GCKL ile ilgili bilgi sahibi olanların (%90,9), %76,4'ünün hastanede verilen eğitimlerden bilgi edindiklerini belirtmiştir.

Bu çalışmada ise hizmet içi eğitim alan hemşirelerin bilgi düzeyi (6,95±0,88) hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin bilgi düzeyinden (6,50±0,97) daha yüksek olduğu saptanmış olup istatiksel olarak anlamlı bulunmadı. GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL'ye ilişkin bilgi düzeyi (7,09±0,74) GCKL eğitimi almayan hemşirelerin bilgi düzeyinden (6,45±1,09) daha yüksek olduğu saptanmış olup istatiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (t=3,093; p=0,003) (Tablo 4-4).

Bu çalışma bulgularından elde edilen verilere göre GCKL'ye ilişkin eğitimlerin GCKL'ye ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyini arttırdığı söylenebilir. Bu nedenle cerrahide güvenliğin sağlanması ve GCKL'nin bilinçli bir şekilde kliniklerde uygulanabilmesi için hizmet içi eğitimlerde GCKL'ye ilişkin eğitimlerin planlaması ve uygulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

5.3. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

DSÖ tarafından oluşturulan GCKL birçok kurum ve kuruluş tarafından cerrahide güvenliğin sağlanması için kullanılmaktadır. DSÖ, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kurumların kendi koşullarına ve gereksinimlerine göre uyarlayabileceğini belirtmiştir. Ülkemizde güvenli cerrahinin hasta klinikte iken başladığı düşüncesiyle listenin başına "Klinikten Ayrılmadan Önce" kısmı eklenmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan GCKL klinikten ayrılmadan önce, anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015; Mantar ve İntepeler 2016).

Bozkurt'un (2019) yaptığı çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin GCKL'nin klinikten ayrılmadan önceki aşamasında en fazla %95,74 oranında uyguladıkları maddenin "Hastanın kimlik bilgileri ve taraf işaretlemesinin kontrolü" olduğu ve en az oranda uyguladıkları maddenin %82,98 oranında "Ameliyat bölgesi tıraşı kontrolü" ve "Ameliyatta kullanılacak özel cihaz ve malzeme kontrolü" olduğu saptanmıştır. Akın ve ark.'larının (2020) yaptığı güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımını değerlendirmeye yönelik çalışmada Klinikten Ayrılmadan Önceki döneme ilişkin adımların %95,84 oranında eksiksiz doldurulduğu saptanmıştır. Akın ve ark.'larının (2020) yaptığı bu çalışmada klinikten ayrılmadan önceki dönemde en fazla doldurulmayan maddelerin %2,60 oranında "Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?" ve %1,56 oranında "Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?" olduğu saptanmıştır. "Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi doğrulandı mı?", "Hastanın rızası kontrol edildi mi?", "Hasta aç mı?", "Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?", "Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?", "Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?" maddelerinin eksiksiz doldurulduğu saptanmıştır. Bu çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin klinikten ayrılmadan önceki dönemde davranış düzeyi puan

ortalaması 20 puan üzerinden 19,14±1,41 olarak saptandı (Tablo 4-5). Çalışma bulgusuna göre cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin GCKL'nin klinikten ayrılmadan önceki adımlarının uygulanma oranının yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir. Çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde en yüksek oranda uyguladıkları maddelerin %100 oranla ameliyat için rızanın verilmiş olduğunun kontrolü ve hastanın açlığının kontrolü olduğu belirlendi. En az oranda uyguladıkları maddelerin %81 oranla hastanın ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğru işaretlenmiş olduğunun kontrolü ve %82,3 oranla hastanın ameliyat bölgesinin tıraşının yapılıp yapılmadığının kontrolü olduğu görüldü (Tablo 4-5).

Literatür ve çalışma bulguları doğrultusunda GCKL'nin klinikten ayrılmadan önceki aşamasındaki maddelerin uygulanma oranı yüksek bulunmuş olup cerrahi güvenlik ve hasta güvenliği açısından uygulanma oranının %100 olması beklenilendir.

Bu çalışmada 30 yaş altı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin klinikten ayrılmadan önceki dönemde davranış düzeyi puan ortalaması (19,26±1,35), 30 yaş ve üstü hemşirelerin davranış düzeyi puan ortalamasından (18,30±1,64) daha yüksek olup istatiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=2,052; p=0,044). Çalışma kapsamına alınan cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 27,58±4,04 yaş olup çalışmanın yapıldığı cerrahi kliniklerde yaş olarak daha genç hemşirelerin çalıştığı görüldü (Tablo 4-6). Bu çalışmada birimde çalışma süresi 1 yılın altında olan hemşirelerin klinikten ayrılmadan önceki dönemde davranış düzeyi puan ortalaması (19,48±1,20), 1-5 yıl arasında birimde çalışan hemşirelerin davranış düzeyi puan ortalamasından (19,04±1,49) daha yüksek olduğu belirlendi. Toplam meslekte çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin davranış düzeyi puan ortalaması (19,32±1,26), toplam çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin davranış düzeyi ortalamasından (18,80±1,69) daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4-6). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile GCKL'nin klinikten ayrılmadan önceki dönemde davranış düzeyi puanı arasında istatiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmış olup (r=-0,380; p=0,001), cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve deneyimi arttıkça klinikten ayrılmadan önceki dönemde davranış düzeyi puanı azaldığı sonucuna ulaşıldı.

30 yaş altı hemşirelerin ve meslekte çalışma süresi daha az olan hemşirelerin GCKL'nin klinikten ayrılmadan önceki dönemde uyguladıkları davranış düzeyinin daha

yüksek çıkmasının nedeni olarak yaşı daha düşük ve meslekte çalışma süresi daha az olan hemşirelerin GCKL'nin klinikte uygulanması süresince daha fazla önem verdikleri, istekli oldukları söylenebilmekle beraber eğitim nedeniyle bilgilerinin yeni olması, eğitim olarak daha yeni mezun oldukları ve meslekte çalışmaya yeni başladıklarından dolayı aldıkları eğitimin daha iyi hatırlanabildiğinden dolayı GCKL'nin klinikten ayrılmadan önceki dönemde davranış düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (19,60±0,97), GCKL sorumlusu olmadığını ifade eden hemşirelerin davranış düzeyi puan ortalamasından (18,86±1,57) daha yüksek olup istatiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-6). Çalışma sonucuna göre liste kontrol sorumlusunun GCKL'yi kontrol etmesi nedeniyle GCKL'nin klinikte uygulanması süresince güvenlik adımlarının atlanmadan uygulanmasını sağladığı söylenebilir.

5.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Anestezi Verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce ve Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Davranış Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Cerrahi tedavi süreci, farklı sağlık profesyonellerinin bir arada koordineli çalışmasını gerektirmektedir. GCKL, bu koordinasyonun sağlanmasında önemli bileşen olmakla birlikte hastaneler arasında cerrahi bakımı düzenleyen ve standartlaştıran bir çerçeve oluşturur. Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğinin öneminin farkında olmaları GCKL'nin etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamaktadır. GCKL'nin güvenlik adımlarının başarılı bir şekilde uygulanması cerrahi ekipteki sağlık profesyonellerinin GCKL'nin cerrahi güvenlikteki öneminin farkında olmaları ile mümkündür (Abdel-Rehim ve ark. 2010; Gökay ve ark. 2016).

Kasatpibal ve ark.'larının (2012) Tayland'daki bir üniversite hastanesinde DSÖ GCKL'nin uygulanmasını incelemeye yönelik yaptığı çalışmada en yüksek uyum oranı %91,4 oranla hastaların kimlik bilgilerinin, ameliyatının ve ameliyat bölgesinin doğrulama maddesi olduğu saptanmıştır. Kesgin ve ark.'larının (2017) yaptığı çalışmada anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL aşamalarının uygulanma oranları değerlendirilmiştir. %84,3 oranında hastaya anestezi verilmeden önce kimlik bilgileri, ameliyat bölgesi ve ameliyatla ilgili rızanın kontrol edildiği belirtilmiştir. Ribeiro ve ark.'larının (2019) çalışmasında en fazla kontrol edilen ve doldurulan güvenlik adımlarının %93,1 oranla hastanın kendisinden kimliği, ameliyat bölgesi, ameliyatı ile

ilgili onayı içeren güvenlik maddesi olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada çok yüksek oranda hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi, ameliyatı ile ilgili rızasının doğrulandığı sonucuna ulaşıldı (Tablo 4-7). Bu davranışın uygulanma oranı yüksek olarak belirlenmiş olup literatür ile benzerlik göstermektedir. Kimlik bilgisi ve ameliyat bölgesi kontrolü tıbbi hataların önlenmesinde önemlidir. Bu sonuç güvenli cerrahinin uygulanması açısından memnuniyet vericidir.

Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada GCKL'nin en çok uygulanan maddesinin %82,8 oranla hastanın alerji öyküsünün sorgulanması olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hastanın alerji durumunun kontrolünün tüm katılımcılar tarafından yapıldığı bulundu (Tablo 4-7). Bu çalışma bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastanın alerjisinin sorgulanması yapılan tedavilerde önlem alarak hastanın tıbbi bakımdan kaynaklı zarar görmesini önleyecektir. Bu sonuç hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir.

Ribeiro ve ark.'larının (2019) yaptığı çalışmada kanama riskinin olup olmadığının kontrol edilmesini içeren maddenin %87,7 oranla anestezi uzmanı ile beraber doğrulandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada ameliyathane hemşirelerinin anestezi verilmeden önceki dönemde en az uyguladıkları GCKL'deki güvenlik adımının %90,2 oranla kan kaybı riskinin olup olmadığının kontrol edildiği güvenlik maddesi olduğu belirlendi. Bu çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermekle beraber bu güvenlik adımının hemşire tarafından en az kontrol edilen güvenlik adımının olması cerrah ve anestezi uzmanı ile beraber doğrulanan güvenlik adımı olduğundan kaynaklandığı söylenebilir.

Vogts ve ark.'larının (2011) Yeni Zelanda'da bir hastanede GCKL'nin yönetiminde uyumluluk ve kaliteyi belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmada GCKL'nin anestezi verilmeden önceki dönemdeki maddelerin uygulanma oranı %56 olarak saptanmıştır. Helmiö ve ark.'larının (2012) kulak burun boğaz ameliyatlarında DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kullanımını ve tutumları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada GCKL'nin anestezi verilmeden önceki dönemdeki maddelerinin uygulanma oranı %62,3 olarak bulunmuştur. Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların 3/4'ü GCKL'nin anestezi verilmeden önceki dönemdeki her maddenin uygulandığını belirtmiştir. Bu çalışmada ise ameliyathane hemşirelerinin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 12

puan üzerinden 11,80±0,60 olarak belirlenmiş olup yüksek bulundu (Tablo 4-7). 30 yaş altı hemşirelerin anestezi verilmeden önceki GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (11,70±0,72), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (12,00±0,00) daha düşük olup istatiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=2,126; p=0,043). Birimde çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (11,78±0,64), 5 yıldan fazla olan hemşirelerin davranış düzeyi ortalamasından (12,00±0,00) daha düşük olmasına karşın istatiksel olarak bir farklılık göstermemektedir (Tablo 4-8). Bu sonuç ameliyathane hemşirelerinin tümünün anestezi verilmeden önce güvenlik önlemlerini uyguladıklarını bize göstermektedir. Memnuniyet verici olan bu sonuç literatür bulgularına göre davranış düzeyi puanı daha yüksek bulundu. Bu da ameliyat öncesi hasta güvenliğine verilen önemi göstermektedir.

Kesgin ve ark.'larının (2017) çalışmasında GCKL'nin ameliyat kesisinden önce %42,7 oranında ameliyata başlandıktan sonra ekipten bir kişinin hasta kimliğinin, yapılan ameliyatın ve bölgenin doğrulanmadığı; %45,7 oranında ise doğrulandığı sonucuna ulaşılmıştır. Ribeiro ve ark.'larının (2019) güvenli cerrahi kontrol listesini doldurmada uyum, tutarsızlıklar ve zorluklara yönelik yaptıkları çalışmada GCKL'deki güvenlik adımlarının en az kontrol edilen ve doldurulan güvenlik adımının %85,8 oranla cerrahi ekip üyelerinin tüm üyeleri tarafından hasta kimliğinin, ameliyatın ve ameliyat bölgesinin doğrulanmasını içeren madde olduğu saptanmış olup bu maddenin uygulanma oranı yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada GCKL ameliyat kesisinden önce ekipteki bir kişinin sesli olarak hastanın kimliğini, ameliyatı, ameliyat bölgesini doğruladığını belirtenlerin oranı %87,8 olarak bulunmuş olup bu davranışın uygulanma oranı yüksek olarak belirlendi. Literatüre göre ameliyat kesisinden önce hasta kimliğinin, ameliyatının, ameliyat bölgesinin doğrulanma oranının yüksek çıkması cerrahide güvenli bakımın sağlanmasında oldukça önemlidir. Kontrol listesindeki güvenlik adımlarının uygulanma oranları kurumdan kuruma farklılık göstermekle birlikte önlenebilir tıbbi hatalardan hastayı korumak için kontrol listesindeki adımların atlanmadan uygulanması oldukça önemlidir.

Kasatpibal ve ark.'larının (2012) yaptığı çalışmada ameliyathane hemşireleri tarafından her vakada kullanılacak malzemelerin sterilizasyon uygunluğunun kontrol edildiği belirlenmiştir. Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların

%78,9'u ameliyatta kullanılacak malzemelerin ameliyat öncesi hazırlandığını ve sterilizasyonunun sağlandığını belirtmiştir. Kesgin ve ark.'larının (2017) çalışmasında GCKL ameliyat kesisinden önce aşamada ameliyata başlandıktan sonra kullanılacak malzemelerin sterilizasyon kontrolünün yapılmadığını belirtenlerin oranı %60,6 olup bu davranış uygulanma oranı düşük bulunmuştur. Bu çalışmada hemşirelerin tamamı kullanılacak malzemelerin hazırlığı ve sterilizasyon uygunluğunun kontrol edildiğini ifade etmiş olup ameliyat kesisinden önceki dönemde en yüksek oranda uygulanan davranış olduğu saptandı. Bu çalışma bulgusu Kesgin ve ark.'larının çalışma bulgularıyla benzerlik göstermemekle birlikte Kasatpibal ve ark.'larının (2012) ve Candaş'ın (2014) yaptığı çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç hemşirelerin malzeme hazırlığı ve sterilizasyona önem verdiğini göstermektedir.

Kasatpibal ve ark.'larının (2012) yaptığı çalışmada %79 oranla cerrahi mola süresinde cerrahi ekip üyelerinin kendilerini isim ve görevleriyle tanıttıkları sonucuna ulaşılmıştır. Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada GCKL'nin en az uygulanan maddenin %41,3 oranla ekip üyelerinin kendilerini tanıtmaları olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada GCKL'nin ameliyat kesisinden önce %61 oranla en az uygulanan davranışların her ekip elemanının kendini isim ve göreviyle tanıtması ve hasta kimliğinin, doğru taraf cerrahisinin doğrulanması için cerrahi molanın uygulanması olduğu sonucuna ulaşıldı. Bu davranışın uygulanma oranının düşük olduğu görüldü. Ameliyathanede aynı ekiple çalıştıkları düşünüldüğünde kendilerini tanıtmaya ihtiyaç duymadıkları düşünülebilir.

Ribeiro ve ark.'larının (2019) çalışmasında ameliyat kesisinden önce profilaktik antibiyotik uygulanıp uygulanmadığının %92,4 oranla sorgulanıp, doldurulduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ameliyat kesisinden önce profilaktik antibiyotiğin uygulanıp uygulanmamasının sorgulanma oranı %95,1 olarak saptanmış olup literatürdeki çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Profilaktik antibiyotik uygulanması cerrahi alan infeksiyonları önlemede önemlidir. Bu nedenle profilaktik antibiyotiğin uygulanıp uygulanmadığının sorgulanması hasta güvenliği açısından gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacağından sonucun memnun edici olduğu söylenebilir.

Vogts ve ark.'larının (2011) yapmış oldukları çalışmada GCKL'nin ameliyat kesisinden önceki dönemdeki maddelerin uygulanma oranı %69 olarak saptanmıştır. Helmiö ve ark.'larının (2012) yaptığı çalışmada GCKL'nin ameliyat kesisinden önceki dönemdeki maddelerinin uygulanma oranı %61,1 olarak bulunmuştur. Candaş'ın (2014)

yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların 2/3'si GCKL'nin ameliyat kesisinden önceki bölümündeki her maddeyi uyguladığını belirtmiştir. Bu çalışmada ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 16 puan üzerinden 14,27±2,13 olarak saptanmış olup literatüre göre uygulanma oranı daha yüksek olarak belirlendi. Bu sonuç güvenli cerrahinin uygulanması açısından memnuniyet verici olmakla birlikte güvenlik adımlardan herbirinin tam olarak uygulanması güvenli cerrahinin sağlanması için oldukça önemlidir.

Bu çalışmada 30 yaş altı ameliyathane hemşirelerinin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (13,74±2,19), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (15,29±1,64) daha düşük olup istatiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=2,316; p=0,026). Birimde 1-5 yıl arasında çalışan ameliyathane hemşirelerinin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (14,03±2,17), 5 yıldan fazla süredir birimde çalışan hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (16,00±0,00) daha düşük olup, fark anlamlı bulundu (t=5,450; p=<0,001) (Tablo 4-9). Ameliyathane karmaşık ve özellikli bir birim olduğu için bilgi, beceri, deneyim olarak daha yetkin hemşirelerin çalıştığı söylenebilir. Bu karmaşık ortamda GCKL'deki güvenlik adımlarının atlanmadan uygulanması gerekmektedir. Bu çalışma sonucundan yola çıkarak deneyim süresi daha yüksek olan hemşirelerin GCKL'yi ameliyathanede kullanma süreleri daha fazla olduğundan bu karmaşık ortamda atlanmadan, daha dikkatli uyguladıkları söylenebilir.

Kasatpibal ve ark.'larının (2012) çalışmasında ameliyattan çıkmadan önceki dönemde gerçekleştirilen ameliyat ve ameliyat bölgesinin %99,5 oranla doğrulandığı bulunmuştur. Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada GCKL'nin ameliyattan çıkmadan önceki döneme ilişkin en az uygulanan maddenin %66,3 oranla hastanın kimliğinin, gerçekleştirilen ameliyat ve ameliyat bölgesinin doğrulanması olduğu; en fazla uygulanan maddelerin %83,8 oranla aletlerin, spançların sayımlarının yapılıp yapılmadığının kontrolü ve %83,2 oranla hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olduğunun kontrolü olarak belirlenmiştir. Kesgin ve ark.'larının (2017) çalışmasında GCKL ameliyattan çıkmadan önce alet, spanç ve kompres sayımı yapılmadığını belirtenlerin oranı %53,4; yapıldığını belirtenlerin oranı %36,5 olarak bulunmuştur. Hastadan alınan numunelerin etiketlenerek ameliyat

bölgesinin yazıldığını belirtenlerin oranı %48,1 olarak bulunmuştur. Ribeiro ve ark.'larının (2019) çalışmasında %92,2 oranla aletlerin, spançların sayımlarının yapılıp yapılmadığını kontrollerinin yapıldığı saptanmıştır. Bu çalışmada GCKL'nin ameliyattan çıkmadan önceki dönemde en az uygulanan davranışın %63,4 oranla gerçekleştirilen ameliyat, hasta, ameliyat bölgesinin sözlü olarak doğrulandığı davranışının olduğu; en fazla uygulanan davranışların ise %100 oranla alet, spanç ve iğne sayımlarının yapılıp yapılmadığının kontrolü ve hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olduğunun kontrolü olarak belirlendi (Tablo 4-7). Bu çalışma sonucu Candaş (2014) ve Ribeiro ve ark.'larının (2019) çalışma bulgularıyla benzerlik göstermesine karşın Kesgin ve ark.'larının (2017), Kasatpibal ve ark.'larının (2012) çalışma bulgularıyla benzerlik göstermemektedir. Literatür ve çalışma sonucuna göre GCKL'nin ameliyattan çıkmadan önceki aşamasındaki güvenlik adımlarının uygulanma oranları farklılık göstermekle birlikte cerrahi süreçle ilişkili hatalardan hastayı korumak için tüm güvenlik adımlarının atlanmadan tamamlanması beklenilmektedir.

Kasatpibal ve ark.'larının (2012) çalışmada ameliyattan çıkmadan önceki dönemde %85,1 oranda cerrah, anestezist ve hemşire tarafından ameliyat sonrası kritik gereksinimlerin gözden geçirildiği bulunmuştur. Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada GCKL'nin tüm maddelerinin yanıtlandığını belirtenlerin çoğunlukta olduğu saptanmış olup, GCKL'nin en çok uygulanan maddesinin %85,5 oranla hastanın ameliyat sonrası transfer edileceği bölümün doğrulanması olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ameliyattan çıkmadan önceki dönemde ameliyat sonrası kritik gereksinimlerin gözden geçirildiği ve hastanın gideceği bölümün doğrulandığı maddelerinin uygulanma oranı oldukça yüksektir. Bulunan sonuç literatür çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuca göre uygulanma oranının yüksek olması hasta güvenliği açısından oldukça memnuniyet vericidir.

Vogts ve ark.'larının (2011) yapmış oldukları çalışmada GCKL'nin ameliyattan çıkmadan önceki dönemdeki maddelerin uygulanma oranı %40 olarak saptanmış olup GCKL'nin ameliyattan çıkmadan önceki dönemdeki güvenlik adımlarının uygulanma oranı düşük bulunmuştur. Helmiö ve ark.'larının (2012) yaptığı çalışmada GCKL'nin ameliyattan çıkmadan önceki dönemdeki maddelerinin uygulanma oranı %53,6 olarak bulunmuştur. Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların 4/5'ü GCKL'nin ameliyat çıkmadan önceki bölümündeki her maddeyi uyguladığını belirtmiştir. Bu

çalışmada ameliyattan çıkmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 8 puan üzerinden 7,54±0,60 olarak saptanmış olup literatüre göre daha yüksek bulundu. Bu sonuç hasta güvenliği açısından memnun edici olmakla birlikte ameliyat sonrasında hastanın başka birime transferinde hastayla ilgili bilgilerin eksiksiz olarak iletilmesini sağlayarak hasta güvenliğini tehdit edecek unsurlara ilişkin önceden önlem alınmasını sağlayacağı söylenebilir.

Bu çalışmada ameliyathane hemşirelerinin GCKL'nin uygulanmasına ilişkin davranış düzeyi toplam puan ortalaması 36 puan üzerinden 33,61±2,92 olarak saptanmış olup yüksek bulundu (Tablo 4-7). 30 yaş altı ameliyathane hemşirelerin GCKL toplam davranış düzeyi puan ortalaması (32,93±3,06), 30 yaş ve üstü ameliyathane hemşirelerinin GCKL toplam davranış düzeyi puan ortalamasından (34,93±2,16) daha düşük olup istatiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=2,175; p=0,026). Toplam çalışma süresi 1-5 yıl olan ameliyathane hemşirelerinin GCKL toplam davranış düzeyi puan ortalaması (32,79±3,19), toplam çalışma süresi 6-10 yıl olan ameliyathane hemşirelerinin toplam davranış düzeyi puan ortalamasından (35,22±1,30) düşük olarak saptanmış olup istatiksel bir farklılık göstermemektedir (Tablo 4-11).

30 yaş ve üstü ameliyathane hemşirelerinin ve toplam çalışma süresi daha fazla olan ameliyathane hemşirelerinin GCKL'nin uygulanmasına ilişkin toplam davranış düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olmasının nedeni olarak çalışma kapsamına alınan ameliyathane hemşirelerinin yaş ortalamasının (30,29±6,14) ve meslekte çalışma sürelerinin (7,49±6,88) daha fazla olduğu ve ameliyathane hemşirelerinin meslekteki deneyimlerinin daha fazla olmasının GCKL'nin ameliyathane gibi karmaşık bir ortamda uygulanmasını kolaylaştırdığı söylenebilir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatür benzerlik göstermekle birlikte GCKL'nin ameliyathanede uygulanma oranının yüksek olduğu görüldü. GCKL'deki herbir adımın uygulanma oranları farklılık göstermekle birlikte cerrahi güvenlik ve hasta güvenliği açısından tüm güvenli cerrahi adımlarının tam olarak uygulanmasının önemli olduğundan söz edebiliriz.

5.5. Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım kaynaklı kişilerde oluşabilecek zararları önlemek amacıyla sağlık çalışanları ve kurumların aldığı önlemler hasta güvenliğini sağlamaktadır. Kültür, sağlık

hizmetinde rol alan kişilerin işleri nasıl yaptığını belirleyen tutum ve davranış normları üretmek için etkileşime giren paylaşılan inançlar, gelenekler, davranışlar, değerler ve maddi nesneler sistemi olarak tanımlanır. Hasta güvenliği kültürünü geliştirmenin temeli güvenli bakım hizmetleriyle sağlık bakım kalitesini arttırmaktır. Hemşireler hastaya bakım sunarken en çok iletişimde ve yakında olan sağlık profesyoneli olduğu için hasta güvenliği kültürünün davranış ve tutuma dönüştürülmesinde önemli rol oynamaktadır (Rich 2008; Erdağı ve Özer 2015; Rızalar ve ark. 2016).

Sewell ve ark.'larının (2010) yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların %47'si kontrol listesinin kullanımının ekip içi iletişimi geliştirdiğini belirtmiştir. Russ ve ark.'larının (2013) GCKL'nin ameliyathanedeki ekip çalışmasını ve iletişimini iyileştirmesine yönelik yaptıkları sistematik çalışmada GCKL'nin ameliyathanede ekip çalışmasını ve iletişimi iyileştirdiği ve iletişim eksikliğinden kaynaklı hataları azaltabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) çalışmasında çalışmaya katılanların %85,4'ü GCKL'nin ekip içi iletişime katkısı olduğunu belirtmiştir. Kesgin ve ark.'larının (2017) çalışmasında GCKL'nin kullanımının ameliyathanedeki ekip çalışmasını geliştirdiğine inanların oranı %61,1 olarak bulunmuştur. Çalışmada "GCKL kullanımı ekip iş birliğinin ve iletişiminin artmasını sağlar." ifadesine hemşirelerin büyük çoğunluğunun katıldığı sonucuna ulaşıldı (Tablo 4-12). Bu sonuç literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Literatür ve çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin çoğunun GCKL'nin ekip içi iletişimi arttırdığını belirtmeleri olumlu bir sonuç olmakla birlikte ekip içerisinde hastayla ilgili bilgilerin ekip üyeleri arasında paylaşımı oluşabilecek hataların önlenmesinde önemlidir.

Kesgin ve ark.'larının (2017) yaptığı çalışmada çalışmaya katılan kişilerin çoğunluğu (%77,4) GCKL uygulamasının tüm vakalarda zorunlu olması gerektiğini belirtmiştir. Çalışmada "Her cerrahi girişimde GCKL hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik için kullanılmalıdır." ifadesine cerrahi hemşirelerinin büyük çoğunluğunun katıldığı görüldü (Tablo 4-12). Bu sonuç literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Her cerrahi girişim hasta için risk oluşturabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin GCKL'nin her cerrahi girişimde uygulanmasının gerekli olduğuna inanmaları cerrahi güvenlik için listesinin cerrahi girişimlerde uygulanma oranını arttırabileceği söylenebilir.

Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) çalışmasında çalışmaya katılanların çoğunluğu (%80,7) GCKL'nin enfeksiyonu önlemede yarar sağladığını belirtmiştir. Bu çalışmada GCKL'de ameliyat kesisinden önce uygulanan profilaktik antibiyotiğin cerrahi alan enfeksiyonlarını azalttığını belirtenlerin oranı %89,1 olup literatürdeki çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. GCKL'ye ilişkin olumlu tutumların, kontrol listesinin uygulanma oranını arttırabileceği söylenebilmekle birlikte cerrahi güvenliğin sürdürülmesi için önemlidir.

Candaş (2014) tarafından yapılan çalışmada, çalışma kapsamına alınan cerrahi ekip üyelerinin %67,3'ü GCKL'nin hasta güvenliğine katkısı olduğuna inandıklarını belirtmiştir. Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) çalışmasına katılanların %92,1'i güvenli cerrahi kontrol listesinin hasta güvenliğine katkısını olduğunu belirtmiştir. Kesgin ve ark.'larının (2017) yaptığı çalışmada katılanların çoğunun (%84,1) güvenli cerrahi kontrol listesinin hasta güvenliğini arttırdığına inandığı belirtilmiştir. Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımının hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik açısından çok önemli olduğunu belirttiklerine ulaşılmış olup bu sonuç literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç cerrahi güvenliğin sağlanması açısından olumlu olarak bulunmuş olup GCKL'ye ilişkin uyumu arttırabileceği söylenebilir.

Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) yaptığı çalışmada GCKL hakkındaki görüşler ile meslek durumunun dağılımı arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$) olup, GCKL'ye en olumlu bakan ekip üyelerinin hemşireler olduğu bulunmuştur. Kesgin ve ark.'larının (2017) yaptığı çalışmada hekimlerin, anestezi ekibinin, ameliyathane hemşiresinin GCKL'ye verilen destekleri değerlendirilmiştir. En fazla oranda GCKL'ye destek veren grup %86 oranında ameliyathane hemşireleri, en az destek veren grubun ise %41,3 oranında hekimlerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada hemşireler %96,6 oranla GCKL uygulanması süresince hemşirelerin gerekli önemi verdiğini belirtmiş olup; %40 oranla GCKL uygulanması süresince hekim, anestezi teknikeri, anestezi uzmanının gerekli önemi verdiğini belirtmişlerdir. Bu sonuç literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Literatür ve çalışma bulgularına göre; GCKL'ye en olumlu bakan ekip üyesinin hemşirelerin olduğu söylenebilir. Cerrahi güvenlik açısından GCKL'nin kullanılması önemli olmakla birlikte cerrahi ekip üyelerinin herbirinin öneminin farkında olması klinikte ve ameliyathanede

GCKL'nin uygulanmasına ilişkin uyumun artmasını sağlayacaktır. Hasta güvenliği için GCKL'nin kullanılması gerekmekle birlikte cerrahi ekibin herbir üyesi gerekli önemi vermelidir.

Haynes ve ark.'larının (2009) cerrahi güvenlik kontrol listesinin kullanılmasının ameliyatla ilişkili komplikasyonları ve ölümleri azaltmadaki etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada kontrol listesi kullanmadan önce ölüm oranı %1,5 iken, kullandıktan sonra ölüm oranı %0,8; kontrol listesi uygulamadan önce komplikasyon oranı %11,0 iken, uygulandıktan sonra %7,0 olduğu saptanmıştır. Sewell ve ark.'larının (2010) ortopedi hastalarında DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kullanımının eğitim programı öncesi ve sonrası erken komplikasyon, mortalite oranlarına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada eğitim programı sonrasında GCKL kullanımında artış görülmüştür. GCKL kullanımı %7,9 iken erken komplikasyon oranı %8,5, mortalite oranı %1,9; GCKL kullanımı %96,9'a yükseldiğinde erken komplikasyon oranı %7,6, mortalite oranı %1,6 olarak saptanmıştır. GCKL'nin kullanımının artmasıyla ameliyat sonrası erken komplikasyon ve mortalite oranlarında azalma görülmüştür. Bu çalışmada çalışmaya katılanların %85,0'ı GCKL'nin kullanılmasının tıbbi hatalarda, mortalite ve morbidite oranlarda azalma sağladığını belirttikleri görüldü. Bu sonuca göre literatürün çalışma bulgusunu desteklediği söylenebilir. GCKL'nin hastaya olan yararının hemşirelerinin farkında olması GCKL'nin uygulanma oranı arttırabilir ve bu durumun hasta güvenliğinin sürdürülmesinde önemli olduğu söylenebilir.

Candaş'ın (2014) yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların %75,9'u GCKL'nin kullanılmasına yönelik eğitimin gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada ise çalışmaya katılan hemşirelerin %94,2'si GCKL ile ilgili eğitimlerin gerekli olduğunu belirttiği görüldü (Tablo 4-12). Bu sonuç GCKL'nin klinikte doğru bir şekilde uygulanması açısından önemli olmakla birlikte hizmet içi eğitimlerde GCKL'ye ilişkin eğitimlerin planlanmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının GCKL'ye olumlu baktığı belirtilmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin GCKL'ye ilişkin tutum düzeyi puanı 105 puan üzerinden yaklaşık 84 puan bulundu (Tablo 4-12). Bu sonuca göre hemşirelerin GCKL'ye ilişkin tutumlarının iyi olduğu söylenebilir.

Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) yaptığı çalışmada GCKL hakkında görüşler ile GCKL hakkında hizmet içi eğitim alma durumlarına bakıldığında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). GCKL hakkında eğitim alanların puanı almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması (85,23±8,01), GCKL eğitimi almayan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasından (80,00±9,11) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmış olup literatür ile benzerlik gösterdiği belirlendi ($t=3,073$; $p=0,003$) (Tablo 4-13). Bu çalışmada, biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması (84,78±8,48), GCKL sorumlusu olmadığını belirten hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasından (80,83±8,47) daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-13).

Literatür ve çalışma bulgularına göre; GCKL'ye ilişkin eğitim alan ve biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olarak GCKL'ye ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir.

Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) çalışmasında GCKL hakkında görüşlerin dağılımı ile çalışmaya katılanların cinsiyet ve eğitim durumunun dağılımı incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmada hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumlarına göre GCKL tutum düzeyi puanlarının istatiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-13). Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir.

Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) yaptığı çalışmada GCKL hakkında görüşler ile birimde çalışma sürelerine bakıldığında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın 0-2 yıl ve 9 yıl ve üzeri çalışanlardan kaynaklandığı saptanmıştır (Bonferroni; $p<0,008$). 0-2 yıl arası ameliyathanede çalışanların puan ortalamaları en düşük, 9 yıl ve üzeri ameliyathanede çalışanların puan ortalaması en yüksek olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin birimde çalışma süresine göre GCKL tutum düzeyi puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanırken ($F=3,862$; $p=0,024$); yapılan Tukey analizine göre bu farklılığın 1-5 yıl arasında çalışan hemşire grubu (83,11±7,65) ile 5 yıl üzeri çalışan hemşire grubu (92,29±8,48) arasında olduğu görüldü (Tablo 4-13). Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) yaptığı çalışmada GCKL hakkındaki görüşler ile meslekte çalışma sürelerinin dağılımı incelendiğinde istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın

0-4 yıl arasında çalışan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (Bonferroni $\alpha = 0,017$). 0-4 yıl arasında çalışanların puan ortalamaları en düşük saptanmıştır. Bu çalışmada da hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre GCKL tutum düzeyi puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanırken ($F=3,125$; $p=0,048$); yapılan Tukey analizine göre bu farklılığın 1-5 yıl arasında çalışan hemşire grubu (82,84±8,68) ile 10 yıl üzeri çalışan hemşire grubu (89,17±8,87) arasında olduğu saptandı (Tablo 4-13). Bu çalışmada hemşirelerin meslekteki çalışma süresi (birim ve toplam) ile GCKL tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı (Tablo 4-13). Bu çalışma bulgusu literatürdeki çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışma sonuçlarına göre GCKL eğitimi alan, biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten, meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin GCKL'nin uygulanmasına ilişkin tutumlarının daha yüksek ve olumlu olduğu söylenebilir. Hemşire deneyimi GCKL hakkında bilgi sahibi olması, klinikte GCKL'nin bilinçli bir şekilde kullanılması ve öneminin farkında olmasını sağlayarak GCKL kullanılmasına ilişkin tutumu olumlu etkilediği söylenebilir.

5.6. Cerrahi Hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Cerrahi hemşireleri cerrahi sürecin tüm aşamalarında aktif rol alan cerrahi ekibin bir üyesidir. DSÖ'nün GCKL koordinatörü olarak hemşirelerin uygun olacağını belirtmesi cerrahi bakımda önemli rolleri olduklarını göstermektedir. Bu nedenle cerrahi hemşireleri cerrahi süreç içerisinde bilgi, beceri ve deneyimleriyle hastayı anestezi ve cerrahi işlemle ilişkili önlenebilir zararlardan korumada önemli rol üstlenmektedir. Cerrahi güvenlik açısından GCKL'deki güvelik adımları konusunda cerrahi hemşirelerinin bilgiye sahip olması kontrol listesinin uygun ve doğru kullanılması açısından oldukça önemlidir (WHO 2009b; Candaş ve Gürsoy 2015).

Önler'in (2010) ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada, çalıştığı kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim alan çalışanların güvenlik tutumları puan ortalaması, hizmet içi eğitim düzenlenmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir ($p<0,01$). Sewell ve ark.'larının (2010) DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kullanımının eğitim programı öncesi ve sonrası erken komplikasyon, mortalite oranlarını belirlemek

amacıyla yaptıkları çalışmada eğitim programlarının GCKL doğru kullanımını ve sağlık profesyonellerinin tutumlarını önemli ölçüde arttırabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Özkan ve Yavuz Van Giersbergen'in (2016) yaptığı çalışmada GCKL hakkında görüşler ile GCKL hakkında hizmet içi eğitim alma durumlarına bakıldığında, eğitim alanların GCKL hakkındaki görüşlere ilişkin puanının eğitim almayanlara göre anlamlı derece daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu çalışmada, çalışma kapsamına alınan 120 hemşirenin GCKL bilgi düzeyi ile tutum düzeyi arasında istatiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,200$; $p=0,029$). Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre hemşirelerin GCKL'ye ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olmasının, GCKL'ye ilişkin tutumlarını olumlu etkiledikleri söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi hemşirelerinin güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Çalışmaya 41 (%34,2) ameliyathane, 79 (%65,8) cerrahi klinik hemşiresi dahil edildi. Cerrahi klinik hemşirelerinin 22'si (%27,8) Genel Cerrahi, 22'si (%27,8) Ortopedi ve Travmatoloji, 17'si(%21,5) Beyin ve Sinir ve 18'i (%22,8) karma cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerden oluşmaktadır (Tablo 4-1).
- Hemşirelerin birimde ortalama çalışma süresi 2,15±2,84 yıl ve %19,2'sinin (n=23) 1 yıldan az, %75'inin (n=90) 1-5 yıl ve %5,8'inin (n=7) 5 yıl üzeri süredir birimde çalıştığı saptanırken; hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresinin ortalama 5,34±5,10 yıl ve %74,2'sinin (n=89) 1-5 yıl, %15,8'inin (n=19) 6-10 yıl ve %10'unun (n=12) 10 yıl üzeri süredir meslekte çalıştığı belirlendi (Tablo 4-1).
- Hemşirelerin %91,7'sinin (n=110) çeşitli alanlarda bir veya birden fazla hizmet içi eğitim aldığı, %72,5'inin (n=87) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) eğitimi aldığı saptandı. Ayrıca, hemşirelerin %75'inin (n=90) biriminde GCKL sorumlusu olduğunu ve bu sorumlunun hemşire olduğu görüldü (Tablo 4-1).
- Ameliyathanede çalışan hemşirelerin yaşlarının ve mesleki deneyim sürelerinin (birim ve toplam çalışma süreleri), cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-2).
- Hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalaması 6,92±0,89 olarak hesaplandı. Hemşirelerin %97,5 oranla en yüksek düzeyde doğru yanıtladıkları ifadenin *"Ülkemizde kullanılan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 4 bölümden oluşur."* olduğu; hemşirelerin %50,8 oranla en düşük düzeyde doğru yanıtladıkları ifadenin *"Kontrol listesi sorumlusu her bir aşama için farklı kişi olmalıdır."* İfadesi olduğu belirlendi (Tablo 4-3).
- Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim, çalıştığı birim, çalışma süresi (birim ve toplam) ve hizmet içi eğitim alma durumlarına göre GCKL bilgi düzeyi puanlarının

istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-4).

- GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalaması (7,09±0,74), GCKL eğitimi almayan hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalamasından (6,45±1,09) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (t=3,093; p=0,003) (Tablo 4-4).
- Biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalaması (7,06±0,78), GCKL sorumlusu olmadığını belirten hemşirelerin GCKL bilgi düzeyi puan ortalamasından (6,50±1,07) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=2,609; p=0,013) (Tablo 4-4).
- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 19,14±1,41 olarak hesaplandı. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları GCKL davranış ifadelerinin *"Ameliyat için rızanın verilmiş olduğu kontrol edilir."* ve *"Hastanın açlığı kontrol edilir."* olduğu; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde %19 oranla bazen uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Hastanın ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğru işaretlenmiş olduğu kontrol edilir."* olduğu belirlendi.
- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin cinsiyet, eğitim, çalıştığı birim, birimde çalışma süresi, hizmet içi eğitim ve GCKL eğitimi alma durumlarına göre hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-6).
- 30 yaş altı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (19,26±1,35), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (18,30±1,64) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (t=2,052; p=0,044) (Tablo 4-6).
- Biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış

düzeyi puan ortalaması (19,60±0,97), GCKL sorumlusu olmadığını belirten cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (18,86±1,57) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (t=2,603; p=0,011) (Tablo 4-6).

- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi ile hastanın klinikten ayrılmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptandı (r=-0,380; p=0,001) (Tablo 4-6).
- Ameliyathane hemşirelerin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 11,80±0,60 olarak hesaplandı. Ameliyathane hemşirelerin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Hastanın bilinen alerji durumu kontrol edilir."* olduğu; ameliyathane hemşirelerin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde %9,8 oranla bazen uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Hastada 500 ml veya daha fazla kan kaybı riski olup olmadığı kontrol edilir. Kan kaybı riski varsa uygun damar yolu erişimi ve sıvı sağlanır."* olduğu görüldü (Tablo 4-7).
- Ameliyathane hemşirelerin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 14,27±2,13 olarak hesaplandı. Ameliyathane hemşirelerin ameliyat kesisinden önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları GCKL ifadesinin *"Kullanılacak malzemelerin hazırlığı ve sterilizasyon uygunluğu kontrol edilir."* olduğu; ameliyathane hemşirelerin ameliyat kesisinden önceki dönemde %34,1 oranla bazen uyguladığı GCKL davranış ifadesinin *"Her bir ekip elemanı kendini isim ve göreviyle tanıtır."* olduğu belirlendi. Ameliyat kesisinden önce en az uyguladıkları davranış ifadelerinin %58,5 oranla *"Kan şekeri kontrolünün gerekliliği, antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir."* ve %61 oranla *"Hasta kimliğinin, doğru taraf cerrahisinin doğrulanması için cerrahi mola (time-out) uygulanır."* olduğu saptandı (Tablo 4-7).
- Ameliyathane hemşirelerin ameliyattan çıkmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması 7,54±0,60 olarak hesaplandı. Ameliyathane hemşirelerin ameliyattan çıkmadan önceki dönemde %100 oranda uyguladıkları

GCKL davranış ifadelerinin *"Alet, spanç ve iğne sayımlarının yapılıp yapılmadığı kontrol edilir." ve "Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olduğu kontrol edilir."* olduğu; ameliyathane hemşirelerin ameliyattan çıkmadan önceki dönemde %31,7 oranla bazen uyguladıkları GCKL davranış ifadesinin *"Gerçekleştiren ameliyat, hasta, ameliyat bölgesi sözlü olarak doğrulanır."* olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

- Ameliyathane hemşirelerin GCKL davranış düzeyi toplam puan ortalaması 33,61±2,92 olarak hesaplandı (Tablo 4-7).
- Ameliyathane hemşirelerin cinsiyet, eğitim ve çalışma süresi (birim ve toplam) durumlarına göre hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-8).
- 30 yaş altı ameliyathane hemşirelerin hastaya anestezi verilmeden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (11,70±0,72), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (12,00±0,00) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü (t=2,126; p=0,043) (Tablo 4-8).
- Ameliyathane hemşirelerin cinsiyet ve eğitim durumuna göre ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-9).
- 30 yaş altı ameliyathane hemşirelerin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (13,74±2,19), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (15,29±1,64) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi (t=2,316; p=0,026) (Tablo 4-9).
- Birimde 1-5 yıl arasında çalışan ameliyathane hemşirelerin ameliyat kesisinden önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puan ortalaması (14,03±2,17), 5 yıldan fazla süredir birimde çalışan hemşirelerin GCKL davranış düzeyi puan ortalamasından (16,00±0,00) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü (t=5,450; p=<0,001) (Tablo 4-9).

- Ameliyathane hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ameliyattan çıkmadan önceki dönemde GCKL davranış düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-10).
- Ameliyathane hemşirelerin cinsiyet, eğitim ve çalışma süresi (birim ve toplam) durumlarına göre GCKL davranış düzeyi toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-11).
- 30 yaş altı ameliyathane hemşirelerin GCKL davranış düzeyi toplam puan ortalaması (32,93±3,06), 30 yaş ve üstü hemşirelerin GCKL davranış düzeyi toplam puan ortalamasından (34,93±2,16) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=2,175; p=0,026) (Tablo 4-11).
- Hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması 83,79±8,61olarak hesaplandı (Tablo 4-12).
- Hemşirelerin %26,7 oranla *"kesinlikle katılmıyorum"* olarak belirttikleri ifadenin *"Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması ekip için zaman kaybettirmektedir."* olduğu; %48,3 oranla "*katılmıyorum*" olarak belirttikleri ifadenin *"Kontrol listesinin uygulanması süresince hastanın beklemesi hastada anksiyeteye neden olur"* olduğu; %42,5 oranla *"kararsızım"* olarak belirttikleri ifadenin *"Liste sorumlusu olarak genellikle hemşire görevlendirilmelidir."* olduğu; %69,2 oranla *"katılıyorum"* olarak belirttikleri ifadenin *"Liste karmaşık olan ameliyat sürecine bağlı işlemlerin sıraya konulmasını sağlayarak standardizasyon sağlar."* olduğu; %54,2 oranla *"kesinlikle katılıyorum"* olarak belirttikleri ifadenin *"Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanmak hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik açısından çok önemlidir."* olduğu belirlendi (Tablo 4-12).
- GCKL tutum anketi maddelerinin toplam Cronbach alfa katsayısı α=0,875 olduğu saptanırken; anket güvenilirlik düzeyinin kabul edilebilir (0.7-0.8) sınırın üzerinde olduğu saptandı (Tablo 4-12).
- Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim, çalıştığı birim ve hizmet içi eğitim alma durumlarına göre GCKL tutum düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir farklılık göstermediği görüldü (p>0,05) (Tablo 4-13).

- GCKL eğitimi alan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması (85,23±8,01), GCKL eğitimi almayan hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasından (80,00±9,11) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (t=3,073; p=0,003) (Tablo 4-13).
- Biriminde GCKL sorumlusu olduğunu belirten hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalaması (84,78±8,48), GCKL sorumlusu olmadığını belirten hemşirelerin GCKL tutum düzeyi puan ortalamasından (80,83±8,47) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=2,207; p=0,029) (Tablo 4-13).
- Hemşirelerin birimde çalışma süresine göre GCKL tutum düzeyi puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanırken (F=3,862; p=0,024); yapılan Tukey analizine göre bu farklılığın 1-5 yıl arasında çalışan hemşire grubu (83,11±7,65) ile 5 yıl üzeri çalışan hemşire grubu(92,29±8,48) arasında olduğu görüldü (Tablo 4-13).
- Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre GCKL tutum düzeyi puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanırken (F=3,125; p=0,048); yapılan Tukey analizine göre bu farklılığın 1-5 yıl arasında çalışan hemşire grubu (82,84±8,68) ile 10 yıl üzeri çalışan hemşire grubu (89,17±8,87) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4-13).
- Hemşirenin mesleki çalışma süresi (birim ve toplam) ile GCKL tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı [(Birim süresi→r=0,281; p=0,002) ve (Meslekte toplam çalışma süresi→r=0,194; p=0,034)] (Tablo 4-13).
- Çalışmaya dahil edilen 120 hemşirenin GCKL bilgi düzeyi ile tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı görüldü (r=0,200; p=0,029) (Tablo 4-14).
- Çalışmaya dahil edilen 79 cerrahi klinikte çalışan hemşirenin GCKL bilgi düzeyi ile tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı (r=0,271; p=0,016) (Tablo 4-14).

Araştırma sonuçlarına göre;

- GCKL koordinatörü olarak hemşirelerin seçilmesi hemşirelerin GCKL'nin kullanımı ve uygulamasında önemli rolleri olduklarını göstermektedir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin bilinçli ve doğru bir şekilde uygulanması hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik için çok önemlidir. Bu bakımdan GCKL'nin cerrahi hemşireleri tarafından ameliyathanede ve cerrahi kliniklerde bilinçli ve doğru bir şekilde uygulanabilmesi için kurumlar tarafından GCKL'ye ilişkin hizmet içi eğitimlerin planlanması, hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklarla yapılması ve tekrarlanması,
- Kuruma yeni başlayan sağlık çalışanlarına GCKL'nin kullanımına ilişkin eğitim verilmesi,
- Cerrahi hemşirelerinin GCKL'nin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik çok merkezli ve daha geniş örneklem içeren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdel-Rehim, S., Morritt, A. ve Perks, G. (2010). Who surgical checklist and its practical application in plastic surgery. *Plastic Surgery International*, ***2011,*** 1-5.

Abreu I. M., Rocha R. C., Avelino F. V. S. D., Guimarães D. B. O., Nogueira L. T., Madeira M. Z. A. (2019). Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Brazilian Journal of Nursing,* ***40:*** 1-7. Erişim 10.01.2021, https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/en_1983-1447-rgenf-40-spe-e20180198.pdf

Akın, B., Boyacı, B., Özcan, S. ve Tanrıöver, F. (2020). Bir devlet hastanesinde güvenli cerrahi kontrol formunun kullanımının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum,* ***30,*** 108-113.

Aksoy, G. (2012). Cerrahi ve cerrahi hemşireliği. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1-36.

Arslan, S., Aydıngülü, N., Gülşen, M., Deniz Doğan, S. ve Erden, S. (2020). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürleri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* ***23,*** 527-533.

Borchard, A., Schwappach, D.L., Barbir, A. ve Bezzola, P. (2012). A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg.* ***256*****:** 925-933. Erişim 12.05.2021, https://web.archive.org/web/20170809120902id-_/http://gsresidency.surgery.med.ubc.ca/files/2011/09/Borchard_Schwappach_Barbir_Bezzola_Acute-Care-Surgery.pdf

Bozkurt, S. (2019). *Cerrahide hasta güvenliği: cerrahi ekibinin güvenli cerrahi kontrol listesini uygularken karşılaştığı ramak kala olayların incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Candaş, B. (2014). Ameliyathanede hasta güvenliği: Cerrahi ekibin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanışına ilişkin tutumları. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Candaş, B., Gürsoy, A. (2015). Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* ***3,*** 40-50.

Colakoglu, S., Tebockhorst, S., Chong, T.W. ve Mathes, D.W. (2019). Patient safety in microvascular plastic surgery. *Journal of Reconstructive Microsurgery, **35:*** 631-639. Erişim 10.04.2021, https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1693142

Çakmakçı, M. ve Akalın, H. E. (Ed.). (2011). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya.* Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Erdağı, S. ve Özer, N. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **18,*** 94-106.

Gökay, P., Taştan, S., Ayhan, H., İyigün, E. ve Can, M.F. (2016). Dünya sağlık örgütü güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı: sistematik inceleme. *Gülhane Tıp Derg, **58,*** 136-142.

Gutierres, L. S., Santos, L. G. D., Peiter, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F., Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Brazilian Journal of Nursing, **71:*** 2940-2947. Erişim 15.01.2021, https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/0034-7167-reben-71-s6-2775.pdf

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi-TR. Erişim 10.02.2021, https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/4334/0/guvenlicerrahikontrollistesipdf.pdf

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. S., Dellinger, E. P. ve ark. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine, **360:*** 491-499. Erişim 24.05.2020, https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119?articleTools=true

Helmiö, P., Takala, A., Aaltonen, L.M., Pauniaho, S.L., Ikonen, T.S. ve Blomgren, K. (2012). First year with WHO Surgical Safety Checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and user attitudes. *Clinical Otolaryngology, **37,*** 305-308.

Horton, R. (2019). Patient safety: too little, but not too late. *The Lancet, **394:*** 895. Erişim 10. 01. 2021, https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2932080-X

İyigün, E. (2016). Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımı. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dergisi, **3,*** 4-10.

Jain, D., Sharma, R. ve Reddy, S. (2018). WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* ***34:***7-10. Erişim 10.10.2020, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885453/?report=reader

Kapıkıran, G., Bülbüloğlu, S., Eti Aslan, F. (2018). Ameliyathanede hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, medikal hatalar ve istenmeyen olaylar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* ***2,*** 132-140.

Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, ***1:*** 9-18. Erişim 09.02.2021, https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_1_1_9_18.pdf

Karayurt, Ö., Turhan Damar, H., Bilik, Ö., Özdöker, S. ve Duran, M. (2017). Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi,* ***1,*** 16-23.

Kasatpibal, N., Senaratana, W., Chitreescheur, J., Chotirosniramit, N., Pakvipas, P. ve Junthasopeepun, P. (2012). Implementation of the world health organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surg Infect (Larchmt).* ***13:*** 50-56. Erişim 05.11.2020, https://www.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/sur.2011.043

Kesgin, V., Kurtuluş, İ. ve Dinç, Y. (2017). Güvenli cerrahi kontrol listesinin ekip çalışması üzerindeki etkisi ve kullanım engelleri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* ***13****,* 19-35.

Mantar, N.T. ve İntepeler, Ş.S. (2016). Çocuklara yönelik perioperatif güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının komplikasyon gelişimine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* ***9:*** 38-44. Erişim 30.11.2021, https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753022

Mitchell, P. H. (2008). Patient safety and quality care. İçinde R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 1-5.

National Patient Safety Agency (2004, Temmuz). *Seven steps to patient safety-The full reference guide.* London. Erişim 20.02.2021, https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf

Önler, E. (2010). Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özkan, D. ve Yavuz Van Giersbergen, M. (2016). Güvenli cerrahi kontrol listesi konusunda ameliyathane ekibinin düşüncelerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics, **3,*** 22-28.

Öztekin, S.D., Tohumat, Ş.G., Şengör, K. ve Kara, Ö. (2017). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi-Türkiye'de Kullanımı. İçinde F. Öğce, Y. Candan Dönmez, B. Çelik ve H. Turhan Damar (Ed.), *2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı.* Antalya: 317-325.

Patient Safety. Erişim 20.02.2021, http://www.ihi.org/Topics/PatientSafety/Pages/Overview.aspx

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2011). *Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi*. Erişim 10.02.2020, https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/4333/0/guvenlicerrahikontrollistesiuygulamarehberipdf.pdf

Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., As, T. ve Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, **9*****:*** 9-15. Erişim 05.02.2021, https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753038

Ribeiro, L., Fernandes, G.C., Souza, E.G.D., Souto, L.C., Santos, A.S.P.D. ve Bastos, R.R. (2019). Safe surgery checklist: filling adherence, inconsistencies, and challenges. *Rev. Col. Bras. Cir. **46.1***-12. Erişim 15.11.2020, https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v46n5/en_0100-6991-rcbc-46-05-e20192311.pdf

Rica, V. L. (2008). Cüretin of a Patent Saffet Kültüre: A Nurse Executive Leadership Imperative. İçinde R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2-45-55.

Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., Darzi, A. ve Vincent, C. (2013). Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann Surg, **258,*** 856-871.

Safe surgery. Erişim https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/en/, 04.03.2020.

Sağlıkta Stratejik Hedef: Hasta Güvenliği. Erişim 24.02.2021, http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/hasta%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi_dergi_sehriban.pdf

Santell, J. P., Hicks, R. W., McMeekin, J. ve Cousins, D. D. (2013). Medication errors: experience of the United States Pharmacopeia (USP) MEDMARX reporting system. *The Journal of Clinical Pharmacology,* **43:** 760-767. Erişim 03.05.2020, https://accp1.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/0091270003254831?sid=nlm%3Apubmed

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., Jowett, C., Kong, K., Vemulapalli, K. ve ark. (2010). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics, **35,*** 897-901.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015, Temmuz). *Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi.*

The Joint Commission (2020a). *National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Hospital Program.* Report Generated by DSSM. Erişim 05.03.2021, https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/hap_npsg_jan2021.pdf

The Joint Commission (2020b). *National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Nursing Care Center Program.* Report Generated by DSSM. Erişim 05.03.2021, https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/ncc_npsg_jan2021.pdf

Thove Willassen, E., Smith Jacobsen, I. ve Tveiten, S. (2018). Safe surgery checklist, patient safety, teamwork, and responsibility—coequal demands? a focus group study. *Global Qualitative Nursing Research: SAGE Journals,* **5**, 1–11.

Vogts, N., Hannam, J.A., Merry, A.F. ve Mitchell, S.J. (2011). Compliance and quality in administration of a Surgical Safety Checklist in a tertiary New Zealand hospital. *Journal of the New Zealand Medical Association, **124,*** 48-58.

Yavuz Van Giersbergen, M. (2016). Dünya Sağlık Örgütü: "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" projesi nedir?. *Turkiye Klinikleri J Surg Nurs, **2***, 1-9.

WHO (2008). *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist (First edition).* Geneva, Switzerland. Erişim 05.09.2020, https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf?ua=1

WHO (2009a). *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009.* Geneva, Switzerland. Erişim 08.10.2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf;jsessionid=ACEB1FA7511025D1BF11A40315665607?sequence=1

WHO (2009b). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009.* Geneva, Switzerland. Erişim 09.10.2020, https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe surgery&publication=9789241598552.

WHO Surgical Safety Checklist. Erişim 04.03.2020, https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/

Why safe surgery important. Erişim 10.09.2020, https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery.

World Health Organization Surgical Safety Checklist (First Edition). Erişim 05.09.2020, https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_final Jun08.pdf?ua=1

FORMLAR

ANKET FORMLARI

EK 1

Anket No:

1. Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

2. Yaşınız:

3. Eğitim Düzeyiniz: Lise mezunu ☐
Ön lisans mezunu ☐
Lisans mezunu ☐
Yüksek lisans ☐
Doktora ☐

4. Çalıştığınız Birim: Ameliyathane ☐
Cerrahi klinik (……) ☐

5. Daha Önce Çalışmış Olduğunuz Birimler:

6. Çalıştığınız Birimdeki Çalışma Süreniz:

7. Meslekte Çalışma Süreniz:

8. Hizmet içi eğitim aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

9. Evet ise hangi eğitimleri aldınız?

-

-

-

-

10. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında eğitim aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

11. Çalıştığınız yerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kontrolü ve doldurulması için liste sorumlusu var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

12. Evet ise cerrahi ekip üyelerinden (hekim, hemşire, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri ve diğer sağlık çalışanları) kim liste sorumlusu olarak seçiliyor?

13. Aşağıdakileri bilgileri doğru veya yanlış olma durumuna göre işaretleyiniz.

	Doğru	**Yanlış**
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" 4 bölümden oluşur.		✓
Ülkemizde kullanılan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" 4 bölümden oluşur.	✓	
Ülkemizde DSÖ tarafından geliştirilen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümü eklenmiştir.		✓
Ülkemizde DSÖ tarafından geliştirilen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü eklenmiştir.	✓	
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) elektif ve acil tüm ameliyatlarda kullanılır.	✓	
Listenin her aşamasını kontrol etmek ve doldurmak için bir kişi liste sorumlusu olarak seçilir.	✓	
Kontrol listesi sorumlusu her bir aşama için farklı kişi olmalıdır.		✓
Liste sorumlusu cerrahi ekip içerisinden herhangi bir kişi olabilir.	✓	

14. "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümünü kurumunuzdaki uygulamalara göre işaretleyiniz

Klinikten Ayrılmadan Önce	**Evet**	**Bazen**	**Hayır**
Hastanın kimlik bilgileri doğrulanır.			
Hastanın ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğru işaretlenmiş olduğu kontrol edilir.			
Ameliyat için rızanın verilmiş olduğu kontrol edilir.			
Hastanın açlığı kontrol edilir.			
Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.			
Hastanın vücudunda yabancı bir madde (makyaj, oje, protez) olup olmadığı kontrol edilir.			
Hastanın kıyafetlerinin tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildiği kontrol edilir.			
Ameliyat öncesi özel işlemin olup olmadığı doğrulanır.			
Ameliyat için gerekli olan özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı doğrulanır.			
Hastanın tüm tetkik sonuçlarının mevcut olup olmadığı kontrol edilir			

15. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine ilişkin aşağıdaki bilgilere katılma durumunuzu belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanımı ekip işbirliğinin ve iletişiminin artmasını sağlar.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde ameliyat kesisinden önce uygulanan profilaktik antibiyotik cerrahi alan infeksiyonlarını azaltır.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanmak hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik açısından çok önemlidir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanılmaya başlanılmasıyla tıbbi hatalar azalmakta ve mortalite, morbidite oranları düşmektedir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ekip için ortak bir dil oluşturur.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı ve kontrolü için ekipten (hemşire, hekim, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri ve diğer sağlık çalışanları) bir kişi liste kontrol sorumlusu olarak seçilmelidir.					
Liste sorumlusu olarak genellikle hemşire görevlendirilmelidir.					
Liste kontrol sorumlusu her bir aşamanın yapılıp yapılmadığını kontrol etmeli, bir aşama yapılmadan diğer aşamaya geçmemelidir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kontrolüne liste sorumlusu sözlü olarak katılmalıdır.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması ekip için zaman kaybettirmektedir.					

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
Doğru hastaya, doğru zamanda, doğru ameliyat ve doğru taraf cerrahisinin yapılmasını sağlayarak cerrahiye bağlı tıbbi hataların önlenmesini sağlar.					
Listeye göre ameliyat öncesi hasta için gerekecek özel cihaz ve malzemelerin hazırlanması ameliyat süresince meydana gelebilecek aksamaları önler.					
Kontrol listesinin uygulanması ameliyathane etkinliğini azaltır.					
Liste karmaşık olan ameliyat sürecine bağlı işlemlerin sıraya konulmasını sağlayarak standardizasyon sağlar.					
Kontrol listesinin uygulanması cerrahi ekip içerisinde karmaşıklığı önler, iş doyumunu arttırır.					
Kontrol listesinin uygulanması süresince hastanın beklemesi hastada anksiyeteye neden olur.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili eğitimler gereklidir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması süresince hemşireler gerekli önemi vermektedir.					
Kontrol listesinin uygulanması süresince ekip içerisinde yer alan hekim, anestezi teknikeri, anestezi uzmanı gerekli önemi vermektedir.					
Her cerrahi girişimde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik için kullanılmalıdır.					
Liste hasta güvenliği için gerekli olan her adımın tekrar edilmesini sağlar.					

Anket Formu **Anket No:**

1. Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

2. Yaşınız:

3. Eğitim Düzeyiniz: Lise mezunu ☐

Ön lisans mezunu ☐

Lisans mezunu ☐

Yüksek lisans ☐

Doktora ☐

4. Çalıştığınız Birim: Ameliyathane ☐

Cerrahi klinik (……) ☐

5. Daha Önce Çalışmış Olduğunuz Birimler:

6. Çalıştığınız Birimdeki Çalışma Süreniz:

7. Meslekte Çalışma Süreniz:

8. Hizmet içi eğitim aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

9. Evet ise hangi eğitimleri aldınız?

-

-

-

-

10. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında eğitim aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

11. Çalıştığınız yerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kontrolü ve doldurulması için liste sorumlusu var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

12. Evet ise cerrahi ekip üyelerinden (hekim, hemşire, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri ve diğer sağlık çalışanları) kim liste sorumlusu olarak seçiliyor?

-

13. Aşağıdakileri bilgileri doğru veya yanlış olma durumuna göre işaretleyiniz.

	Doğru	**Yanlış**
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" 4 bölümden oluşur.		✓
Ülkemizde kullanılan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" 4 bölümden oluşur.	✓	
Ülkemizde DSÖ tarafından geliştirilen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine "Ameliyattan Çıkmadan Önce" bölümü eklenmiştir.		✓
Ülkemizde DSÖ tarafından geliştirilen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü eklenmiştir.	✓	
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) elektif ve acil tüm ameliyatlarda kullanılır.	✓	
Listenin her aşamasını kontrol etmek ve doldurmak için bir kişi liste sorumlusu olarak seçilir.	✓	
Kontrol listesi sorumlusu her bir aşama için farklı kişi olmalıdır.		✓
Liste sorumlusu cerrahi ekip içerisinden herhangi bir kişi olabilir.	✓	

14. "Anestezi Verilmeden Önce" bölümünü kurumunuzdaki uygulamalara göre işaretleyiniz

Anestezi Verilmeden Önce	**Evet**	**Bazen**	**Hayır**
Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi, ameliyatı ile ilgili rızası doğrulanır.			
Ameliyat bölgesinde işaretleme olup olmadığı kontrol edilir (bazı durumlar dışında).			
Pulse oksimetrenin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.			
Hastanın bilinen alerji durumu kontrol edilir.			
Ameliyat için gerekli görüntüleme cihazlarının olup olmadığı kontrol edilir.			
Hastada 500 ml veya daha fazla kan kaybı riski olup olmadığı kontrol edilir. Kan kaybı riski varsa uygun damar yolu erişimi ve sıvı sağlanır.			

15. “Ameliyat Kesisinden Önce” bölümünü kurumunuzdaki uygulamalara göre işaretleyiniz

Ameliyat Kesisinden Önce	**Evet**	**Bazen**	**Hayır**
Her bir ekip elemanı kendini isim ve görevi ile birlikte tanıtır.			
Hasta kimliğinin, doğru taraf cerrahisinin doğrulanması için cerrahi mola (time-out) uygulanır.			
Ekipteki bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, ameliyatı, ameliyat bölgesini doğrular.			
Hastanın kendisinden de kimliği, ameliyatı ile ilgili sözel onay alınır.			
Ameliyata ilişkin kritik unsurlar gözden geçirilir (Tahmini ameliyat süresi, beklenen kan kaybı, gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar, olası anestezi riskleri, hastanın pozisyonu).			
Ameliyat kesisinden önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotik uygulanıp uygulanmadığı sorgulanır.			
Kullanılacak malzemelerin hazırlığı ve sterilizasyon uygunluğu kontrol edilir.			
Kan şekeri kontrolünün gerekliliği, antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir.			

16. “Ameliyattan Çıkmadan Önce” bölümünü kurumunuzdaki uygulamalara göre işaretleyiniz

Ameliyattan Çıkmadan Önce	**Evet**	**Bazen**	**Hayır**
Gerçekleştiren ameliyat, hasta, ameliyat bölgesi sözlü olarak doğrulanır.			
Alet, spanç ve iğne sayımlarının yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.			
Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin yazılı olduğu kontrol edilir.			
Ameliyat sonrası kritik gereksinimlerin gözden geçirilir ve hastanın gideceği bölüm doğrulanır.			

17. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine ilişkin aşağıdaki bilgilere katılma durumunuzu belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanımı ekip işbirliğinin ve iletişiminin artmasını sağlar.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde ameliyat kesisinden önce uygulanan profilaktik antibiyotik cerrahi alan infeksiyonlarını azaltır.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kullanmak hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik açısından çok önemlidir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanılmaya başlanılmasıyla tıbbi hatalar azalmakta ve mortalite, morbidite oranları düşmektedir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ekip için ortak bir dil oluşturur.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı ve kontrolü için ekipten (hemşire, hekim, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri ve diğer sağlık çalışanları) bir kişi liste kontrol sorumlusu olarak seçilmelidir.					
Liste sorumlusu olarak genellikle hemşire görevlendirilmelidir.					
Liste kontrol sorumlusu her bir aşamanın yapılıp yapılmadığını kontrol etmeli, bir aşama yapılmadan diğer aşamaya geçmemelidir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kontrolüne liste sorumlusu sözlü olarak katılmalıdır.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması ekip için zaman kaybettirmektedir.					

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
Doğru hastaya, doğru zamanda, doğru ameliyat ve doğru taraf cerrahisinin yapılmasını sağlayarak cerrahiye bağlı tıbbi hataların önlenmesini sağlar.					
Listeye göre ameliyat öncesi hasta için gerekecek özel cihaz ve malzemelerin hazırlanması ameliyat süresince meydana gelebilecek aksamaları önler.					
Kontrol listesinin uygulanması ameliyathane etkinliğini azaltır.					
Liste karmaşık olan ameliyat sürecine bağlı işlemlerin sıraya konulmasını sağlayarak standardizasyon sağlar.					
Kontrol listesinin uygulanması cerrahi ekip içerisinde karmaşıklığı önler, iş doyumunu arttırır.					
Kontrol listesinin uygulanması süresince hastanın beklemesi hastada anksiyeteye neden olur.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile ilgili eğitimler gereklidir.					
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması süresince hemşireler gerekli önemi vermektedir.					
Kontrol listesinin uygulanması süresince ekip içerisinde yer alan hekim, anestezi teknikeri, anestezi uzmanı gerekli önemi vermektedir.					
Her cerrahi girişimde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik için kullanılmalıdır.					
Liste hasta güvenliği için gerekli olan her adımın tekrar edilmesini sağlar.					

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK 2

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

Sizi Gizem ÖZTÜRK tarafından yürütülen "Cerrahi Hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları" başlıklı yüksek lisans tez araştırmasına davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı cerrahi hemşirelerinin güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 5 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 116 kişi katılacaktır. Bu çalışma kapsamında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Anket Formunu doldurmanız istenmektedir. Anket Formunda çalışmanın amacına yönelik soru maddeleri ve tablo bulunmakta olup tahmini uygulama süresi 5 dakikadır. Çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ozturk_gizem9528@hotmail.com e-posta adresi ve (……) numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

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

Katılımcının:

Adı-Soyadı:….....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; □ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:….....

İmzası:

Şahidin

Adı-Soyadı:….....

İmzası:

KURUM İZİNLERİ

EK 3

ETİK KURUL KARARI

EK 4

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

GİZEM ÖZTÜRK-2701170073

ORİJİNALLİK RAPORU

%16	%15	%7	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%2
2	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	motto.tc İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
6	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<%1
8	earsiv.halic.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gizem	**Soyadı**	Öztürk
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2022
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2017
Lise	Nakipoğlu Cumhuriyet Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Genel Cerrahi Servisi Sorumlu Hemşiresi	İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2021-Halen
2.	Genel Cerrahi Servisi Hemşiresi	İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-2021

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YÖKDİL Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	63,75

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	78,03		

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	İyi
Microsoft PowerPoint	İyi
Microsoft Excel	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü tarafından düzenlenen "Geleceğe Bakış Projesi" kapsamında ikincilik ödülü-2016
- İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 2013-2017 lisans öğreniminde ikincilik-2017
- Temel Yaşam Desteği (TYD) Sertifikası-2017 SANERC
- Ulusal Cerrahi E-Kongresi Katılım Sertifikası-2020
- 29. Ulusal Üroloji Online Kongresi Katılım Belgesi-2020
- Ulusal Hemşirelik Kongresi Katılım Sertifikası-2021
- 1. Ulusal Hemşirelik Yönetimi Kongresi Katılım Belgesi-2021
- 11. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Katılım Belgesi-2021

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat etmek, spor yapmak, kitap okumak