

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Ekip Çalışması Üzerindeki Etkisi ve Kullanım Engelleri

Gönderim Tarihi: 08.02.2017

Kabul Tarihi : 23.11.2017

Vildan Kesgin¹

İdris Kurtuluş²

Yasemin Dinç³

ÖZ

Bu araştırmanın amacı Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulayıcılarının, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımındaki ekip çalışması ve hasta güvenliği üzerine algı düzeylerinin belirlenerek liste kullanımı önündeki engellerin tespit edilmesidir. Araştırmaya İstanbul'da dört Eğitim ve Araştırma ve iki Devlet Hastanesi ameliyathanesinde görevli cerrah, anestezi uzmanı, asistan doktor, hemşire, anestezi teknisyeni ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere 208 sağlık personeli dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ve dört bölümden oluşan bilgi formu kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında bilgi sahibi olma oranı %76,4 ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulandığında ortaya çıkabilecek tıbbi hatalarda insan faktörü olasılığını azalttığına inananların oranı ise %75,9 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı önündeki engeller; çalışma ortamının çok yoğun olması, imzaların zorunlu olması, formun kim tarafından doldurulacağı ve kimin sorumluluğu altında olmasının kesin olarak belirlenmemesi olarak sıralanmaktadır. Liste kullanımının ameliyathanedeki ekip çalışmasını geliştirdiğine inananların oranı %61,1 olarak bulunmuştur. Hastanelerimizde uygulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listelerinin asta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki öneminin uygulayıcılar tarafından kavranmış olduğu ancak kullanım konusunda engellerle karşılaştıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Ekip, Kontrol Listesi

1 Hemşire, TKHK İstanbul İli Fatih Genel Sekreterliği Sağlık Bakım Hizmetleri Birimi, vkesgin@gmail.com

2 Dr,Tıp Doktoru TKHK İstanbul İli Fatih Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanı, idriskurtulus@gmail.com

3 Hemşire, TKHK İstanbul İli Fatih Genel Sekreterliği Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Birimi, syasemindinc@yahoo.com

Barriers to the Use of Safe Surgery Checklist and Its Impact on Teamwork

ABSTRACT

The aim of the Safe Surgery Checklist practitioners , Safe Surgery Checklist for determining the level of perception on teamwork and patient safety in the use of the identification of obstacles to the use of the list. Four and two State Research Education And Research Hospital Operation Surgeon on duty in Istanbul , anesthesiologist , physician Assistant ,nurse, anesthesia technicians and other health workers were included , including 208 medical staff . prepared in accordance with literature was used to collect data and information form consists of four parts . Of participating health personnel Research , Safe Surgery Checklist claimed to have knowledge about 76.4 % and the Safe Surgery Checklist in medicine that can occur when administered error while the percentage of those believing that reduces the possibility of human factor was determined as 75.9 % . Safe Surgery at the hospital where the study carried out obstacles to use Checklist ; Is too busy working environment , it is compulsory signatures , forms will be filled by whom and who is listed as not to be under the responsibility of determining exactly . The proportion of the study team believes that develop in the operating room of the list use was found to be 61.1%. The implementation of the Safe Surgery Checklist is gripped by practitioners in our hospitals on patient safety and the importance of teamwork , but it was understood that they face barriers to use.

Keywords: Patient Safety , Team, Checklist

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin amacı kişi, aile ve toplumların sağlığının korunması, geliştirilmesi, hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerinin sağlanmasıdır (Özlü,2016;xx). Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir (WHO,2006). Sağlık bilimlerinin temel taşlarından biri olan “Zarar vermeme ilkesi” doğrultusunda, sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (Tunçel,2013).

Hasta güvenliği son dönemde hem ulusal hem de uluslararası platformda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Institute of Medicine tarafından 2000 yılında yayınlanan “To Err Is Human” Raporu (IOM,2000) bir kırılma noktası oluşturmuştur. Hasta güvenliği tanı, tedavi, ameliyat sonrası bakım ve birçok hastalığın taburculuk sonrası takibi gibi pek çok potansiyel durumu kapsayan geniş bir kavramdır. Bunların içerisinde; yanlış taraf cerrahisi, sıra beklemeye bağlı ölümler, transfüzyon hataları, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası komplikasyonlar, ölümcül düşmeler, görünüşü /okunuşu benzer ilaçlar ve ilaç hataları, kesici delici alet yaralanmaları, ventilatörle ilişkili problemler, tedavide gecikme, hastane enfeksiyonları, ameliyatlarda yabancı cisim unutulması, kontamine ilaç veya kan kullanımı, hava embolisi ve basınç ülserleri yer almaktadır (Acaroğlu, 2005:32-230).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ekim 2007’de Cenevre’de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl dünya ’da yaklaşık olarak 10 milyon insanın önlenemez tıbbi uygulamalar nedeni ile sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuş, 2009 yılında hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek için “Temiz bakım güvenli bakım”, 2010 yılında ise “Güvenli cerrahi hayat kurtarır” sloganlarıyla dünya genelinde çalışmalarda bulunduğunu bildirmiştir (WHO, 2007, 2010).

DSÖ inisiyatifi ile oluşan Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Araştırma Grubu 2007-2008 yılları arasında dünyanın farklı bölgelerinde yaklaşık 4000 hasta üzerinde bir araştırma yürütmüş ve Cerrahi Kontrol Listesi kullanımının ölüm oranlarını ve komplikasyon risklerini etkilediğini ortaya koymuştur. Bu kapsamda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanma öncesi ve sonrası dönemler arasında ölüm oranları, cerrahi alan enfeksiyonları, yeniden ameliyata alınma oranları bazında istatistiki olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (Haynes,2009:162-176).

DSÖ'nün GCKL'si, son yıllarda dünyanın birçok hastanesinde rutin olarak uygulanmaya başlamıştır. Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sağlık Hizmetleri Bakım Standartları içinde yer alan ameliyathane hizmetleri bölümüne, GCKL kullanımı dahil etmiştir (<http://www.kalite.saglik.gov.tr>). Böylece ülkemizde, GCKL ameliyat öncesi dönemi de kapsayacak şekilde düzenlenmiş ve 2009 yılından itibaren “Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR” adı ile birçok hastanede kullanılmaya başlanmıştır.

Cerrahi bakım, kritik zaman diliminde, karmaşık bir ortamda farklı disiplinlerin bir arada koordinasyon içinde çalışmasını gerektirir. GCKL’de, bu koordinasyonu sağlamada önemli bir araçtır. Fakat bu kontrol listesinin başarılı bir şekilde uygulamaya geçmesi cerrahi ekibin hasta güvenliği konusunun farkında olmaları ve kontrol listesi kullanımının cerrahideki önemini anlamaları ile mümkündür.

Yetersiz anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenabilir cerrahi enfeksiyonlar, çalışma ekibi arasındaki yetersiz iletişim de dâhil olmak üzere, bir çok sorun Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır oluşumunun amaçları arasında yer almaktadır. Bu sorunların bütün ülkelerde ve ortamlarda ortak olduğu, ölümcül ve önlenabilir sorunlar olduğu saptanmıştır (GCKL^{TR} Uygulama Kılavuzu).

Bu araştırma “Ameliyathanede çalışan hekim, hemşire ve anestezi teknisyenlerinin Hastanelerde uygulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listelerinin Hasta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki etki düzeyi ile kullanımı önündeki engelleri belirlemek” amacıyla yapılmıştır.

2. GEREÇ YÖNTEM

Bu araştırma ameliyathanede çalışan hekim, hemşire ve anestezi teknisyenlerinin hastanelerde uygulanan GCKL'nin Hasta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki etki düzeyi ile kullanımı önündeki engelleri belirlemek” amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul Avrupa yakasında faaliyet gösteren dört Eğitim - Araştırma ve iki devlet hastanesinin ameliyathanesinde görevli Cerrah, Anestezi Uzmanı, Asistan Doktor, Hemşire, Anestezi Teknisyeni ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere 208 kişi oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında dört bölüm ve 69 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır.

Birinci bölüm: Demografik bilgileri içermektedir.

İkinci bölüm: O,Coorner P (Corner,2013:7-14) tarafından oluşturulan ve 2013 yılında yayınlanan araştırmanın Türkçeye çevrilen ve ülkemizdeki genel uygulamalara uyarlanan anket soruları oluşturmuştur. Bu bölümde liste kullanımı konusundaki hastane kuralları, ekip çalışmasının güvenlik üzerine etkisi, liste kullanımına verilen destek, liste kullanımına ön ayak olmak, liste kullanımındaki olası engeller değerlendirilmiştir.

Üçüncü bölüm: “GCKL TR de yer alan bölümlerden oluşmuştur. Dördüncü bölüm: Hasta güvenliği ve Güvenli Cerrahi uygulamaları konusundaki hastane yönetiminin tutumu ve uygulamalarına yönelik soruların yanı sıra sağlık çalışanlarının GCKL TR hakkında nereden bilgi edindikleri ve kodlama yöntemini içermektedir. Bu bölümde aynı zamanda kendi hastanelerinde kullanılmakta olan GCKLTR formları sorulmuş olup kendi formlarını işaretlemeleri istenmiştir.

Soruların Cevapları KK (-): Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum TK: Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum NK (+-) Ne Katılıyorum ne katılmam olarak değerlendirilmiştir. Anketlerin maliyeti araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Çalışmaya başlanmadan önce İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 11.04.2014 tarihinde onay alınmıştır. Verilere öncelikle geçerlilik analizi uygulanmış, ardından güvenilirlik testi yapılmıştır. Test sonucunda, genel **Cronbach alpha değeri α (0,73) bulunmuştur.** Çalışmadan elde edilen bulguların analizi için SPSS 17.0 (Statistical Packagefor Social Sciences) programı kul-

lanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans analizi ve tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen; sağlık personeline ait sosyo-demografik bilgilere baktığımızda, sağlık personelinin %74,4'ü kadın, %25,6'si erkek olduğu, %47,6'sı 31-40 yaş arasında, %28,4'ü 21-30 yaş arasında, %24'ü 40 yaş üzerindedir. Mesleklerine baktığımızda %39,6's Hemşire, %20,9'u Cerrah, %24,6'sı Anestezi Teknisyeni, %8,7 si asistan doktor %4,3'ü Anestezi Uzmanı ve %1,9'u diğer sağlık çalışanından oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların meslekteki çalışma süreleri "Tablo 1." de verilmiştir. Ankete katılanların %69,7'sinin haftada 40-49 saat çalıştıklarını, %24'ü haftada 50 saatten fazla çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 1. Meslekteki Çalışma Süresi

Meslekteki Çalışma Süresi	Görev Yapılan Hastanede Çalışma Süresi		Görev yapılan Birimde Çalışma Süresi	
	n	%	n	%
1-5 Yıl	72	34,6	102	49,0
6-10 Yıl	48	23,1	55	26,4
11-15 Yıl	22	10,6	15	7,2
16-20 Yıl	35	16,8	18	8,7
21-25 Yıl	14	6,7	11	5,3
25 Yıl ve Üzeri	17	8,2	7	3,4
Toplam	208	100	208	100

Görev yapılan birimdeki çalışma süresi incelendiğinde; %57,2'sinin 1-5 yıl, %22,6'sinin ise 6-10 yıl arasında olduğu görülmüştür. "Tablo 1."

Tablo 2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımındaki Hastane Kuralları

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	36	17,3	32	15,4	31	14,9	56	26,9	30	14,4	20	9,6
Soru 2	17	8,2	22	10,6	29	13,9	99	47,6	29	13,9	9	4,3
Soru 3	7	3,4	9	4,3	4	1,9	108	51,9	71	34,1	6	2,9
Soru 4	10	4,8	10	4,8	11	5,3	94	45,2	71	34,1	9	4,3
Soru 5	9	4,3	14	6,7	28	13,5	90	43,3	56	26,9	8	3,8
Soru 6	8	3,8	10	4,8	14	6,7	94	45,2	59	28,4	18	8,7

KK (-):Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
 Soru 1: Sağlık Bakanlığının yayınladığı Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile hastanemde uygulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi arasında fark vardır
 Soru 2: Hastanemde yapılan her ameliyat ve girişimsel işlemlerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanır
 Soru 3: Katılmış olduğum tüm ameliyat ve girişimsel işlemlerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanır
 Soru 4: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanırken ameliyathanedeki herkes yaptığı işi bırakarak işlem tamamlanana kadar dinler
 Soru 5: Bazen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin her bölümü tamamlanmaz.
 Soru 6: Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesini imzalayan kişi ilgili bölümün tamamlandığını kişisel olarak garanti eder

Liste Kullanımı Konusundaki Hastane Kurallarına ait bulgular “Tablo 2” de ayrıntılı olarak sunulmaktadır. Bu na göre ankete katılanların %41,3 ü Sağlık Bakanlığının yayınladığı GCKL ile hastanelerinde uygulanan GCKL arasında fark olduğunu, %32,7 si ise fark olmadığını belirtmiştir (α ,874) Fark olmadığını belirtenler için anlamlılık değeri $p=0,01 < 0,05$ bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin hastanelerinde %61,5 oranında yapılan her ameliyat ve girişimsel işlemlerde GCKL’nin uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır. (α ,854) GCKL’nin uygulandığını belirtenlerin anlamlılık değeri $p=0,01 < 0,05$ bulunmuş olup her ameliyat ve girişimsel işlemde GCKL’nin uygulandığı anlamlı olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımının Ekip Çalışması ve Güvenlik Üzerine Etkisi

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	13	6,3	78	37,5	37	17,8	51	24,5	16	7,7	11	5,3
Soru 2	8	3,8	21	10,1	15	7,2	87	41,8	71	34,1	3	1,4
Soru 3	5	2,4	13	6,3	11	5,3	99	47,6	76	36,5	2	1,0
Soru 4	12	5,8	25	12,0	37	17,8	69	33,2	58	27,9	6	2,9
Soru 5	7	3,4	18	8,7	33	15,9	37	17,8	25	12,0	88	42,3
Soru 6	11	5,3	9	4,3	23	11,1	82	39,4	79	38,0	3	1,4

KK (-):Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum
TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
Soru 1: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasının bilindiğini ancak kullanımının eksik olduğuna inanıyorum
Soru 2: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulandığında ortaya çıkabilecek tıbbi hatalarda insan faktörü olasılığını azalttığına inanıyorum
Soru 3: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin hasta güvenliğini artırdığına inanıyorum.
Soru 4: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasının ameliyathanedeki ekip çalışmasını geliştirdiğine inanıyorum
Soru 5: Hastanemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanmaya başladıktan sonra mortalite ve morbidite oranlarında düşüş yaşanmıştır.
Soru 6: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulaması tüm vakalarda zorunlu olmalıdır.

GCKL Kullanımının Ekip Çalışması ve Güvenlik Üzerine Etkisi “Tablo 3.”te verilmiştir. Sonuçlara bakıldığında “GCKL uygulamasının bilindiğini ancak kullanımının eksik olduğuna inanmayanların oranı %43,8 inananların oranı ise %32.2 olarak bulunmuştur. Sonuçlara baktığımızda “GCKL uygulamasının çalışanlar tarafından bilindiği, ancak kullanımı konusunda eksiklikler olduğu konusunda kararsız olanların sayısı %24,5 olarak tespit edilmiştir. “GCKL uygulandığında ortaya çıkabilecek tıbbi hatalarda insan faktörü olasılığını azalttığına inananların oranı %75,9 olarak bulunmuştur.

GCKL uygulamasının ameliyathanedeki ekip çalışmasını geliştirdiğine inananların oranı %61,1 olarak bulunmuştur (α ,853).

Tablo 4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine Verilen Destek

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	36	17,3	32	15,4	31	14,9	56	26,9	30	14,4	20	9,6
Soru 2	17	8,2	22	10,6	29	13,9	99	47,6	29	13,9	9	4,3
Soru 3	7	3,4	9	4,3	4	1,9	108	51,9	71	34,1	6	2,9
Soru 4	10	4,8	10	4,8	11	5,3	94	45,2	71	34,1	9	4,3
Soru 5	9	4,3	14	6,7	28	13,5	90	43,3	56	26,9	8	3,8
Soru 6	8	3,8	10	4,8	14	6,7	94	45,2	59	28,4	18	8,7

KK (-):Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum
TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
Soru 1: Hastanemde Hekimler Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasını destekler.
Soru 2: Anestezi ekibi Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasını destekler
Soru 3: Ameliyathane Hemşiresi Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasını destekler.
Soru 4:Ameliyathane sorumlusu Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasına destek olur.
Soru 5: Kıdemli kıdemsiz tüm ameliyathane çalışanları Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasını destekler.
Soru 6: Hastanemde yöneticiler Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasını destekler

GCKL uygulamasına verilen destek bölümüne baktığımızda hekimlerin %41,3 oranında, anestezi ekibinin %61,5 oranında destek verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca %86 oranında Ameliyathane Hemşiresinin, %79.3 oranında da Ameliyathane sorumlusunun GCKL uygulamasını destekledikleri sonucuna ulaşılmıştır. “Tablo 4”de görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki çalışanların % 72,6 sının “GCKL uygulamasının kullanımına yardımcı oldukları %82,2 sinin ise “Bundan sonraki meslek hayatlarında GCKL’nin uygulanmasını destekleyecekleri sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımındaki Olası Engeller

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	24	11,5	63	30,3	21	10,1	45	21,6	26	12,5	12	5,8
Soru 2	31	14,9	90	43,3	29	13,9	17	8,2	6	2,9	14	6,7
Soru 3	16	7,7	23	11,1	10	4,8	70	33,7	81	38,9	3	1,4
Soru 4	21	10,1	71	34,1	27	13,0	44	21,2	16	7,7	10	4,8
Soru 5	23	11,1	69	33,2	20	9,6	47	22,6	21	10,1	9	4,3

KK (-):Kesinlikle katılıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum
TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
Soru 1: İmzaların zorunluluğu
Soru 2: Çalışanların kendilerine güvenmemeleri
Soru 3: Çalışma ortamının çok yoğun olması
Soru 4: Deneyim eksikliği
Soru 5: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında bilgi sahibi olmama

GCKL'nin Kullanımındaki Olası Engeller bölümüne ait bulgular “Tablo 5.” de detaylı olarak yer almaktadır. Araştırma grubuna dahil olan çalışanların %72,6 sı “Çalışma ortamının çok yoğun olmasından”, %34,1 “imzaların zorunlu olması” %32,7 si ise “GCKL hakkında bilgi sahibi olmama”nın Liste kullanımı konusundaki engeller olabileceği cevabını vermiştir. Ankete katılanlar tarafından “Sizce yukarıda belirtilmeyen başka GCKL uygulaması için olası engelleri var mıdır?” sorusuna cevap verenlerin %50’si “Formun kim tarafından doldurulacağı ve kimin sorumluluğu altında olacağını kesin olarak belirlenememesi”, cevabını vermiştir. Sizce “GCKL'nin uygulanabilmesi için ne kadar süreye ihtiyaç vardır?” sorusunu ise ankete katılanların %40,9’u 3-6 dakika, %34,1’i 0-3 dakika ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.

Tablo 6. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Klinikten Ayrılmadan Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	29	13,9	65	31,3	35	16,8	58	27,9	8	3,8
Soru 2	17	8,2	78	37,5	22	10,6	68	32,7	14	6,7
Soru 3	9	4,3	16	7,7	24	11,5	105	50,5	43	20,7
Soru 4	29	13,9	38	18,3	25	12,0	87	41,8	23	11,1

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılıyorum ne katılmam K (+)Katılıyorum KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1: Hastanemde hasta onam formu hasta yatış yapıldığında alınır. Bir daha alınmaz
 Soru 2: Hastanın ameliyatı öncesinde gerekli özel işlem varsa (varis çorabı, özel tedavi protokolü vb) ameliyathanede değerlendirilir
 Soru 3: Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan ve kan ürünleri hasta klinikte iken hazırlanır
 Soru 4: Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri hasta masaya alındığında kontrol edilir

“Tablo 6.” ya göre araştırma grubuna katılan çalışanların %45,2’si “Hastanelerinde hasta onam formunun hasta yatış yapıldığında alındığını bir daha alınmadığını”, %37,5’i katılmıyorum ve %8,2’si kesinlikle katılmıyorum ile “Hastanın ameliyatı öncesinde gerekli özel işlem varsa (varis çorabı, özel tedavi protokolü vb) ameliyathanede **değerlendirilmediğini**,” %32,7’si katılmıyorum ve %6,7’si kesinlikle katılıyorum cevapları ile ameliyathanede değerlendirildiğini belirtmiştir. (α , 776)

Tablo 7. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Anestezi Verilmeden Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	11	5,3	15	7,2	10	4,8	98	47,1	67	32,2
Soru 2	81	38,9	87	41,8	17	8,2	12	5,8	3	1,4
Soru 3	17	8,2	63	30,3	24	11,5	81	38,9	13	6,3

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılım ne katılmam K (+)Katılıyorum KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1: Hastaya anestezi verilmeden klinik bilgileri, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası kontrol edilir
 Soru 2: Hasta masaya alındığında hangi taraf ameliyatı yapılacağı sadece ameliyat listesinden kontrol edilir
 Soru 3: Görüntüleme cihazı ihtiyacı olursa ameliyat sırasında temin edilir

“Tablo 7.” e göre “Hastaya anestezi verilmeden kimlik bilgileri, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızasının kontrol edildiğini” belirtenlerin oranı %84,3 “Hasta masaya alındığında hangi bölge/taf ameliyatı yapılacağını sadece ameliyat listesinden kontrol edilmediğini” belirtenlerin oranı ise %80,7 olarak bulunmuştur.

Tablo 8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Ameliyat Kesinden Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	34	16,3	55	26,4	16	7,7	70	33,7	25	12,0
Soru 2	21	10,1	72	34,6	29	13,9	61	29,3	17	8,2
Soru 3	62	29,8	64	30,8	13	6,3	44	21,2	19	9,1
Soru 4	37	17,8	52	25,0	32	15,4	59	28,4	12	5,8

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılım ne katılmam K (+)Katılıyorum KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1: Ameliyata başlandıktan sonra ameliyat ekibinden bir kişi hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı ve bölgeyi teyit eder
 Soru 2: Ameliyathaneye alınan her hastaya ameliyat sırasında profilaktik antibiyotik yapılır.
 Soru 3: Ameliyata başlandıktan sonra kullanılacak malzemelerin sterilizasyon kontrolü yapılır.
 Soru 4: Hastanın diyabeti yoksa kan şekeri kontrolü yapılmaz

Araştırma grubuna katılan çalışanların %42,7 si “Ameliyata başlandıktan sonra ameliyat ekibinden bir kişinin hastanın kimliğinin, yapılan ameliyatın ve bölgenin teyit edilmediğini”, %45,7’si ise ameliyat bölgesinin teyit edildiğini belirtmiştir. Hasta kimlik bilgileri ve ameliyat bölgesinin teyit edilmediğini belirtenlerin oranı çok düşük bulunmuştur. Detaylı bilgi “Tablo 8.” de bulunmaktadır.

Tablo 9. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Ameliyattan Çıkmadan Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	75	36,1	36	17,3	7	3,4	50	24,0	26	12,5
Soru 2	48	23,1	38	18,3	9	4,3	68	32,7	32	15,4
Soru 3	38	18,3	80	38,5	27	13,0	38	18,3	11	5,3

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılıyorum ne katılmam K (+)Katılıyorum
 KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1 Ameliyat bitip hasta kapatıldıktan sonra alet, spanç ve kompres sayımı yapılır.
 Soru 2: Hastadan numune alınmışsa tüm vakalar bitince etiketlenir ve hastanın ameliyat bölgesi yazılır
 Soru 3: Hasta ameliyat sonrası direk kliniğe gönderilir

GCKL'nin Ameliyattan Çıkmadan Önceki Bölüm ile ilgili bulgulara baktığımızda araştırmaya katılanların %53,4'ünün Ameliyat bitip hasta kapatıldıktan sonra alet, spanç ve kompres sayımı yapılmadığını, %36,5'i Ameliyat bitip hasta kapatıldıktan sonra alet, spanç ve kompres sayımı yapıldığı belirtmiştir (α , 763). "Hastadan numune alınmışsa tüm vakalar bitince etiketlenerek hastanın ameliyat bölgesinin yazıldığı" belirtenlerin oranı %48,1 olarak bulunmuştur. Detaylı bilgi "Tablo 9." da bulunmaktadır.

Tablo 10. Hastane Kuralları

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	12	5,8	23	11,1	42	20,2	103	49,5	19	9,1
Soru 2	24	11,5	75	36,1	52	25,0	39	18,8	8	3,8
Soru 3	9	4,3	26	12,5	67	32,2	37	32,2	21	10,1
Soru 4	7	3,4	28	13,5	69	33,2	76	36,5	16	7,7
Soru 5	18	8,7	60	28,8	59	28,4	51	24,5	7	3,4
Soru 6	9	4,3	71	34,1	41	19,7	52	25,0	18	8,7
Soru 7	11	5,3	21	10,1	54	26,0	91	43,8	18	8,7
Soru 8	8	3,8	22	10,6	73	35,1	58	27,9	25	12,0
Soru 9	10	4,8	20	9,6	82	39,4	63	30,3	11	5,3
Soru 10	30	14,4	76	36,5	47	22,6	33	15,9	10	4,8
Soru 11	38	18,3	73	35,1	41	19,7	39	18,8	4	1,9

Soru 1: Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.
 Soru 2: Hastanemde birimler birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.
 Soru 3: Güvenli Cerrahi konusunda hastane yönetimi hekimleri bilgilendirir
 Soru 4: Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.
 Soru 5: Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.
 Soru 6: Yönetim, sadece Güvenli cerrahi formunun dolu olup olmadığına bakar
 Soru 7: Hastane Yönetiminin faaliyetleri, güvenli cerrahi formuna verdiği önemle hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor
 Soru 8: Hastanemde İşe başlayan hekimlere güvenli cerrahi konusunda eğitim verilir
 Soru 9: DSÖ tarafından Güvenli Cerrahi konusunda yapılan değişiklikler hakkında hastane yönetimi hekimleri bilgilendirir
 Soru 10: Güvenli cerrahi kontrol listesi hasta taburcu olmadan dosyasına yerleştirilmek için doldurulur.
 Soru 11: Herkes kendi deneyimine göre güvenli cerrahi kontrol listesini doldurur

Araştırma bulgularına göre %58,6 oranında “Hastane yönetiminin hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağladığı”, %42,3 “Güvenli Cerrahi konusunda hastane yönetiminin hekimleri bilgilendirdiği”, %44,2 oranında ise “Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği olduğu” sonucuna ulaşılmıştır “Tablo 10.”

“Tablo 10” a göre araştırma grubuna katılan çalışanların hastanelerinde **%52,5 oranında “Hastane yönetiminin faaliyetlerinin, güvenli cerrahi formuna verdiği önemle hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösterdiği”** sonucuna ulaşılmıştır $p=0,001<0,05$ den olup sonuç anlamlı olarak kabul edilmiştir. Çalışanların %39,9’u, “Hastanelerinde işe başlayan hekimlere güvenli cerrahi konusunda eğitim verildiğini” belirtirken %35,1’i ne katılım ne katılmam cevabını vermiştir (α , 426). “Güvenli Cerrahi konusunda yapılan değişiklikler hakkında hastane yönetiminin hekimleri bilgilendirdiğini” belirtenlerin oranı %35,8 olarak bulunurken %39,4’ü ne katılım ne katılmam cevabını vermiştir. Hastanelerinde taraf işaretlemesi yapıldığını belirtenlerin oranı %83, “GCKL hakkında bilgi sahibi” olduğunu belirtenlerin oranı ise %90,9’olarak bulunmuştur. “GCKL hakkında bilgisi olduğunu belirtenlerin %76,4’ünün “hastanede verilen eğitimlerden bilgi edindikleri” sonucuna ulaşılmıştır. Anketin ekinde bulunan “hangi form hastanenizde kullanılmaktadır” sorusuna ise %86 oranında doğru cevap verilmiştir. Sizde GCKL Kullanılmalı mı? sorusuna %88,5’i oranında kullanılmalı cevabı verilmiştir.

4. TARTIŞMA

Ameliyathaneler, karmaşık içyapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği ile birlikte işleyişindeki karmaşa açısından özel bilgi, beceri donanım ve dikkat gerektiren özel yerlerdir (Göçmen,2004:12). Çalışmamızda ankete katılanların %69,7’si haftada 40-49 saat çalıştıkları, %24’ün haftada 50 saatten fazla çalıştığı ve % 36 sının meslekte 1-5 yıllık deneyime sahip olduğu görülmektedir. Sağlık alanında çalışanlarda yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması, uyku düzeninin bozulması, nöbetler, hasta yakınları ile uğraşı ve ekonomik sorunlar işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır

(Kaçmaz,2005:29-32). Bu durum hasta güvenliği açısından üzerinde birçok riski barındırmaktadır.

Hasta güvenliğine sadece cerrahi prosedür olarak baktığımızda, yetersiz anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenebilir cerrahi enfeksiyonlar ve çalışma ekibi arasındaki yetersiz iletişim de dâhil olmak üzere önemli güvenlik sorunlarını barındırmaktadır. GCKL, ameliyatların güvenliğini artırmaya ve gereksiz cerrahi ölümleri ve komplikasyonları azaltmaya ilgi duyan klinisyenlerin kullanmaları için bir araç olmuştur (Blendon,2002:347). Ancak araştırmamızda “Hastanemde Hekimler GCKL uygulamasını destekler” sorusuna ankete katılanların %48’i hekimlerin destek olmadığını belirten cevaplar vermiştir. Hemşirelerin ise hasta güvenliğine en önemli katkısı; tanı, tedavi ve bakım hizmetlerindeki kalitenin birleştirilmesi ve koordine edilmesi olarak literatürde yer almaktadır (Tourangeau,2006:4-8). Çalışmamıza göre ameliyathane hemşirelerinin %84 oranında uygulamaya olan destekleri bu bağlamda önemlidir.

Çalışmamızın ikinci bölümünde **çalışanların güvenli cerrahi uygulamaları konusundaki genel bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmış olup ortalama %67,5** oranında çalışanların hastanelerindeki güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarının **Ekip Çalışması ve Güvenlik üzerine etkisine baktığımızda ortalama %66,14** oranında çalışanlar tarafından **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin öneminin kavranmış olması sevindiricidir**. Ayrıca araştırmaya katılanların öncesinde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasında katkı sağladıkları ve uygulamayı destekledikleri de görülmüştür. Ancak ameliyathane de güvenli bakım sağlamak için tıbbi hatalı ve yanlış taraf cerrahisinin temel nedenleri arasında yer alan iletişime öncelik verilerek ekip içinde etkin bir iletişimin sağlanması, hastaların yaşam bulguları ve tıbbi bilgilerinin doğru yeterli bir şekilde ameliyathane ekibine iletilmesi, kurumda hasta güvenliği kültürünün yer alması ve kalıcı olabilmesi için tüm ameliyathane ekibinin ortak bir dille bu konuyu sahiplenmesi gerekmektedir (Önler,2009:249-250).

1950 li yıllarda yönetimin belli başlı unsurları; iş bölümü, hiyerarşik kademelenme, belirli kural ve yöntemlerin yönetimde uygulanması olarak belirlenmiştir (Dangaç,). Bilgi toplumuna geçişin yaşandığı günümüz dünyasında,

liderliğin işlevsel özellikleri giderek artmıştır (Ekici,2009:43).Günümüzde yönetimden daha ziyade yönetim konuğulmaktadır. Araştırma sonucunda hastane yönetiminin ve ameliyathane çalışanlarının %68,65 oranında GCKL'nin uygulanmasında birbirlerini desteklediklerinin görölmesi önemlidir. Ancak hala **araştırmaya katılanların %50 sine göre “formun kim tarafından doldurulacağı ve kimin sorumluluğ altında olacağı kesin olarak belirlenemediğı” dikkat çekicidir.**

GCKL'nin kullanımındaki engellerin neler olabileceğı sorulduğunda birinci sırada %77.76 oranında çalışma ortamının çok yoğun olması, ikinci sırada%34,1 ile “imzaların zorunluluğ” ve %32,7 ile çalışanların GCKL hakkında bilgi sahibi olmaması sonucuna ulaşılmıştır. Bu engellerin yönetim anlayışı içerisinde irdelenerek çözüm getirilmeye ihtiyacı bulunmaktadır. Zira Sağlık personelinin eylemlerinin çoğunluğ insanlara doğrudan hizmet sunmaya yönelik olduğundan, yapılacak olan en ufak bir hata düzeltilmesi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir (Parlar,2008:547-554). Aynı zamanda araştırmamızda “GCKL hakkında bilgimiz var” diyenlerin, %76,4'ü “hastanede verilen eğitimlerden bilgi edindiklerini” belirtmiştir. Engellemelelerin azaltılması konusunda herhangi bir meslek sahibinin, mesleğ başlağı ilk günden mesleğ bıraktığı güne kadar kendini mesleğ için yetiştirme veya yetiştirilmesi süreci olarak tanımlanan (Pehlivan,1997:131). hizmet içi eğitimlerde bu konuya ağırlık verilmesi akılcı bir çözüm gibi durmaktadır.

Hasta bakımının temel ilkesi olan “önce zarar verme” (primum non nocere) söyleminin en önemli konu başlıklarından biri güvenli cerrahinin sağlanmasıdır. Güvenli cerrahi uygulamaları, bu bağlamda dünya üzerinde yılda yapılan yaklaşık 234 milyon ameliyatı güvence altına almayı hedeflemektedir.

Ekip Çalışması ve Güvenlik üzerine etkisine baktığımızda ortalama %66,14 oranında çalışanlar tarafından GCKL'nin önemini kavranmış olması sevindiricidir.Ancak hastaların yaşam bulguları ve tıbbi bilgilerinin doğru yeterli bir şekilde ameliyathane ekibine iletilmesi, kurumda hasta güvenliğı kültürünün yer alması ve kalıcı olabilmesi için tüm ameliyathane ekibinin ortak bir dille bu konuyu sahiplenmesi gerekmektedir.

5. SONUÇ

Yapmış olduğumuz araştırma sonucunda, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Hasta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki öneminin uygulayıcılar tarafından kavranmış olduğu, “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR” de bulunan Klinikten ayrılmadan önceki bölüm hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı ve liste kullanımı konusunda engellerle karşılaştıkları anlaşılmıştır.

Ülkemizde uygulanmakta olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}” nin yapılacak olan mevzuatlar doğrultusunda Liste sorumlusunun kurumlara bırakılması yerine, Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanmasının ve hastane yönetimlerinde hizmet içi eğitimlerin artırılarak göreve yeni başlayan tüm Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulayıcılarına eğitimlerin verilerek çalışanların desteklenmesi yapılacak olan hataları önlemeye yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Acaroglu, R., Sendir, M. (2005) Pressure Ulcer Prevention and Management Strategies in Turkey. J Wound Ostomy Continence Nurs ; 32 (4) : 230-7.
- Blendon, R.J., vd; (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med;347(24):1933-40.
- Dalton, G.D., Samaropoulos, X.F., Dalton, A.C. (2008). Improvements in the Safety of Patient Care can Help End the Medical Malpractice Crisis in the United States. Health policy;86(2-3):153-62.
- Dangaç, G. Liderlik ve Yöneticilik, BİYMED.
- Ekici, M. K. (2009) Günümüz İş dünyasında En Çok Karıştırılan İki Temel Kavram: Liderlik ve Yöneticilik, Polis Eğitim Dergisi; 43.
- Göçmen, Z. (2004). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 8(1):12.
- Haynes, D. (2009). On the role of positive and negative affectivity in job performance: A meta-analytic investigation. Journal of Applied Psychology, 94 (1): 162–176.
- IOM. (2000). Institute of Medicine: To Err is Human: Building A Safer Health System.
- Kachalia, A., Gandhi, T.K., Poupolo, A.L., Yoon, C., Thomas, E.J., Griffey, R. et al. (2007). Missed and Delayed Diagnoses in the Emergency Department: A Study of Closed Malpractice Claims from 4 Liability Insurers. Ann Emerg Med;49 2):196-205.

- Kaçmaz, N. (2005). “Tükenmişlik Sendromu”, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68:29-32.
- Naessens, JM., Campbell, CR., Huddleston, JM., Berg, BP., Lefante, JJ., Williams, AR., Culbertson, RA. (2009). A Comparison of Hospital Adverse Events Identified by Three Widely Used Detection Methods, International Journal of Health Care, vol.21, no.4, s.301-307.
- O’Connor, P. (2013). Patient Safety in Surgery, Patient Saf Surg. 2013 May 14;7(1):14. doi: 10.1186/1754-9493-7-14.
- Önler, E., Akyolcu, A. (2009). Ameliyathanede Hasta Güvenliği.6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı.; s:249-250.
- Özlü, T. Erişim Adresi: (www.haksay.org/files/tevfik02.rt) Erişim Tarihi:04.04.2016.
- Parlar, S. (2008). “Sağlık Çalışmalarında Göz Ardı Edilen Bir Durum. Sağlıklı Çalışma Ortamı”, TAF Preventive Medicine Bulletin; 7(6):547-554.
- Pehlivan, İ. (1997). “Türk Kamu Kesiminde Hizmet İçi Eğitim Sorunları Araştırması,” Verimlilik Dergisi, Sayı:;3, s. 131.
- Tourangeau, AE., Cranley, L., Jeffs, L. (2006). Impact of Nursing on Hospital Patient Mortality: A Focused Review and Related Policy Implications. BMJ QualSaf;15(1):4-8.
- Tunçel, K. (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- WHO. (2007). Call For More Researche On Patient Safety. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/>.
- WHO. (2006). World Alliance for Patient Safety. ForwardProgramme 2006-2007. Geneva, Switzerland, WHO Press.
- WHO. (2010). World Health Organization (WHO) A Brief Synopsis of Patient Safety. [data/assets/pdf_file, /0015/111507/E93833.pdf](http://data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf).
- Yavuz, M. (2012). Hasta Güvenliği. Cerrahi ve Ameliyat Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar; Bıçakçılar; s. 48-65.