


Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} : Klinikten Ayrılmadan Önceki Evrenin Uygulanma Durumu / Safe Surgery Checklist^{TR}: Application Situation of the Phase Before the Leaving the Clinic

Gülcan ÇİFTÇİOĞLU¹, Hekim KUZU²

1.İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD.,
gulcanciftcioglu@gmail.com, 

2.Mardin-Kızıltepe Devlet Hastanesi, asminzeynep@gmail.com, 

Gönderim Tarihi | Received: 4.02.2020, Kabul Tarihi | Accepted: 2.03.2021, Yayımlanma Tarihi | Date of Issue: 1.04.2022, DOI: 10.25279/sak. 682396

Atıf | Reference: ÇİFTÇİOĞLU, G; KUZU, H. (2022). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} :Klinikten Ayrılmadan Önceki Evrenin Uygulanma Durumu. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 7 (1), s.36-46.”

Öz

Amaç: Bu araştırma ikinci basamak kamu hastanelerinde görev yapan hemşirelerin “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} Klinikten Ayrılmadan Önceki Evre”nin kullanımını değerlendirmek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olarak iki il ve ilçeleri olmak üzere toplamda altı devlet hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini cerrahi kliniklerde çalışan ve gönüllü olma esasına dikkat edilerek araştırmayı kabul eden 221 hemşire oluşturdu. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}’ndeki Klinikten Ayrılmadan Önceki Evre kullanıldı. **Bulgular:** Hemşirelerin %62’sinin 20-29 yaş aralığında olduğu, %59’unun lisans mezunu olduğu, %77’sinin ise güveli cerrahi kontrol listesi ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. Hastaların %98’inde kimlik bilgilerinin kontrol edildiği, hastaların rızalarının alındığı ve ameliyat öncesi açlık durumlarının kontrol edildiği belirlenmiştir. Hastaların %49.3’ünde ameliyat bölgesinin hazırlığının yapılmadığı, %45.7’sinde ameliyat bölgesinin işaretlenmediği belirlenmiştir. **Sonuç:** Ameliyat öncesi doğrulama sürecine klinik hemşirelerin hastanın kimlik doğrulanması, onam alınması ve açlık durumlarının belirlenmesine uyum sağladığı, ancak ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünleri hazırlığının kontrollerinin yapılmadığı, neredeyse hastaların yarısında hekimler tarafından yapılması gereken taraf işaretlenmesinin de yapılmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Güvenli cerrahi, Hasta güvenliği, Klinik, Hemşire.

Abstract

Objectives: This study was conducted to evaluate the use of the Safe Surgery Checklist^{TR} the Phase Before Leaving the Clinic, of nurses working in secondary public hospitals. **Methods:** The study was conducted as a descriptive study in six state hospitals in two provinces and districts. The sample of the study consisted of 221 nurses working in surgical clinics who accepted the study by paying attention to the principle of volunteering. Personal information form and the Safe Surgery Checklist^{TR}: Before the leaving the clinic was used as data collection tool. **Results:** It was determined that 62% of the nurses were between the ages of 20-29, 59% were undergraduate, and 77% received in-service training on the safe surgical checklist. It was determined that 98% of the patients had their identity information checked, the consent of the patients was obtained and their fasting status was checked before the operation. It was determined that 49.3% of the patients’ operation areas were not prepared, and 45.7% of their operation areas were not marked. **Conclusion:** It was

determined that clinical nurses adapted to the pre-operative verification process for the identification of the patient, obtaining consent and determining the hunger status, but the preparation of special materials, implants, blood or blood products required for the surgery, and in almost half of the patients the side that should be marked by the physicians were not performed.

Keywords: Safe surgery, Patient safety, Clinic, Nurse.

1. Giriş

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır (Akalin, 2010). Vincent, hastanın güvenliğini hastanın durumundan ziyade sağlık bakım müdahalelerinin bir sonucu olan önlenbilir advers olayların olmaması olarak tanımlamıştır (Vincent, 2010). Hasta güvenliği, hastanelerin organizasyonel performansının önemli bir göstergesidir. Hastaların yaklaşık %10'unda advers olaylar görülmekte ve bunların yarısı önlenbilir olarak kabul edilmektedir (De Vries ve diğerleri, 2008). Hasta güvenliğinin en temel unsurlarından biri olan güvenli cerrahi, hasta güvenliğini tehlikeye sokan dolayısıyla hasta bakımında risk oluşturan faktörler arasında en ön sıralarda yer almaktadır (Kohn ve diğerleri, 2000; Christian ve diğerleri 2006). Güvenli cerrahi, kişinin hastaneye yatışından taburculuğuna kadar olan ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan bakım ve tedavi hizmeti sürecinde, hastayı oluşabilecek tıbbi hatalara karşı korumak ya da hataları en aza indirmek olarak tanımlanabilir (Candaş ve Gürsoy, 2015).

Uluslararası Birleşik Komisyonu (UBK) 1995-2001 yılları arasında meydana gelen 1100 beklenmedik olayın %12.5'inin ameliyat sırası ve sonrası bakım sürecinde ortaya çıktığını rapor etmişlerdir. Bu olayların %9.7'sini yanlış taraf cerrahisi oluşturmaktadır. Yanlış taraf cerrahisinin nedenleri, ameliyat öncesi hasta değerlendirmesinin tamamlanmaması (%64), var olan prosedürleri takip etmeme (%50) ve yeterlilik yetkinlik eksikliği (%12-22) şeklinde sıralanmaktadır. Yine UBK, raporuna göre 2004-2010 yılları arasında 4500 beklenmedik olay meydana gelmiştir. Bu rapora göre yanlış hasta, yanlış taraf ve yanlış işlem uygulanmasına bağlı hatalar %13.7'dir. UBK yanlış taraf cerrahisinin ve yanlış hastanın ameliyat edilmesinin önlenmesini 2014 yılı hasta güvenliği hedefleri kapsamına almıştır (Candaş ve Gürsoy, 2015).

2008'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini başlattı ve dünya üzerindeki hastanelerde uygulanması konusunda büyük çaba gösterildi. Bununla birlikte, etkin ekip çalışmasının, güvenli hasta bakımını sağlamak için daha önemli olduğu kabul edilmektedir (Burtscher ve diğerleri, 2010). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, ek uyum ve bilgi alışverişini destekleyen uygun ve etkili bir araç olmasına rağmen (Lingard ve diğerleri, 2004; Makary ve diğerleri, 2007; Thomassen ve diğerleri, 2010), kontrol listelerine yönelik tutumlar değişebilir, tutum ve deneyimler uyumluluğu etkileyebilir (Vats ve diğerleri, 2010). İkinci küresel hasta güvenliği mücadelesinde tüm hastalar için cerrahi sonuçları iyileştirmek amaçlandı ve herhangi bir cerrahi olgu için on temel hedef WHO'nun Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesinde derlendi. WHO'nun uygulama kılavuzuna göre, kontrol listesi iki amaç sunmaktadır. Bunlar, hastalar için güvenilirliği sağlamak ve bu güvenilirliği başarmak için hasta güvenliği kültürünün tanıtılması ve sürdürülmesidir (Wahle ve diğerleri, 2012).

Ülkemizde, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 2009 yılında uzman görüşleri ve ülke öncelikleri dikkate alınarak “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} (GCKLTR)” adı altında kullanıma sunulmuştur. “Hasta güvenliği hasta ameliyathaneye gelmeden başlar”

düşüncesinden yola çıkarak GCKLTR’de, hastanın klinikten ayrılmadan önce takip edilmesini sağlayan “Klinikten Ayrılmadan Önce”ki dördüncü bölüm eklenmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ameliyat öncesi doğrulama sürecinin amacı, doğru taraf, süreç ve hastanın doğrulanması; ilgili bütün dokümanlar, resimler ve çalışmaların mevcut olduğunun, uygun etiketlendiğinin ve gösterildiğinin garanti edilmesi ve herhangi bir gerekli ekipman ya da implantın mevcut olduğunun doğrulanmasıdır (Onganer ve diğerleri, 2014).

“Klinikten Ayrılmadan Önce” aşamasında, kontrol listesi sorumlusu (genellikle klinik hemşiresi), mümkünse hasta ve hekim ile birlikte sözlü olarak; hastanın kimlik bilgileri ile ameliyat yeri ve yapılacak işlemin hasta tarafından onaylandığını belirten bilgiler, ameliyat yerinin işaretlenip işaretlenmediği, anestezi güvenlik kontrolünün tamamlandığı, hastaya takılan cihazların çalıştığının kontrolünü kapsayan soruların yanı sıra "Hastanın bilinen alerjisi var mı?", "Zor entübasyon/aspirasyon riski var mı?" ve "500 mililitreden fazla (çocuklarda 7 mililitre) kan kaybı riski var mı?" sorularını yanıtlaması gerekiyor (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hasta güvenliği literatüründe, ekip performansının güvenli hasta bakımı için çok önemli olduğu ve sağlık bakımında olumsuz olaylara katkıda bulunan birçok faktörün klinik becerilerin eksikliğinden ziyade kusurlu ekip çalışmasından kaynaklandığı yaygın olarak bilinmektedir (Lingard ve diğerleri, 2004; Sevdalis ve diğerleri, 2009). Hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini etkileyen faktörler, zayıf iletişim, zayıf koordinasyon, mesleki gruplar arasında hasta bakımında rol ve paylaşılan hedeflerin eksikliği, ekip üyeleri arasındaki bilgi paylaşımının kısıtlı olması olarak tanımlanmıştır (Coe ve Gould, 2008; Manser, 2009).

Cerrahi hemşiresi, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası cerrahi sürecin her aşamasında aktif rol alması nedeniyle multidisipliner yaklaşımında yer alan önemli sağlık çalışanıdır. WHO'nun da öncelikli olarak hemşirelerin GCKLTR koordinatörü olmasının uygun olacağını belirtmesi, hemşirelerin kliniklerde ve ameliyathanede hasta güvenliğini sağlamadaki rollerini ve sorumluluklarını ortaya koymaktadır. GCKLTR ameliyat sürecinin koordinasyonunu sağlamada hemşire için yol göstericidir. Listenin her bir basamağının nasıl uygulanması gerektiğinin ameliyathane ve klinik hemşireleri tarafından bilinmesi listenin uygulanabilirliği açısından önemlidir. Ayrıca listenin uygun ve doğru kullanımı hemşirenin tüm süreci doğru yöneterek olası tıbbi hataları en aza indirmesine olanak sağlar (Candaş ve Gürsoy, 2015).

2. Gereç ve Yöntemler

2.1. Araştırmanın Tipi: Bu çalışmada, tanımlayıcı araştırma tasarımı kullanılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri/Zamanı, Evren ve Örneklemi:

Çalışma Mardin ve Diyarbakır illerindeki iki hastanede, Ocak- Nisan 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın evrenini, çalışma süresi içerisinde ilgili hastanenin cerrahi kliniklerinde çalışan toplam 296 hemşire oluşturmuştur. Anket uygulamasının yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu hemşirelerin ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşirelerin olması nedeniyle 221 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

2.3. Veri Toplama Araçları:

Çalışmada, iki veri toplama aracı kullanılmıştır. İlki, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen, katılımcıların bireysel ve mesleki özelliklerini, hasta güvenliğine uygulamalarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla oluşturulan toplam 8 soruluk veri toplama formudur. Araştırmada ikinci veri formu olarak hemşirelerin güvenli cerrahi uygulamalarını belirlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından Sağlık Kalite Standartları gereğince tüm Türkiye’de uygulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} listesi ölçme aracı olarak kullanılmıştır. Bu liste

dört bölümden oluşmaktadır. Araştırmada listenin ilk bölümü olan klinikten ayrılmadan önceki bölüm kullanılmıştır.

2.4. Uygulama:

Araştırma planlandıktan sonra çalışma dışında bırakılan 8 hemşire ile pilot çalışma yapılarak veri formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilmiş, gerekli olan yerler yeniden düzenlenmiştir. Araştırma öncesinde ilgili kurumdan çalışmanın yapılması için kurum izni ve üniversiteden etik kurul izni alınmıştır. Hemşirelerden çalışmaya katılacaklarına dair sözel onam alınmıştır. Daha sonrasında veri formlarından ilki araştırmacılar tarafından hemşirelere dağıtılmış, örneklem grubundaki tüm hemşirelerin formları doldurabilmesi için gerekli süre sonrasında doldurulmuş formlar toplanmıştır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}'indeki klinikten ayrılmadan önceki form kullanılarak toplanan veriler gözlem yöntemi kullanılarak 221 hastadan elde edilmiştir. Klinik hemşiresi hasta klinikten ayrılmadan önce listedeki tüm girişimlerin yapıp yapılmadığını kontrol eder. Hemşire hastayı değerlendirirken araştırmacı da gözlem yoluyla 221 hemşireyi ve dolayısıyla 221 hastayı gözlemleyerek veri toplamıştır. Her bir hemşire bir hastayı değerlendirirken gözlemlenmiştir. Hastalar 18 yaşından büyük, acil olmayan, ameliyatı daha önceden doktoru tarafında planlanmış ve cerrahi klinikte yatışı yapılmış kişilerden seçilmiştir.

2.5. Araştırma Sınırlılıkları:

Çalışmamız bir kurumda çalışan hemşirelerin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulamalarına yönelik uygulama ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın farklı kurumlarda çalışan hemşirelerde ve daha büyük bir grupta karşılaştırılmalı yapılması sonuçların etkinliğini artırabilecektir.

2.6. Verilerin Analizi:

Araştırmada elde edilen veriler, Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) for Windows 16.0 paket programı kullanılarak oluşturulan veri tabanına kaydedilmiş, verilerin analizi de aynı program kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzdelerle sunulmuştur.

2.7. Etik Kurul Onayı:

Mardin Artuklu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 2017/01-01 onay numarası ile onayı alınmıştır.

3. Bulgular

Hemşirelerin yarısından fazlasının kadın olduğu ve %62'sinin 20-29 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yarısından fazlasının lisans mezunu olduğu, %47.9'unun bir ile beş yıl arasında mesleki deneyimlerinin olduğu ve %77.4'ünün hizmet içi eğitim aldıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılım (n=221)

Demografik Özellikler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	133	60.2
	Erkek	88	39.8
Yaş	20-29	138	62.4
	30-39	62	28.1

	40 ve üstü	21	9.5
Eğitim Düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	56	25.3
	Ön lisans	27	12.2
	Lisans	132	59.8
	Lisans Üstü	6	2.7
Mesleki Çalışma Yılı	1-5	106	47.9
	6-10	68	30.8
	11 ve üstü	47	21.3
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Evet	171	77.4
	Hayır	50	22.6

Dört bölümden oluşan güvenli cerrahi kontrol listesi ameliyat olacak tüm hastalarda her bölümün ilgili sorumluları tarafından değerlendirilmektedir. Listenin ilk bölümü olan klinikten ayrılmadan önceki bölümün sorumlusu genellikle cerrahi klinik hemşiresidir. Hemşire genel olarak klinikten ayrılmadan önceki listedeki tüm girişimlerin yapılıp yapılmadığını kontrol eder. Ancak, bu bölümde hekimin de ameliyat öncesi hastanın ameliyat bölgesinin doğrulaması, ameliyat bölgesinin işaretlemesi ve yapılacak girişimler için onam alması gerekmektedir. Listedeki sorumlu olan hemşire ameliyat yerinin işaretlenip işaretlenmediğini, ameliyat bölgesi doğrulamasının yapılıp yapılmadığını ve yapılacak olan girişimler için hastadan onam alınıp alınmadığını kontrol etmesi gerekmektedir. Araştırma bulgularına göre klinik hemşiresi tarafından hastaların klinikten ayrılmadan önce, hemen hemen bütün hastalarda kimlik bilgilerinin doğrulandığı ve %63.3'ünün ameliyat öncesi gerekli olan özel işlemlerin yapıldığı belirlenmiştir. Ancak hekimler tarafından ameliyat öncesinde hastanın klinikten ayrılmadan önce yapması gereken ameliyat bölgesi doğrulama işleminin %84.6'sında ameliyatının doğrulanmadığı, %94.1'nin ameliyat bölgesinin doğrulanmadığı, %49.3'ünün ameliyat bölgesi tıraşının yapılmadığı belirlenmiştir. Hekimler tarafından ameliyat öncesi hastaların tamamına yakınından ameliyat için onam alındığı ve hastaların %91.9'unun ameliyat öncesi aç oldukları belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastanın Klinikten Ayrılmadan Önceki Evrenin Uygulanma Durumu(n=221)

Demografik Özellikler		n	%
Gruplar			
Kimlik bilgileri doğrulandı mı?	Evet	218	98.6
	Hayır	3	1.4
Hastanın ameliyatı doğrulandı mı?	Evet	34	15.4
	Hayır	187	84.6
Hastanın ameliyat bölgesi doğrulandı mı?	Evet	13	5.9
	Hayır	208	94.1
Ameliyat bölgesi işaretlendi mi?	Evet	64	29

	Hayır	111	50.2
	İşaretlemeye gerek yok	46	20.8
Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?	Evet	112	50.7
	Hayır	109	49.3
Ameliyat öncesi gerekli özel işlem yapıldı mı?	Evet	140	63.3
	Hayır	81	36.7
Hastanın rızası alındı mı?	Evet	218	98,6
	Hayır	3	1,4
Hasta aç mı?	Evet	203	91.9
	Hayır	18	8.1

*n: 221 hemşire formu doldururken gözlemlenmiştir. Hemşireler formu hastaları değerlendirirken doldurdıkları için aynı zamanda 221 hasta da gözlemlenmiştir.

4. Tartışma

Çalışmaya katılan hemşirelerin neredeyse tamamının hastaların kimlik doğrulanması, onamlarının alınması ve hastaların ameliyat öncesi açlık durumlarının kontrolünü sağladığı tespit edilmiştir. Ancak hastanın ameliyatının teyidi, ameliyat bölgesinin doğruluğunun teyidi, ameliyat bölgesi tıraşını ve ameliyat bölgesi işaretlemesinde ciddi anlamda eksiklikler olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarındaki etkinliğini gösteren birçok çalışma vardır. Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşullarına yönelik Sağlık Bakanlığı’nın çıkardığı yönetmelik ve genelgelerde; uzun süren kesintisiz çalışma saatleri ve iş yoğunluğu göz önünde bulundurulduğunda sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engelleyebilmekte ve buna bağlı olarak tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Hasta güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin uzun saatler boyunca çalışması gösterilmiştir (Sayek, 2010). Çırpı ve arkadaşlarının aktarımına göre, günlük hasta başına ek bir hemşire ilavesi ile 30 günlük ölüm oranında %50, hemşire bakım saatinde 0.25’lik ilave ile ölüm oranında %20 azalma sağlandığı saptanmıştır. Günlük hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde bir saatlik artış ile pnömöni vakalarında % 8.5; bakım saatinde %10’luk bir artışın sağlanması ile % 9.5 oranında azalmaya yol açtığı saptanmıştır. Hemşirelik bakım saatindeki artış ile birlikte yatak yaralarının gelişmesinde azalma belirlenmiştir (Çırpı ve diğerleri, 2009). Araştırma bulguları değerlendirildiğinde hemşirelerin hasta güvenliğinde özellikle güvenli cerrahi kontrol listesindeki güvenlik kontrollerini tam olarak uygulayamaması yukarıda belirtilen nedenlerden olabileceğini düşündürmektedir.

Türkiye’de hasta ve hastane güvenlik kültürüyle ilgili yapılan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Özellikle de klinikten ayrılmadan önceki güvenli cerrahinin uygulanma durumu ile ilgili çalışmalara rastlanılmamıştır. Güvenli cerrahinin ilk adımı olan klinikten ayrılmadan önceki evrenin uygulanması tamamen klinik sorumlu hemşirenin sorumluluğu altındadır. Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Özellikle klinik hemşiresi, ameliyat öncesi, ameliyat anı ve ameliyat sonrasındaki sürecin her aşamasında aktif rol alırlar. Bu bağlamda hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda

bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevleri arasındadır (Fişek, 1989; Emiroğlu, 1994; Çırpı ve diğerleri, 2009).

Genellikle, hekimin cerrahi öncesi hastanın cerrahi alanını ameliyattan önce işaretlemesi önerilir (Yıldırım, 2019). Günübirlik cerrahi operasyonlarda taraf işaretlemesi uygulaması neredeyse imkânsızdır. Hastanın cerrahi kliniğe girişi, ön bilgilerin alınması, ameliyat öncesi hazırlığı, ameliyathaneye transfer süresi ve ameliyathanenin yoğun işleyiş prosedürlerinden dolayı aynı gün cerrahi uygulamalarında bekleme süresi genellikle kısa tutulduğu için hekimin hastanın cerrahi alanını işaretlemesi pek mümkün değildir. Thurnherr ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, yanlış taraf ameliyatlarının ve diğer tıbbi hataların görülme sıklığının azaltılmasında cerrahi kontrol listesinin etkililiği gösterilmiştir. Cerrahi alan işaretlemesi, klinikteki eğitimli hemşireler tarafından yapılabilmesi açısından birtakım araştırmalar yapılmıştır. İsviçre’de üç farklı kurumun (İsviçre Hasta Güvenliği Vakfı, İsviçre Profesyonel Bakım Derneği ve Zürih’te Kantonal Tıp Servisi) avukatları ile yapılan görüşmelerde “cerrahi alan işaretleme gibi görevler, hemşireler tarafından yasal olarak yapılabilir mi” sorusuna tüm avukatlar aynı görüşü savunmuşlardır. Bu görüşe göre, cerrahi alan işaretlemesinin hemşirelere devredilebileceği savunulmuştur. Bununla birlikte, hekim de doğru müdahaleden sorumludur (Thurnherr ve diğerleri, 2017). Ancak ülkemizde cerrahi alan işaretlemesi hekimin sorumluluğundadır.

5. Sonuç ve Öneriler

Araştırmanın sonucunda güvenli cerrahi kontrol listesindeki klinikten ayrılmadan önceki evrenin kontrolü tek başına klinik hemşiresinin sorumluluğunda olması tüm hataları engelleyemediği gözlemlenmiştir. Klinikten ayrılmadan önceki evrede, hekimin sorumluluğunda olan girişimlerin hem klinik hemşiresi hem de hekim tarafından kontrollerinin sağlanması ile önlenabilir hatalar en aza indirgenebilir. Cerrahi kontrol listesi aslında hastanın yararına gibi gözükse de hem hastanın hem de sağlık personelinin yararına olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışmada hastanın ameliyat doğrulanmasının yapılmadığı (%84.6), ameliyat bölgesinin doğrulanmasının yapılmadığı (%94.1) ve ameliyat bölgesi işaretlemelerinin (%49.3) yapılmadığı görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Ancak başarılı bir uygulamayla, pre-operatif paydaşların hataların doğasını anlamasını, sistemlerle bireyler arasındaki karmaşık dinamiği tanımasını ve ortak bir hasta güvenliği vizyonunu teşvik eden bir kültür oluşturmasını sağlayabilir.
- Sağlık personellerinin çalışma koşullarının düzeltilmesi,
- Örnek uygulamaların geliştirilmesi ya da teşvik edilmesi,
- Hizmet içi eğitimlerin artırılması veya daha etkin yapılması,
- Uygulamaların yaptırımlarla değil, ikna etme yöntemleriyle yapılması,
- Ve belki de en önemlisi hasta ve çalışan güvenliği eğitimlerinin lisans düzeyinde verilmesinin sağlanması önerilmektedir.



Kaynaklar

- Akalın, H.E. (2010). Hasta güvenliği kültürü. *Sağlıkta Nabız*, 7(25), 10-13.
- Burtscher, M. J., Wacker, J., Grote, G., & Manser, T. (2010). Managing Nonroutine Events in Anesthesia: The Role of Adaptive Coordination. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 52(2), 282-294. doi:10.1177/0018720809359178
- Candaş, B., Gürsoy, A. (2015). Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 40-50.
- Christian, C. K., Gustafson, M. L., Roth, E. M., et all. (2006). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 139(2), 159-173.
- Çırpı F., Merih D. Y., Kocabey Y. M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-33.
- Coe, R., & Gould, D. (2008). Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 609-618. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04544.x
- Emiroğlu, N. (1994). İş sağlığı hemşireliği. *Türk Hemşireler Dergisi*. 44(6), 35-38.
- Fişek, A. (1989). Türk Tabipler Birliği işçi sağlığı etkinlikleri. *Türk Tabipleri Birliği Haber Bülteni*, 17(4), 12-14.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (2000). To err is human: Building a safer health system. A comprehensive approach to improving patient safety, patient safety: a critical component of quality, organization of the report,21. *Institute of Medicine*, 1, 17.
- Lingard, L. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330-334. doi:10.1136/qshc.2003.008425
- Makary, M. A., Mukherjee, A., Sexton, J. B., Syin, D., Goodrich, E., Hartmann, E., . . . Pronovost, P. J. (2007). Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 204(2), 236-243. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.018
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anesthesiol Scand*, 53, 143–151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717. x.
- Onganer, E., Bozkurt B., Kılıç M. (2014). Hastalar için hasta güvenliği, derleme. *J Kartal TR*, 25(2), 171-174. doi: 10.5505/jkartaltr.2014.49389. <http://www.journalagent.com/keah/pdfs/KEAH-49389-REVIEW-Bozkurt.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Güvenli Cerrahi Kitabı. Erişim adresi: https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/.../0901guvenlicerrahi.pdf. Erişim m:03.09.2020.

- Sayek, F. (2010). *Hasta Güvenliği. Türkiye ve Dünya Türk Tabipler Birliği Raporları /Kitapları*.
- Schäfli-Thurnherr, J., Biegger, A., Soll, C., & Melcher, G. A. (2017). Should nurses be allowed to perform the pre-operative surgical site marking instead of surgeons? A prospective feasibility study at a Swiss primary care teaching hospital. *Patient Safety in Surgery*, 11(1). doi:10.1186/s13037-017-0125-1
- Sevdalis, N., Lyons, M., Healey, A. N., Undre, S., Darzi, A., & Vincent, C. A. (2009). Observational Teamwork Assessment for Surgery. *Annals of Surgery*, 249(6), 1047-1051. doi:10.1097/sla.0b013e3181a50220
- The First Meeting of Hand Hygiene Campaigning Nations: WHO World Alliance for Patient Safety, August 2007. (2008). *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 20(1-2), 105-106. doi:10.3233/jrs-2008-0432
- Thomassen, Q., Brattebo, G., Heltne, J.K., Softeland, E., Espeland, A. (2010). Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experience. *BMC Health Serv Res*. 2010(10), 342–347. doi: 10.1186/1472-6963-10-342.
- Vats, A., Vincent, C. A., Nagpal, K., Davies, R. W., Darzi, A., & Moorthy, K. (2010). Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *Bmj*, 340 (Jan13 2). doi:10.1136/bmj.b5433
- Vincent, J. L. (2010). *Intensive Care Medicine Annual Update 2010*. New York: Springer.
- Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 17(3), 216-223. doi:10.1136/qshc.2007.023622
- Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Sjøteland, E., & Hjälmhult, E. (2012). Adjusting team involvement: A grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC Nursing*, 11(1). doi:10.1186/1472-6955-11-16
- Yıldırım, S. (2019). *Ameliyat öncesi hastaya verilecek olan sözlü ve görsel eğitimlerin hastaların kaygı düzeyleri ve memnuniyetleri üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak.

Beyanlar

Etik Kurul Onayı: Mardin Artuklu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 2017/01-01 onay numarası ile onayı alınmıştır. Çıkar Çatışması: Bu çalışmada yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Hasta Onamı: Çalışmada, insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunma İlkesi” yerine getirilmiştir. Bu çalışma 23rd world nursing and healthcare conference july 10-12, 2017 sözel sunum olarak sunulmuştur. Yazar katkıları; Fikir: GÇ, HK Tasarım: GÇ, HK Denetleme: GÇ, HK Kaynaklar: GÇ, Veri Toplama ve/veya İşleme: GÇ, HK Analiz ve/veya Yorum: GÇ, HK Literatür Taraması: GÇ, HK Yazı Yazan: GÇ Eleştirel İnceleme: GÇ, HK.



Ek

Çok Değerli Katılımcı; Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar cerrahi hemşireliğinin güvenli cerrahi uygulama durumunu saptama açısından önemlidir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

1. **Kaç yaşındasınız?**
2. **Cinsiyetiniz nedir?** A)kadın b) erkek
3. **Öğrenim durumunuz nedir?**
a) Sağlık Meslek Lisesi b) Önlisans c) Lisans d) Lisans üstü
4. **Mesleki deneyiminiz** a)1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 10 yıl ve üzeri
5. **Çalışma pozisyonunuz nedir?**
Servis sorumlu hemşiresi b)klinik hemşiresi c) sorumlu yönetici hemşire d) diğer.....
6. **Bakım verdiği hasta sayısı kaçtır?**
a) 1-4 hasta b) 5-10 hasta c) 11- 20 hasta d) 20 ve üstü hasta
7. **Çalışma şekliniz nedir?**
a) Sürekli gündüz b) sürekli gece c) vardiya usulü d) diğer
8. **Güvenli cerrahi kontrol listesi ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?**
a) Evet b) hayır
9. **Hastanın Kimlik bilgileri Ameliyatı Ameliyat bölgesi** **Doğrulandı**
mı? a)evet b) hayır
10. **Hastanın rızası kontrol edildi mi?** Evet Hayır
11. **Hasta aç mı?** Evet Hayır
12. **Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?** Evet Hayır
13. **Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?** Evet..... Hayır
14. **Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?** Evet Hayır
15. **Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?** Lavman Mesane Kateterizasyonu Varis çorabı Özel
Tedavi protokolü Diğer Hayır
16. **Ameliyat için gerek olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünleri hazırlığı teyit edildi mi?**
 Evet Hayır
17. **Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?** Evet Hayır

Extended Abstract

Aim: This study was carried out in a descriptive type in order to evaluate the use of "Safe Surgery Checklist, Stage Before Leaving the Clinic" by nurses working in secondary level public hospitals. **Materials and Methods:** The sample of the study consisted of 221 nurses who accepted to participate in the study between January and April 2017. Research data,of the study was collected using the questionnaire form created in accordance with the literature and the safe surgical checklist applied throughout Turkey in accordance with the Health Quality Standards by the Department of Health efficiency, quality and accreditation of the Ministry of Health. The clinic nurse checks whether all attempts on the list have been made before the patient leaves the clinic. While the nurse evaluated the patient, the researcher also collected data by observing 221 nurses and therefore 221 patients through observation. Each nurse was observed evaluating a patient. Patients are selected from people over the age of 18, non-urgent, whose surgery was previously planned by his doctor and who were hospitalized in the surgical clinic. **Results:** more than half of the nurses involved in the study were women, and 62% were in the 20-29 age range. It was found that more than half of the participants had a bachelor's degree, 47.9% had professional

experience between one and five years, and 77.4% received in-service training. According to the results of the research, it was determined by the clinical nurse that almost all patients' credentials were verified before leaving the clinic, and 63.3% of them underwent special procedures necessary before surgery. However, it was determined by doctors that 84.6% of the operation area verification process that the patient should perform before leaving the clinic was not confirmed, 94.1% of the operation area was not confirmed, and 49.3% of the operation area was not shaved. Conclusion and Recommendations: According to the findings of the study, the control of the stage before leaving the clinic in the safe surgical checklist cannot be solely under the responsibility of the clinical nurse, and the control of the interventions under the responsibility of the physician by both the clinical nurse and the physician will be extremely effective in minimizing preventable errors. Although the surgical checklist seems to benefit the patient, it should not be forgotten that it is for the benefit of both the patient and the healthcare personnel. In this context; With a successful implementation, it may be suggested that pre-operative stakeholders understand the nature of errors, recognize the complex dynamics between systems and individuals, and create a culture that encourages a common vision of patient safety, and training to increase their awareness of patient safety.