

Ameliyathanede Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Medikal Hatalar ve İstenmeyen Olaylar

Patient safety, patient safety culture, medical errors and adverse events in the operating room

Gürkan Kapıkıran¹ , Semra Bülbüloğlu² , Fatma Eti Aslan² 

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

²Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZ

Bilimsel çalışmalar, ameliyathane ortamında hasta güvenliğinin örgütsel yapı, sistem veya sağlık bakım çalışanlarından kaynaklanan nedenlerden dolayı zaman zaman ihlal edilmekte olduğunu göstermektedir. Oysa hasta güvenliği cerrahi hemşireliğinin temel bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Bu çalışmada, cerrahi hizmetinin sunumunda hasta güvenliğinin önemi, istenmeyen olaylar ve hatalar üzerinde durularak, güvenlik kültürünün oluşturulmasının önemine değinilecektir. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak cerrahi hemşireleri, tüm cerrahi süreçlerde hastanın konfor ve saygınlığının korunmasından, olası hataların önlenmesinden, hasta savunuculuğu yapmaktan, üst düzeyde sağlık bakımını vermekten sorumludur. Bunun için ameliyathane ortamında çevre düzenlemesi, ekipmanın kullanıma hazır olması, aseptik tekniklerin uygulanması, medikal hataların ve istenmeyen olayların önlenmesi gibi birçok uygulamada hasta güvenliğinden söz edilmekte ve hemşirelerin rolüne değinilmektedir.

Anahtar kelimeler: Ameliyathane, hasta güvenliği, sağlık bakımı, hasta güvenliği kültürü, hemşirelik, istenmeyen olaylar, tıbbi hata

ABSTRACT

Scientific studies shows that patient safety in the operating room sometimes has been violated ensourcing from organizational structure, system-based, health care workers. But patient safety comprise one of the essential components for perioperative nursing. In this study, unwanted events, and mistakes will be empasized, and the importance of patients' safety, and formulation of a safety culture will be stressed.

As a member of multidisciplinary health team, perioperative nurses are responsible from preserving dignity and comfort of the patients, preventing possible mistakes, defending the patient's rights, and delivering upper level health care in all perioperative processes. To this end, patients'safety in environmental planing, making equipment ready for use, application of aseptic techniques in the operating room have been mentioned, and the roles of nurses in this respect have been noted.

Keywords: Adverse events, nursing, patient safety, medical errors, operating room, patient safety culture, health care

GİRİŞ

Hasta güvenliği kavramı son yıllarda hemşirelik ve tıp literatüründe dikkat çeken bir konu olup, günümüzde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen sistem hatalarının analiz edilmesi, raporlanması ve önlenmesine odaklanılmaktadır (Alfredsdottir ve Bjornsdottir, 2008). Avrupa Ameliyathane Hemşireleri Topluluğu (European Operating Room Nur-

Geliş Tarihi / Arrival Date: 18.07.2017

Kabul tarihi / Date of Acceptance: 18.05.2018

İletişim / Corresponding author: Gürkan Kapıkıran, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Kardiyoloji Servisi, Malatya, Türkiye

E-posta / E-mail: gurkanpkprn@gmail.com

Yazarların ORCID bilgileri:

G.K. 0000-0002-3242-1059, S.B. 0000-0002-7252-9478, F.E.A. 0000-0003-0965-1443

ses Association-EORNA) ve Uluslararası Cerrahi Hemşireleri Birliğinin (International Federation of Perioperative Nurses-IFPN) ortak çalışmaları sonucu yayınlanan rehberde, hasta güvenliği kavramının sağlık bakımında yer alan en önemli zorunluluklardan biri olduğu görüşüne yer verilmiştir (EORNA and IFPN, 2005). Ameliyathaneler, hasta güvenliğine en fazla dikkat edilmesi gereken çalışma alanları arasında yer almaktadır. Cerrahi hemşireleri, sağlık ekibinin bir üyesi olarak, cerrahi prosedürlerde hasta güvenliğini korumak için doğal bir misyon üstlenmeli ve etkili uygulamalar yapma konusunda ilkeli davranmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

Ameliyathanelerde ayırım yapılmaksızın tüm hastalar için sağlık bakım ekibi tarafından evrensel önlemler alınarak risklerin en aza indirilmesine dayanan hasta güvenliğini koruyucu uygulamaların gerçekleştirilmesi ve aynı zamanda doğru koruyucu ekipmanı kullanarak cerrahi ekibin kendi kendini koruması büyük önem taşımaktadır (EORNA ve IFPN, 2005; Akansel ve ark., 2015; Denver, 2015a). Önleme çalışmalarına karşın hasta güvenliğini tehlikeye atan yanlış bölgenin ameliyat edilmesi gibi ciddi hataların, günümüzde hala yaşandığı rapor edilmektedir (Nwosu, 2015). Cerrahi güvenlik kontrol listesi, hataları, mortaliteyi ve diğer majör komplikasyonları, hastanede kalış süresini azaltmakta, bakım kalitesini artırmaktadır (Haynes ve ark., 2009; Ragusa ve ark., 2016). Amerika Cerrahlar Birliğinin Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı (American College of Surgeons, National Surgical Quality Improvement Program) tarafından tanımlanan majör komplikasyonlar; akut böbrek yetmezliği, dört veya daha fazla ünite tam kan ve eritrosit süspansiyonu transfüzyonu ve ameliyat sonrası ilk 72 saatte kardiyak arrest ve kardiyopulmoner resüsitasyon gereksinimi, ameliyat sonrası ilk 24 saatte koma durumu, derin ven trombozu, miyokardiyal infarktüs, planlanmamış entübasyon, ventilatör kullanımı, pnömoni, pulmoner emboli, cerrahi yara yeri enfeksiyonu, sepsis, şok, sistemik inflamatuvar yanıt, vasküler dolaşımda bozulma şeklinde belirtilmektedir (Dindo ve ark., 2004; Haynes ve ark., 2009). Ameliyat öncesi dönemde medikasyon uygulamaları, kalp pili, implant varlığı, son yeme içme durumu gibi sorgulamalar, ameliyat sırasında termoregülasyonun sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, aseptik tekniklere uyum, tüm cerrahi süreçlerde eksiksiz kayıt tutma, cerrahi patoloji örneklerinin etkili yönetimi gibi sağlık bakım uygulamalarında hasta güvenliği ön plana çıkmaktadır (EORNA ve IFPN, 2005; Denver, 2015a).

Etkili iletişim, hasta güvenliğinin sağlanmasında çok önemli olup, ameliyat odasında her açıdan uygun bir çevre düzenlenmesinin yapılmasına özen gösterilmesi iletişim sürecini desteklemektedir. Yapılmış çalışmalarda, iyi düzenlenmemiş ameliyathane ortamlarında iletişim kurulurken aktarılan bilgilerin yanlış anlaşılması, tam olarak anlaşılabilmesi, buna bağlı olarak iletişim sürecinin tamamlanamaması veya iletişim örüntüsünde bozulma olduğu saptanmıştır (Garon, 2012; Cousely, 2015).

Bu çalışmada, ameliyathanede hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürünün önemine dikkat çekilerek, tıbbi hataları ve istenmeyen olayları önlemeye yönelik öneriler geliştirmesi amaçlanmıştır.

Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürü

Ameliyathanede hasta güvenliği kültürü sağlanırken, sağlık bakım çalışanlarının güvensiz koşulları belirleme konusunda desteklenmesi ve güvensiz durumları giderici eylemde bulunmalarının sağlanması gerekmektedir. Ameliyathaneler güvenilirlik ve teknik uzmanlık gerektiren, tehlikeli işlerin çok olduğu, sürekli gelişimin yaşamsal önem taşıdığı çalışma alanları olarak kabul edilmektedir. Güvenlik, sağlık bakımının önemli bir bileşenini oluşturmaktadır olup, gelişmiş bir güvenlik kültüründe dahi hataların olabileceği öngörülmekle birlikte, sağlık bakım kalitesinin sürekli iyileştirilmesiyle hata ve istenmeyen olayların yönetilmesi söz konusu olabilmektedir (Lawson, 2017). Hasta güvenliği kültürü, çalışanların tutum, inanç, algı, yeterlilik, davranış örüntüleri ve değerlerinin liderlikle bütünleşerek ekip çalışması, iletişim, olay bildirimi gibi teknik olmayan becerileri de içine alan bir sağlık ve güvenlik yönetimi yaklaşımı olarak ele alınmaktadır (Makary ve ark., 2006). Sağlık bakım ekibinin hasta güvenliğine ilişkin algısının zayıf olması, hata yapma olasılığını artırmakta, klinik durumun kötüleşmesi, hastanede kalış süresinin uzaması, taburculuk sonrası hastaneye yine başvuru oranının artması, cerrahi alan enfeksiyonları ve mortaliteyi artırmaktadır (Singer ve ark., 2009; Hansen ve ark., 2011; Fan ve ark., 2016).

Sağlık bakım ekibinin güvenli hasta bakım uygulamalarını önleyen sistem ve örgütsel sorunlar, ameliyathanede süregelen çalışma kültürünün bir parçası durumunda dönüştüğünde, bu durum hatalı ve eksik sağlık bakım uygulamalarına ortam hazırlamaktadır. Bu kültürün değişmesi ve doğru uygulamaların benimsenmesi, çalışanların hem bireysel hem de ekip olarak sorumluluk hissetmesiyle olanaklıdır (Akansel ve ark., 2015).

Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün boyutları

Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün sağlanması için sağlık bakım çalışanlarının sürekli iletişim ve işbirliği içinde olması önemli bir gerekliliktir (Badır ve Herdman; 2008). Bunun yanı sıra hasta güvenliği kültürünün sürdürülmesinde liderlik özelliği de önem taşımaktadır. Yanlış uygulamaların, hataların önlenmesi ve var olan sorunların çözümünde liderlik özelliği gelişmiş sağlık çalışanlarının algı ve tutumlarının etkili rol oynadığı belirtilmektedir. Bu nedenle ameliyathane ekibinde, hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi için düzenli çalışmaların yapılması ve

oluşturulan kültürün sürekli geliştirilmesi, düzenli aralarla ölçülmesi gerekmektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Literatürde, çeşitli hasta güvenliği kültürü ölçüm araçları kullanılmaktadır (Türkmen ve ark., 2011; Carvalho ve ark., 2015; Uğur ve ark., 2016; Pimentel ve ark., 2017; Mallouli ve ark., 2017). Bu ölçüm araçlarında liderlik, çalışan davranışları, istenmeyen olay bildirim, raporlama sistemi, çalışanların eğitimi, çevre güvenliği ve teknoloji, genel güvenlik algısı, takım çalışması, süpervizyon yönetimi, yönetici-çalışan ilişkileri, iletişim güvenliği gibi başlıkları ölçen sorular yer almaktadır. Yapılmış olan çalışmalarda, hasta güvenliği algı ve takım çalışması puanının %60'tan daha az olduğu, olay bildirim sıklığının %25'in üzerinde olduğu belirtilmektedir (Carvalho ve ark., 2015; Uğur ve ark., 2016; Pimentel ve ark., 2017; Mallouli ve ark., 2017). Bununla birlikte, hekimlerin hemşirelere göre, hemşirelerin diğer ameliyathane çalışanlarına göre hasta güvenliği algı puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Carvalho ve ark., 2015; Pimentel ve ark., 2017).

Ameliyathanede sık yapılan hatalar ve istenmeyen olaylar

Ameliyathanede risk yönetimi, mevcut durumun kötüleşmesinin önlenmesi, taburculuğun planlanan sürede gerçekleştirilmesi, yeni sorunlara fırsat verilmemesi ve hasta bilgilerinin korunması gibi temel hasta güvenliği ilkelerini içermektedir (EORNA ve IFPN, 2005; Akansel ve ark., 2015). Ameliyathanede istenmeyen olayların gerçekleşme oranı ortalama %40 ve bu olayların %50'den fazlasının önlenabilir nitelikte olduğu saptanmıştır (De Vries ve ark., 2008). Olayların %44'ü hastanede kalış süresinin uzamasına neden olurken, %8'inin temel yaşam desteği gerektirdiği belirlenmiştir (Griffin ve Classen, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 400.000'den fazla önlenabilir nedenden kaynaklanan ölümün gerçekleştiği bildirilmektedir (James, 2013). Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden ve gerçekleşmesi olası tıbbi hatalar ve istenmeyen olaylar, hasta düşmeleri, aseptik antiseptik tekniklerin uygulanmaması, iletişim sorunları, cerrahi patoloji materyal yönetiminin tekniğine uygun yapılmaması, ekipman ve malzeme eksiklikleri, etkisiz yönetim ve organizasyon, hasta tanılamada yanlışlıklar, ilaç güvenliğine ilişkin risklerin yönetilememesi, kan ve kan ürünleri transfüzyonunda gelişen sorunlar, nedeni belli olmayan olaylar, hasta ve iş tesliminde eksiklikler, duyarsızlık, deneyim ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan olaylar şeklinde sıralanmaktadır (Akansel ve ark., 2015; Uğur ve ark., 2016). Ameliyathaneler karmaşanın en fazla yaşandığı, buna bağlı olarak hata yapma riskinin en üst düzeyde olduğu çalışma alanlarından biri olarak kabul edilmektedir (D'Addressi, 2009).

Ameliyathanede cerrahi patoloji örnek güvenliği

Ameliyathanede patoloji örneklerinin güvenli yönetiminde, iki ayrıntı büyük önem taşımaktadır. Birincisi, örneklerin laboratuvara varıncaya kadar herhangi bir değişime uğramaması ve bozulmamasıdır. Böyle bir durumda örneğin tekrar alınma olasılığı olamamakta veya örnek tekrar alınsa bile hasta için yeni bir yaralanmaya neden olunabilmektedir. Göz önünde bulundurulması gereken ikinci önemli konu, laboratuvara gidinceye kadar herhangi bir şekilde değişime uğramış veya bozulmuş patoloji örneğinin patoloji hekiminin yanlış riskini artırmasıdır. Yanlış konulmuş tanı sonucunda yanlış tedavi uygulanabilmekte ve hastaya geri dönüşü çok ciddi zarar görme veya gerçek hastalığın tanılanmaması nedeniyle tedavi edilememesi şeklinde olabilmektedir. Bu da var olan hastalığın seyrinin daha da kötüleşmesine ve hasta için önemli kayıplara neden olabilmektedir. Ameliyathanede güvenli cerrahi patoloji materyal yönetimi örneğin alınmasından laboratuvara taşınıncaya kadar geçen süre içinde en üst düzeyde dikkat, işbirliği, ekip yaklaşımı, teknik beceri ve bilgi gerektirmektedir (Bülbüloğlu, 2017a). Bunun için cerrah tarafından titizlikle çıkartılmış materyal, emici ve bulaşıcı bir yüzeyde bekletilmeksizin, bütünlüğü bozulmadan, olabildiğince hız bir şekilde, uygun bir materyal kabı ve solüsyon içinde sabitlenmeli, etiketlenmeli, gerekli kayıtlar tutulmalı ve zaman yitirmeden tekniğine uygun olarak laboratuvara gönderilmelidir (Bülbüloğlu, 2017a). Cerrahi patoloji örnek yönetim sürecinde gerçekleşen hataların saptanmasına ilişkin yapılmış bir meta analiz çalışmasında, 1,850'den fazla materyalden oluşan örneklem grubunda, hataların %0,05'inin örneği etiketleme sırasında yanlış veya eksik hasta bilgisi girilmesi, %7,7'si ise istem formu veya sonuç raporu yokluğuna bağlı gelişen hataların olduğu saptanmıştır (Bülbüloğlu, 2017b). Başka bir çalışmada ise, en yaygın hataların hasta bilgilerindeki yanlışlıklar, etiketleme hataları ya da etiketsiz örnek, uygunsuz istem formu, güvensiz örnek göndermeye bağlı güvensiz cerrahi patoloji örnek yönetim sürecinin gerçekleşmesi olduğu belirtilmiştir (Steelman ve ark., 2016).

Hasta Güvenliğini Koruyucu Cerrahi Bakım Sunma İlkeleri

Ameliyathanede hasta güvenliğini tehlikeye atan durumların, sağlık bakım sistemiyle ilişkili ya da örgütlenme hatalarından kaynaklandığı belirtilmektedir (Alfredsdottir ve Bjornsdottir, 2008; Akansel ve ark., 2015). Bu sorunların saptanarak önlenmesine ilişkin kanıt temelli, standardize edilmiş, güncel uygulamaların geliştirilmesi, sağlık bakım ekibinin görevleri arasında yer almaktadır (Goldberg ve Feldman, 2012). Ameliyat öncesi ve sonrasında, hasta odasında ve ameliyathane hasta ile yapılan yüz yüze görüşmelerde, sağlık bakım ekibinin yapıcı ve olumlu bir duruş sergilemesi, hasta güvenliğinin sağlanması açısından önemli bir gereklilik olarak ele alınmaktadır. Sağlık bakım ekibi, yeni yıkanmış önlükler, temiz özel ayakkabılar ve saç bonesi giyerek, güvenliği sağlamaya yönelik özel bilgi ve davranış örüntülerini kullanmalı, bunun yanı sıra hasta ve çevresindeki olası olumsuz olayların önlenmesi için çaba göstermelidir (EORNA ve IFPN, 2005). Cerrahi süreçlerin başladığı ilk andan, hastanın taburculuğuna kadar geçen

her aşamada, yapılacak her sağlık bakım uygulamasının bir planlama kapsamında ve dayanağı olacak şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Cerrahi ekip üyeleri, cerrahi prosedürler süresince kritik durumlarda hasta güvenliğini tehdit eden risklerin önlenmesi için rehberler geliştirmelidir (Goldberg ve Feldman, 2012). Cerrahi süreçlerde sağlık bakımı, çalışanları da kapsamakta kullanılan kimyasal maddeler ve solüsyonlar, kan ve kan ürünleri, potansiyel enfekte materyaller çalışanlar için risk oluşturabilmektedir. Çalışanların bu risklerden korunmasına yönelik önlemlerin alınmasına özen gösterilmesi, tüm sağlık bakım çalışanlarının öncelikli sorumluluklarından biri olarak kabul edilmektedir (Nwosu, 2015).

Ameliyathane Çevresinin Düzenlenmesi

Cerrahi hemşireleri gerekli ekipmanın uygunluğunu, kullanıma hazır olduğunu, mekanik ventilatörün çalışıp çalışmadığını kontrol etmelidir. Mekanik ventilatörün yeri, ısı kontrolü, nemi, toz ve ortam partiküllerinden kaynaklanan potansiyel enfeksiyon riskinin kontrol altında tutulması gerekir. Ameliyathanelerde her an devam eden hareketlilik iyi yönetilerek, prosedür öncesi, sırası ve sonrasında zemin, mobilya ve tüm yüzeyler toz ve organik kirlerden arındırılmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

Ekipmanın hazırlanması: Hasta bakımında kullanılan ekipmanlar, talimatlar doğrultusunda korunarak kullanılmalı ve kontrolüne ilişkin kayıt tutulmalıdır. Cerrahi hemşiresi, ekipmanın amacına ve hasta güvenliğine uygunluğunu sağlamak için özel eğitim almalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

Tüm cerrahi prosedürlerde:

- Gerekli tüm ekipman temiz, steril, kullanıma hazır olmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).
- İlaçlar uygun, doğru depolanmış, kontrol edilmiş, etiketlenmiş, prosedür boyunca gerekli kayıtlar tutulmuş olmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).
- Spançılar ve kesici aletler ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında sayılmalı, bunun yanı sıra tüm cerrahi aletler sayılmalı ve kaydedilmelidir (EORNA ve IFPN, 2005). Hemşire tarafından tutulan kayıtlarda kullanılan gazlı bez, malzeme, iğne sayısı, sayımı yapan kişilerin isimleri, sayım sırasında ortaya çıkan farklılıklar eğer sayım yapılmıyorsa bunun gerekçesi yazılmalıdır (Akansel ve ark., 2015).
- Atıklar kesici-delici, kontamine, zararlı atıklar rehberlere uygun olarak kaldırılmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

Cerrahi bakım: Tek kullanımlık aletler bir hasta için kullanılmalı, ikinci bir hasta için tekrar kullanıldığında hastaya zarar verebileceği unutulmamalıdır (EORNA ve IFPN, 2005). Her hastaya kullanılan cihazlar, hastadan hastaya geçerken steril edilmeli ya da en üst düzeyde dezenfekte edilmelidir (EORNA ve IFPN, 2005).

Kayıt ve dokümanlar cerrahi bakım için birer kanıt özelliği taşıdığından, girişim öncesi, sırası, sonrası tüm süreçlerde prosedürün içeriği, ekipman kullanımı ve alınan önlemleri içeren sağlık bakımına ilişkin tüm kayıtlar titizlikle tutulmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005; Khan ve ark., 2009). Hasta transferlerinde hastanın yürütmesi ve hareket etmesi için hastaya komut verilmesinde, hastanın hareket etme yeteneği, bilinç durumu göz önünde bulundurularak güvenli taşıma teknikleri kullanılmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005). Hasta ve çalışan güvenliği açısından, ameliyat edilecek hasta ameliyat masasına en az iki personel ile taşınmalıdır. Hasta bilinçli ise ameliyat masasına kendi kendine geçmesi için komut verilebilir, bunu tek başına yapabilecek durumda değilse kesinlikle personel desteği sağlanmalıdır (Akansel ve ark., 2015).

- **Ameliyat öncesi bakım:** Hasta, odasında ziyaret edilerek soruları yanıtlanmalı, fiziksel ve mental açıdan cerrahiye uygunluğunun yanı sıra tıbbi koşulları değerlendirilmeli, incelemeler yapılmalı, prosedür için onayı alınmalı, ağrı yönetimi, anestezi planı ve taburculuk düzenlenmelerine ilişkin açıklama yapılmalıdır. Tüm bu işlemler öncesinde cerrahi ve anestezi ekip üyeleri arasında görüş birliğinin sağlanmış olması gerekmektedir (EORNA ve IFPN, 2005).

Hasta ameliyathaneye ilk geldiğinde, hemşire kendini tanıtarak ve selamlayarak karşılamalıdır. Cerrahi klinik hemşiresi ile ameliyathane hemşiresi cerrahi güvenlik kontrol listesini birlikte doldurmalıdır. Hastanın saygınlığı tüm cerrahi süreçlerde korunmalı, dil ve iletişim engeli, görme duyma problemleri iyi yönetilmeli, gerektiğinde çevirmen kullanılmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005). Ameliyathanede hasta tanılanırken hastanın kendi adı ve soyadının tarafından söylenmesi kimlik bilgilerinin daha doğru olarak belirlenmesini ve hataların azaltılmasını sağlamada önemlidir (Akansel ve ark., 2015).

Ameliyat başlamadan ve anestezi verilmeden önce, hastanın kimlik bilgileri, aydınlatılmış onam formu, röntgen ve laboratuvar sonuçları, varsa bağırsak hazırlığı ve lens kullanımı gibi özel hazırlıkları, cerrahi uygulanacak bölgenin açıkça işaretlenmesi, alerji kayıtları, cilt değerlendirmeleri, ameliyat öncesi medikasyon uygulaması ve buna ilişkin tutulan kayıtlar, kalp pili ve diğer implantların varlığının sorgulanması ve kaydedilmesi gerekmektedir. Ayrıca gerektiğinde kliper ya da tüy dökücü krem kullanılarak ameliyat bölgesinin tıraşının sağlanması, en son aşamada hastanın son yeme içme durumunun sorgulanması ve kayıt tutulması gerekmektedir (EORNA ve IFPN, 2005). Ameliyattan

altı saat önce katı, iki saat önce sıvı gıdaların tüketimi sonlandırılmalıdır (Khan ve ark., 2009). Ameliyathanede sıklıkla karşılaşılan alerji türleri flaster, lateks ve iyot alerjisi şeklinde görülmektedir. Alerjik reaksiyonların önemli sonuçlar doğuracağı unutulmamalıdır (Akansel ve ark., 2015). Hastanın hastanede, ameliyathanede ve iyileşme sürecinde yataklı birimlerde konfor ve saygınlığı sürdürülmelidir. Hastaya pozisyon verirken özel eğitim almış hemşire tarafından yaralanmaları önleyen, anesteziye uygun, cerrahi erişime izin veren pozisyonlar kullanılmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

Güvenli cerrahi kontrol listesi: Güvenli cerrahi kontrol listesinin istenmeyen olayları önemli ölçüde azalttığı, medikal hataları önlediği bilinmektedir. Bu uygulama bağlamında cerrahi komplikasyonlarda %36'lık bir düşüş, mortalitede %47'lik bir azalma saptanmıştır (Haynes ve ark., 2009). Ameliyat sonrası ciddi komplikasyonlar, ilk bir aylık dönemde gelişen mortalite, reoperasyon, taburculuk sonrası geri kabul edilme ve hastanede kalış süresinde uzama olarak tanımlanmaktadır (Lezzoni, 1994; Weingart, 2000). Güvenli cerrahi kontrol listesinin öneminin bilinmesine karşın, uyum oranının kurumlara göre değişiklik gösterdiği ve %23 ile %98 arasında değiştiği saptanmıştır (Haynes ve ark., 2009; Gillespie ve Marshall, 2015).

- **Ameliyat sırasında bakım:** Anestezi ajanları termoregülasyon merkezini bozduğu için planlanmamış hipotermiye yol açabilmektedir (Bashaw, 2016). Vücut ısı, ısı probu sürekli takılı kalarak görüntülenmeli ve ısı değişiklikleri erken fark edilerek değerlendirilmelidir. Röntgen ve lazer kullanıldığında koruyucu önlemler alınmalı ve özel ölçümler yapılmalıdır. Elektro cerrahi uygulaması özel eğitim ve donanımına sahip cerrahi hemşirelerinin katılımı ile güvenli ve uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Cerrahi prosedür boyunca sürekli olarak VITAL değerlendirmeler yapılmalı, kayıtlar tutulmalıdır. VITAL değişikliklerde, belirtilen sağlık bakımı uygulanmaları yapılmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

Ameliyat prosedürü boyunca özel eğitim almış hemşireler tarafından steril alan kurulmalı ve sürdürülmelidir. Steril zincirin kırılması durumunda hemen müdahale edilmelidir. Cerrahi ekip bone, önlük, eldiven ve diğer aseptik teknikleri uygulamalıdır. Cerrahi insizyon uygulanacak bölgenin cilt temizliğinde uygun solüsyon ile göllenmeyi önleyerek, iyi asepsi sağlanmalıdır. Daha önce var olan bir yara varsa yara örtüsü kullanılarak kapatılmalıdır. Cerrahi ekip aseptik tekniklere uygun olarak cerrahi örtüyü örtmeye özen göstermelidir (EORNA ve IFPN, 2005). Cerrahi prosedürlerde önceden planlanmamış değişikliklerin olması, acil cerrahiler, yüksek vücut kitle indeksi, yanlış hesaplanmış gazlı bez ve aletler, çoklu cerrahi girişimler, iletişimin bozulması gibi durumlar ameliyathanede hasta güvenliğini tehlikeye atan yönetilmesi zor süreçler olarak kabul edilmektedir (Goldberg ve Feldman, 2012).

Acil cerrahilerde ameliyat öncesi sağlık bakımının bir parçası olan, hasta odasında planlanan görüşmeler yapılamamaktadır. Bu nedenle cerrahi ekip prosedür boyunca hastanın savunmasız olduğunu bilerek, hasta güvenliğini tehlikeye atan her durumu önleme sorumluluğunu üstlenmelidir (EORNA ve IFPN, 2005). Ameliyat sırasında yaralanmanın önlenmesi ya da azaltılması için risk altındaki vücut bölgelerinin sözel olarak vurgulanması, tüm cerrahi ekibin dikkatini çekmeyi ve tüm ekip üyelerince hastanın basınç ülserlerinden ve diğer risklerden korunmasını sağlamaktadır (Denver, 2014b). Kemik çıkıntıları basınç ülseri açısından ped yastıklarla desteklenmelidir (Spruce ve Wicklin, 2014). Ameliyat masasına alınan hasta, düşmeleri önlemek için güvenlik kemeri ile bağlanmalıdır (dizlerden 7.5 cm yukarıdan). Kemerler doku iskemisi ya da sinir hasarına yol açmayacak şekilde sabitlenmeli, tüm kemik çıkıntıları travmayı önlemek için destek materyalleri ile desteklenmelidir (Akansel ve ark., 2015). Cerrahi hemşireleri prosedür boyunca kayıtları eksiksiz olarak tutmalı, tüm sağlık bakım süreçlerini (Örneğin, pozisyon verme, basınç ülserleri, ısı probu kullanımı, implant varlığı, drenler ve yara örtüsü, kaç kez ne kadar süre turnike kullanıldığı, elektro cerrahi plak pozisyonu vb.) rapor etmelidir (EORNA ve IFPN, 2005).

Yapılan her uygulamanın kaydedilmesi cerrahi hemşireliği için temel bir boyut olmasının yanı sıra yöneticiler, politika yapıcılar ve finans sorumlularına veri oluşturarak, sağlık bakımının görünürliğini artırmaktadır (Tiusanen ve ark., 2010).

Güvenli cerrahi patoloji örnek yönetim süreci; örneğin alınacağı yerin tanımlanması, sınırlarının belirlenmesi, çıkarılması, isimlendirilmesi, uygun örnek kabında koruyucu solüsyon kullanılarak tespitlenmesi, etiketlenmesi, patoloji laboratuvarına taşınması, tüm süreçlerde örnek bütünlüğünün korunması ve kayıtların eksiksiz olarak tutulmasını içermektedir (Graybill-D'Ercole, 2014). Cerrahi patoloji örneklerinin çıkarılması, patoloji evrakları ile birlikte etiketlenmesi ve dökümanite edilmesi aşamasında gereken önlemler alınmalı ve bu süreçler kalite standartlarına uygun olarak gerçekleştirilmelidir (EORNA ve IFPN, 2005).

- **Ameliyat sonrası ve hasta devredilirken bakım:** Ameliyat sonrası sağlık bakımı, hastanın genel durum ve VITAL takibi, ameliyat sonrası bulantı kusmanın önlenmesi, konfor ve bilinç kontrolünü yine kazanma, cerrahi uygulanan bölgede iç ve dış kanama varlığı, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, cerrahi prosedür hakkında servis hemşiresinin bilgilendirilmesi, etkili ağrı yönetimi, erken ayağa kaldırma ve hareket etmenin sağlanması, erken ağızdan beslenme, geçirilmiş operasyona özel bakım ve tedavi uygulamalarını kapsamaktadır (EORNA

ve IFPN, 2005; Khan ve ark., 2009). Bu aşamada sunulan tüm sağlık bakım uygulamaları kayıt altına alınmalıdır. Kan transfüzyonları eğitilmiş hemşire tarafında dikkatlice takip edilmeli ve hasta istenmeyen olaylar yönünden izlenmelidir. Anestezi uzmanı, servis hemşiresine taburculuk kriterleri konusunda, hasta ile görüşmelerini dikkate alarak bilgilendirme yapmalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

Ameliyathanede hasta güvenliğinin korunması, kaliteli sağlık bakımının temel bir unsuru olmasının yanı sıra hastanın yaralanma riski, sağlık bakımıyla ilişkili komplikasyon ve istenmeyen olayın gelişimi, planlanmamış girişimler, hastanede kalış sürecinde uzama gibi olumsuz durumlarla karşılaşmasını önlemektedir.

Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünü korumaya yönelik uygulamalara uyumun düşük düzeyde olmasının, ameliyat sonrası dönemde ventilatörle ilişkili pnömoni, komplikasyon gelişimi, santral venöz kateterle ilişkili sorunlar ve üriner yol infeksiyonlarının ortaya çıkmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (Fan ve ark., 2016).

Literatürde hasta güvenliği ihlallerinin hatalı sağlık bakım uygulamaları, yönetim ve organizasyon kaynaklı sorunlardan köken aldığı belirtilmektedir (Alfredsdottir ve Bjornsdottir, 2008; Akansel ve ark., 2015). Bu sorunların önlenmesinde; ameliyathane çevresinin iyi yönetimi, gerekli cihaz ve ekipmanın kullanıma hazır tutulması, hasta transferlerinde hastanın vücut bütünlüğünün korunması, mahremiyetine saygı gösterilmesi, kateter, dren ve sondasının çıkmamasına özen gösterilmesi, kayıtların eksiksiz tutulması, ilaç ve diğer sağlık bakım uygulamalarında sözel doğrulama yapmaktan kaçınılması, ekip içi iyi ilişkilerin kurulması büyük önem taşımaktadır. Christian ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada, ameliyathanede hasta güvenliğinin iletişimin bozulması, bilgi eksikliği, rekabet ve artan iş yükü nedeniyle aksadığı saptanmıştır. Oysa ameliyathanede hasta güvenliği kaliteli sağlık bakımı için önemli bir gösterge olmasının yanı sıra hastaların temel yaşam haklarından birini oluşturmaktadır. Cerrahi prosedürler, hastalar ve sağlık bakım ekibi için çok riskli durumları içermektedir. Bazı hastalar çok genç veya yaşlı olmaları nedeniyle erişkinlere göre daha savunmasız olduğundan, hasta güvenliğini sağlamak için özel bakım gerektirmektedir. Cerrahi ve anestezi ekip üyeleri, cerrahi uygulamaların olası risklerini azaltmaya yönelik özel eğitim almalıdır (EORNA ve IFPN, 2005).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün gelişmesi, medikal hataların ve istenmeyen olayların önlenmesi açısından ekip üyeleri arasında iletişim ve ilişkilerin sağlıklı sürdürülmesi gerekmektedir. Ayrıca hastanın, anestezinin etkisinde olduğu her an savunmasız olduğuna inanılarak tüm haklarının korunması, saygınlık ve konforunun sürdürülmesi, komplikasyon ve istenmeyen olayların gelişiminin önlenmesi, kaliteli, kanıt temelli, gereksinime uygun girişimlerin yapılması, tüm aşamalarda eksiksiz ve doğru kayıt tutma süreçlerinin yürütülmesi gerekmektedir.

Ameliyathanelerde hasta güvenliğini riske atan her uygulamanın ayrıntılı olarak ve nedenleriyle birlikte tanımlaması gerekmektedir. Daha sonra güvenli sağlık bakımının önündeki engeller saptanarak, politika, protokol ve rehberlerin geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının iyi eğitilmesi, bilgilerin uygulamaya yansıtılması, uygulamalarının gözlenerek, gerekli iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Yeni bilgilerin izlenmesi, rehber ve protokollerin düzenli olarak güncellenmesi, sağlık bakımının yüksek standartlarda sunulmasına olanak sağlayacaktır.

Ameliyathanede hasta güvenliği acil cerrahiler, planlanmamış girişimler gibi nedenlerle en düşük kalitede sağlandığında bile bu durum kayıtlara yansıtılmalı ve gerekçeleri açıkça yazılmalıdır. Kayıt ve dokümanlar doğru ve eksiksiz tutulmalı, iyi korunmalıdır. Cerrahi güvenlik kontrol listesinin ameliyat odası ve servis hemşiresi tarafından birlikte doldurulması, önemli bir hasta güvenliği uygulaması olarak dikkate alınmalıdır.

Ameliyathanede kaliteli sağlık bakımının vazgeçilmez unsurlarından biri olan cerrahi patoloji örneklerinin güvenli yönetimini sağlamak için özel bir rehber kullanılmalı ve örnek alma, tespitleme, patoloji laboratuvarına taşıma aşamaları kalite standartlarına uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Bu süreçte çalışan güvenliğini koruyucu önlemlerin alınmasına da ayrıca önem verilmelidir.

KAYNAKLAR

Akansel, N., Özkan, S., Yavuz, van Giersbergen, M., Özbayır, T., Taşdemir, N. (2015). Ameliyathanede Hasta Güvenliği. Yavuz Van Giersbergen, M., Kaymakçı Ş. (Ed.). Ameliyathane Hemşireliği, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği Yayını, İzmir, 85-165.

Akgün, S., Al-Assaf, A.F. (2007). How can we create a patient safety culture in health care facilities?, Journal Hospital Management, 11:1-2, 1-8.
<https://doi.org/10.12669/pjms.332.11727>

- Alfredsdottir, H., Bjornsdottir, K. (2008).** Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61:1, 29-37.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x>
- Badir, A., Herdman, E.A. (2008).** Critical care nurses' perceptions of patient safety in Turkey. *J Nurs Care Qual*, 23:4, 375-378.
<https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000336677.56089.24>
- Bashaw, M.A. (2016).** Guideline implementation: Preventing hypothermia. *Aorn Journal*, 103:3, 304-313.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.009>
- Bülbüloğlu, S., Sevin, K., Çakır, S., Eti Aslan, F. (2017a).** Ameliyathanede güvenli cerrahi patoloji materyal yönetimi. *Journal of Health and Nursing Management*, 4:1, 37-42.
- Bülbüloğlu, S., Kapıkıran, G., Eti Aslan, F. (2017b).** Cerrahi Patoloji Örnek Yönetim Sürecinde Hataların İncelenmesi: Bir Meta Analiz. 2. Uluslararası, 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-5 Kasım 2017.
- Carvalho, P.A., Göttems, L.B.D., Pires, M.R.G.M., Oliveira, M.L.C.D. (2015).** Safety culture in the operatingroom of a public hospital in the perception of health care professionals. *Revistalatio-Americana de Enfermagem*, 23:6, 1041-1048.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
- Christian, C.K., Gustafson, M.L., Roth, E.M., Sheridan, T.B., Gandhi, T.K., Dwyer, K., Zinner, M.J., Dierks, M.M.. (2006).** A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery Journal*, 139:2, 159-173.
<https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.07.037>
- Cousely, A. (2015).** Vulnerability in perioperative patients: A qualitative study. *Journal of Perioperative Practice*, 25:12, 246-254.
<https://doi.org/10.1177/175045891502501201>
- D'Addessi A, Bongiovanni L, Volpe A, Pinto F, Bassi P. (2009).** Human factors in surgery: From Three Mile Island to the operating room. *Urol Int*, 83: 249-57.
<https://doi.org/10.1159/000241662>
- De Vries, E., Ramrattan, M., Smorenburg, S., Gouma, D., Boormeester, M. (2008).** The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Health Care*, 17: 216-23.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
- Denver, C.O. (2015a).** AORN mission and vision. In: *Guidelines for Perioperative Practice*. AORN, Inc, 101:5,558-565.
- Denver, C.O. (2014b).** Recommended practices for positioning the patient in the perioperative setting. In: *Perioperative Standardand Recommended Practices*. AORN, Inc, 481-499.
- Dindo, D., Demartines, N., Clavien, P.A. (2004).** Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*, 240, 205-213.
<https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae>
- Fan, C.J., Pawlik, T.M., Daniels, T., et al. (2016).** Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *Journal Am Coll Surg*, 222, 122-128.
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
- Garon, M. (2012).** Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20, 361-371.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x>
- Gawande, T.A. (2009).** Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *Nurse Eng Journal*, 360, 491-499.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>

- Gillespie, B.M., Marshall, A. (2015).** Implementation of safety checklists in surgery: A realist synthesis of evidence. BMC Surg Journal of Implementation Science, 10:137, 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0319-9>
- Goldberg, J.L., Feldman, D.L. (2012).** Implementing AORN Recommended Practices for Prevention of Retained Surgical Items. AORN, Inc, 95:2, 206-219.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.11.010>
- Graybill, D'Ercole, P. (2014).** Recommended practices implementation: Specimen management. AORN Journal, 100:6, 625-35.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.10.012>
- Griffin, F.A., Classen, D.C. (2008).** Detection of adverse events in surgical patients using the trigger tool approach. Quality & Safety in Health Care, 17, 25-38.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025080>
- Hansen, L.O, Williams, M.V, Singer, S.J. (2011).** Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. Health Serv Res, 46, 596-616.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01204.x>
- Haynes, A.B, Weiser, T.G., Berry, W.R., et al. (2009).** A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. Nurse Engl Journal Med, 360, 491-499.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
- International Federation of Perioperative Nurses. (2005).** Guideline for developing standards patient safety. The Clinical Surfaces Journal EORNA and IFPN. <https://www.eorna.eu/attachment/80736/> (Son giriş tarihi 22.01.2018).
- James, J.T. (2013).** A New, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. Journal Patient Safety, 9, 122-8.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a69>
- Khan, S., Gatt, M, Horgan, A., Anderson, I., MacFie, J. (2009).** Guidelines For Implementation of Enhanced Recovery Protocols. Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, Issues in Professional Practice, 1-28.
- Lawson, C., Predella, M., Rowden, A., Goldstein, J., Sistino, J.J., Fitzgerald, D.C. (2017).** Assessing the culture of safety in cardiovascular perfusion: attitudes and perceptions. Perfusion,
<https://doi.org/10.1177/0267659117699056>
- Lezzoni, L.I., Daley, J., Heeren, T., et al. (1994).** Identifying complications of care using administrative data. Med Care, 32, 700-715.
<https://doi.org/10.1097/00005650-199407000-00004>
- Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., et al. (2006).** Operating room team work among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. Journal Am Coll Surgery, 202, 746-752.
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017>
- Mallouli, M., Tlili, M.A., Aouicha, W., Ben Rejeb, M., Zedini, C., Salwa, A., Ajmi, T. (2017).** Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. International Journal for Quality in Health Care, 29:2, 176-182.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw157>
<https://doi.org/10.1186/s13037-014-0053-2>
- Nwosu A. (2015).** The horror of wrong-site surgery continues: report of two cases in a regional trauma centre in Nigeria. Patient Safety Surgery, 9:1, 6.
<https://doi.org/10.1186/s13037-014-0053-2>
- Pimentel, M.P.T., Choi, S., Fiumara, K., Kachalia, A., Urman, R. D. (2017).** Safety culture in the operating room: Variability among perioperative healthcare workers. Journal of Patient Safety, 1-5.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000385>

- Ragusa, P.S., Bitterman, A., Auerbach, B., Healy, W.A. (2016).** Effectiveness of surgical safety checklists in improving patient safety. *Orthopedics Journal*, 39:2, 307-310.
<https://doi.org/10.3928/01477447-20160301-02>
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., et al. (2009).** Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res*, 44:(2 Pt 1), 399-421.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>
- Steelman, V.M., Williams, T.L., Szekendi, M.K., Halverson, A.L., Dintzis, S.M., Pavkovic, S. (2016).** Surgical Specimen Management: A Descriptive Study of 648 Adverse Events and Near Misses. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 140:12, 1390-1396.
<https://doi.org/10.5858/arpa.2016-0021-OA>
- Spruce, L., Van Wicklin, S.A. (2014).** Back to basics: Positioning the patient. *AORN Journal*, 100(3), 298-305.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.004>
- Tiusanen, T.S., Junttila, K., Leinonen, T., Salantera, S. (2010).** The Validation of AORN Recommended Practices in Finnish Perioperative Nursing Documentation. *AORN Inc*, 91:2, 236-247.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.027>
- Turkmen, E., Baykal, U., Seren, S, Altuntas, S. (2011).** Development of patient safety culture scale. *Journal Anatolia Nurse Health Scient*, 14:4, 38-46.
<https://doi.org/10.12669/pjms.332.11727>
- Ugur, E., Kara, S., Yildirim, S., Akbal, E. (2016).** Medical errors and patient safety in the operating room. *Age* 2016, 33:6, 19-50.
- Weingart, S.N., Iezzoni, L.I., Davis, R.B., et al. (2000).** Use of administrative data to find substandard care: Validation of the complications screening program. *Med Care*, 38, 796-806.
<https://doi.org/10.1097/00005650-200008000-00004>