

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTA GÜVENLİĞİ ve TIBBİ HATALAR
ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ
İHLALİ VE TIBBİ HATA TANIKLIKLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tezi Hazırlayan
MUKADDES GÜVEN**

İSTANBUL, 2014

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTA GÜVENLİĞİ ve TIBBİ HATALAR
ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ
İHLALİ VE TIBBİ HATA TANIKLIKLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUKADDES GÜVEN

Öğrenci No:

110746936

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Aday: Mukaddes GÜVEN

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

09/01/2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 110746936 numaralı *Mukaddes GÜVEN*'in "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanımlıkları*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 07.01.2014 tarih ve 2014/01 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (35) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

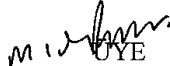
İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN

PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE

YRD. DOÇ. DR. SEBAHATTİN TAŞ


ÜYE

YRD. DOÇ. DR. MEHMET ÖZER DEMİR

Adı ve Soyadı : Mukaddes GÜVEN
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2014
Alanı : İşletme
Anahtar Kelimeler :Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Sağlık Hizmeti, Sağlık Kurumları

ÖZ

HASTA GÜVENLİĞİ ve TIBBİ HATALAR ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ İHLALİ VE TIBBİ HATA TANIKLIKLARI

Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin sağlanarak, tıbbi hataların oluşması önlenmelidir. Sağlık hizmeti sunumu insan vücudunun karmaşıklığı nedeniyle birçok tehlikeleri beraberinde getirmektedir. Bu tehlikeleri en aza indirmek için hasta güvenliği konusunda çalışmalar yapılmış, bu çalışmalarla geri dönüşü mümkün olmayan hataların önüne geçilmesi hedeflenmiştir. İnsanların bilinç ve beklenti düzeylerinin yükselmesi, hasta güvenliğine verilen önemi arttırmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması için, sağlık kurumları, sağlık personeli, hasta ve yakınlarının işbirliği içinde olmaları şarttır. Tıbbi hataları en aza indirmek ve hasta güvenliğinin sağlanması için tıbbi hata nedenleri detaylı şekilde incelenmiştir. Bunun sonucunda alınması gereken önlemlere ait standart uygulamaların belirlenmesinin ve belirlenecek bu standartların istisnasız tüm sağlık hizmet sunucularınca uygulanmasının gerektiğine dikkat çekilmiştir.

Bu çalışmada hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını üstlenen hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hatalara tanık olma oranı ile tıbbi hata raporlanmama nedenlerinin sorgulanmamasının önemi ortaya konulmuştur. Oluşan tıbbi hataların raporlanması ile tıbbi hata nedenleri belirlenerek tekrarlanmaması mümkün olabileceği sonucuna varılmıştır.

Name and Surname : Mukaddes GÜVEN
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Degree and Date : Master, 2014
Major : Management
Key Words :Patient Safety, Medikal Errors, Healt Care, Healt Institutions

ABSTRACT

PATIENT SAFETY AND MEDICAL ERRORS

PATIENT SAFETY BREACH OF THE NURSES WHO WORK IN ANTALYA ATATURK STATE HOSPITAL AND MEDICAL ERROR WITNESSES

Medical errors should be prevented by providing patient safety while giving medical service. Presenting medical service comes with many hazards because of body complexity. Studies about patient safety are made to minimize these hazards and with these studies, irremediable errors wanted to be prevented. Emphasis on patient safety has increased by increasing of the awareness and expectation level of people. For patient safety while presenting medical service to be provided, medical institutions, medical personnel, patient and patient's relative should be in cooperation. Reasons of medical errors are examined in detail to minimize medical errors and provide patient safety. As a result, it is pointed out that standard practices for the needed precautions should be determined and these standards should be applied to all of the medical institutions without any exception.

In this study, importance of not questioning the reasons of not reporting medical error and patient safety breach of nurses who bear important part of the medical services offered given to patient was pointed out. It is concluded that it is possible by reporting the already occurred medical errors, reasons of medical errors could be identified and thus not repeated.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ ve TIBBİ HATA

1.HASTA GÜVENLİĞİ	3
1.1.Hasta Güvenliği Kavramı	3
1.2.Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi	3
1.3.Hasta Güvenliği Amacı	4
1.4.Hasta Güvenliği Kültürü	8
1.5.Hasta Güvenliği ve Akreditasyon	12
2.TIBBİ HATA	17
2.1.Tıbbi Hata Tanımı	17
2.2.Tıbbi Hata Nedenleri	19
2.3.Tıbbi Hatalarda Sınıflandırma	21
2.3.1.Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulanması	21
2.3.2.Hasta ve Yakınları ile Etkin İletişimin Sağlanması	23
2.3.3.İlaç Uygulama Hatası	24
2.3.4.Cerrahi Hatalar	29
2.3.4.1.Yanlış Taraf Cerrahisi	33
2.3.4.2.Yabancı Cisim unutulması	34
2.3.5.Hastane Enfeksiyonları	36
2.3.6.Hasta Düşmeleri	40
2.3.7.Yanlış Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı	42
2.3.8.Sağlık Personeli İletişim Eksikliği	43

2.3.9.Kan Transfzyon Hataları	45
2.4.Tıbbi Hataların Raporlanması	46
2.5.Tıbbi Hataların Önlenmesi İçin Alınabilecek Tedbirler	48

İKİNCİ BÖLÜM

ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ İHLALİ ve TIBBİ HATA

TANIKLIKLARI

1.ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ VE PERSONELİ HAKKINDA TEMEL BİLGİLER	52
1.1.Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Hakkında Temel Bilgiler	52
1.2.Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Personel Hakkında Temel Bilgiler	52
2.ARAŞTIRMA SONUÇLARI, TABLO VE YORUMLARI	53
2.1.Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Uygulama Hata Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Tablo ve Yorumları	53
2.2.Araştırmaya Katılanların Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumlarının Tabloları ve Yorumları	54
2.2.1.İlaç Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	54
2.2.2.Cerrahi Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	54
2.2.3.Tanı Koymada Hataya Tanık Olma Durumu	55
2.2.4.Yanlış/uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Tanık Olma Durumu	55
2.5.Hasta Düşmelerine Tanık Olma Durumu	56
2.2.6.Güvenli Olmayan Kan ve Kan Ürünleri Transfzyonuna Tanık Olma Durumu	57
2.2.7.Yanlış Hastaya İşlem Yapılmasına Tanık Olma Durumu	58
2.2.8.Hastane Enfeksiyonunun Gelişmesine Tanık Olma Durumu	58
2.3.Hasta Güvenliğine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	59
2.3.1.Birimde Yeterli Personel Mevcuttur Diye Düşünenlerin	

Oranları	59
2.3.2.Hasta Güvenliğini Geliştirme Çalışmalarına Katılım Oranları	60
2.3.3.Yaptıkları Hatalardan Suçlanacağını Hissedenlerin Oranları	61
2.3.4.Yapılan Hataların Bölümde Pozitif Değişikliklere Yol Gösterme Oranları	62
2.3.5.Yoğun Çalışma Koşullarında Sağlık Çalışanlarının Birbirlerine Yardım Etme Oranları	63
2.3.6.Kriz Modunda Çalışma Oranları	64
2.3.7.Hasta Güvenliği, Daha Çok İş Yapmaktan Öncelikli Bir İlkedir Diye Düşünenlerin Oranları	65
2.3.8.Nöbet Değişimi Sırasında Hasta Bakımıyla İlgili Bilgilerin Kaybedilme Oranları	66
2.3.9.Hataların Tekrar Oluşmasını Engelleyecek Tedbir Alınma Oranları	67
2.4.Tıbbi Hataların Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	68
2.4.1.İlaç Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmamasını Düşünenlerin Oranları	68
2.4.2.Hasta Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmamasını Düşünenlerin Oranları	69
2.4.3.Hastayla İlgili Alerji Bilgisinin Yokluğunu Oranları	70
2.4.4.İlaç Uygulama Kayıtlarının Doğru Düzenlenmemesini Düşünenlerin Oranı	71
2.4.5.İlaç Uygulaması Sırasında Birimde Meydana Gelen Karışıklık Oranları	72
2.4.6.Uzun Çalışma saatlerinin Olduğunu Düşünenleri Oranları	73
2.4.7.Personel Başına Düşen Hasta Sayısının Çokluğunu Düşünenlerin Oranları	74
2.4.8.Dikkatin Dağılması ve Konsantre Olamama Oranları	75
2.4.9.İlaçların Görünüş ve Okunuş Benzerliğinin Oranları	76
2.5.Cerrahi Hataların Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	77

2.5.1.Ameliyat Tarafının İşaretlenmemesi Oranları	77
2.5.2.Taraf İşaretlemesine Hastanın Katılmadığını Düşünenleri Oranları	78
2.5.3.Ameliyata Başlamadan Önce Ekip Tarafından Hasta, Taraf ve Girişim Doğrulamasının (son kontrol) Yapılmamasının Oranları	79
2.5.4.Kullanılacak Araç Gerecin Bulunmaması/Bozuk Olması Oranları	80
2.5.5.Araç Gerecin Yeterince Kullanımının Bilinmemesini Düşünenlerin Oranları	81
2.6.Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hataların Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	82
2.6.1.Araç Gerecin Bulunmamasını Düşünenlerin Oranları	82
2.6.2.Araç Gerecin Bozuk /Arızalı Olması Olarak Düşünenlerin Oranı	83
2.6.3.Personelin Cihazların Doğru Kullanımını Bilmemesi Olduğunu Düşünenlerin Oranları	84
2.6.4.Gerekli Bakım ve Kalibrasyonu Yapılmamış Cihazların Olduğunu Düşünenlerin Oranı	85
2.6.5.Sterilite/Son Kullanma Tarihi Geçmiş Malzeme Kullanımının Olduğunu Düşünenlerin Oranları	86
2.7.Tıbbi Hata Rapor Etmeme Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	87
2.7.1.Tıbbi Hataya Bağlı Hastaya Bir şey Olursa Sağlık Personelinin Suçlanacağını Düşünenlerin Oranları	87
2.7.2.Tıbbi Hata Yapılması Sonucu Meslektaşları Tarafından Yetersiz Görüleceğini Düşünme Oranları	88
2.7.3.Tıbbi Hataları Rapor Etmenin İstenmeyen Sonuçlarından Çekinenlerin Oranı	89
2.7.4.Hasta ve/veya Yakınlarının Olumsuz Tutum Geliştireceğini Düşünenlerin Oranları	90
2.7.5.Hastane Yönetiminin Hata Nedenini Sistemden Çok	

Bireyde Arayacağını Düşünenlerin Oranları	91
2.7.6.Tıbbi Hata Raporlandığında Sağlık Personelinin Ceza Almaktan Çekindiğini Düşünenlerin Oranları	92
2.8.Sağlık Personellerinin İş Doyumuna İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	93
2.8.1.İşini Severek Yapanların Oranları	93
2.8.2.Çoğu Zaman İşe Gitmekte Zorlananların Oranları	94
2.9.Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	95
2.9.1.Araştırmaya Katılan Çalışanların Yaşlarına İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	95
2.9.2.Araştırmaya Katılanların Mesleki Eğitim Durumlarına İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	95
2.9.3. Araştırmaya Katılanların Meslekte Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	96
2.9.4. Araştırmaya Katılanların Haftalık Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	96
2.9.5. Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Servise İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	97
SONUÇ	98
KAYNAKÇA	102
EKLER	
Ek-1:Anket Formu	109

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo1. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Eğitim Alma Durumu	53
Tablo2. İlaç Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	54
Tablo 3. Cerrahi Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	54
Tablo 4. Tanı Koymada Hataya Tanık Olma Durumu	55
Tablo 5. Yanlış/uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Tanık Olma Durumu	55
Tablo 6. Hasta Düşmelerine Tanık Olma Durumu	56
Tablo 7. Güvenli Olmayan Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonuna Tanık Olma Durumu	57
Tablo 8. Yanlış Hastaya İşlem Yapılmasına Tanık Olma Durumu	58
Tablo 9. Hastane Enfeksiyonunun Gelişmesine Tanık Olma Durumu	58
Tablo 10. Birimde Yeterli Personel Mevcuttur Diye Düşünenlerin Oranları	59
Tablo 11. Hasta Güvenliğini Geliştirme Çalışmalarına Katılım Oranları	60
Tablo 12. Yaptıkları Hatalardan Suçlanacağını Hissedenlerin Oranları	61
Tablo 13. Yapılan Hataların Bölümde Pozitif Değişikliklere Yol Gösterme Oranları	62
Tablo 14. Yoğun Çalışma Koşullarında Sağlık Çalışanlarının Birbirlerine Yardım Etme Oranları	63
Tablo 15. Kriz Modunda Çalışma Oranları	64
Tablo 16. Hasta Güvenliği, Daha Çok İş Yapmaktan Öncelikli Bir İlkedir Diye Düşünenlerin Oranları	65
Tablo 17. Nöbet Değişimi Sırasında Hasta Bakımıyla İlgili Bilgilerin Kaybedilme Oranları	66
Tablo 18. Hataların Tekrar Oluşmasını Engelleyecek Tedbir Alınma Oranları	67
Tablo 19. İlaç Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmamasını Düşünenlerin Oranları	68
Tablo 20. Hasta Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmamasını Düşünenlerin Oranları	69
Tablo 21. Hastayla İlgili Alerji Bilgisinin Yokluğunun Oranları	70
Tablo 22. İlaç Uygulama Kayıtlarının Doğru Düzenlenmemesini Düşünenlerin Oranı	71

Tablo 23. İlaç Uygulaması Sırasında Birimde Meydana Gelen Karışıklık Oranları	72
Tablo 24. Uzun Çalışma saatlerinin Olduğunu Düşünenleri Oranları	73
Tablo 25. Personel Başına Düşen Hasta Sayısının Çokluğunu Düşünenlerin Oranları	74
Tablo 26. Dikkatin Dağılması ve Konsantre Olamama Oranları	75
Tablo 27. İlaçların Görünüş ve Okunuş Benzerliğinin Oranları	76
Tablo 28. Ameliyat Tarafının İşaretlenmemesi Oranları	77
Tablo 29. Taraf İşaretlemesine Hastanın Katılmadığını Düşünenleri Oranları	78
Tablo 30. Ameliyata Başlamadan Önce Ekip Tarafından Hasta, Taraf ve Girişim Doğrularmasının (son kontrol) Yapılmamasının Oranları	79
Tablo 31. Kullanılacak Araç Gerecin Bulunmaması/Bozuk Olması Oranları	80
Tablo 32. Araç Gerecin Yeterince Kullanımının Bilinmemesini Düşünenlerin Oranları	81
Tablo 33. Araç Gerecin Bulunmamasını Düşünenlerin Oranları	82
Tablo 34. Araç Gerecin Bozuk /Arızalı Olması Olarak Düşünenlerin Oranı	83
Tablo 35. Personelin Cihazların Doğru Kullanımını Bilmemesi Olduğunu Düşünenlerin Oranları	84
Tablo 36. Gerekli Bakım ve Kalibrasyonu Yapılmamış Cihazların Olduğunu Düşünenlerin Oranı	85
Tablo 37. Sterilite/Son Kullanma Tarihi Geçmiş Malzeme Kullanımının Olduğunu Düşünenlerin Oranları	86
Tablo 38. Tıbbi Hataya Bağlı Hastaya Bir şey Olursa Sağlık Personelinin Suçlanacağını Düşünenlerin Oranları	87
Tablo 39. Tıbbi Hata Yapılması Sonucu Meslektaşları Tarafından Yetersiz Görüleceğini Düşünme Oranları	88
Tablo 40. Tıbbi Hataları Rapor Etmenin İstenmeyen Sonuçlarından Çekinenlerin Oranı	89
Tablo 41. Hasta ve/veya Yakınlarının Olumsuz Tutum Geliştireceğini Düşünenlerin Oranları	90
Tablo 42. Hastane Yönetiminin Hata Nedenini Sistemden Çok Bireyde Arayacağını Düşünenlerin Oranları	91

Tablo 43. Tıbbi Hata Raporlandığında Sağlık Personelinin Ceza Almaktan Çekindiğini Düşünenlerin Oranları	92
Tablo 44. İşini Severek Yapanların Oranları	93
Tablo 45. Çoğu Zaman İşe Gitmekte Zorlananların Oranları	94
Tablo 46. Araştırmaya Katılan Çalışanların Yaşlarına İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	95
Tablo 47. Araştırmaya Katılanların Mesleki Eğitim Durumlarına İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	95
Tablo 48. Araştırmaya Katılanların Meslekte Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	96
Tablo 49. Araştırmaya Katılanların Haftalık Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	96
Tablo 50. Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Servise İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	97

KISALTMALAR

AADH	: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
AKÜ	: Afyon Kocatepe Üniversitesi
ATÜ	: Atılım Üniversitesi
AÜ	: Ankara Üniversitesi
C.	: Cilt
Çev.	:Çeviren
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
Ed.	:Editör
ERÜ	: Erciyes Üniversitesi
EÜ	: Ege Üniversitesi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GÜ	: Gazi Üniversitesi
HAÜ	: Haliç Üniversitesi
HÜ	: Hacettepe Üniversitesi
İÜ	: İstanbul Üniversitesi
İÜ	: İstanbul Üniversitesi
MÜ	: Marmara Üniversitesi
s.	:Sayfa
S.	: Sayı
SABE	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SÜ	: Selçuk Üniversitesi
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

Çalışma Konusunun Seçimi: Günümüzde sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği ve tıbbi hataların önemi artmıştır. Bireyler, bilinç düzeylerinin artması ile birlikte sunulan sağlık hizmetini sorgulamaya başlamışlardır. Sağlık hizmetinin sunumu, teknolojinin ilerlemesi nedeniyle gün geçtikçe karmaşıklaşmaktadır. Sağlık kurumlarının, hasta güvenliği konusunda gerekli tedbirleri alarak tıbbi hatalara sebebiyet vermemeleri gerekmektedir. Sağlık personellerinin hasta güvenliği konusunda gerekli eğitimi almaları sağlanmalıdır. İnsan hayatına mal olacak kadar önemli olan tıbbi hatalar çalışma konusu olarak seçilmiştir.

Araştırmanın Amacı: Sağlık kurumlarının, sağlık hizmeti sunumları sırasında hasta güvenliğini sağlayarak, bireylerin tıbbi hataya maruz kalmadan hizmet alabilecekleri koşulları yaratmaları gerekmektedir. Günümüzde tıbbi hatalar nedeniyle zarar gören hasta sayısı ciddi rakamlara ulaşmıştır. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi sürecinde sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu çalışmada, Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin, hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hataya tanık olma oranlarının belirlenmesi, sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin ihlalinin ve tıbbi hataların nedenlerine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Çalışma Planı: Bu çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda bilgi verilmektedir. İkinci bölümde, literatür taraması yapılarak oluşturulan hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki anket çalışmasına yer verilmiştir. Anket çalışmasının sonuçları ayrıntılı bir şekilde incelenerek tıbbi hata nedenleri sorgulanmıştır. Hasta güvenliğinin artırılması için alınması gereken önlemler belirtilmiştir.

Çalışmada Kullanılan Metod ve Teknikler: Araştırmada hem tarihi metod ve kaynak tarama tekniğinden hem de alan araştırması metodu ve anket tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmanın evreni; Antalya Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Atatürk Devlet Hastanesi'nde yaklaşık 1500 personel hizmet vermektedir. 2014 yılı

itibariyle sağlık personeli olarak şu anda; 208 uzman hekim, 25 pratisyen hekim, 3 diş hekim, 6 eczacı, 360 hemşire, 145 ebe, 75 sağlık memuru, 25 anestezi teknisyeni, 8 fizyoterapist, 200 tıbbi sekreter ile hizmet vermektedir. Araştırmanın örneklemi ise, hastanenin değişik servislerinde görev yapan ve anketi doldurmak isteyen 200 hemşireden oluşmaktadır.

Çalışmada Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Hemşirelerin alışma şekli vardiyalı ve yorucu olduğu için çalışanların hepsine ulaşılamamıştır. Araştırmada, anket doldurmada isteksizlik ve bıkkınlık sebebiyle anket uygulaması sırasında zorlanılmış, dağıtılan bazı anketlerin geri dönüşü olmamıştır. Ortalama bir aylık sürede 200 kişi ile anket yapılabilmiştir.

Çalışmanın Başlıca Varsayımlar:

- i-En çok tanık olunan tıbbi hata, ilaç hatalarıdır.
- ii-Tıbbi hataların en önemli nedeni personel başına düşen hasta sayısının fazla olmasıdır.
- iii- Taraf işaretlemeinin yapılmaması en önemli cerrahi hata nedenidir.
- iv-Tıbbi hata raporlamasının yapılmamasının en önemli nedeni, sağlık personelinin suçlanılacağının düşünülmesidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ ve TIBBİ HATA

1.HASTA GÜVENLİĞİ

1.1.Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlık hizmetleri, insan hayatı ile ilgili olduğu için hata kabul etmeyen bir alandır. Hatasız ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temeli hasta güvenliğine dayanmaktadır. Sağlık kuruluşlarının sağlık hizmeti sunumunda öncelikle hasta güvenliğini sağlamaları gerekmektedir. Sağlık kurumları, hasta güvenliğini sağlamak için, gerekli çalışma prosedürlerini oluşturmalıdır. Oluşturulan prosedürler hakkında çalışan sağlık personelleri eğitilmeli ve sağlık çalışanlarının uygulamaları kontrol edilmelidir. Hasta güvenliği sağlanmadan sunulan sağlık hizmetlerinde birçok tıbbi hata meydana gelecektir. Tıbbi hataların oluşmaması için hasta güvenliğinden ödün verilmemelidir.

Sağlık hizmeti sunumu insan vücudunun karmaşıklığı nedeniyle birçok tehlikeleri beraberinde getirmektedir. Tehlikeleri minimize etmek için hasta güvenliği konusunda çalışmalara başlanmıştır. Bu çalışmalar ile geri dönüşü mümkün olmayan hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir. İnsanların bilinç ve beklenti düzeylerinin yükselmesi, hasta güvenliğine verilen önemi arttırmıştır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurum ve kişilerin de hasta güvenliğini artırma zorunluluğu oluşmuştur. Hasta güvenliği kavramı önce zarar verme ilkesi üzerine kurulmuştur. Yapılan hatalar incelenerek, aynı hataların tekrarlanmaması için gerekli önlemler alınmış ve iyileştirmeler yapılmıştır.

1.2.Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmeti hastaya faydalı olabilmek için sunulmaktadır. Ama gerekli tedbirler alınmaz ise faydadan çok zararlı hale dönüşebilir. Tıp bilimi sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. “Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının

önlenmesi veya azaltılması olarak tanımlanmaktadır.”¹Her hastalık hastaya göre farklılıklar gösterebilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda sağlık personelinin tecrübe ve sezgileri önem kazanmaktadır. Bu tecrübe ve sezgiler hasta güvenliği tedbirleri ile desteklenir ise hastanın göreceği fayda artmaktadır.

1.3.Hasta Güvenliği Amacı

Sağlık hizmeti sunumunda amaç, hastanın herhangi bir zarar görmeden maksimum faydayı almasının sağlanmasıdır. Bunun sağlanabilmesi için yaşanan hatalar kayıt altında toplanmalı ve hataların tekrarlanmaması için gerekli önlemler alınmalıdır. Hasta güvenliği sağlanmaz ise hastaların tıbbi hataya maruz kalma oranı artacaktır. “Hasta güvenliği amacı, süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek yeniden tasarımlar yapmak ve hatalar hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır.”² Sağlık hizmeti sunumu süreçler topluluğudur. Bu süreçlerde gerekli standartlar belirlenmelidir. Hizmet sunumu da bu standartlar ışığında gerçekleştirilmelidir. Hatalar oluşmuş ise hataların raporlanması sağlanmalıdır. Hata raporları incelenerek, hataların tekrar oluşmaması için gerekli tedbirler alınabilecektir. Böylece hasta güvenliği maksimum seviyeye çıkartılacaktır.

Yapılan çalışmalarda tıbbi hataların karşılaşıma oranlarının ne kadar yüksek olduğu göz önüne serilmiş ve hasta güvenliğinin önemi artmıştır. “Institute of Medicine yayınladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununu gözler önüne sermiştir. Bunlar: Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite sorunudur. Bu rapora göre ABD’ de her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır.”³ Institute of Medicine

¹ E. Gülkaya, Hacettepe Üniversitesi(HÜ) Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri, HÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü(SABE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2009, s.12

²T. Tansüyer, Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Gazi Üniversitesi (GÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi(YYLT), Ankara, 2010, s.8-9

³S.K. Gündoğdu, Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi (HAÜ), Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), YYLT, İstanbul, 2010, s.15-16

yaptığı araştırma ile, sağlık hizmeti sunumunda, tıbbi hataların ne kadar sık yapıldığına dikkat çekmiştir. ABD’de her yıl tıbbi hatalar nedeni ile 98000 kişinin öldüğünü belirlemiştir. Bu rakam da tıbbi hataların nedeniyle binlerce kişinin ölümünün gerçekleştiğini ortaya çıkarmıştır. Tıbbi hata sebepleri incelendiğinde, sorunun büyük kısmının sistem hatalarından kaynaklandığı görülmüştür. “ Institute of Medicine 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır:

- **Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği):** Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma
- **Etkili bir sağlık hizmeti:** Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi.
- **Hasta-odaklı sağlık hizmeti:** Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti.
- **Zamanında verilen sağlık hizmeti:** Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik).
- **Verimli sunulan sağlık hizmeti:** İsrafın önlendiği, maliyet-etkin bir sağlık hizmeti sunumu.
- **Eşit dağılım:** Sunulan sağlık hizmetinin, kalitesinin, ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.”⁴

Sistem kaynaklı nedenler bulunmalı ve sistemin iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Institute of Medicine yaptığı araştırma sonucunda sağlık hizmetlerinde hangi konularda iyileştirme yapılması gerektiğini açıklamıştır. Öncelikle hasta güvenliğinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Hasta güvenliği sağlanmadan kaliteli sağlık hizmeti sunmak mümkün değildir. Hasta güvenliği sağlanmadan sunulan sağlık hizmetinde hastaya faydadan çok zarar verilebilmektedir. Örneğin kimlik doğrulaması yapılmadan hasta ameliyata alınır ise hasta geri dönüşü mümkün olmayan tıbbi hataya maruz kalacaktır. Hastalara bilimsel doğrular ışığında gerekli

⁴H.E. Akalın, “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt (C.) 5, Sayı (S.) 3, Ankara, 2005, s.141

sağlık hizmeti sunulmalıdır. Hastanın şikayetleri doğrultusunda tetkik ve tedavi uygulanmalıdır. Sadece mide ağrısı şikayeti olan hastaya beyin tomografisinin istenmesi gereksiz tetkik isteme örneğidir. Hasta sağlık hizmeti sunumuna dahil edilmeli, tercih ve değer yargılarına önem verilmelidir. Hastanın sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Hastaya gereksiz tetkik ve tedaviler uygulanmamalı, maliyet artışı engellenmelidir. Ülkedeki her hastanın aynı sağlık hizmet kalitesine sahip olması sağlanmalıdır.

Hasta güvenlik ihlallerine neden olabilecek faktörler için gerekli önlemler alınarak hasta güvenliği sağlanmalıdır. Hasta güvenlik ihlallerine neden olabilecek faktörler aşağıda sıralanmıştır.

- “Çalışanlara bağlı faktörler
 - Yorgunluk
 - Motivasyon
 - Fiziksel ve ruhsal sağlık
- Hastalara bağlı faktörler
 - Hastanın içinde bulunduğu durum
 - İletişim sorunları
 - Kişilik yapısı ve sosyal faktörler
- İşlemlerle ilgili faktörler
 - Protokol olmaması
 - Tetkik sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliği
- Takım ile ilgili faktörler
 - Vardiya değişikliği sırasında yazılı veya sözlü iletişim
 - Hasta bakımı sırasında yazılı veya sözlü iletişim
 - Kriz anında yazılı veya sözlü iletişim
 - Takım yapısı ve liderlik
- Eğitim ve deneyim
 - Bilgi, yetenek ve yeterlilik
 - Denetim ve yardım isteme
 - Kabul edilmiş protokollerin izlenmesi
- Kuruma bağlı faktörler
 - İnsan kaynağı

-Alt yapı ve teknoloji

-Zaman baskısı”⁵

Yeterli sayıda personel istihdamı sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti sunumu, sürekli dikkat gerektiren bir sektördür. Hizmet sunulan kesim hasta ve yakınları olduğu için sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi artmaktadır. Uzun süren çalışma saatleri çalışanları fiziksel ve psikolojik olarak yormaktadır. Bu etmene az sayıda personelle hizmet sunumu eklenince personelin motivasyonu düşmektedir. Fiziksel ve ruhsal sağlıkları da bozulmaktadır. Sağlık çalışanlarının empati yeteneği yüksek olmalıdır. Hastaların içinde bulundukları durumu ve kişilik yapılarını anlayarak etkili iletişim kurmaları gerekmektedir. Hastaların da sağlık personeli ile iletişime açık olmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının istek ve uyarılarını dikkate almalıdırlar. Gerçekleştirilen işlemler ile ilgili kurum tarafından çalışanların katılımı ile protokoller oluşturulmalıdır. Böylece hizmet sunumunun bir standardı olur ve hata olasılığı azaltılır. Oluşturulan protokoller yazılı olmalıdır. Çalışan personeller protokoller hakkında bilgilendirilmelidir. Kurumların sadece protokol oluşturması sağlık personellerinin protokollere uymalarını sağlamaz. Sağlık kurumları, personellerinin çalışmalarını haberli ve habersiz denetlenmelidir. Bu denetimler düzenli yapılır ise personeller bir süre sonra alışkanlık kazanacak ve protokol dışında çalışmayacaklardır. Tetkik sonuçlarının güvenilirliği için sağlık personellerinin düzenli eğitimi sağlanmalı ve cihaz kalibrasyonları zamanında yapılmalıdır. Sağlık ekibinin takım ruhunda çalışması gerekmektedir. Hasta ve nöbet tesliminde, gerekli bütün bilgiler ekip çalışanları tarafından birbirlerine sözlü ve yazılı aktarılmalıdır. Aktarılmayan bilgiler nedeniyle hasta güvenliği ihlalleri yaşanmış ise çalışan tüm personel ile paylaşılmalıdır. Çalışan personeller yaşanmış somut örnekler olunca bilgi aktarımının önemini daha iyi anlayacak ve daha dikkatli olacaktır. Sağlık sektörü sürekli yeniliklerin yaşandığı bir sektördür. Bu yüzden hizmet içi eğitim programları ile gerçekleşen değişiklikler personel ile paylaşılmalıdır. Kurumlar, yeterli sayıda ve profesyonel sağlık personellerinin çalışmasını sağlamalıdırlar. Sağlık hizmeti sunumunda çalışanların yeterliliği çok önemlidir. Çalışanlara bilgi

⁵A.Çakır, Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemleri Arasındaki İlişkinin Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ), SBE, YYLT, İzmir, 2007, s. 143-144

eksikliği hissettikleri konular sorularak kurum tarafından eğitim planları oluşturulmalıdır. Yapılan eğitimler ile sağlık personellerinin bilgileri tazelenmeli ve eksiklikleri giderilmelidir. Çalışanlar denetlenmeli ve gerektiğinde yardımlaşmaları sağlanmalıdır. Sağlık personellerine yardım isteyebilecekleri şartlar oluşturulmalıdır. Personeller, yardıma ihtiyaçları olduğunda kime başvurarak yardım isteyebileceklerini bilmelidirler. Örneğin cerrahi servis nöbetinde aynı anda beş hasta yatışı olmuştur. Nöbetçi olan iki hemşirenin servisin mevcut işleri ve yeni yatan beş hastaya yapılması gereken işlemleri zamanında yapması mümkün değildir. Bu durumda kimden yardım isteyebileceklerini sağlık kurumlarının oluşturduğu işleyiş talimatı ile bilmelidirler. Nöbetçi hemşireler yardım isteyerek hastaların tetkik ve tedavilerini zamanında yapabilecekler ve hastaların hasta güvenliğini sağlamış olacaklardır. Sağlık kurumlarının son teknolojiyi de takip etmeleri gerekmektedir. Teknolojinin gerisinde kalmak tıbbi hata oranını arttırmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda sürekli zaman ile yarışılmaktadır. Bu nedenle hata riski de çoğalmaktadır.

1.4.Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık kuruluşunda hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır. “Risk faktörünün yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe, güçlü hasta güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir.”⁶ Sağlık sektöründe risk faktörünü azaltarak, hastaların tıbbi hatalara uğramalarını önleyebilmek için, hasta güvenlik kültürleri oluşturulması gerekmektedir. Bu süreçte hastane çalışanlarının her biri yer almalıdır. “Hasta güvenliği kültürü ile yapılması gereken çalışmalar ve programlar aşağıda belirtilmiştir.

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktiviteler belirlenmelidir.
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratılmalıdır.

⁶ A. Özkan, Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi, Marmara Üniversitesi(MÜ), SABE, Yayınlanmamış Doktora Tezi(YYDT), İstanbul, 2012, s.12

- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebileceği bir çevre yaratılmalıdır.
- Hasta güvenliği konusuna kurumca kaynak ayrılmalıdır.
- Hasta güvenliği kültürünün yaratılabilmesi ve kalıcı olabilmesi için liderlik yapılmalıdır.”⁷

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için öncelikle sağlık hizmeti sunumunun risk haritası oluşturulmalıdır. Hangi konularda hatalar yapılabilir belirlenmelidir. Belirlenen hata kaynaklarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Çalışanlar genellikle yaptıkları hataları paylaşmaktan korkmaktadırlar. Yapılan hataların korkusuzca paylaşılabildiği çalışma ortamı sağlanmalıdır. Yapılan hataların analiz edilmesi, aynı hataların tekrarlanmasını önleyecektir. Riskli uygulamalarda, gerekli çözümlerin üretilebileceği çevre koşulları sağlanmalıdır. Hastane yönetimi, hasta güvenliği için kaynak ayırmalıdır. Hasta güvenliğinin kalıcı olması için gerekli liderlik yapılmalıdır. Hasta güvenliği konusunun her çalışan tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ilan etmelidir. Bu bir ekip çalışmasıdır. Ekip üyelerinin hepsinin katılmaması hasta güvenliğinin oluşmasını engelleyecektir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının çalışanlara yaptığı katkılar paylaşılmalıdır. Çalışanlar hasta güvenliği konusunda aktif görevler almalıdır. Böylece sorunun nedenleri ve çözümleri konusunda söz sahibi olacaklardır.

Hasta güvenliği kültürünün sağlık kurumlarında yerleştirilebilmesi için çalışanlara eğitimler verilmelidir. Hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi ve uygulanmasında önemli role sahip olan hemşireler için eğitim verilmesi önerilen bazı konular aşağıda belirtilmiştir.

- “Etik-şeffaflık ve açık sözlülük
- Sağlık hizmetinde hatalara önleyici yaklaşım
- Hataların belirlenmesi
- Hataların bildirilmesi ve izlenmesi
- Hatalardan ders alarak öğrenme

⁷H.E.Akalın, “Hasta Güvenliği Kültürü”, Sağlıkta Nabız Dergisi, C.7, S.25, s.13;
<http://www.nabizdergisi.org/pdf/25Sayi.pdf> (04.03.2013)

- Personel sayısı/dağılımı ve tıbbi hatalar
- Teknoloji ve tıbbi hatalar
- Hasta güvenliğine yönelik hastaların eğitimi”⁸

Yeni uygulamaların kabullenilmesi zordur. Genellikle oluşturulan yeni uygulamalar tepki ile karşılanır. Uygulamaya geçmede isteksizlik olur. Bu eğitimler ile tıbbi hatalar ve hasta güvenlik kültürünün oluşmasının önemi hemşirelere anlatılacaktır. Hemşireler, sağlık hizmeti sunumlarındaki yanlış ve eksiklikleri göreceklerdir. Verilen eğitimler ile daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaya başlayacaklardır. Hasta güvenliği kültürü oluşumunun faydalarını öğrenen personel bu konuda çalışmaya gönüllü olacaktır. Hemşirelerin hata kaynağı olarak gördükleri eksiklikleri yönetim ile paylaşmaları sağlanmalıdır. Örneğin endokrinoloji kliniğinde yatan hastaların ara öğünleri zamanında verilemiyor ise çalışan personel bu durumu hastane yönetimine bildirmelidir. Yönetim tarafından hastaların ara öğünlerinin zamanında dağıtılmama nedenleri tespit edilerek çözüm üretilecektir. Ancak çalışan hemşireler zamanında dağıtılmayan ara öğünleri bildirmezse diyabeti olan hastaların kan şekerleri regülasyonları için geçen zaman uzayabilecektir. Bu neden ile hasta güvenliği ihlali yaşanacaktır. Hemşirelere verilen eğitimler ile şeffaf ve etik sağlık hizmetinin sunumu sağlanacaktır. Tıbbi hataların oluşmaması için önleyici yaklaşımın önemi anlatılacaktır. Hatalar belirlenerek hata raporlamaları yapılmalı, hatalardan gerekli dersler alınarak aynı hataların tekrarlanması önlenmelidir. En etkin öğrenme şekli tecrübelerdir. Hastanede hasta güvenliği ihlali yaşandığında bütün personel ile paylaşılmalıdır. Örneğin kimlik doğrulama yapılmadığından hastaya yanlış kan takılmıştır. Bu olay diğer hastane personeli ile paylaşarak kan takılmadan önce kimlik doğrulamanın önemi daha da arttırılmış olacaktır. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının hızlandırılması için insan kaynakları yönetimine verilen önemin arttırılması gerekmektedir. Personelin adaletli dağıtımı sağlanmalıdır. Servislerde çalışan hemşire sayıları belirlenirken, serviste yatan hasta sayıları ve servislerin iş yoğunluğu göz önüne alınmalıdır. Örneğin otuz yataklı bir servis ile on beş yataklı bir serviste çalışan hemşire sayısı eşit olmamalıdır. Personele hizmet ettikleri alanlara göre eğitimler verilmelidir. Sağlık Bakanlığının

⁸Tansüyer, s.15

açtığı sertifika kurslarına katılımları sağlanmalıdır. Örneğin bebek yoğun bakım ünitesinde çalışan her hemşirenin sertifika alması sağlanmalıdır. Böylece çalışan personelin yeterlilik düzeyi arttırılarak hasta güvenliği sağlanır. Hasta güvenliği konusunda hasta ve yakınlarının eğitimi sağlanmalıdır.

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında hasta ve hasta yakınlarının da bu sürece dahil edilmesi gerekmektedir. Böylece hasta güvenliği kültürünün hastalar tarafından da sahiplenilmesi sağlanacaktır. Bunun için yapılması gerekenler aşağıda belirtilmiştir.

- “Hasta güvenliği konusunun kurumsal kültürde yer alabilmesi ve bu konudaki uğraşların başarılı olabilmesi için hastaların da hasta güvenliği konusuna katkıda bulunmaları gerekir.
- Hasta ve yakınlarının hasta güvenliği vizitlerinde yer almaları, kurulan komitelerde bulunmaları, hasta güvenliğini iyileştirmek için başlatılan uygulamaların izlenmesinde rol almalarının sağlanması yararlı olabilir.
- Tıbbi hataların hasta ve yakınlarına bütün açıklığı ile bildirilmesinin doktor değişikliğine neden olmadığı, hasta memnuniyetini, güvenini arttırdığı ve olumlu duygusal reaksiyona yol açtığı saptanmıştır”⁹ Hasta ve yakınlarının dahil edilmediği bir ortamda hasta güvenliği kültürü oluşturmak zorlaşmaktadır. Örneğin hasta ve yakınları eğitilmeden hasta düşmeleri engellenemez. Hasta ve yakınlarının hasta güvenliği kültürü oluşumuna dahil edilmeleri ile, çalışan personelin göremediği eksiklik ve aksaklıkların görülmesi sağlanabilir. Hasta ve yakınları, daha güvenli sağlık hizmetini nasıl alabilecekleri konusunda fikirlerini bildirirler. Hasta ve yakınlarının gözlem ve tecrübeleri sistemin daha iyi işlemesini sağlayacaktır. Böylece çalışan, hasta ve yakınlarının da katılımı ile daha etkin hasta güvenliği kültürü oluşturulabilir. Tıbbi hataların hasta ve yakınları ile paylaşılması sonucu hekime olan güvenin arttığı saptanmıştır.

Sağlık kurumları belirli aralıklar ile hasta güvenliği kültürünü değerlendirmelidirler. Bu değerlendirmeler ile aşağıda belirtilen faydalar sağlanacaktır:

⁹H.E. Akalın, “Değişim: Hasta Güvenliği Kültürü Yaratma” Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Ed:M. Çakmakçı, H.E. Akalın, Ankara, 2011, s.80

- “İyileştirme yapılacak alanları belirlemek ve hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı artırmak için güvenlik kültürünü teşhis etmek.
- Hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek.
- İçsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapmak.
- Direktifleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek.”¹⁰

Hasta güvenliği kültüründe sürekli gelişme ve yenilenmeye dayanmaktadır. Bu nedenle mevcut hasta güvenliği kültürü, belirli zamanlarda değerlendirilmeli, eksik alanlar tespit edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Sağlık kuruluşu, hasta güvenliği konusunda kurum içi ve kurum dışı kıyaslama imkanı bulur. Yapılan değerlendirme sonucunda, hasta güvenliği kültüründe sağlanan gelişmenin farkına varılması sağlanır. Yapılan değerlendirme ile direktifler yerine getirilerek gerekli düzenlemeler yapılacaktır. “Güvenlik kültürü için; sağlık bakımı çalışanlarının mevcut veya olası hataları, cezalandırılma korkusu olmadan raporlayabilmeleri ve tutarlı, açık iletişimsağlanması gereklidir.”¹¹ Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünü yerleştirip devamlılığını sağlayabilmek için, yapılan hataların çalışanlar tarafından raporlanabildiği çalışma ortamının oluşturulması gerekmektedir. Çalışanlar yaptıkları tıbbi hata raporlamaları sonucunda cezalandırılmayacaklarına inanmalıdırlar.

1.5.Hasta Güvenliği ve Akreditasyon

Sağlık hizmeti sunumunda, bireylere zarar verebilecek hataların önceden belirlenebilmesi ve önlenebilmesi için, sağlık kuruluşlarına ve çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Sağlık kurumu akreditasyon ile, hizmet kalitesini yükseltecektir. Akreditasyon işlemi hasta odaklı ve sürekli iyileştirmeyi hedeflemektedir. “Sağlık sektöründe akreditasyon, çoğunlukla devlete bağlı ve sağlık kuruluşu olmayan bir birimin; sağlık kuruluşlarının bakım ve yönetim kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir standartlar serisini karşılayıp karşılamadıklarını

¹⁰ B.A. Turasan, Bir Psikiyatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi, Ege Üniversitesi (EÜ), SABE, YYLT, İzmir, 2010, s.38

¹¹ E.Fliz, Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi(SÜ), SABE, YYLT, Konya, 2009, s.13

belirlemek amacıyla, kuruluşları değerlendirmeye tabi tuttuğu süreçtir.”¹² Akreditasyon değerlendirmesi yapan kuruluşun sağlık hizmetleri sunmaması gerekmektedir. Böylece tarafsızlığından şüphe edilmeyecektir. Akreditasyon sağlık kuruluşlarının bakım kalitelerini yükseltmelerine ve tescillemelerini sağlamaktadır. Bireyler akreditasyon belgesine sahip sağlık kuruluşlarından hizmet almayı tercih edeceklerdir.

Farklı bir akreditasyon tanımı yapacak olur isek, “önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreçtir. Sağlık organizasyonunda akreditasyon, ölçülebilir ve tarafsız hazırlanmış standartlara göre, iç organizasyonun performansını ölçen bir dış değerlendirme olarak tanımlanır. Akreditasyonda zaman sınırlıdır ve aralıklı olarak yeniden değerlendirilir. Akreditasyon yalnız geliştirme değil, aynı zamanda devamlı bir iyileştirme sürecidir.”¹³ Akreditasyon ile sağlık kuruluşları belirli aralıklar ile tekrar değerlendirilmektedir. Sağlık kuruluşu akreditasyon ile devamlı iyileştirme sürecine dahil olmaktadır. “Akreditasyonda, akredite eden kuruluş standartları oluşturmakta ve akredite edilecek olan kuruluşun bu standartları minimum düzeyde de olsa yerine getirdiğini onaylamaktadır.”¹⁴

“Akreditasyonun temel amaçlarını sıralayacak olursak;

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,

¹² A.Yıldız, Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları, Hacettepe Üniversitesi (HÜ), SABE, YYLT, Ankara, 2010, s.44

¹³ D.N. Özüçelik, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri’nde Yapılan Akreditasyon Çalışmalarına Doğrudan Katılan ve Katılmayan Personelin Bilgilerinin Değerlendirilmesi, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2010, s.4

¹⁴ F. Karabulut, Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması, DEÜ, SBE, YYLT, İzmir, 2009, s.116

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak.”¹⁵

Akreditasyon ile mevcut sağlık kuruluşlarının yönetim yapısının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda görev almakta olan kurum ve sağlık çalışanlarına danışmanlık sağlanarak hizmet kaliteleri yükseltilmektedir. Sağlık kuruluşlarının karşılaştırılabileceği veri tabanı oluşturulmalıdır. Yapılan denetim ve iyileştirmeler ile halkın sağlık hizmetine güveni arttırılmaktadır. Oluşturulan prosedürler ile hasta ve sağlık çalışanlarının; yaralanma ve enfeksiyon riski düşürülmektedir. Akreditasyon işlemi sağlık kurumuna fayda sağlamaktadır. Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

- “Tam ekip çalışması ve ekip içi tutarlılık: Profesyonel gruplar, uzmanlık birimleri, klinik ve destek hizmetleri, yöneticiler ve klinisyenler arasında daha fazla işbirliği,
- Politikaların revizyonu: Kurumun belirlemiş olduğu politikaların standardizasyonu ve geliştirilen klinik ve idari prosedürlerle ilgili iç görüşmeler,
- Sürekli kalite gündeminin kuruma entegrasyonu: Sağlık kuruluşunda çalışan farklı uzmanlık bilgi ve becerisine sahip personelin kalite faaliyetleri ile becerilerini bir araya getirmeye yönelik çalışmalar,
- Standartların başarılmaması: Akreditasyona uygun olmayan durumların belirlenmesi ve faaliyetlerin düzeltilmesi için öz-değerlendirme yapılması,
- Dış ağ: Diğer hastanelerdeki deneyimli personelle veya akreditasyon belgesini almış kurumlarla görüşerek akreditasyon denetimine

¹⁵O.Yetginlioğlu, Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli BirUygulama, Selçuk Üniversitesi(SÜ), SBE, YYLT, Konya, 2009, s.84-85

hazırlanırken geçirilen zamanı öğrenmek ve iyi uygulamalarla kıyaslama yapabilmek,

- Pazarlama, reklam: Sağlık kuruluşunun toplumdaki imajını arttırma ve alıcılarla personeli çekme fırsatı sağlamak olarak sıralanmaktadır.”¹⁶

Akreditasyon ile sağlık hizmeti sunumunda çok önemli olan ekip çalışması güçlendirilmektedir. Böylece sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapma oranı düşürülerek hasta güvenliği sağlanmaktadır. Kurumca belirlenen prosedürlerin tüm kurumda aynı şekilde uygulanması sağlanmaktadır. Kaliteli hizmeti sürekli geliştirmek için bütün çalışanlar ile iş birliği yapılmaktadır. Kurumun mevcut çalışma prosedürlerini değerlendirerek uygun olmayanların değişmesi sağlanmaktadır. Akreditasyon belgesine sahip diğer sağlık kuruluşu çalışanları ile görüşülerek onların bilgi ve tecrübelerinden yararlanılmasını sağlamaktadır. Akreditasyon belgesine sahip olmak, hasta ve nitelikli sağlık personelinin sağlık kurumunu tercih etme sebebinin doğurmaktadır. Hasta kaliteli sağlık hizmeti alabileceği sağlık kurumunu tercih etmektedir. Çalışan için ise kaliteli sağlık hizmeti sunabileceği bir sağlık kurumunda nitelikli personel ile çalışmak istemektedir. Akreditasyonun hasta ve yakınlarına sağlayacağı faydalar aşağıda belirtilmiştir.

- “Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içermesi,
- Hastalara yapılan tüm uygulamaların uygulayıcı dışında yetkin uzmanlarca denetlenmesi,
- Tedavi amaçlı tüm girişimlerde hastaya zarar verebilecek etkileşimlerin denetlenmesi ve önlenmesi,
- Birden çok uzmanlık dalının aynı hastaya aynı anda müdahale edebilmesi için sistem oluşturması,
- Hastaya sunulan hizmetlerin tümü hakkında hasta ve ailesinin tam olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınması,
- Hasta ve ailesinin hastane içinde bulunduğu süre içerisinde mal ve can emniyetinin tam olarak sağlanması,

¹⁶ N.Akyurt, Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi (İÜ), SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), İstanbul, 2007, s.23

- Hizmet sunan tüm kadroların ehliyet sahibi olduklarının resmi makamlarca onaylanmasını takiben yetkilendirilmesi,
- Hasta ve ailesinin sağlıkla ilgili tüm konularda eğitimine katkı sağlanması,
- Sağlık hizmeti sunan tüm kadroların sürekli mesleki eğitimlerinin yaptırılması,
- Sağlık hizmetinin sunumuna yönelik çevre kurum ve kuruluşlar ile resmi işbirlikleri oluşturulması,
- Afet ya da kriz anlarında en geniş kitlelere emniyetle hizmet sunabilecek önlemleri önceden alması,
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm ekipman ve tıbbi malzemelerin kullanım için emin olduğunu resmen belgeleyerek sağlaması.”¹⁷

Bireyler sağlık hizmeti alır iken, farklı hastane ve doktorlara başvurdıklarında rahatsızlıkları için önerilen tedavi yöntemleri değişebilmektedir. Bireyler hangi hastane ve doktorun önerisini uygulamaları gerektiği hakkında karar vermekte zorlanmaktadırlar. Hastane ve doktorların hangisinin daha kaliteli hizmet sunduğunu bilememektedirler. Akreditasyon ile sağlık kuruluşlarında uygun malzeme ile yeni teşhis tedavi yöntemlerinin kullanıldığının, hizmet sunan personelin işlerinde uzman olduğunun, kurumların afet ve kriz yönetiminin oluşturulduğunun, hizmet alan bireylerin can ve mal güvenliğinin sağlandığının, kullanılan tıbbi malzemelerin kullanıma uygunluğunun, hizmet kalitesini arttırmak için gerekli süreçlerin oluşturulduğunun denetimi yapılmaktadır. Oluşturulan süreçlerde, sağlık personelinin mesleki eğitim alması sağlanmaktadır. Ayrıca hastalara yapılan işlemler hakkında bilgi ve eğitim verilmesi sağlanmaktadır. Akreditasyon ile sağlık kurumu hizmet kalitesini belgelendirecek, birey de kurumun kalitesi hakkında bilgi sahibi olabilecektir.

¹⁷ Y. Özatkan, Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği, GÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2008, s.92

2. TIBBİ HATA

2.1. Tıbbi Hata Tanımı

Sunulan sağlık hizmetleri sırasında, karşılaşılabilecek 3 olasılık vardır. Bunlar; hastanın iyileşmesi, durumunda hiçbir değişiklik olmaması ve kötüye gitmesidir. Hastanın durumunun kötüye gitmesini sebebi her zaman tıbbi hataya bağlanamaz. Bazen her şey doğru yapılsa da hastanın durumu kötüye gidebilir. “Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu tıbbi hata kavramını; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır.”¹⁸ Sağlık personelinin mesleğini icra ederken mesleğinin etiğine uygun olmayan davranışta bulunması, bilgi, beceri yetersizliği ve ihmalkarlığı sonucu hastaların zarar görmesine neden olması tıbbi hatadır. Tıbbi hatalar, ölümle sonuçlandığında, ya da geri dönüşü olmayan ciddi zararlar oluştuğunda, (uzuv kaybı, yanlış organ ameliyatı gibi) medyaya yansımakta ve tartışılmaktadır. Bununla birlikte birey çok basit bir solunum yolu enfeksiyonu olduğunda, doğru tedaviyi alamaz ise de tıbbi hataya maruz kalmış demektir. Bu yüzden pek çok insan tıbbi hataya uğradığının farkına varamayabilir. Toplumumuzun sağlık konusundaki bilincinin artması ile tıbbi hatalar kamuoyunda daha çok tartışılır hale gelecektir.

Ülkemizde tıbbi hata konusunda yurt genelini kapsayan ayrıntılı çalışmalar bulunmamaktadır. “Ancak bir takım varsayımlar yapabiliriz. Hastaneye yatışlarda tıbbi hatalardan dolayı ölüm oranları değişik batı dünyası kaynaklarına ve araştırmalarına göre % 0,2 ile % 0,5 arasında olduğu hesap edilmektedir. Bu oran %1’e kadar çıkabilmektedir.”¹⁹ Bu rakamlarda tıbbi hata konusunun önemini ve sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin tıbbi hata ile karşılaşma olasılığının ne kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Tıbbi hata oranlarının düşürülmesi için gerekli sağlık politikaları düzenlenmelidir. Sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının bu

¹⁸ A. Güneş, Hemşirelerin İntravenöz Yoldan Potasyum Verilmesine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Hasta Güvenliği Yönünden Değerlendirilmesi, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2011, s.7

¹⁹ M. Çakmakçı, “Hasta Güvenliği: Bir Paradigma Değişimi” Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Ed:M. Çakmakçı, H.E. Akalın, Ankara, 2011, s.14

politikalar doğrultusunda denetimi yapılmalıdır. Böylece tıbbi hata oranları düşürülebilecektir.

Yapılan araştırmalar tıbbi hataların yaşanma sıklığı ile ilgili ilginç sonuçları ortaya koymaktadır. “Tıbbi hatalar tahmin edilenden çok daha siktir. Örneğin; uçağa binen kişinin uçak kazasında ölme riski 1: 1.000.000 iken, sağlık kuruluşu içine giren bir kişinin tıbbi bir hata nedeniyle zarar görme riski 1: 300’dür. Kıyaslamak gerekirse, bungee jumping yapan bir kişinin ölme riski 1: 100, dağcılık yapanın 1: 300, araba kullananın 1: 20 000’dir.”²⁰ İnsanların bazıları güvenli bulmadıkları için uçağa binmemekte, bungee jumping ve dağcılık yapmamaktadır. Ancak her birey hastalandığında sağlık hizmeti almaktadır. Sağlık hizmeti aldığı anda ise, güvenli bulmadığı için yapmadığı bungee jumping ve dağcılıktan daha yüksek risk almaktadır. Bu sonuçlar da; sağlık hizmeti sunumunun, daha güvenli şekilde yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. “Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan *tıbbi hatalar*, iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar uygulama hataları ve planlama hatalarıdır. Uygulama hataları; planlanan tedavinin planlandığı şekilde tamamlanmaması sonucu amacına ulaşmaması, planlama hataları; amaca ulaşmada yanlış planlama ya da yanlış bir plan kullanılması şeklinde meydana gelir.”²¹ Sağlık hizmeti sunarken, öncelikle tetkik ve tedavi süreci doğru planlanmalı sonrada planlamaya uygun hizmet sunulmalıdır. Örneğin kan şekeri yüksek bir hastanın kan şekerini düşürmek için uygun insülin tedavisi başlanmalıdır. Hastaya aç olarak uygulanması gereken insülin, hasta yemeğini yemeden uygulanmalıdır. Hastaya insülin tedavisi başlamak yerine ağrı kesici uygulansa idi hastanın tedavisinde yanlış planlama yapılmış olurdu. Planlanan insülin tedavisi hasta açken uygulanmasaydı uygulama hatası oluşacaktı.

Sağlık hizmeti sunan personel yeterli eğitimi almamış ise tıbbi hata yapabilecektir. Her tıbbi uygulamanın bazı riskleri vardır. Hastaya yapılacak tıbbi müdahalede (fayda-zarar) oranı iyi değerlendirilmeli, hasta ve yakını bu konuda bilgilendirilip onayı alındıktan sonra gerçekleştirilmelidir. Örneğin kemoterapinin bir sürü zararları

²⁰ M. Teleş, Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2011, s.54

²¹ S. Göktaş, Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi, HAÜ, SABE, YYLT, İstanbul, 2007, s.6

vardır. Ancak kanser tedavisinde yarar oranı daha fazla olduğundan hasta ve yakınlarının onayları ile uygulanmaktadır.

2.2. Tıbbi Hata Nedenleri

Tıp karmaşık, sürekli değişen ve gelişen bir bilimdir. Geçmişte doğru kabul edilen teşhis ve tedavi yöntemlerinin bazıları günümüzde geçerliliğini kaybetmiştir. Sağlık kurum ve çalışanlarının sürekli değişen ve gelişen tedavi yöntemlerini takip etmeleri gerekmektedir. “Mc Nutt ve Arkadaşları tıbbi hata nedenlerini insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olarak üç grupta incelemiştir. Bu faktörler ve faktörlerin altında toplanan tıbbi hata nedenleri şunlardır :

- İnsan Faktörü : Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik.
- Kurumsal Faktörler: İş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş, konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı.
- Teknik Faktörler : Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği”²²

Sağlık kurumları, doğru prosedürler oluşturmalı ve insan kaynakları yönetimini en iyi şekilde yapmalıdır. Sağlık kurumları yeterli personel alımı ve personelinin doğru dağılımını yaparak tıbbi hata oranını azaltabilecektir. Örneğin on yataklı bir serviste çalışan hemşire sayısı ile otuz yataklı serviste çalışan hemşire sayısı farklı olmalıdır. Çalışanların sayısı yoğunlukla orantılı arttırılmalıdır. Sağlık kurumu teknolojik gelişmeleri takip etmeli zamanın teknolojisine uygun cihazları edinmelidir. Sağlık kurumu bozuk cihazlar ile sağlık hizmeti sunumunu engellemelidir. Bozuk cihazlar ile sunulan sağlık hizmetinde hastalar ciddi tıbbi hatalara maruz kalacaklardır. İnsan faktörüne bağlı tıbbi hata nedenlerini daha detaylı inceleyecek olursak aşağıdaki sonuçlara ulaşırız:

²²M.Top- Ö. Gider- Y. Taş- S. Çimen, “Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri:Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.11, S.2, 2008, s.167 <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/112/2.pdf>(11.3.2013)

- “Dikkatsizlik: Hastaya yapılacak bir girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmak. Örn: Kan grubu kontrolü yapmadan kan transfüzyonu yapmak.
- Tedbirsizlik: Önlenebilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmak, geç kalmak, unutmak olarak tanımlanır. Örneğin, alerjisi olduğu bilinen bir hastaya alerjiye neden olan ilacı kullanmak ve ya test dozunda da olsa anafilaktik reaksiyon beklenen hasta için gerekli araç gereci hazır bulundurmamak.
- Meslekte Acemilik, Yetersizlik: Meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak. Örneğin, hatalı ilaç girişiminde bulunmak.
- Özen Eksikliği: Evrensel tıp değerlerini uygulamamak. Örneğin, kanamalı, hipovolemik şoka eğilimli hastayı bekletmek, yakın izlem gerektiren hastayı izlememek.
- Emir ve Yönetmeliklere Uymamak: Kanun, tüzük, yönetmelik ve yetkili mülki amirin verdiği emirlere uymamak. Örneğin, bilimsel tedavi dışında bir tedaviyi uygulamak, icap nöbetine çağrıldığında gelmemek.”²³

Sağlık hizmeti sunumunda insan faktörü önemli yere sahiptir. Sağlık hizmetinin sürekli sunulması, ertelenemez olması nedeniyle sağlık personeli yorgunken bile hizmet vermek zorundadır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık personelinin stres seviyesi de yüksek olabilmektedir. Yorgunluk ve stres dikkat dağınıklığına neden olabilmektedir. Az zamanda çok hastaya hizmet sunmak zorunda olmakta sağlık personelinin hata yapmasına neden olabilmektedir. Sağlık personeli hizmet sunumunda hastanın mevcut durumunu çok iyi bilmelidir. Örneğin hastaya yapacağı ameliyatın kanama riskini bildiği halde, ameliyata hastaya uygun kan hazırlığını yapmadan başlar ve hastada kan ihtiyacı oluşur ise sağlık personelinin tedbirsizliği nedeniyle hasta hayatı tehlikeye girecektir. Sağlık personeli pratik eğitimini gözlemleyerek ve uygulayarak tamamlamaktadır. Sağlık personeli, eğitimi sırasında, çok ve farklı vaka görme imkanı bulur ise mesleki bilgi ve becerisi daha yüksek olacaktır. Bu sebepten sağlık eğitimi veren okullara yenilerini eklemek yerine mevcut okulların eğitim kalitesini artırılmalıdır. Sağlık personeli hizmet sunumunda

²³A.B. Akman, Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırması, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2010, s.51-52

gerekli özeni göstermeyerek hastanın tıbbi hataya maruz kalmasına sebep olabilir. Örneğin, beyin cerrahisi servisine kafa travması teşhisi ile yatan hastanın doktoru saat başında hastanın şuur takibinin yapılmasını istemiştir. Nöbetçi hemşire saat başı şuur takibini yapmaz ise hastanın şuuru kapanınca fark edemeyecek ve hasta güvenliği ihlaline neden olacaktır. Sağlık personellerinin mevcut emir ve yönetmeliklere uyması şarttır. Örneğin, hemşirelerin hastanın hekimi tarafından yazılmayan ilaçları uygulamaması gerekmektedir.

2.3. Tıbbi Hatalarda Sınıflandırma

2.3.1. Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulaması

Hastanın sağlık kurumuna başvurduğu anda kimliğinin doğru tanımlanıp işlemlerinin bu doğrultuda yapılması gereklidir. Öncelikle hastanın ibraz ettiği kimliğin hastaya ait olup olmadığı kontrol edilmelidir. Sonra kimlik bilgilerinin kaydı doğru yapılmalıdır. Kimlik bilgilerinin yanlışlığı sebebiyle oluşan tıbbi hatalar çok ciddi sonuçlar doğurabilir. Sağlık Bakanlığı yayınladığı genelgede kimlik doğrulama sürecinin aşağıdaki şekilde yapılmasını istemiştir:

“a) Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hasta kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili bir süreç oluşturulur.

b) Tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamadan önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir.

c) Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.

ç) Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkodlu kol bandında;

-Protokol numarası (kalın ve büyük punto),

-Hastanın T.C. kimlik numarası,

-Hasta adı– soyadı,

- Doğum tarihi (gün–ay–yıl),

-Doğum yeri,

-Tabibin adı soyadı, bulunmalıdır.

d) Hasta kimlik doğrulamada ise hasta adı ve soyadına ek olarak T.C. kimlik numarası, doğum tarihi ya da protokol numarasından biri kullanılır.

-Doğum öncesi yatış işlemlerinde, iki kol bandı hazırlanır ve kol bandından birisi doğumdan sonra bebeğin koluna dolaşımı engellemeyecek, bebeği rahatsız etmeyecek ve çıkmayacak şekilde takılır.

e) Hasta yatışlarında dört ayrı renkte kol bandı kullanılır. Renkli kol bandı uygulamasında;

-Normal hastalar için beyaz barkodlu kimlik doğrulama kol bandı,

-Alerjik hastalar için kırmızı,

-Aynı serviste aynı isimli hasta için lacivert,

-Diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalıklar için sarı renk kullanılması,

-Alerjisi ve bulaş riski olan hastalar için, beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılması, zorunludur.

f) Doğumhanede numaralı kol bandı uygulaması işleminde;

-Bebeğin kol bandında anne adı ve soyadı, bebeğin doğum tarihi ve annenin protokol numarası bulunur.

-Cinsiyetin karışmaması için erkek çocuklara mavi, kız çocuklara pembe kol bandı uygulanır.”²⁴

Sağlık hizmeti sunan kurum hastanın kimlik doğrulaması ile ilgili süreç oluşturmalıdır. Her sağlık kurumunun oluşturduğu kimlik doğrulama protokolleri farklılıklar gösterebilmektedir. Önemli olan, kurumun belirlediği protokole göre sağlık çalışanlarının her hastaya kimlik doğrulama yapmasıdır. Hastalara kimlik bilgilerini içeren kol bandı takılmalıdır. Kol bandında hastanın adı soyadı, protokol ve T.C. numarası, doğum tarihi ve yeri, doktorunun adı bulunmalıdır. Hastaların tetkik ve tedavi sürecinde yatak numarası kullanılmamalıdır. Hastalara herhangi bir işlem uygulanmadan önce sağlık personeli tarafından, hastanın kimlik bilgileri kol bantlarından kontrol edilmelidir. Bu bilgiler hasta ya da yakını tarafında doğrulatılmalıdır. Doğum sırasında bebeklerin yanlış aileye tesliminin engellenmesi için, annenin yatışı sırasında iki kol bandı hazırlanmalıdır. Hazırlanan kol bandında anne adı ve soyadı, bebeğin doğum tarihi ve annenin protokol numarası yazmalıdır.

²⁴T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete, S. 27214, 2009;
[http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429.htm\(03.01.2013\)](http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429.htm(03.01.2013))

Kol bandının rengi kız bebekler için pembe erkek böbekler için mavi olmalıdır. Doğum gerçekleşikten hemen sonra bebeğe annenin yatışı sırasında hazırlanan ikinci kol bandı takılmalıdır. Hastaların yatışı sırasında alerjileri olup olmadığı sorgulanmalıdır. Alerjileri var ise kırmızı kol bandı takılmalıdır. Serviste aynı anda aynı isimli iki hasta yatışı olur ise lacivert kol bandı takılmalıdır. Bulaşıcı hastalıkları olan hastalara da sarı kol bandı takılmalıdır. Böylece sağlık personelleri hastanın kol bandına bakarak hastanın alerjisi ve bulaşıcı hastalığı olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olmaktadır. “Herhangi bir test, işlem veya tedavi öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, klinik testler için örnek almadan ve hastaların transferleri sırasında bütün çalışanlar için temel esas doğru hastanın planlanan bakım hizmetini aldığından emin olmak olduğundan bu sürecin güvence altına alınması amacıyla hasta kimliğinin doğrulamada en az iki belirleyici kullanılması önerilir.”²⁵ Sağlık personeli hastaya herhangi bir işlem yapmadan önce hastanın kimliğini doğrulamalıdır. Bu doğrulamayı yaparken de en az iki belirleyici kullanılmalıdır. Örneğin hastanın ismini ve doğum tarihini ya da hastanın ismini ve kimlik numarasını doğrulamalıdır.

2.3.2. Hasta ve Yakınları ile Etkin İletişimin Sağlanması

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmanın yolu, hastalarla etkin iletişim kurmaktan geçer. Etkin iletişim için hasta, sağlık personeli anlamalı, sağlık personeli hastayı anlamalıdır. Hastanın eğitim ve kültür seviyesine uygun iletişim sağlanmalıdır. “Dört olgudan birinde, tanı koyarken hastanın hikayesini dinlemek, muayene ve laboratuvar sonuçlarından daha etkilidir. Olguların yüzde 12’sinde tanı, sadece fizik muayene ile yüzde 11’inde ise laboratuvar testleri ile konur. Bazı çalışmalarda tıbbi hikayenin önemi yüzde 80-90 olarak bulunmuştur.”²⁶ Hastaya doğru tedaviyi verebilmenin yolu doğru tanıyı koyabilmekten geçmektedir. Yapılan çalışmadaki istatistik bilgi hastalar ile iletişimin önemini oraya çıkarmaktadır. Hasta iletişimde tıbbi terimler kullanılmamalı anlaşılır açıklamalar yapılmalıdır. Örneğin diyabetiniz var yerine kan şekerinizi yükselmiş açıklaması hastanın daha iyi anlamasını sağlayacaktır. Hasta ile konuşurken çok karışık ve uzun cümleler kurulmamalıdır.

²⁵Ö. Yıldırım, Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri, MÜ, SABE, YDT, İstanbul, 2008, s. 148

²⁶J. Desmond-L.R. Copeland, Günümüz Hastasıyla İletişim, (Çev. D. Yamaç-E. Tekin), Ankara, 2010, s.87

Hastanın düşünebilmesi için zaman tanınmalıdır. Birçok konuya bir anda değinilmemelidir. Akılda kalınır olmak için istatistiki bilgiler kullanılmalıdır. Sizin hastalığınızda, ameliyat ile on kişiden sekizinde iyileşme sağlamaktayız gibi. Hastaya yapılan açıklamalar yazılı broşürlerle desteklenmelidir. Hasta unuttuğu şeyleri broşürden okuyarak hatırlayabilir.

Hastaya yapılacak işlemler öncesi aydınlatılmış onam alınmalıdır. “Aydınlatılmış onam; bir hastanın kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin kapsamını, yararlarını, risklerini varsa seçenek yöntemleri bilerek bir uygulamayı kabul etmesidir.”²⁷ Hasta böylece yapılacak işlem hakkında yazılı olarak detaylı bilgilendirilmiş olur. Yapılacak işlemin riskleri hakkında fikir sahibi olur. Riskleri yüksek bulur ise işlemi yaptırmaktan vazgeçebilir. İşlem sonunda her hangi bir yan etki oluşur ise sağlık çalışanları hukuki açıdan kendilerini güvence altına almış olurlar. İşlemin yapılmasına hastanın izin verdiğini kanıtlayabilirler.

Hastanın hizmet beklentisi öğrenilmelidir. Örneğin hasta bel fıtığı ameliyatı sonrasında ağrısının tamamen kesileceğini bekler ve ameliyat sonrasında ağrısı tamamen geçmez ise doktorunu suçlayabilir. Bu yüzden yapılacak işlem sonrasında hastanın ne kadar fayda görebileceği hastaya iyi anlatılmalıdır.

Hastanın uyması gereken kurallar nedenleri ile açıklanmalı, hastanın konunun ciddiyetini anlaması sağlanmalıdır. Örneğin kan şekeri yüksek seyreden hastanın diyetine uymaz ise kan şekerinin düşmeyeceği ve bu sebepten ameliyatının erteleneceğini, ameliyat sonrası iyileşme sürecinin gecikeceğini bilmelidir. Etkin iletişim sağlık personeli ile hasta arasında yanlış anlaşılmaları önleyecek, hastanın doğru tedaviyi almasını sağlayacaktır. Böylece iletişim eksikliği nedeniyle oluşan tıbbi hata oranı düşecektir.

2.3.3. İlaç Uygulama Hatası

İlaç uygulama süreci; hekimin bireye ilaç uygulanmasını istemesi, sağlık personelinin istemi hazırlayıp hastaya uygulamasıdır. Bu süreçte izlenmesi gereken ilkelere uyulmayıp hastanın zarar görmesi ile sonuçlanan olay ilaç uygulama hatasıdır. İlaç uygulama hatası tıbbi hatalar içinde önemli paya sahiptir.

²⁷N. Çobanoğlu, Kurumsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Ankara, 2009,s.67

“İstenmeyen ilaç olayları iki grup altında sınıflandırılabilir;

- Önlenebilir istenmeyen ilaç olayları (Örneğin; yeni gelişen ilaç alerjileri)
- Önlenebilir istenmeyen ilaç olayları (Örneğin; ilacın yanlış hastaya verilmesi)”²⁸

Hastaların herhangi bir ilaca alerjilerinin olup olmadığının belirlenebilmesi için ilacı kullanmaları gerekmektedir. İlaç alerjisi geliştikten sonra hasta ilaç alerjisi hakkında bilgilendirilmelidir. Hasta hastaneye başvurduğunda, sağlık personeline ilaç alerjisinin olduğunu konusunda bilgi vermelidir. Bu bilgiyi vermez ise tekrar ilaç alerjisinin gelişeceği anlatılmalıdır. Önlenebilir ilaç hatalarının oluşmaması için aşağıdaki ilkelere dikkat edilmelidir:

- **“Doğru Hasta;** hastanın adı soyadı, protokolü veya doğum tarihi doğrulanmalı, isim bileziği kontrol edilmelidir.
- **Doğru İlaç;** ilacın jenerik ve satış ismi bilinmelidir. İlaç isimleri birbirine benzediği için doğru ilaç olduğundan mutlaka emin olunmalıdır.
Etiketi tam olarak okunmayan ilaçlar kullanılmamalıdır.
İlaç üzerindeki etiket;
 - İlacı dolaptan alırken
 - İlacı kadehe koymadan önce ve
 - İlacı rafa kaldırırken olmak üzere üç defa okunmalıdır.
- **Doğru Etki;** ilacın beklenen etkisi ve yan etkisi bilinmelidir. İlacın başka ilaçlarla ya da besinlerle etkileşimi olup olmadığı bilinmelidir. Beklenmeyen etki oluştuğunda hekim uyarılmalıdır. İlaç uygulama saatlerinin skalasını hazırlarken ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerini de göz önünde bulundurulmalıdır.
- **Doğru Doz;** çocuk ve yetişkinlere verilecek ilacın minimum ve maksimum dozları çok iyi bilinmelidir. Doğru şekilde hesaplama yapılmalı, gerekirse ikinci bir hemşirenin de fikri alınmalıdır.
- **Doğru Yol;** bazı ilaçlar birkaç yolla verilebilir. İlacın veriliş yolu hekim isteminde belirgin olmalıdır.

²⁸E.K.Eroğlu, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Atılım Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, 2011, s.46

- **Doğru İlaç Formu;** aynı ilacın birden fazla formu olabilir, doğru form olmasına dikkat edilmelidir. (kapsül, tablet gibi)
- **Doğru Zaman;** verilecek olan ilaçlar verilme saatinden (10-15dk) önce uygun bölmelerden alınmalıdır. İlaçlar genelde planlanan uygulama saatinden yarım saat önce ve yarım saat sonra olmak üzere bir saatlik zaman diliminde verilebilir. Sabah/öğle/akşam gibi günde 3 kere verilen ilaçlar hastanın yatma/kalkma alışkanlıklarına göre ayarlanabilir. Saatlik ilaçlar dakik verilmelidir.
- **Doğru Kayıt;** verildikten sonra en kısa sürede kayıt yapılmalıdır. Hastaya ilaç verildikten sonra oluşabilecek yanlıların önlenmesi için ilacı veren hemşirenin tedavi defteri veya hemşire gözlem kâğıdına ilacın uygulandığı saati yuvarlak içine alarak kendi adını ve soyadını yazmalıdır.²⁹

Sağlık personeli ilaç uygulaması yaparken öncelikle hastanın kimlik doğrulamasını yapmalıdır. Kimlik doğrulamasını yaparken hastanın ismi, hasta ve yakınları ile sözlü iletişim ile doğrulatilmalıdır. Hastanın kimlik bilekliğinden protokol numarası, doğum tarihi kontrol edilmelidir. Bazı ilaçlar farklı isimler ile piyasada bulunmaktadır. İlacın etken maddesi kontrol edilerek doğru ilaç olduğundan emin olunmalıdır. İlacı hastaya uygulamadan önce üç kez doğru ilaç olduğunu kontrol etmelidir. İlacın ismi tam olarak okunamıyor ise kesinlikle kullanılmamalıdır. İlaçların uygulama sonrasında karşılaşılabilecek etkileri hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Beklenmedik bir etki görüldüğünde hastanın doktoruna haber verilmelidir. Doz hesaplamaları doğru yapılmalıdır. Bazı ilaçlar birkaç yol ile uygulanabilmektedir. Hekimin istemini yaptığı yol ile ilaç uygulaması yapılmalıdır. İlaçların kullanım dozlarına göre zaman ayarlaması yapılmalıdır. Günde iki kez uygulanacak ilaçlar on iki saat ara ile, günde üç kez uygulanacak ilaçlar sekiz saat ara ile uygulanmalıdır. İlaç uygulama saatleri ayarlanırken hastanın uyku ve dinlenme saati düşünölmelidir. Örneğin günde bir kez uygulanacak ilaç zamanı, gecenin geç saatleri yerine gün içerisindeki zaman dilimine ayarlanmalıdır. İlaç uygulandıktan hemen sonra uygulayan personel tarafından kayıt altına alınmalıdır.

²⁹D.Aygin-H.Cengiz,“İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu” Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, C.45, S.3, 2011, s.113;<http://onlinemakale.sislietfaltip.org/pdf/sisli/129201111318.pdf> (27.03.2013)

Böylece hastaya aynı ilaç ikinci kez uygulanmaz. Sağlık hizmeti sunumunda ilaç uygulama hatalarının oluşmasında hekim ve hemşire kaynaklı nedenler mevcuttur.

“-Hekim Kaynaklı Hatalar

- Hastalığın gerektirdiği ilacın reçetelenmemesi (örn; viral enfeksiyon için antibiyotik yazılması gibi),
- İlacın hastaya göre seçil memesi (örn; çocuk hastada siprofloksasin kullanılması),
- İlaç dozunun hastaya göre ayarlanmaması(örn; böbrek yetersizliği olan hastada radyo opak madde dozunun azaltılmaması),
- İlaç seçiminde var olan başka hastalıkların dikkate alınmaması (örn; iskemik kalp hastasında antigripal ilaç reçetelenmesi),
- İlaç uygulanma zamanı ve koşullarının dikkate alınmaması (örn; aspirinin tok karna alınması konusunda uyarı yapılmaması),
- Birden fazla ilaç reçetelenmesi durumun da etkileşimin dikkate alınmaması (örn; digoksin ve potasyum azaltıcı diüretiklerin bir ara da kullanılması gibi),
- İstemin okunaksız yapılması,
- İstemin yazılı yapılması yerine sözlü, telefon ya da başka aracı kullanılarak yapılması (örn; ilaçların hemşire yerine hasta bireye ya da bireyin yakınına söylenmesi)
- İlaç değişimi sırasında eski ilaçlar hakkında bilgi verilmemesi (örn; hasta bireyin lisinopril kullanırken ramiprile geçilmesi ancak aynı etki mekanizmasına sahip olduğu halde bireyin her ikisini kullanması),
- İlacın yanlış yolla kullanılması (örn; löse mili bir hastada intravenöz verilmesi gereken vinkristinin intratekal reçete edilmesi),
- Standart olmayan kısaltmaların kullanılması (örn; ANTS takibi ya da IU ve IV’ nin karıştırılması),
- Çok sayıda ilacın isteme dahil edilmesi,
- Kullanılması gereken ilacın kullanılmaması (örn; akut miyokard infarktüsü sonrasında kontrendikasyon olmadığı halde beta bloker kullanılmaması).”³⁰

³⁰Ş.Uzun-F.Arslan, “ İlaç Uygulama Hataları,” Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, C.28, S.2, 2008, s.218-219; [http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-ilac-uygulama-hatalari-50365.html\(26.03.2013\)](http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-ilac-uygulama-hatalari-50365.html(26.03.2013))

Hekimler hastanın teşhisini doğru koymalı ve hastaya uygun ilacı başlatmalıdır. İlaç seçiminde ve dozunun ayarlanmasında hastanın yaşı, kilosu, herhangi bir hastalığının olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. İlaçların kullanım zamanı hakkında hasta bilgilendirilmelidir. İlaçlar doğru zamanda kullanılmaz ise ilaç fayda sağlamayabilir. Bununla birlikte ciddi yan etkiler oluşabilir. Örneğin aç karna kullanılması gereken mide koruyucu ilaçlar tok karna kullanılır ise ilacın tam faydası görülemez. Birden fazla ilaç reçete edildiğinde, ilaçların birbirleri ile etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin kan sulandırıcı ilaç ile kanamayı durdurucu ilaç aynı anda reçetelenmemelidir. İlaç istemi yazılı ve okunaklı olmalıdır. Okunaksız yazılan ve sözlü istem ile yapılan ilaç istemleri hataya sebep olmaktadır. İlaç değişikliği yapıldığında hastaya bilgi verilmeli ve kullanmaması gereken ilaçları anlatılmalıdır. İlacın uygulama yolu her istemde belirtilmelidir. Mümkün olduğunca kısaltma kullanılmamalıdır. Kısaltmalar yanlış anlaşılabilir ilaç uygulama hatası yapılabilir.

“ -Hemşire kaynaklı hatalar:

- Yanlış ilacın verilmesi(örn. hastaya sprofloksasin yerine siprolam verilmesi),
- İlacın yanlış dozda verilmesi (örn. morfinin sulandırılmadan verilmesi sonucu yüksek dozda uygulanması),
- İlacın yanlış yolla verilmesi (örn. intramüsküler verilmesi gereken benzatin penisilinin intravenöz verilmesi),
- İlacın yanlış zamanda verilmesi(örn. yemekten sonra verilmesi gereken aspirinin birey aç iken verilmesi),
- İlacın yanlış hızla verilmesi (örn. intravenöz metoprololün yavaş infüzyon ile verilmesi gerekirken bolus verilmesi),
- İlacın yanlış hastaya verilmesi (örn. yoğun bakımda kan basıncını yükseltici adrenalinin hipotansif hasta yerine hipertansif hastaya verilmesi),
- İlacın hiç verilmemesi(örn. unutulması)
- Uygulanan ilacın kaydedilmemesi,
- Uygulanan ilacın etkisinin gözlenmemesi.”³¹

³¹Uzun- Arslan, s.119-120

Hastaya ilaç uygulama sürecinde hemşirenin görev ve sorumlulukları oldukça fazladır. Bu nedenle ilaç uygulama sürecinde çok dikkatli çalışılmalıdır. Dikkat dağınıklığına neden olacak etkenler(ses, ışık gibi) elimine edilmelidir. Uygun çalışma ortamı sağlandıktan sonra ilaç uygulamalarına başlanmalıdır. İlaç isteminin okunaksız olması durumunda istem yapan hekim ile görüşülerek istem okunaklı şekilde yazdırılmalıdır. Hekim isteminde belirtilen ilaç uygulanmalıdır. Uygulama sırasında doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru hız, doğru hasta kontrolü yapılmalıdır. Yapılan ilaçlar zamanında kaydedilmelidir. Hastalara hastanede yatarken bütün ilaçları hemşireler tarafından uygulanmalıdır. Evde kullandıkları ilaçlar kayıt altına alınarak hastanın hekimi bilgilendirilmelidir. Hekimin istemi doğrultusunda ilaçlar hastalara uygulanmalıdır. Bazen hekim hastaların ilaçlarını değiştirmektedir. Hastaya bu konuda bilgi verilmez ise hem eski ilacını yanından almaya devam edecek hem de hemşiresinin verdiği yeni ilacını alacaktır. Hastanede yatarken hastanın yanında kesinlikle ilaç bulundurulmamalıdır. Hekim istemi olmadan kesinlikle ilaç uygulaması yapılmamalıdır. Dikkat edilecek bir başka noktada ilaçların miat kontrollerinin yapılmasıdır. Son kullanma tarihi geçmiş ilaçların kullanılması sonucu ciddi yan etkiler oluşabilmektedir. Son kullanma tarihi geçmemiş olsa da ilacın görünümünde değişiklik var ise kesinlikle ilaç uygulanmamalıdır. En sık rastlanan hatalardan bir tanesi de hekim istemi olmadan ilaç uygulamasıdır. Basit olarak algılanan ağrı kesiciler, mide koruyucular, bulantı kusma önleyiciler sağlık personeli tarafından istem olmadan yapılabilmektedir. Ancak hastanın bu ilaçlara karşı alerjisi var ise hasta hayatı riske atılmış olur. Bu sebeple sağlık personeli doktor istemi olmadan hiçbir ilacı hastaya uygulamamalıdır.

2.3.4.Cerrahi Hatalar

Cerrahi işlemler sırasında gerekli önlemler alınmaz ise geri dönüşü olmayan hatalar oluşabilmektedir. “Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yılda 234 milyon cerrahi yapılmaktadır. Bu cerrahilerin 7 milyonu komplikasyonla ve 1 milyonu ölümle sonuçlanmaktadır.”³² Bu veriler cerrahi işlemlerin ne kadar tehlikeli

³²Sağlık Hizmetleri Genel MüdürlüğüSağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Işığında Sağlıkta Kalite, C.2, Ankara, 2012, s.1;[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_temmuz_2012/sks2.pdf\(01.03.2013\)](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_temmuz_2012/sks2.pdf(01.03.2013))

sonuçlanabildiğini göstermektedir. Her cerrahi işlemin belirli oranda riskleri vardır. Ancak gerekli prosedürlere uyulmadığı zaman, risk kat kat fazlalaşmaktadır. Cerrahi işlem öncesinde, işlemi gerçekleştirecek tüm sağlık ekibi gerekli kontrolleri yapmalı ve prosedüre uygun çalışmalıdır. “Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında ameliyathanelerde yapılacak uygulamalar için standart bir kontrol listesi önermiştir.

Bu liste üç aşamadan oluşmaktadır. Listede kontrol edilmesi önerilen durumlar, cevabı basitçe evet/hayır şeklinde verilebilecek sorulara dönüştürülerek kullanılabilir. Birinci aşamadaki kontrol ve doğrulama, anestezi indüksiyonuna başlamadan hemen önce yapılmalıdır. Bu aşamada aşağıdaki durumlar gözden geçirilmelidir:

- Hastanın kimliğinin, yapılacak işlemin, işlemin yapılacağı yerin ve hasta onamının kontrol edilmesi
- Taraf veya bölge işaretlemesi yapılıp yapılmadığının kontrol edilmesi
- Anestezi güvenliğiyle ilgili son kontrolün yapılması
- Pulse oksimetrenin hastaya bağlı olduğunun ve çalıştığının kontrol edilmesi
- Hastanın bilinen bir alerjisinin olup olmadığının kontrol edilmesi
- Hava yolu problemlerinin, entübasyon zorluğu ve aspirasyon riskinin ve bu amaçla gerekli ekipmanın hazır olduğunun kontrol edilmesi.
- Olası kan kaybı riskinin ve gerekli kan ve sıvıların hazır olduğunun kontrol edilmesi.

İkinci aşama kontrol, cerrahi işlem için cerrahi kesi yapılmadan hemen önce yapılmalıdır. Bu aşamada kontrol edilecekler ise şu şekilde listelenmiştir:

- Ekibin her üyesi kendini tanıtmalı ve rolünü belirtmeli.
- Cerrah, anestezi ve hemşire sözlü olarak yapılacak işlemi doğrulamalı.
- Cerrah muhtemel risk ve komplikasyonlar, ameliyat süresi ve muhtemel kan kaybı hakkında ekibe kısa bir bilgi vermeli
- Anestezi ekibi hastada özel bir problem olup olmadığıyla ilgili kısa bir bilgi vermeli
- Hemşire sterilite ve hazır olması gerekli malzemelerle ilgili bilgi vermeli

- Profiltatik antibiyotik yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı
- İşlem sırasında görüntüleme gerekıp gerekmediği belirtilmeli

Üçüncü aşamadaki kontrol ise hasta ameliyat odasından ayrılmadan önce yapılmalıdır. Bu aşamada ise aşağıdakiler kontrol edilmelidir:

- Yapılan cerrahi prosedür kaydedilmeli.
- Ameliyatta kullanılan malzemelerin sayımı yapılmalı ve eksik olmadığı kaydedilmeli.
- Alınan örneklerin doğru etiketlendiği kontrol edilmeli
- İşlem sırasında gelişen cihaz problemleri belirtilmeli.
- Cerrah, anesteziist veya ekibin diğer üyeleri bu hastanın tedavi ve takibiyle ilgili kritik noktaları gözden geçirmeli.”³³

Cerrahi güvenliği sağlamak için güvenli cerrahi kontrol listesi oluşturulmalı ve listeye uygun kontroller yapılmalıdır. Cerrahi kontrol listesinde hastanın kimliğinin, yapılacak işlemin, hastanın onamının alındığının kontrolü yapılmalıdır. Cerrahi kontrol; hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce, hastaya anestezi verilmeden önce, hasta ameliyattan çıkmadan önce tekrarlanmalıdır. Farklı ekiplerin yapacağı kontroller sonrasında hata yapma riski azalacaktır. Hastanın taraf ve bölge işaretlemesine uygun cerrahi işlem yapılmalıdır. Hastanın oksijen seviyesi sürekli kontrol edilmelidir. Hastanın alerjisinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Alerjisi var ise o ilaç kullanılmamalıdır. Ameliyatta kan kaybı riski var ise ameliyat öncesi gerekli miktarda kan ürünlerinin hazırlığı yapılmalıdır. Ameliyata başlamadan önce, ekip görevlerini belirlemeli yapılacak işlemi söyleyerek doğrulamalıdır. Cerrah ameliyatta karşılaşılabilecekler hakkında ekip üyelerine bilgi vererek gerekli uyarılarda bulunmalıdır. Anestezi ekibi hastanın durumu hakkında gerekli bilgiyi vermelidir. Hemşireler tarafından cerrahi işlem sırasında gerekli olabilecek malzemeler steril olarak hazır bulundurulmalıdır. İşlemden önce antibiyotik yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı, yapılmamış ise yapılmalıdır. İşlem sırasında görüntüleme yapılıp yapılmayacağı hakkında bilgi verilmeli görüntüleme yapılacak ise gerekli

³³Ö.F.Akını, “Güvenli Cerrahi Uygulamalar İçin Son Doğrulama ve İşaretleme”, Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi, C.7, S.25, s.21;<http://www.nabizdergisi.org/pdf/25Sayi.pdf> (04.03.2013)

ekipman ve görevli hazır bulundurulmalıdır. Yapılan cerrahi işlemler kaydedilmelidir. Kullanılan malzemelerin sayımı yapılamalı eksik olmadığından emin olunmalıdır. İşlem sırasında alınan örneklerin etiketlemesi doğru yapılmalıdır. Etiketlemede alınan bölge ve hastanın ismi doğru yazılmalıdır. İşlem sırasında cihazlar ile ilgili sorun yaşanmış ise cihazın sorumlusuna bilgi verilerek bakım ve onarımının yapılması sağlanmalıdır. Ameliyat bittikten sonra cerrah ve anesteziist ameliyatın seyrine göre hastanın postop takip ve tedavisini planlamalıdır. Örneğin hastanın beklenenden daha fazla kan kaybı olmuş ise gerekli kan istemleri yapılarak hasta yoğun bakımda takip edilmelidir.

Hasta ameliyatı konusunda hekimi tarafından sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir. Yazılı bilgilendirme hastaya aydınlatılmış onam formu imzalatılmasıdır. Bu onam hekim ve ameliyat ekibinin hukuki korunağıdır. Hasta ameliyatı sırasında oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olacaktır. Ameliyatın rızası dışında gerçekleştiğini iddia edemeyecektir. Hastanın ameliyat öncesi ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Bazı ilaçların cerrahi müdahale öncesinde kesilmesi gerekmektedir. “Özellikle dikkat edilmesi gereken ilaçlardan bazıları aşağıda belirtilmektedir.

- Antikoagülanlar: Kanamaya neden olabilirler.
- Antibiyotikler: Anesteziklerle etkileşerek istenmeyen etki oluşturabilir.
- Trankilizanlar: Kan basıncını düşürerek şoka neden olabilirler.
- Thiazid diüretikler: Potasyum ve sıvı kaybına neden olabilirler.
- Steroidler: Uzun süre kullanıldıysa adrenal bezlerin korteksi baskırlar.”³⁴

Hastanın hekimi cerrahi işlem öncesinde, hastanın kullandığı ilaçları çok detaylı sorgulamalıdır. Hastalar bazen kullandıkları ilaçların etkileri hakkında bilgi sahibi olmadıklarından hekimlerine bilgi verme gereksinimi duymazlar. Kullanılan ilaçların sorgulanması hayati önem taşımaktadır. Örneğin kan sulandırıcı ilaç kullanımı sorgulanmayarak hastaya cerrahi müdahale yapılırsa hastanın kanaması durdurulamayarak kaybedilebilir. Hastanın antibiyotik kullanımı da bir enfeksiyon

³⁴M.Yavuz, “Ameliyat Öncesi Bakım” Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ed. A. Karadakovan-F.E.Aslan, Adana,2010, s.296

odağının varlığını gösterir. Özellikle solunum yolu enfeksiyonları anestezi uygulanmasına engel teşkil etmektedir.

2.3.4.1. Yanlış Taraf Cerrahisi

Yanlış taraf cerrahisi basın kanalıyla sıkça duyduğumuz tıbbi hatalardandır. Yanlış taraf cerrahisini önlemek için ameliyat öncesi hastanın ameliyat bölgesinin işaretlenmesi gerekmektedir. Taraf cerrahisi işaretlemesi aşağıdaki gibi yapılmalıdır.

- “İşaretlemeyi, müdahaleyi yapacak kişi veya ekipten bir hekim yapmalıdır. Mümkünse son doğrulama sırasında bu kişi de hazır olmalıdır.
- İşaretleme hasta ameliyathane odasına götürülmeden önce yapılmalıdır.
- İşaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrulatılmalıdır.
- İşaretleme daha önce belirlenen, açık anlaşılır bir terminoloji ile yapılmalıdır.
- İşlem yapılacak taraf işaretlenmelidir. İşlem yapılmayacak taraf işaretlenmemelidir. Her iki tarafa müdahale yapılacaksa iki taraf da işaretlenmelidir.
- İşaretleme kolay silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.
- İşaretleme mümkünse cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalıdır.
- Hastanın işaretlemeyi çeşitli nedenlerle istemediği durumlarda, premetur yeni doğan bebeklerde ve mukozal yüzeylerde işaretleme yapılmasına gerek yoktur.
- Sadece taraf işaretlemesi değil bölge veya alan işaretlemesi yapılmalıdır. Örneğin safra kesesi ameliyatı için sağ üst kadrana, bir guatr ameliyatı için boyuna işaret konularak farklı prosedürlerin karışmasının önüne geçilebilir.
- Bazen işaretlemeye ek olarak, işlem sırasında çeşitli görüntüleme veya işaretleme yöntemlerinden faydalanmak mümkündür.”³⁵

Taraf cerrahisi işaretlemesi ilkelerine uygun yapılmalıdır. Ameliyathane, stresi ve riski yüksek bir ortamdır. Stresi ve riski yüksek olduğu için, hata yapma olasılığı da yükselmektedir. Bu sebepten ameliyat olacak her hastaya taraf cerrahisi işaretlemesi ameliyathane dışında yapılmalıdır. Ameliyat ekibi, yapılan işaretlemenin

³⁵ Akıncı, s.22

doğruluğunu kontrol etmeli işaretleme doğru ise işaretlemeye uygun cerrahi işlem yapılmalıdır. İşaretleme hastanın hekimi tarafından hasta ve yakınları ile yapılmalıdır. İşaretlemede kullanılan kalem işaretlemenin hemen silinmesine engel olacak özellikte olmalıdır. İşaretleme işlem yapılacak bölgeye çok yakın olmalıdır. Yanlış taraf cerrahisine bağlı hataları azaltmak için, cerrahi ekibin çok dikkatli ve kontrollü olması gerekmektedir.

2.3.4.2. Yabancı Cisim Unutulması

Ameliyatta yabancı cisim unutulması cerrahi ekibin dikkatli ve özenli olmasıyla tamamen önlenebilecek bir tıbbi hata türüdür. En çok unutilan yabancı cisimler spanç, ped, makas, pens, dren parçalarıdır. Unutilan cisimler hastalarda hayati tehlike oluşturabilmektedir. Ameliyatta yabancı cisim unutulduğu hemen fark edilemez ise hayati risk daha da büyümektedir. Unutilan yabancı cismin çıkartılabilmesi için hasta tekrar ameliyat edilmesi gerekmektedir. Unutilan yabancı cisimler hastada herhangi bir yan etki oluşturmaz ise yıllar sonra da fark edilebilmektedir. Ameliyatta yabancı cisim unutulmasına genellikle neden olan etmenler aşağıda belirtilmiştir.

- “Acil cerrahi girişimler,
- Hastadan kaynaklanan fiziksel özellikler,
- Cerrahi girişime başlama/bitirme süresindeki zaman darlığı,
- Ameliyathanede alışılmışın dışında bir rutinde çalışmak
- Cerrahi girişimde birden fazla cerrahi ekibin bulunması,
- Birden fazla cerrahi girişimin uygulanması,
- İletişim hataları,
- Cerrahların kalıplaşmış davranışları,
- Dikkatsizlik,
- Hemşire değişimlerinin olabileceği bilinmektedir”³⁶

³⁶B. İlbey, Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kapsamında Cerrahi Spanç Sayım İlkelerine Uyum Durumunun İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, YYLT, İstanbul 2009, s.18-19

Acil yapılan ameliyatlarda hastanın kaybedilme riskinin fazla olması nedeniyle ameliyathane ekibinin stres seviyesi daha yüksek ve zaman ile yarışı daha fazladır. Bu yüzden acil ameliyatlarda yabancı cisim unutulma oranları yükselmektedir. Cerrahi işlemler risklerinin fazla olması nedeniyle mümkün olduğunca kısa sürede gerçekleştirilmektedir. Zaman darlığı da hatalara sebep olmaktadır. Cerrahi işlemler sırasında alışılmış rutinlerin dışına çıkılmamalıdır. Örneğin beş kişilik bir ekiple gerçekleştirilen müdahale, üç kişilik bir ekip ile gerçekleştirilmemelidir. Hastaya aynı anda birden fazla bölgede ameliyat yapılması da yabancı cisim unutulma riskini arttırmaktadır. Ameliyat sırasında ekip üyelerinin iletişiminde olan aksaklıklar da hasta da yabancı isim unutulmasına neden olabilmektedir. İşlem sırasında ekip üyelerinden her hangi biri değişiyor ise yeni gelen kişiye eksiksiz teslim yapılmalıdır. Ekip üyelerinin dikkat dağınıklığına sebep olacak etkenler ortadan kaldırılmalıdır.

Hastada yabancı cisim unutulmasını önlemek için için ameliyat ekibi kullandığı malzeme ve aletlerin sayımını aşağıda belirtildiği gibi yapmalıdır:

- “Ameliyat başlamadan önce,
 - Açılmış vücut boşlukları kapatılmadan önce,
 - Ameliyat bitiminde cilt kapatılmadan önce,
 - Steril ya da dolaşıcı hemşirenin görevi bir başkasına devretmesi durumunda sayılmalı ve sayma sonucu aşağıda belirtildiği gibi hastanın introoperatif kayıtlarına dökümanite edilmelidir.
- Sayımın tipi(tampon, kompres ve kesiciler aletler vs) sayısı,
-Sayımı yapan personelin adı ve ünvanı(görevi)
-Sayımın sonucu(tamam, eksik)
-Hastanın üzerinde belli bir amaç için bırakılan alet veya tamponun tipi sayısı
-Eğer sayımda fark olursa yeniden sayım yapılır ve belirtilir
-Eğer politikaların gerektirdiği şekilde bir sayım yapılmamışsa bu belirtilir.”³⁷

Kullanılan malzemeler işlem öncesi ve işlem sonrası saymalıdır. Ameliyat sırasında ekip üyeleri değiştirilirse kullanılan malzemeler yeni gelen ekip üyesine sayılarak teslim edilmelidir. Ameliyat sırasında cerrahi işlem malzemesi kırılmış ise malzemenin bütün parçalarının çıkartıldığından emin olunmalıdır. Yapılan sayım

³⁷F.E. Aslan, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara, 2010, s.339

işlemi yapan personel tarafından kayıt altına alınmalıdır. Hasta üzerinde bir amaç için bırakılan materyaller sebebiyle birlikte kayıt altına alınmalıdır. Sağlık kurumunun sayım politikasına uygun sayım yapılamamışsa sebebiyle birlikte kayıt altına alınmalıdır. Hastada yabancı cisim unutulmasını önleyebilmek için ameliyathane ekibinin hastanenin sayım prosedürlerine kesinlikle uyması gerekmektedir.

2.3.5. Hastane Enfeksiyonları

Alınan tüm önlemlere rağmen hastane enfeksiyonları nedeniyle hastalar zarar görmektedir. Hastane enfeksiyonları nedeniyle hastaların tedavi süresi uzamakta ve tedavi masrafları yükselmektedir. Hastaların hastane enfeksiyonlarına maruz kalmamaları için, gerekmedikçe hastaneye yatırılmamaları ve mümkün olan en kısa sürede hastaneden taburcu edilmeleri gerekmektedir. “Hastane enfeksiyonu, hastaneye başvuru sırasında enkübasyon (başlangıç) döneminde olmayan, hastalar hastaneye yatırıldıktan sonra gelişen ya da hastanede gelişmesine karşın bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkan enfeksiyonlardır.”³⁸ Hastalar hastaneye sağlık sorunları olduğu için başvururlar. Hastane enfeksiyonu ile mevcut durumlarına tedavisi zor yeni bir enfeksiyon da eklenmiş olur. Hastanın almakta olduğu tedavilere hastane enfeksiyonu nedeniyle yeni tedaviler de eklenmektedir.

Hastane enfeksiyonlarını önlemek için gerekli önlemler alınmalı ve gerekli eğitimler sıklıkla tekrarlanmalıdır. “Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bir ekip isidir. Hastane personelinin tek tek en büyük sorumluluğunun kendilerinde olduğu bilincini kazanmaları alınacak her türlü yasal, yönetsel önlemden daha önemlidir. Hasta bakım ekibinin tüm elemanları bu önlemlerin önemini ne denli benimserlerse, önlemlerde o denli başarılı olur. Önlemler, tüm çalışanların enfeksiyonlar konusunda tam ve doğru bilgi almaları, bu bilginin davranışlara yansımaları, uygulamalardaki dikkat ve yeterlilik sonucunda amacına ulaşabilir.”³⁹ Hastanede çalışan bütün personelin hastane enfeksiyonlarının önlenmesi sürecine katılması gerekmektedir. Örneğin, sadece hastanede çalışan hemşire grubunun bilinçli davranıp önlem alması ile hastane enfeksiyonu önlenemez. Enfeksiyon kontrol süreci tüm personele

³⁸E.İşlek, Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması, Ankara Üniversitesi, (AÜ) SABE, YYLT, Ankara, 2009, s.37

³⁹ S.İnfal, Hastane Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, SÜ, SBE, YYLT, Konya, 2009, s.16

anlatılarak, gerekli sorumluluğun kazanılması sağlanmalıdır. Personelin davranışları takip edilerek yanlış uygulamaları varsa gerekli düzeltmeler sağlanmalıdır.

Hastane enfeksiyonları dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. “Gelişmiş ülkelerde hastanede yatarak tedavi gören hastaların %5-10’unda hastane enfeksiyonu görülürken, bu sorunun gelişmekte olan ülkelere %25’e kadar çıktığı bildirilmektedir.”⁴⁰ Bu rakamlar ile gelişmiş ülkelerin enfeksiyon kontrolü için daha çok önlem aldığı ve enfeksiyon oranlarının düşük olduğu anlaşılmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler de ise enfeksiyon kontrolünün yeterince yapılamadığı görülmektedir. Hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkmasına neden olan risk faktörlerini aşağıda sıralanmıştır.

- “Hastanede yapılan girişimsel tedavi uygulamaları: Özellikle ameliyat ve diğer girişimsel işlemler gibi, vücut içine doğrudan yapılan müdahalelerde el, araç, tıbbi alet, uygulama ortamı ve yara yerinin temizliğinin yeterli düzeyde sağlanmaması,
- Temizlik kurallarına dikkat edilmemesi: Hastane çalışanlarının, hastanın ve hastayakınlarının kişisel el ve vücut temizliklerine dikkat etmemesi, hastane binasının ve tüm araç ve gerecin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin yetersiz olması, mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetlerinde gerekli temizlik kurallarına uyulmaması,
- Fiziki yetersizlikler: Hastane binası ve tesisat sisteminin, hijyenik bir tedavi-bakım hizmeti sunulmasına imkân vermemesi,
- Personel yetersizliği: Hasta yoğunluğuna nazaran, tedavi, bakım ve temizlik hizmetlerinde çalışan hastane personelinin sayı ve nitelik olarak yetersiz olması.”⁴¹

Hastanede kullanılan malzemelerin temizliği uygun yöntemler ile yapılmalıdır. Hastane çalışanları, hasta ve yakınları hijyen kurallarına dikkat etmelidirler. Hastane çalışanları her işlem sonrasında ellerini yıkamalıdır. Hastane enfeksiyonunun önlenmesinde el hijyenin önemi tespit edilmiştir. Hastanelerin fiziki

⁴⁰A.Yüce, “Hastane Enfeksiyonlarının Önemi” Hastane Enfeksiyonları, Ed. A. Yüce-N. Çakır, İzmir, 2009, s.3

⁴¹S.Ersoy, Hastane Temizlik Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları ve Korunma ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Erciyes Üniversitesi, SABE, YYLT, Kayseri, 2012, s.7

koşulları hijyenik tedavi sunmak için elverişli olmalıdır. Hasta odalarında tuvalet banyo olmalıdır. Hasta ve yakınları kişisel temizliklerini odalarında yapabilmelidirler. Sağlık kuruluşları, yeterli personel ile hizmet vermelidirler. Eksik personel ile yeterli temizlik yapılamayacağı için hastane enfeksiyon oranı artacaktır.

“Hastane enfeksiyonları;

- Hastanede kalış süresinde uzama,
- Morbiditede artış,
- Yaşam kalitesinde bozulma,
- Mortalitede artış,
- İşgücü ve üretkenlik kaybı,
- Maliyet artışlarına neden olur .”⁴²

Hastalarda hastane enfeksiyonu gelişir ise, hastanede yattıkları süre uzamaktadır. Bu sebepten tedavi maliyetleri yükselmekte, hastaların iş gücü kaybı oluşmaktadır. Hastane enfeksiyonu oluşması ile hasta ölümleri gerçekleşmektedir. Bu yüzden hastanelerin hastane enfeksiyonlarının oluşmaması için gerekli tedbirleri alması gerekmektedir. Çalışan personellere düzenli eğitimler verilerek hastane enfeksiyon oranları düşürülebilmektedir.

Hastaneye yatan her hasta da hastane enfeksiyonu gelişme ihtimali mevcuttur. Hastane enfeksiyonu riski en çok yoğun bakımda yatan hastalarda görülmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların hastane enfeksiyon risklerini arttıran etkenler:

-“Hastaya ait faktörler:

- Altta yatan ciddi hastalık
- Birden çok hastalık
- Malnitasyon
- Yaşlılık

-Yapılan invaziv girişimler

- Endotrekeal tüp
- Intravasküler katater

⁴²D.S.Çelik, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hastane Personelinin Hastane Enfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması, Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ), SABE, YYLT, Afyon, 2005, s.2

- Üriner katater
- Çapraz kontaminasyondur.”⁴³

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların genellikle çok ciddi ve birkaç çeşit hastalıkları mevcuttur. Bu yüzden vücut dirençleri düşüktür. Yapılan girişim sayısı ve çeşidi çoktur. Yapılan her girişim enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Örneğin hastanın üriner kataterinin olması hastanın idrar yolu enfeksiyon riskini arttırmaktadır. “Yoğun bakım enfeksiyonları yüksek mortalite, morbidite ve maliyete sahiptir. Yoğun bakımda enfeksiyon görülme oranı %40 oranında olup 5 günden fazla yatan hastalarda bu oran %50-%60’a yükselmektedir.”⁴⁴ Bu oranlardan da anlaşılacağı gibi sağlık personeline ve hasta yakınlarına hastane enfeksiyonunun önlenmesi için önemli görevler düşmektedir. Sağlık personeli hastadan hastaya enfeksiyon taşımamak için gerekli tedbirleri almalıdır. Bulaşıcı hastalığı olan hastaların izolasyonlarını sağlamalıdır. Hasta yakınları da hastalarının kişisel temizliğini yaptırmalıdır. Hastane enfeksiyonunun azaltılması için el hijyenine önem verilmelidir. Hastane enfeksiyonlarında karşımıza çıkan diğer bir sorun da, gereksiz antibiyotik kullanımıdır. Ülkemizde doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı yaygındır. Gereksiz kullanılan antibiyotikler hastanın vücudunda direnç oluşturmaktadır. Bir sonraki enfeksiyonda daha güçlü antibiyotik kullanımını gerektirmektedir. Bu sebepten doktor reçete etmeden antibiyotik kullanılmamalıdır.

Hasta hastanede yatarken, enfeksiyon kontrolü ile alınan önlemler mevcuttur. Taburu olduktan sonraki dönemi ile ilgili takip yapılabilecek altyapı oluşturulamamıştır. “Cerrahi müdahaleler dışında hastaneden taburcu olan hastanın bir hastane enfeksiyonu geçirip geçirmediğini kontrol edebilecek bir mekanizma geliştirilememektedir. Bu durum hastane enfeksiyonlarını araştırmanın hastanın hastanede yatış süresi ile bağlı kılmaktadır. Örneğin diyalize giren hasta hepatit, HIV gibi bulaşıcı hastalıklara yakalanabilmekte, daha sonra tesadüfen bunu öğrenebilmektedir.”⁴⁵ Hasta hastaneden taburcu olduktan sonrada hastane enfeksiyonunun gelişip gelişmediğinin kontrolü yapılabilmelidir. Böylece hastanın

⁴³M. M. Kıvanç, “Yoğun Bakım Hemşireliği” Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, (Ed. A.Karadakovan-F. E. Aslan), Adana, 2010, s.1433

⁴⁴K.Uzun, “Yoğun Bakım Enfeksiyonları” 2.Ulusal İç Hastalıkları Kongre Programı ve Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, 2009, s.63

⁴⁵S.D.Etöz, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon, Süleyman Demirel Üniversitesi(SDÜ), SBE, Isparta, 2008, s.61

fazla zarar görmesinin önüne geçilerek gerekli tedaviyi zamanında alması sağlanabilir. Geciken tedavi süreci yüzünden hastanın genel durumu kötüye gidecektir.

2.3.6. Hasta Düşmeleri

Hastaların hastanede karşılaştığı riskler arasında hasta düşmeleri önemli paya sahiptir. Hasta düşmelerinin engellenmesinde hasta, hasta yakını ve sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Sağlık personelleri ortamın düşme risklerini azaltmalıdırlar. Hasta ve yakınlarını hasta düşmeleri konusunda bilgilendirmelidirler. Hasta yakınları hastaların düşme riski var ise hastalarını yalnız bırakmamalıdırlar. Hastaların da sağlık personellerinin uyarılarına uymaları gerekmektedir. “Hastanelerde yaşanan düşmeler üç şekilde sınıflandırılmaktadır.

- Kaza ile oluşan düşmeler; çevresel tehlikeler(kaygan zemin, yetersiz aydınlatma vb.) veya teknik malzemelerden (serum askısı, idrar torbası vb.) kaynaklanan düşmelerdir. Tüm düşmelerin %14’ünü oluşturmaktadırlar.
- Önceden tahmin edilebilen düşmeler; düşme açısından risk oluşturan, gerek hastaya, gerekse hastane ortamına ait risk faktörleri çerçevesinde yapılan değerlendirmeler sonucunda hastada gelişeceği önceden tahmin edilebilen düşmelerdir, düşmelerin %78’ini oluşturur.
- Önceden tahmin edilemeyen düşmeler; önceden bilinen bir risk faktörü olmayan hastalarda meydana gelen düşmelerdir, tüm düşmelerin %8’ini oluşturmaktadır.”⁴⁶

Yukarıda verilere göre hasta düşmelerinin büyük bölümünü; kaza ile oluşan düşmeler ve önceden tahmin edilebilen düşmeler oluşturmaktadır. Gerekli tedbirler alınır ise hasta düşmelerin önlenmesi mümkün olacaktır. Düşme nedenlerini hastaya bağlı nedenler ve hastane ortamına bağlı nedenler olarak iki başlık altında inceleyebiliriz

Yaşlı hastaların düşme riski gençlere göre daha yüksektir. Yaşlılarda sistemik hastalıklar nedeniyle çoklu ilaç kullanımı, iyi görememe, yürürken gelişen denge problemleri düşme riski oluşturmaktadır. Hastanede kaygan ve ıslak zemin,

⁴⁶Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, C.2, s.97

aydınlatmanın yeterli olmaması, tespit edilemeyen yatak ve sandalyeler, uygun fiziki şartların oluşturulmaması, hastalara uygun olmayan kıyafetlerin giydirilmesi hastaların düşme riskini arttırmaktadır. Hasta düşmelerinin önlenmesi için yapılması gereken çalışmalar aşağıda belirtilmiştir:

- “Düşme riskinin belirlenmesi
- Düşme riski olan hastaların tespiti
- Düşme önleme tedbirlerinin alınması
- Düşmelerin izlenmesi ve rapor edilmesi
- Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi
- Düşme önleme uyarıcılarının kullanılması
- Güvenli ekipman kullanılması”⁴⁷

Hasta düşme kaynaklarının en büyük sebebini ortadan kaldırmak için, sağlık kuruluşlarında düşme riski analizi yapılmalıdır. Her sağlık kuruluşunun hastaneye yatış için başvuran hastalar için düşme riski hesaplanmalıdır. Bu hesaplamalarda değişik etkenler göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin hastanın yaşı, görme problemi, baş dönmesinin olması düşme riskini arttıracaktır. Hastanenin düşme risk hesaplama prosedürüne göre hastanın düşme riski hesaplanmalı, düşme riski bulunan hasta ve yakınlarına bu konuda eğitim verilmelidir. Örneğin genel anestezi ile ameliyat olan hastanın ameliyat olduğu günde tek başına ayağa kalkması yasaklanmalı, hasta ve yakınlarına bu konuda eğitim verilmelidir. Sağlık kuruluşundaki düşme riskini arttıran etkenler belirlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Örneğin banyo tuvalet yıkandıktan sonra zeminin mümkün olduğunca kurulanması sağlanmalıdır. Kaygan zeminler uyarı levhaları konarak belirtilmelidir. Böylece hastalar daha dikkatli davranacaklardır. Merdivenlere düşmeyi önlemek için kaydırmaz şeritler çekilmelidir. Kaza ile oluşan düşmeler için ise, hasta ve yakınları eğitilerek dikkat seviyeleri yükseltilmelidir. . “Hemşirelerin bir model, ölçek ya da skorlama sistemi kullanarak düşme riskini belirlemesi gerekli koruyucu önlemleri zamanında almasını sağlarken aynı zamanda hastanın zarar görmesini de

⁴⁷Çakır, s.139

engelleyeceği belirtilmektedir.”⁴⁸Hastaların düşme riskleri hastaneye yattıkları anda hesaplanmalıdır. Düşme riski yüksek olan hastaların zorunlu refakatçi bulundurmaları sağlanmalıdır. Hasta ve refakatçilerine gerekli eğitim verilmelidir. Hasta düşmeleri kayıt altına alınmalıdır. Sıklıkla aynı yerde düşmeler oluyorsa düşme riski azaltılmalıdır. Örneğin gece tuvalete gitmek için kalkan hastalar aydınlatma eksikliği nedeniyle sürekli düşüyor ise gece klinik aydınlatması artırılmalıdır. Tetkik ve tedavi sürecinde bir üniteden diğerine hastaların transferi gerçekleşmektedir. Transferler tekerlekli sedye ve sandalye ile yapılmaktadır. Görevli personel hastanın düşmesini önlemek için eğitilmeli; gerekli önlemleri almalı ve çok dikkatli olmalıdır.

2.3.7.Yanlış Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı

Sağlık hizmetleri sunumunun her safhasında tıbbi cihaz ve malzeme kullanılmaktadır. Cihazlar yetkisi olmayan kullanıcılar tarafından kullanılır ise hastalara ciddi zararlar verilir. Uygun olan cihaz kullanım için seçilmeli, yetkisi olan ve kullanmasını bilen kişiler tarafından kullanılmalıdır. Kullanılan tıbbi cihaz ve malzemenin hasta güvenliğine zarar vermemesi için alınması gereken tedbirler aşağıda sıralanmıştır:

- “ Tüm tıbbi cihaz ve ekipmanın düzenli bakımının yapılması
- Kalibrasyonlarının yapılması
- Kullanılan tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi
- Sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi
- Tüm sarf malzemelerinin kullanıcı tarafından uygunluğunun verilmesi
- Uygun ebatta malzemeler seçilmesi”⁴⁹

Kullanılan cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonlarının yapılması gereklidir. Bozuk cihazların kullanımı önemli tıbbi hataya neden olabilir. Örneğin ameliyat sırasında aspirasyon cihazının çalışmaması hastanın ölümüne neden olabilir.

⁴⁸ S.Bulut-G.Türk-M.Şahbaz, “Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C.16, S.3, 2013; <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/8016/7752>

⁴⁹Çakır, s.139

İşlemlere başlanmadan önce cihazların çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir. Bozuk olduğu tespit edilen cihazın onarımı yaptırılmadan kullanılmamalıdır. Kullanılan malzemelerin son kullanma tarihleri kontrol edilmelidir. Malzemenin bozuk olduğundan şüphe edilirse kullanılmamalıdır. Malzemelerin dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu doğru yapılmalıdır. Örneğin aids pozitif bir hastaya kullanılan cerrahi malzeme uygun koşullarda steril edilmez ise sonra kullanılan hastaya aids bulaşabilir. Kullanıcıların malzemeleri test ederek uygun olan malzemelerin alınmasını sağlamaları gerekmektedir. Kullanılan malzemelerin saklama koşullarına uygun ortam sağlanmalıdır. Bazı malzemeler ısı, nem ve gün ışığından etkilenmektedir. Bu malzemelerin saklandığı ortamların nem, ısı takibi yapılama gün ışığından korunmalıdır.

2.3.8.Sağlık Personeli İletişim Eksikliği

Etkin ve doğru iletişim, hizmet sunulan her sektörde önemlidir. Sağlık sektöründeki önemi biraz daha fazladır. Çünkü iletişim eksikliği sonucunda zarar gören insandır. Yapılan araştırmalarda, tıbbi hataların en büyük sebebinin iletişim eksikliği olduğu anlaşılmıştır. Bu sebepten sağlık sektöründe iletişime verilen önem artırılmalıdır.

“Sağlık çalışanları arasındaki iletişim bazı faktörler nedeniyle engellenebilmektedir.

Bu faktörleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

- Sağlık hizmetlerinin karmaşık hale gelmesi
- Hiyerarşi (hekim-hemşire, hemşire-personel arasında)
- Dil farklılıkları
- Okunaksız bir yazıyla yazılmış order
- Hastalarla ilgili eksik veriler
- Yoğun ve stresli çalışma ortamları
- Hastanın durumu ve tedavi planlarındaki günlük-anlık değişiklikler
- Gürültü”⁵⁰

⁵⁰Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, C.2, s.142-143

Sağlık hizmetlerinin karmaşık olması iletişim problemleri oluşturabilmektedir. Hekimler istemlerini okunaklı yazmalıdırlar. Yazılandan emin olunamamış ise yazan hekime sorularak düzeltme yaptırılmalıdır. Sağlık çalışanlarının ortak dil kullanmaları gerekmektedir. Dil farklılıkları nedeniyle doğru iletişim kurulamayabilir. Hastanın bütün verileri eksiksiz ve doğru paylaşılmalıdır. Yoğun ve stresli çalışma ortamları yanlış anlamalara ve eksik bilgi paylaşımına neden olmaktadır. Hastaların durumlarındaki değişiklikler neticesinde çok sık tedavi değişikliğine gidilebilmektedir. Her değişiklikte bütün ekip bilgilendirilmelidir. Yapılan araştırmalarda en çok iletişim hatasının gerçekleştiği konular aşağıda sıralanmıştır:

- “Sözel/Telefonla İstem Uygulamaları
- Kısaltma ve Sembollerin Kullanılması
- Kritik Test Sonuçlarının İletilmesi”⁵¹

Sözel istem uygulamalarında aşağıdaki ilkelere dikkat edilmelidir:

- “Sözel İstem; steril girişimler, hastaya acil ilaç verilmesi gibi zorunlu durumlar dışındauygulanmamalıdır.
- Sözel istem alımı sırasında mutlaka doğrulama yapılmalıdır.
- Sözel istem kayıt altına alınmalıdır.”⁵²

Sözel istem zorunluluk yok ise kullanılmamalıdır. Örneğin hastanın hekimi hastanede iken sözel istem ile hastaya ilaç yapılmamalıdır. Hekimin yazılı olarak istemini yapması sağlanmalıdır. Yazılı istem alındıktan sonra gerekli tedavi yapılmalıdır. Sözel istem alınıyor ise istemi alan kişi aldığı istemi tekrarlayarak, sözel istemi yapan kişiye doğrulatmalıdır. Böylece yanlış anlama riski azaltılacaktır. Sözel istem sağlık kuruluşunun sözel istem prosedürüne uygun kayıt altına alınmalıdır. Böylece hastaya yapılan tedavi hakkında diğer ekip üyelerinin de bilgi sahibi olması sağlanacaktır. Kısaltmalar kullanılıyor ise ortak kullanım için kısaltma listesi oluşturulmalıdır. Bütün sağlık çalışanlarının kısaltma listesi hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Mümkün olduğunca kısaltma kullanılmaması

⁵¹Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, C.2, s.143

⁵²Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, C.2, s.144

sağlanmalıdır. Hastanın istenen tetkik sonuçları hekimine zaman kaybedilmeden bildirilmelidir.

2.3.9.Kan Transfizyon Hataları

Hekim hasta ve yakınlarına kan transfizyonu hakkında bilgi vererek hasta ve yakınlarından kan transfizyon onamını almalıdır. Hastaya uygun kanın hazırlanabilmesi için örnek kan numunesi alınmaktadır. Kan numunesi alınır iken hastanın kimlik doğrulaması yapılmalıdır. Bazen aynı anda birkaç hastadan kan numunesi alınması gerekebilir. Karışıklığa neden olmamak için bir hastanın işlemi bitmeden diğer hastanın işlemine geçilmemelidir. Alınan kan örneğine hemen hastanın bilgilerinin olduğu etiket yapıştırılmalıdır. Kan örneği alımı sırasında yapılan bir hata hastaların ölümü ile sonuçlanabilir. Hastaya uygun kan hazırlandıktan sonra transfizyona başlanmalıdır. Transfizyona başlanmadan önce aşağıdaki kontroller yapılmalıdır:

- “Kan verilecek hastanın adın torbası etiketinden kontrol edilmelidir. Hasta kimliği hastanın kendisine sorularak, yatak başı izlem kâğıdından ve varsa bilek bandından bakılarak doğrulanmalıdır.
- Alıcı ve vericinin kan grubu uygunluğu
- Kanın son kullanma tarihi
- Cross-match sonucu
- AIDS, hepatit vb hastalık testlerinin sonuçları
- Hastanın dosya numarası ve
- Hekim istemi kontrol edilmelidir.”⁵³

Kan transfizyonu yapılır iken gerekli kontroller iki sağlık personeli tarafından yapılmalıdır. Hastaya hazırlanan kan torbasının üzerindeki isim, kan grubu, kanın son kullanma tarihi, cross-match sonucu, bulaşıcı hastalık testlerinin sonucu kontrol edilmelidir. Bu kontrollerden sonra hasta yatak başı cross-match çalışılmalı ve

⁵³H.Şahin, Hemşirelerin Kan Transfizyonlarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Buna Eğitimin Etkisi, AKÜ, SABE, YYLT, Afyon, 2006, s.12

uygun ise kan transfüzyonuna başlanmalıdır. Yapılan kan transfüzyonu aşağıda belirtilen bilgiler kayıt altına alınmalıdır.

- “ Kan transfüzyonunun yapıldığı tarih
- Transfüzyonun başlama ve bitiş saati
- Kanın seri numarası ve grubu
- Hastanın hayati bulguları
- Transfüzyon öncesi doğru hastaya doğru kanın verilmesine ilişkin kontrolleri yapan ve transfüzyonu gerçekleştiren ekiplerin imzası
- Hastada nasıl bir reaksiyon geliştiği kaydedilmelidir”⁵⁴

Yapılan tüm kontroller hastanın gözlem formuna ve sağlık kuruluşunun hazırladığı kan transfüzyon formuna kaydedilmelidir. Her hangi bir reaksiyon oluşur ise kan transfüzyonu durdurularak hastanın hekimine bilgi verilmelidir. Kan transfüzyonunda her şey prosedüre uygun yapılırsa bile hastalarda reaksiyon oluşma ihtimali vardır. Bazen oluşan reaksiyonlar, hasta ölümleri ile sonuçlanmaktadır. Sağlık personelleri, yaptıkları kontrolleri kayıt altına alarak işlemi nasıl gerçekleştirdiğini kanıtlamaktadır. Bu nedenle sağlık personeli, gerekli kontrolleri yapmalı ve kaydetmelidir.

2.4.Tıbbi Hataların Raporlanması

Tıbbi hataların raporlanması, tıbbi hata nedenlerinin belirlenebilmesi için çok önemlidir. Yapılan raporlamalar ışığında tıbbi hata oluşma sebepleri analiz edilebilecektir. Elde edilen sonuçlar ile gerekli tedbirler alınarak tıbbi hata oluşma oranları azaltılacaktır. Örneğin dahiliye servisinde hastaların tedavilerinin saatinde yapılamadığı raporlanmıştır. Yapılan incelemede hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle hasta tedavilerinin saatinde yapılamadığı anlaşılmıştır. Dahiliye servisinde çalışan hemşire sayısı artırılarak hastaların tedavilerinin saatinde yapılması

⁵⁴Şahin, s.14

sağlanmıştır. Eğer raporlama yapılmamış olsaydı yaşanan tıbbi hatadan haberdar olunmadığı için çözümde üretilemeyecekti. Bu sebeple bütün sağlık çalışanlarına tıbbi hataların raporlanmasının önemi anlatılmalı ve karşılaşılan hataların raporlanması için uygun ortam sağlanmalıdır. “Son yapılan hemşirelikaraştırmalarında, hemşirelerin %86’sının yönetici ve akran baskısından korkmaları nedeniyle hata bildirimlerinin yapılmadığını ifade etmişlerdir.”⁵⁵Tıbbi hataların bildiriminin sağlanması için sağlık kurumunda aşağıdaki ilkelere önem verilmelidir.

- “ Hasta güvenliği kültürüne sahip bir liderlik,
- Cezalandırıcı kültürün ortadan kaldırılması ve güvenlik kültürünün yerleşmesi;
- Yakın hataların bildiriminin arttırılması;
- Zamanında geri beslemenin sağlanması;
- Gelecek hataları önlemek için gelişimlerin yerine getirilmesi ve
- Bildirim için multidisipliner bir yaklaşımın sağlanması”⁵⁶

Sağlık kurumunda çalışanlar, yöneticilerin hasta güvenliğine önem verdiğini bilmelidirler. Sağlık personelinin hata bildirimini sonucunda cezalandırılmadığı, küçümsenip aşağılanmadığı bir çalışma ortamı yaratılmalıdır. Hata raporlamaları sonucunda, yönetimin aynı hataların yapılmaması için gerekli önlemleri alacağını bilmesi gerekmektedir. Örneğin tespit edilemeyen sedyeler yüzünden hasta düşmeleri oluşmaktadır. Yapılan raporlamalar sonucunda yönetim uygun sedye alımı yapmamıştır. Bunun sonucunda sağlık personeli, yaptığı raporlamanın olumlu sonucunu göremediği için sonra oluşacak hatalarda raporlama yapmayacaktır. Tıbbi hataların raporlanmamasının bir nedeni de ayıplama kültürüdür. “Ayıplama kültürü: Günümüzde birçok ülkede şu an mevcut olan sağlık sistemleri doğaları gereği cezalandırıcı özellikler içermektedir. Bu yapılanma, tıbbi hataların bildirimini engelleyici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sistemi içerisindeki hiyerarşik yapılanma, mevcut standartların uygulanamaması, hasta bakımında kendi

⁵⁵ İ. Çoban, Ailelerin Hasta Güvenliği Konusunda Görüşlerinin Belirlenmesi, EÜ, SABE, YYLT, İzmir, 2012, s.18

⁵⁶ H.S.Kılıç, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri, GÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2009, s.30

başına kurallar belirleme gibi uygulamalar sistemde son derece yaygındır. Sonuç olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar sistemdeki eksiklikler açısından irdelenmek yerine, olay kişisel boyutlara indirgenmekte, saptanan herhangi bir hata sistemdeki eksiklik yerine çalışanların başarısızlığı şeklinde değerlendirilmekte ve hatayı yapan kişi cezalandırılabilir. ”⁵⁷ Tıbbi hataların raporlanabilmesi için hata yapan personelden önce sistemin sorgulanabildiği bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır. Örneğin ameliyatta hastada yabancı cisim unutulmasında öncelikle sağlık personeli suçlamak yerine kurumun ameliyatta kullanılan malzeme sayımı ve kaydedilmesi ile ilgili prosedürü sorgulanmalıdır. Kurum prosedüründe eksiklikler var ise düzeltilmelidir. Kurum prosedüründe herhangi bir eksik yok ise sonrasında sağlık personeli sorgulanmalıdır. Sağlık personeli sistem hataları sebebiyle meydana gelen hatalarda suçlanmayacağını ve yönetimin sistemin düzeltilmesi için çalışacağını bilir ise hata raporlamalarını rahatça yapabilecektir.

2.5.Tıbbi Hataların Önlenmesi İçin Alınabilecek Tedbirler

Sağlık hizmeti sunumunda, sıfır hata amaçlanmaktadır. Ancak sağlık hizmetinin karmaşıklığı ve kalabalık bir ekip ile hizmet sunulması tıbbi hataların oluşmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalarda sistem yetersizliği ile oluşan tıbbi hata oranlarının bireysel faktörlere bağlı nedenlerden fazla olduğu kanıtlanmıştır. Bireysel faktörlere bağlı tıbbi hataların önlenmesi için alınabilecek önlemler aşağıda belirtilmiştir.

- **“Hafızaya güvenin azaltılması:** İşler özellikle kısa süreli bellek üzerine dayalı bir sistemden arındırılmalıdır. Sağlık hizmetleri süreçleri kontrol kartları (checklist), protokoller ve bilgisayara dayalı karar verme mekanizmalarıyla birleştirilmelidir.
- **Bilgiye erişimin artırılması:** Kurum içinde çalışanların gereksinim duydukları yer ve zamanda bilgiye ulaşmalarını kolaylaştıracak yollar yaratılmalıdır.
- **Hata geçirmez süreçler:** Mümkün olan yerlerde özellikle kritik kararların alınması süreçlerinde düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin bilgisayara dayalı karar mekanizmalarının kullanılması sağlanmalıdır.

⁵⁷ Çakır, s.128

- **İşlerin standardizasyonu:** İşler standardize edildiğinde farklı zamanlarda farklı kişiler tarafından yapılıyor da olsa hata oranının azaldığı saptanmıştır.
- **İşlerin el değiştirmesinin azaltılması:** Hataların çoğu malzeme, bilgi, kişi, emir ya da arzın taşınması sırasında gerçekleşir. Süreçlerdeki bu elden ele değişimin azalması hataları azaltacaktır. Kurumlarda olabildiğince mikro işlerin aynı kişi tarafından yapılması sağlanmalıdır.”⁵⁸

Sağlık hizmeti sunumunda yapılan işlemler, kayıt altına alınmalıdır. Bireysel hafızada yapılan işlemler unutulabilmektedir. Kurum çalışanlarının istedikleri zamanda istedikleri bilgiye ulaşabilecekleri bilgi sistemi oluşturulmalıdır. Böylece kararsız kalınan konuda bilgi sahibi olunarak hata yapılmayacaktır. Yapılan çok riskli işlemlerde farklı kişilerin kontrol sürecine dahil olması sağlanarak hata yapılma riski azaltılacaktır. Yapılan işlemlerin standartizasyonu sağlanmalıdır. Örneğin ameliyatta kullanılan malzemelerin sayımının standartizasyonu sağlanmalıdır. Sayım farklı kişiler tarafından da yapılırsa aynı yöntem kullanılarak hata yapılmayacaktır. Kurumda iş bölümü yapılmalıdır. Mümkün olduğunca işler aynı kişi tarafından yapılmalıdır.

Sağlık hizmeti sunumu, birçok ekibin birlikte çalışması ile gerçekleşmektedir. Tıbbi hataların önlenmesi için ekip çalışmasına verilen önem artırılmalıdır. Ekip çalışmasının faydaları aşağıda sıralanmaktadır.

- “Sağlık personelinin iş tatminini artırır.
- Hasta bakım kalitesini artırır.
- Hasta memnuniyetini artırır.
- Sağlık kuruluşunun maliyetini düşürür.
- Sağlık ekibi üyeleri daha kapsamlı rolleri olduğunu anlarlar.
- Ekip üyelerinin karar alma ve sorumluluklarını paylaşma davranışlarını geliştirir.
- Personel gelişimini ve iletişimini artırır.
- Değişime daha hızlı cevap vermeyi sağlar.
- Daha iyi bir çalışma ortamı oluşturur.
- İdari uygulamalara daha az gereksinim duyulur.

⁵⁸ İşlek, s.33

- Sinerjik etki oluşturur.”⁵⁹

Ekip çalışması ile sağlık çalışanları arasında iş bölümü yapılacak ve iletişim güçlenecektir. Ekip çalışanları ihtiyaç duyduklarında birbirlerine yardım ederek iş yoğunluğunu azaltıp daha iyi bir çalışma ortamı yaratacaklardır. Hastalara verilen hizmetin kalitesi yükselecek, maliyeti düşecektir. Sağlık personelinin iş doyumunun artması tıbbi hata yapma oranlarını da azaltacaktır. “Institute of Medicine tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında;

- Ulusal hasta güvenliği merkezinin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlenmesi, liderlik ve araştırma planlamasında rol alması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sistemlerinin kurulması,
- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,
- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün yaratılması gerekmektedir.”⁶⁰

Tıbbi hataların önlenmesi için konunun önemi anlaşılacak ulusal çözüm üretilmelidir. Ülkenin tamamını kapsayacak planlamalar yapılmalıdır. Tüm sağlık kuruluşlarında tıbbi hata bildirim sistemleri kurulmalıdır. Geri bildirimler sonucunda gerekli tedbirler alınarak iyileştirmeler yapılabilecektir. Sağlık hizmeti ücretini ödeyen kuruluşlar, hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlar ile yapmayan kurumlara farklı ödemeler yaparak tüm sağlık kurumlarının hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapmaya yönlendirebilirler. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü yaratılmalıdır. Hasta güvenliği kültürü yaratılmadan tıbbi hataların önlenmesi mümkün değildir.

Sağlık personelinin çok yoğun çalışma temposu da hata yapmalarına neden olmaktadır. Aiken ve arkadaşları yaptıkları araştırma ile bunu bilimsel olarak kanıtlamışlardır. “Sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükü, hataların

⁵⁹Ö.Çelen, Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, SABE, YYLT, Ankara, 2011, s.39-40

⁶⁰Akman, s.68

ortaya çıkmasında önemli bir etkidir. Aiken ve arkadaşlarının yaptıkları (2002) 168 hastaneyi kapsayan araştırma sonuçlarına göre; hemşire başına düşen 1 hasta artışı, hasta mortalitesinde %7 artışa ve hemşirelerde %23 oranında tükenmeye neden olmaktadır.”⁶¹ Sağlık kurumları, personel istihdamı konusuna gerekli önemi vermelidir. Sağlık hizmet maliyetini düşürmek için az personelle sağlık hizmeti sunmaya çalışmak hastaların zarar görmesine neden olmaktadır. Sağlık kurumlarının önceliği, hizmet maliyetini düşürerek çok kar etmek yerine hastaların güvenli ve kaliteli sağlık hizmet almalarını sağlamak olmalıdır. Yapılan çalışmalar ışığında yeterli sağlık personeli ile hizmet sunulmalıdır.

⁶¹Eroğlu, s.44

İKİNCİ BÖLÜM

ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ ve TIBBİ HATALAR KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

1.ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ VE PERSONELİ HAKKINDA TEMEL BİLGİLER

1.1.Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Hakkında Temel Bilgiler

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK) Antalya Bölge Hastanesi adı ile 20.11.1968 tarihinde, beş katlı binası ve 120 yatak kapasitesi ile hizmete açılmış. 01.09.1998 tarihinde yeni açılan hizmet binası ile 560 yatak kapasitesine ulaşarak, yaklaşık 25.000m2 alan üzerinde tam teşekküllü birimleri ile hizmet sunmaya devam etmiştir. 19.02.2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na devredilen SSK Antalya Bölge Hastanesi Antalya Atatürk Devlet Hastanesi adını almıştır. Hasta odalarındaki yatak sayıları altıdan dörde düşürülünce 502 yatak kapasitesi ile hizmet sunmaktadır.

1.2.Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Personel Hakkında Temel Bilgiler

Antalya Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Atatürk Devlet Hastanesi'nde yaklaşık 1500 personel hizmet vermektedir. 2014 yılı itibariyle sağlık personeli olarak şu anda; 208 uzman hekim, 25 pratisyen hekim, 3 diş hekimi, 6 eczacı, 360 hemşire, 145 ebe, 75 sağlık memuru, 25 anestezi teknisyeni, 8 fizyoterapist, 200 tıbbi sekreter ile hizmet vermektedir. Araştırmanın örneklemi ise, hastanenin değişik servislerinde görev yapan ve anketi doldurmak isteyen 200 hemşireden oluşmaktadır.

2.ARAŞTIRMA SONUÇLARI, TABLO ve YORUMLARI

2.1.Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Uygulama Hata Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Tablo ve Yorumları

Tablo:1 Hasta Güvenliği ve Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Eğitim Alma Durumu

Eğitim Alma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	166	83	83	83
Hayır	34	17,0	17,0	100,0
Valid Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda eğitim alma durumlarını belirlemek amacıyla sorulan 1. soruya göre; tablo:1’de eğitim alanlar %83 yüzdeyle 166, eğitim almayanlar %17 yüzdeyle 34 hemşiredir. Araştırmaya katılan hemşirelerden 4/5’i hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları konusunda eğitim almışlardır. Bu oranlar ile AADH’nde yönetimin, hizmet içi eğitime önem verdiği anlaşılmaktadır. Çalışan personelin eğitimlere katılabilmesi için gerekli şartlar oluşturularak(iş yoğunluğunun az olduğu saatlerde, aynı eğitimin farklı günlerde tekrarlanması ile) yüksek oranda hizmet içi eğitim alınması sağlanmıştır. Çalışan hemşireler de hizmet içi eğitime önem verdikleri için eğitime katılım oranı oldukça yüksektir.

2.2.Araştırmaya Katılanların Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumlarının Tabloları ve Yorumları

Tablo:2 İlaç Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu

İlaç Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	Sayı	%
Evet	113	56,5
Hayır	87	43,5
Toplam	200	100,0

Hemşirelerin ilaç uygulama hatasına tanık olma oranlarının belirlenmesi için sorulan 2. soruya göre tablo:2’de, ilaç uygulama hatasına tanık olanlar % 56,5 yüzdeyle 113, ilaç uygulama hatasına tanık olmayanlar % 43,5 yüzdeyle 87 hemşiredir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu ilaç uygulama hatasına tanık olduklarını belirtmiştir. Bu oranlarda, ilaç uygulama hatalarına hemşirelerin sıklıkla tanık olduğunu göstermektedir. Hastanede yatan hastalara ilaç uygulamaları sıklıkla yapılmaktadır. Bazen aynı hastaya günde 5-6 kez ilaç uygulamasının yapılması, aynı uygulama sırasında birden çok ilacın uygulanması, ilaç uygulama hatalarına tanık olma oranları da arttırmaktadır.

Tablo:3 Cerrahi Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu

Cerrahi Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	51	25,5	25,5	25,5
Valid Hayır	149	74,5	74,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin cerrahi uygulama hatasına tanık olma durumlarının belirlenmesi için sorulan 3. soruya göre tablo:3 ‘de, cerrahi hataya tanık olanlar %25.5 yüzdeyle 51 hemşire, cerrahi hataya tanık olmayanlar %74.5 yüzdeyle 149 hemşiredir.

Araştırmaya katılanlar içinde cerrahi hataya tanık olan hemşire oranının 1/4 olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılanlardan 1/4'ünün cerrahi hataya tanık olma oranı yüksek bulunmuştur.

Tablo:4 Tanı Koymada Hataya Tanık Olma Durumu

Tanı Koymada Hataya Tanık Olma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	89	44,5	44,5	44,5
Valid Hayır	111	55,5	55,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin tanı koyma hatalarına tanık olma oranlarının belirlenmesi için sorulan 4.soruya göre tablo:4'de, tanı koyma hatasına tanık olanlar %44.5 yüzdeyle 89 hemşire, tanı koyma hatasına tanık olmayanlar %55.5 yüzdeyle 111 hemşiredir. Tanı koyma hatasına tanık olan hemşire sayısı araştırmaya katılanların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Araştırma sonucuna göre, sağlık hizmeti sunumunda, tanı koyma hatasına da sıklıkla tanık olunduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo:5 Yanlış/uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Tanık Olma Durumu

Yanlış/uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Tanık Olma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	96	48,0	48,0	48,0
Valid Hayır	104	52,0	52,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin yanlış/uygun olmayan malzeme kullanımına tanık olma oranlarının belirlenmesi için sorulan 5. soruya göre tablo:5'de, yanlış/uygun olmayan malzeme kullanımına tanık olanlar %48 yüzdeyle 96 hemşire, yanlış/uygun olmayan

malzeme kullanımına tanık olmayanlar %52 yüzdeyle 104 hemşiredir. Yanlış/uygun olmayan malzeme kullanımına tanık olan hemşire sayısı araştırmaya katılanların yarısından az olmuştur. Ancak, bu oranlar ile yanlış/uygun olmayan malzeme kullanımının da sağlık hizmeti sunumunda sıklıkla karşılaşıldığı anlaşılmaktadır.

Tablo:6 Hasta Düşmelerine Tanık Olma Durumu

Hasta Düşmelerine Tanık Olma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	139	69,5	69,5	69,5
Valid Hayır	61	30,5	30,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin hasta düşmelerine tanık olma oranlarının belirlenmesi için sorulan 6. Soruya göre tablo:6’da, hasta düşmelerine tanık olanlar %69.5 yüzdeyle 139 hemşire, hasta düşmelerine tanık olmayanlar %30,5 yüzdeyle 61 hemşiredir. Hasta düşmelerine tanık olan hemşire sayısı araştırmaya katılanların 2/3’ünden fazladır. Bu oranlar ile sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta düşmesine tanık olduğu ortaya çıkmaktadır.

Hasta düşmelerine tanık olma oranlarının bu kadar yüksek olma sebebi sadece sağlık personelinin önlem alması ile hasta düşmeleri engellenememesidir. Hasta düşme oranlarının azaltılabilmesi için, hasta ve yakınlarının gerekli tedbirleri alması ve sağlık personelinin uyarılarına uymaları gerekmektedir. Örneğin; sağlık personeli ameliyat sonrasında hastanın tek başına ayağa kalkmaması gerektiğini hasta ve yakınına anlatmasına rağmen hastaların tek başına ayağa kalkmaları sonucunda düşmelerin olduğu tespit edilmiştir. Hasta düşmelerinin azaltılabilmesi için hasta ve yakınlarının bilinç düzeyi arttırılmalıdır.

Tablo:7 Güvenli Olmayan Kan ve Kan Ürünleri Transfizyonuna Tanık Olma Durumu

Güvenli Olmayan Kan ve Kan Ürünleri Transfizyonuna Tanık Olma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	50	25,0	25,0	25,0
Valid Hayır	150	75,0	75,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin güvenli olmayan kan ve kan ürünleri transfizyonuna tanık olma durumlarının belirlenmesi için sorulan 7. Soruya göre tablo: 7’de; güvenli olmayan kan ve kan ürünleri transfizyonuna tanık olanlar %25 yüzdeyle 50 hemşire, güvenli olmayan kan ve kan ürünleri transfizyonuna tanık olmayanlar %75 yüzdeyle 150 hemşiredir. Güvenli olmayan kan ve kan ürünleri transfizyonuna tanık olanların araştırmaya katılanlara oranı 1/4 olmuştur.

Araştırmaya katılanlardan 1/4’ünün güvenli olmayan kan ve kan ürünleri transfizyonuna tanık olma oranı yüksek bulunmuştur. Kan ve kan ürünleri transfizyonunun güvenli gerçekleştirilebilmesi için sağlık kurumlarının güvenli kan transfizyonu prosedürlerini oluşturmaları gerekmektedir. tüm sağlık personelinin de prosedürlere uygun işlem yapması gerekmektedir.

Tablo:8 Yanlış Hastaya İşlem Yapılmasına Tanık Olma Durumu

Yanlış Hastaya İşlem Yapılmasına Tanık Olma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	102	51,0	51,0	51,0
Valid Hayır	98	49,0	49,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin yanlış hastaya işlem yapılmasına tanık olma oranlarının belirlenmesi için sorulan 8. Soruya göre tablo 8’de; yanlış hastaya işlem yapılmasına tanık olanlar %51 yüzdeyle 102 hemşire, yanlış hastaya işlem yapılmasına tanık olmayanlar %49 yüzdeyle 98 hemşiredir. Yanlış hastaya işlem yapılmasına tanık olan hemşire sayısı araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazla olmuştur. Sağlık hizmeti sunumunda yanlış hastaya işlem yapılmasına tanık olma oranı yüksek bulunmuştur.

Tablo: 9 Hastane Enfeksiyonunun Gelişmesine Tanık Olma Durumu

Hastane Enfeksiyonunun Gelişmesine Tanık Olma Durumu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Evet	143	71,5	71,5	71,5
Valid Hayır	57	28,5	28,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin hastane enfeksiyonunun gelişmesine tanık olma oranlarının belirlenmesi için sorulan 9. Soruya göre tablo 9’da; hastane enfeksiyonunun gelişmesine tanık olanlar %71.5 yüzdeyle 143 hemşire, hastane enfeksiyonunun

gelişmesine tanık olmayanlar %28.5 yüzdeyle 57 hemşiredir. Hastane enfeksiyonuna tanık olan hemşire sayısı araştırmaya katılan hemşirelerin 3/4 oranında olmuştur. Araştırma, hemşirelerin çoğunluğunun hastane enfeksiyonu gelişmesine tanık olduğunu ortaya çıkarmıştır.

2.3. Hasta Güvenliğine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Tablo:10 Birimde Yeterli Personel Mevcuttur Diye Düşünenlerin Oranları

Birimde Yeterli Personel Mevcuttur	Sayı	%
Kesinlikle Katılıyorum	8	4,0
Katılıyorum	19	9,5
Kararsızım	20	10,0
Katılmıyorum	65	32,5
Kesinlikle Katılmıyorum	88	44,0
Toplam	200	100,0

Hemşirelerin, yeterli personel ile hizmet sunmakta olduklarına katılım oranlarının belirlenmesi için sorulan 10. soruya göre tablo 10'da; kesinlikle katılanlar, %4 yüzdeyle 8 hemşire, katılanlar %9,5 yüzdeyle 19 hemşire, kararsızlar %10 yüzdeyle 20 hemşire, katılmayanlar %32,5 yüzdeyle 65 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %44 yüzdeyle 88 hemşiredir. Bu araştırma sonucuna göre yeterli personel ile hizmet sunduğunu düşünen hemşire oranı %13,5 oranıyla 27 kişi olarak düşük bulunmuştur. Bu araştırma sonucuna göre yetersiz personel ile hizmet sunduğunu düşünenlerin oranı %76,5 oranı ile oldukça yüksektir.

Her sektörde çalışanlar, yeterli personel ile hizmet sunmayı istemektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin iş yükü oldukça ağırdır. Mesleki zorluklar dışında az personelle sağlık hizmeti sunmak hemşirelerin daha hızlı yorulmalarına sebep olmaktadır. Yorgunluk ile dikkat dağınıklığını oluşmakta ve tıbbi hata yapma oranları artmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda, hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için yeterli personel ile hizmet sunulması gereklidir.

Tablo:11 Hasta Güvenliğini Geliştirme Çalışmalarına Katılım Oranları

Hasta Güvenliğini Geliştirme Çalışmalarına Aktif Olarak Katılım	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	33	16,5	16,5	16,5
Katılıyorum	81	40,5	40,5	57,0
Valid Kararsızım	28	14,0	14,0	71,0
Katılmıyorum	58	29,0	29,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına katılım oranlarının belirlenmesi için sorulan 11. soruya göre tablo11’de; kesinlikle katılanlar %16,5 yüzdeyle 33 hemşire, katılanlar %40,5 yüzdeyle 81 hemşire, kararsızlar %14 yüzdeyle 28 hemşire, katılmayanlar %29 yüzdeyle 58 hemşiredir. Bu araştırma sonucuna göre hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına katılan hemşire oranı %56,5 yüzdeyle 114 hemşire olarak çoğunluğu oluşturmaktadır.

Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temel taşıdır. Çalışanların hasta güvenliğinin geliştirilmesinde aktif rol alması, hasta güvenliğinin sağlanabilmesinde çok önemlidir. Yapılan araştırma da hemşirelerin çoğunluğu, hasta güvenliğinin önemini kavramış ve hasta güvenliğinin gelişmesi için çalışmaktadır. Böylece hasta güvenliğini tehlikeye sokan durumlar daha hızlı belirlenip gerekli tedbirler alınarak düzeltmeler yapılabilir. Bu da hasta güvenliği ihlallerinin azaltılmasını sağlamaktadır.

Tablo:12 Yaptıkları Hatalardan Suçlanacağını Hissedenlerin Oranları

Yaptığım Hatalardan Dolayı Suçlanacağımı Hissederim	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	61	30,5	30,5	30,5
Katılıyorum	102	51,0	51,0	81,5
Kararsızım	15	7,5	7,5	89,0
Katılmıyorum	18	9,0	9,0	98,0
Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hemşirelerin hata yaptıklarında suçlanacaklarını hissetme oranlarının belirlenmesi için sorulan 12. soruya göre tablo:12’de; kesinlikle katılanlar %30,5 yüzdeyle 61 hemşire, katılanlar %51 yüzdeyle 102 hemşire, kararsızlar %7,5 yüzdeyle 15 hemşire, katılmayanlar %9 yüzdeyle 18 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %2 yüzdeyle 4 hemşiredir. Bu araştırma sonucuna göre hata yaptıklarında suçlanacaklarını hisseden hemşire oranı %81,5 yüzdeyle 163 hemşiredir. Bu oran da çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Sağlık personelleri yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederlerse, yaptıkları hataları paylaşmaktan çekineceklerdir. Yapılan hatalar paylaşılmaz ise aynı hatalar tekrarlanacaktır. Tıbbi hataların tekrarlanmaması için yapılan hataların korkusuzca paylaşılabileceği ortamın yaratılması şarttır. Ülkemizde sağlık personellerinin yaptıkları hataları korkusuzca paylaşılabileceği ortam şartları günümüzde mevcut değildir. Bu sebepte hasta güvenliğinin geliştirilmesine engel olabilmektedir.

Tablo:13 Yapılan Hataların Bölümde Pozitif Değişikliklere Yol Gösterme Oranları

Yapılan Hatalar, Bölümde Pozitif Değişikliklere Yol Gösterir.	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	22	11,0	11,0	11,0
Katılıyorum	80	40,0	40,0	51,0
Kararsızım	51	25,5	25,5	76,5
Katılmıyorum	39	19,5	19,5	96,0
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,0	4,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Yapılan hataların bölümde pozitif değişikliklere yol gösterdiğine katılım oranlarının belirlenmesi için sorulan 13. soruya göre, tablo:13’de; kesinlikle katılanlar %11 yüzdeyle 22 hemşire, katılanlar %40 yüzdeyle 80 hemşire, kararsızlar %25,5 yüzdeyle 51 hemşire, katılmayanlar %19,5 yüzdeyle 39 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %4 yüzdeyle 8 hemşiredir. Yapılan hataların bölümde pozitif değişikliklere yol gösterdiğini düşünen hemşire oranı; %51 yüzdeyle 102 hemşire sayısı ile çoğunluğu oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunda yapılan hatalardan yararlanılarak gerekli önlemler alınıp hataların tekrarlanmasının önlenmesi hedeflenmektedir. Yapılan araştırmada hemşirelerin çoğunluğu yapılan hataların bölümde pozitif değişikliğe yol açtığını belirtmiştir. Böylece hasta güvenliğinin geliştirilmesi sağlanmaktadır.

Tablo:14 Yoğun Çalışma Koşullarında Sağlık Çalışanlarının Birbirlerine Yardım Etme Oranları

Yoğun Çalışma Koşullarında Sağlık Çalışanlarının Birbirlerine Yardım Eder	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	59	29,5	29,5	29,5
Katılıyorum	102	51,0	51,0	80,5
Kararsızım	25	12,5	12,5	93,0
Katılmıyorum	12	6,0	6,0	99,0
Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,0	1,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Yoğun çalışma koşullarında sağlık çalışanlarının birbirlerine yardım etme oranlarının belirlenmesi için sorulan 14. soruya göre tablo:14’de; kesinlikle katılanlar %29,5 yüzdeyle 59 hemşire, katılanlar %51 yüzdeyle 102 hemşire, kararsızlar %12,5 yüzdeyle 25 hemşire, katılmayanlar %6 yüzdeyle 12 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %1 yüzdeyle 2 hemşiredir. Yoğun çalışma koşullarında sağlık çalışanlarının birbirlerine yardım etme oranlarına bakıldığında yardım edenlerin oranı %81 yüzdeyle 161 hemşire sayısı ile büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

Sağlık hizmeti acil sunulması gereken bir hizmet grubudur. Sağlık hizmeti sunan ekipte yardımlaşma olmaz ise hizmet sunumunda ciddi gecikmeler olacaktır. Bu gecikmeler sebebiyle hastalar telafisi mümkün olmayan zararlar görebilecektir. Yapılan araştırmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun ekip çalışması bilincine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ancak yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının 1/5’inin birbirlerine yardım etmeme oranı çok yüksek bulunmuştur. Güvenli sağlık hizmeti sunumunda zaman ile yarışılmaktadır. Yoğun çalışma koşullarında ekip üyelerinin birbirlerine yardım etmeleri gerekmektedir.

Tablo:15 Kriz Modunda Çalışma Oranları

Yapılacak Çok İş Olduğunda ve Çok Çabuk Yapmak Gerektiğinde Kriz Modunda Çalışırız	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	55	27,5	27,5	27,5
Katılıyorum	103	51,5	51,5	79,0
Kararsızım	18	9,0	9,0	88,0
Katılmıyorum	18	9,0	9,0	97,0
Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,0	3,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde kriz modunda çalışılma oranlarının belirlenmesi için soruya göre tablo:15’de; kesinlikle katılanlar %27,5 yüzdeyle 55 hemşire, katılanlar %51,5 yüzdeyle 103 hemşire, kararsızlar %9 yüzdeyle 18 hemşire, katılmayanlar %9 yüzdeyle 18 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %3 yüzdeyle 6 hemşiredir. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde kriz modunda çalışılma oranlarına bakıldığında kriz modunda çalışanların %79 yüzdeyle 158 kişi sayısı büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda zaman ile yarışılmaktadır. Hizmet sunumunda bazen saniyelerin bile büyük önemi vardır. Saniyeler içinde hasta ölümleri gerçekleşebildiği gibi ölen hastalar zamanında yapılan müdahaleler ile yaşama döndürülebilmektedir. Yapılan araştırmaya göre yapılacak iş çok olduğunda ve kriz modunda çalışmak gerektiğinde hemşirelerin büyük çoğunluğunun kriz modunda çalıştığı görülmektedir. Böylece hasta güvenliği ihlalleri yaşanma oranı düşürülmektedir.

Tablo:16 Hasta Güvenliği, Daha Çok İş Yapmaktan Öncelikli Bir İlkedir Diye Düşünenlerin Oranları

Hasta Güvenliği, Daha Çok İş Yapmaktan Öncelikli Bir İlkedir	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	81	40,5	40,5	40,5
Katılıyorum	77	38,5	38,5	79,0
Kararsızım	18	9,0	9,0	88,0
Katılmıyorum	19	9,5	9,5	97,5
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,5	2,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hasta güvenliğinin, daha çok iş yapmaktan önemli bir ilke olduğunu düşünenlerin oranlarını belirlemek için sorulan 16. soruya göre tablo:16’da; kesinlikle katılanlar %40,5 yüzdeyle 81 hemşire, katılanlar %38,5 yüzdeyle 77 hemşire, kararsızlar %9 yüzdeyle 18 hemşire, katılmayanlar %9,5 yüzdeyle 19 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %2,5 yüzdeyle 5 hemşiredir. Hasta güvenliğinin çok iş yapmaktan daha önemli bir ilke olduğuna katılanların oranı %79 yüzdeyle 158 kişi sayısı ile büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

Yapılan araştırmada, hemşirelerin hasta güvenliğine daha çok iş yapmaktan fazla önem verdiği ortaya çıkmıştır. Daha çok iş yapmak yerine hasta güvenliğinin sağlanması gerektiği ilkesi benimsenmiştir. Hasta güvenliği sağlanmadan sunulan sağlık hizmeti ile hastaya faydadan çok zarar verilebileceği için öncelikle hasta güvenliği sağlanmalıdır. Sonra hastaya sağlık hizmetleri sunulmalıdır.

Tablo:17 Nöbet Değişimi Sırasında Hasta Bakımıyla İlgili Bilgilerin Kaybedilme Oranları

Nöbet Değişimi Sırasında Hasta Bakımıyla İlgili Önemli Bilgileri Çoğu Zaman Kaybedilmektedir	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,0	7,0	7,0
Katılıyorum	42	21,0	21,0	28,0
Kararsızım	22	11,0	11,0	39,0
Katılmıyorum	94	47,0	47,0	86,0
Kesinlikle Katılmıyorum	28	14,0	14,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgilerin kaybolma oranlarının belirlenmesi için sorulan 17. soruya göre tablo:17’de; kesinlikle katılanlar %7 yüzdeyle 14 hemşire, katılanlar %21 yüzdeyle 42 hemşire, kararsızlar %11 yüzdeyle 22 hemşire, katılmayanlar %47 yüzdeyle 94 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %14 yüzdeyle 28 hemşiredir. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgilerin kaybolmadığını düşünen hemşire oranı %61 yüzdeyle 122 kişi sayısı ile çoğunluğu oluşturmaktadır.

Kaliteli sağlık hizmeti, iletişimin iyi olduğu bir ekip çalışması ile sunulabilmektedir. Hasta bilgileri her vardiya değişiminde sağlık çalışanları tarafından birbirlerine aktarılmaktadır. Yapılan bilgi aktarımında eksik bilgi paylaşımı hastanın takip ve tedavisini olumsuz etkileyebilir. Yapılan araştırmada hasta bilgilerinin kaybedildiğini düşünen hemşire oranı %28 yüzdeyle 56 kişidir. Bu oran da çalışmaya katılanların 1/4' ünü oluşturmaktadır.

Tablo:18 Hataların Tekrar Oluşmasını Engelleyecek Tedbir Alınma Oranları

Hataların Tekrar Oluşmasını Engelleyecek Tedbir Alınmaktadır	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	42	21,0	21,0	21,0
Katılıyorum	105	52,5	52,5	73,5
Kararsızım	26	13,0	13,0	86,5
Katılmıyorum	22	11,0	11,0	97,5
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,5	2,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hataların tekrar oluşmasını engellemek için tedbir alındığını düşünenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 18. soruya göre tablo: 18’de; kesinlikle katılanlar %21 yüzdeyle 42 hemşire, katılanlar %52,5 yüzdeyle 105 hemşire, kararsızlar %13 yüzdeyle 26 hemşire, katılmayanlar %11 yüzdeyle 22 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %2,5 yüzdeyle 5 hemşiredir. Hataların tekrar oluşmasını engellemek için tedbir alındığını düşünen hemşire oranı %73,5 yüzdeyle 147 kişidir.

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için yapılan hatalar ışığında hata nedenleri belirlenerek gerekli tedbirler alınıp hataların tekrarlanmaması sağlanmalıdır. Yapılan araştırmada, araştırmaya katılanların 3/4’ü yapılan hataların tekrar oluşmasını engellemek için tedbir alındığını düşünmektedir. Böylece hasta güvenliğini tehdit eden etkenler azaltılmaktadır.

2.4.Tıbbi Hataların Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Tablo:19 İlaç Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmamasını Düşünenlerin Oranları

İlaç Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmaması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	35	17,5	17,5	17,5
Katılıyorum	118	59,0	59,0	76,5
Kararsızım	22	11,0	11,0	87,5
Katılmıyorum	19	9,5	9,5	97,0
Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,0	3,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

İlaç hakkında bilgi sahibi olunmamasını, tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 19. soruya göre tablo:19'da; kesinlikle katılanlar %17,5 yüzdeyle 35 hemşire, katılanlar %59 yüzdeyle 118 hemşire, kararsızlar %11 yüzdeyle 22 hemşire, katılmayanlar %9,5 yüzdeyle 19 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %3 yüzdeyle 6 hemşiredir. Tıbbi hata nedenleri içinde ilaç hakkında bilgi sahibi olunmamasına katılanlar %76,5 yüzdeyle 153 hemşiredir.

Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin en önemli görevleri arasında ilaç uygulamaları yer almaktadır. İlaç uygulama hataları tıbbi hatalar arasında en sık karşılaşılan hatalardan birisidir. İlaç hakkında bilgi sahibi olmamak ilaç uygulama hatası yapma olasılığını yükseltmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin 3/4'ü ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi olmamayı tıbbi hata nedeni olarak görmektedir. İlaç hakkında bilgi sahibi olmamayı tıbbi hata nedeni olarak görmeyenler %12,5 yüzdeyle 25 hemşiredir. Bu oranda araştırmaya katılanların 1/8'ine eşittir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmamasını tıbbi hata nedeni olarak görmüştür.

Tablo:20 Hasta Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmamasını Düşünenlerin Oranları

Hasta Hakkında Yeterli Bilgi Sahibi Olunmaması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	27	13,5	13,5	13,5
Katılıyorum	110	55,0	55,0	68,5
Kararsızım	24	12,0	12,0	80,5
Katılmıyorum	34	17,0	17,0	97,5
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,5	2,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hasta hakkında bilgi sahibi olunmamasını tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 20. soruya göre tablo:20’de, kesinlikle katılanlar %13,5 yüzdeyle 27 hemşire, katılanlar %55 yüzdeyle 110 hemşire, kararsızlar %12 yüzdeyle 24 hemşire, katılmayanlar %17 yüzdeyle 34 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %2,5 yüzdeyle 5 hemşiredir. Araştırmada tıbbi hata nedeni olarak hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmamasına katılanlar %68,5 yüzdeyle 137 hemşiredir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu hasta hakkında bilgi sahibi olunmamasını tıbbi hata nedeni olarak görmektedir. Sağlık hizmeti sunumu hasta hakkında bilgi sahibi olmayı zorunlu kılmaktadır. Hasta hakkında bilgi sahibi olmadan sunulan sağlık hizmetinde hastaya zarar verme olasılığı yükselebilmektedir.

Tablo 21: Hastayla İlgili Alerji Bilgisinin Yokluğunun Oranları

Hastayla İlgili Alerji Bilgisinin Yokluğu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	33	16,5	16,5	16,5
Katılıyorum	96	48,0	48,0	64,5
Kararsızım	21	10,5	10,5	75,0
Valid Katılmıyorum	46	23,0	23,0	98,0
Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğunu tıbbi hata olarak görenlerin belirlenmesi için sorulan 21. soruya göre tablo:21’de; kesinlikle katılanlar %16,5 yüzdeyle 33 hemşire, katılanlar %48 yüzdeyle 96 hemşire, kararsızlar %10,5 yüzdeyle 21 hemşire, katılmayanlar %23 yüzdeyle 46 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %2 yüzdeyle 4 hemşiredir. Araştırmaya katılanlardan %64,5 yüzdeyle 129 kişi, hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğunu tıbbi hata nedeni olarak görmektedir. Araştırmaya katılanların çoğunluğu hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğunu tıbbi hata nedeni olarak görmektedir.

Birey hastaneye başvurduğunda mutlaka alerjisinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Sağlık personeli, ilk kez işlem yapacağı hastanın alerji bilgisini sorgulamalıdır. Alerjisinin olduğu tespit edilen bireye, eğitim verilerek her hastaneye başvurusunda alerjisinin olduğunu belirtmesinin gerekliliği anlatılmalıdır.

Tablo:22 İlaç Uygulama Kayıtlarının Doğru Düzenlenmemesini Düşünenlerin Oranı

İlaç Uygulama Kayıtlarının Doğru Düzenlenmemesi	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	23	11,5	11,5	11,5
Katılıyorum	100	50,0	50,0	61,5
Kararsızım	26	13,0	13,0	74,5
Katılmıyorum	45	22,5	22,5	97,0
Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,0	3,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

İlaç kayıtlarının doğru düzenlenmemesini tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranlarını belirlemek için sorulan 22. soruya göre tablo:22’de; kesinlikle katılanlar %11,5 yüzdeyle 23 hemşire, katılanlar %50 yüzdeyle 100 hemşire, kararsızlar %13 yüzdeyle 26 hemşire, katılmayanlar %22,5 yüzdeyle 45 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %3 yüzdeyle 6 hemşiredir. İlaç kayıtlarının doğru düzenlenmemesini tıbbi hata nedeni görenler %61,5 yüzdeyle 123 hemşiredir. Araştırmaya göre hemşirelerin çoğunluğu ilaç kayıtlarının doğru düzenlenmemesini tıbbi hata nedeni olarak görmektedir. İlaç kayıtlarının doğru düzenlenebilmesi için öncelikle hekimlerin okunaklı ve kurallara uygun tedavi planını vermeleri gerekmektedir. Tedavi planını alan sağlık personelinin de tedavi kayıtlarını doğru düzenlemesi gerekmektedir.

Tablo:23 İlaç Uygulaması Sırasında Birimde Meydana Gelen Karışıklık Oranları

İlaç Uygulaması Sırasında Birimde Meydana Gelen Karışıklıklar	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	15	7,5	7,5	7,5
Katılıyorum	77	38,5	38,5	46,0
Kararsızım	44	22,0	22,0	68,0
Katılmıyorum	50	25,0	25,0	93,0
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,0	7,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

İlaç uygulama esnasında birimde meydana gelen karışıklıkların tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 23. soruya göre tablo:23’de; kesinlikle katılanlar %7,5yüzdeyle 15 hemşire, katılanların oranı 38,5 yüzdeyle 77 hemşire, kararsızların oranı %22 yüzdeyle 44 hemşire, katılmayanların oranı %25 yüzdeyle 50 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %7 yüzdeyle14 hemşiredir. İlaç uygulama esnasında birimde meydana gelen karışıklıkları tıbbi hata nedeni olarak görenler, %46 yüzdeyle 92 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 1/2'sine yakını ilaç uygulama esnasında birimde meydana gelen karışıklıkları tıbbi hata nedeni olarak görmektedir.

Birimde meydana gelen karışıklıklar, dikkat dağınıklığı nedeniyle ilaç uygulama hatalarına neden olabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda ani ve beklenmeyen olaylar oluşabilmektedir. Örneğin hastanın arrest olması, düşmesi, kanamasının olması vb. durumlar servis işleyişinde karışıklıklara neden olabilmektedir. Böyle durumlarda sağlık personelinin dikkat seviyesini arttırması ve ilaç uygulama kurallarının hepsine uyması gerekmektedir.

Tablo:24 Uzun Çalışma Saatlerinin Olduğunu Düşünenleri Oranları

Uzun Çalışma Saatleri	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	83	41,5	41,5	41,5
Katılıyorum	98	49,0	49,0	90,5
Kararsızım	7	3,5	3,5	94,0
Katılmıyorum	11	5,5	5,5	99,5
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Uzun çalışma saatlerini tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranının belirlenmesi için sorulan 24. soruya göre tablo:24’de, kesinlikle katılanlar %41,5 yüzdeyle 83 hemşire, katılanlar %49 yüzdeyle 98 hemşire, kararsızlar %3,5 yüzdeyle 7 hemşire, katılmayanlar %5,5 yüzdeyle 11 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %0,5 ile 1 hemşiredir. Uzun çalışma saatlerinin tıbbi hataya neden olduğunu düşünenler %90,5 yüzdeyle 181 kişidir. Araştırmaya katılanların 9/10’u uzun çalışma saatlerinin tıbbi hataya neden olduğunu düşünmektedir.

Ülkemizde birçok hastanede hala 24 saatlik nöbet uygulaması ile sağlık hizmeti sunulmaktadır. 24 saatlik çalışma süresinde dikkatin dağılmaması mümkün değildir. Sağlık çalışanlarının çalışma süreleri en uzun 16 saatlik vardiyalardan oluşmalıdır. Uzun çalışma sürelerinde sağlık personelinin yorgunluğu nedeniyle dikkat dağınıklığı artacaktır.

Tablo:25 Personel Başına Düşen Hasta Sayısının Çokluğunu Düşünenlerin Oranları

Personel Başına Düşen Hasta Sayısının Çokluğu	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	90	45,0	45,0	45,0
Katılıyorum	94	47,0	47,0	92,0
Valid Kararsızım	9	4,5	4,5	96,5
Katılmıyorum	7	3,5	3,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Personel başına düşen hasta sayısının çokluğunu tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranının belirlenmesi için sorulan 25. Soruya göre tablo:25’de; kesinlikle katılanlar %45 yüzdeyle 90 hemşire, katılanlar %47 yüzdeyle 94 hemşire, kararsızlar %4,5 yüzdeyle 9 hemşire, katılmayanlar %3,5 yüzdeyle 7 hemşiredir. Araştırmaya katılanların %92 yüzdeyle 184 kişisi personel başına düşen hasta sayısının çokluğunu tıbbi hata nedeni olarak görmektedir. Araştırmaya katılanların 9/10’u personel başına düşen hasta sayısının çokluğunun tıbbi hataya neden olduğunu düşünmektedir.

Güvenli sağlık hizmeti sunumunda yeterli personel ile hizmet sunulması gerekmektedir. Yeterli sağlık personelinin olmaması nedeniyle personel başına düşen hasta sayısı artacaktır. Bir sağlık personelinin beş hastaya vereceği hizmet kalitesi ile on beş hastaya vereceği hizmet kalitesi arasında fark olacaktır. Bu sebep ile personel başına düşen hasta sayısı kaliteli sağlık hizmeti sunumuna olanak sağlamalıdır.

Tablo:26 Dikkatin Dağılımı ve Konsantre Olamama Oranları

Dikkatin Dağılımı ve Konsantre Olamama		Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Valid	Kesinlikle Katılıyorum	55	27,5	27,5	27,5
	Katılıyorum	104	52,0	52,0	79,5
	Kararsızım	17	8,5	8,5	88,0
	Katılmıyorum	23	11,5	11,5	99,5
	Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Dikkatin dağılımı ve konsantre olamamanın tıbbi hataya neden olduğunu düşünenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 26. soruya göre tablo:26’da; kesinlikle katılanlar %27,5 yüzdeyle 55 hemşire, katılanlar %52 yüzdeyle 104 hemşire, kararsızlar %8,5 yüzdeyle 17 hemşire, katılmayanlar %11,5 yüzdeyle 23 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %0,5 yüzdeyle 1 hemşiredir. Araştırmaya katılanlardan %77,5yüzdeyle 159 kişisi dikkatin dağılımı ve konsantre olamamayı tıbbi hataya nedeni olarak görmektedir. Araştırmaya katılanların 3/4’ü dikkatin dağılımı ve konsantre olamamayı tıbbi hataya nedeni olarak görmektedir.

Kaliteli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için, sağlık personelinin dikkatli ve konsantre olarak hizmet sunması gerekmektedir. Yapılan araştırmaya katılan sağlık personeli de dikkat dağılımı ve konsantre olamamayı tıbbi hata yapma nedeni olarak görmektedir. Uygun olmayan fiziki koşullar ve uzun çalışma saatleri sağlık personelinin dikkat dağınıklığına sebep olabilmektedir. Sağlık kurumları; sağlık personeli çalışma koşullarını dikkat dağınıklığına sebebiyet vermeyecek şekilde düzenlemelidir.

Tablo:27 İlaçların Görünüş ve Okunuş Benzerliğinin Oranları

İlaçların Görünüş ve Okunuş Benzerliğinin Oranları	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	61	30,5	30,5	30,5
Katılıyorum	108	54,0	54,0	84,5
Valid Kararsızım	11	5,5	5,5	90,0
Katılmıyorum	20	10,0	10,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

İlaçların görünüş ve okunuş benzerliğinin olmasını tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 27. soruya göre tablo:27’de; kesinlikle katılanlar %30,5 yüzdeyle 61 hemşire, katılanlar %54 yüzdeyle 108 hemşire, kararsızlar %5,5 yüzdeyle 11 hemşire kesinlikle katılmayanlar %10 yüzdeyle 20 hemşiredir. İlaçların görünüş ve okunuş benzerliğinin olmasını tıbbi hata nedeni olarak görenlerin oranları %84,5 yüzdeyle 169 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 8/10’u ilaçların görünüş ve okunuş benzerliğinin olmasını tıbbi hata nedeni olarak görmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda zaman ile yarışılmaktadır. Hızlı çalışılması nedeniyle görünüşü ve okunuşu benzer ilaçlar karıştırılabilmektedir. Sağlık kurumlarının gerekli prosedürleri oluşturarak, sağlık personelinin görünüşü ve okunuşu benzer ilaçlar nedeniyle hata yapmalarına engel olabileceklerdir.

2.5 Cerrahi Hataların Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Tablo:28 Ameliyat Tarafının İşaretlenmemesi Oranları

Ameliyat Tarafının İşaretlenmemesi	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	21	10,5	10,5	10,5
Katılıyorum	100	50,0	50,0	60,5
Kararsızım	38	19,0	19,0	79,5
Katılmıyorum	31	15,5	15,5	95,0
Kesinlikle Katılmıyorum	10	5,0	5,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Ameliyat tarafının işaretlenmemesini cerrahi hata olarak görenlerin oranının belirlenmesi için sorulan 28. Soruya göre tablo:28’de kesinlikle katılanlar %10,5 yüzdeyle 21 hemşire, katılanlar %50 yüzdeyle 100 hemşire, kararsızlar %19 yüzdeyle 38 hemşire, katılmayanlar %15,5 yüzdeyle 31 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %5 yüzdeyle 10 hemşiredir. Araştırmaya katılanların %60,5 yüzdeyle 121 kişisi ameliyat tarafının işaretlenmemesini cerrahi hata olarak görmektedir. Araştırmaya katılanların 6/10’u ameliyat tarafının işaretlenmemesini cerrahi hata olarak görmektedir.

Ameliyat olacak hastanın ameliyat taraf işaretlemesi hekimi tarafından yapılmalıdır. Hekimlerin ameliyat taraf işaretlemesini yapmaları için gereken kurallar ve prosedürler oluşturulmalıdır. Sağlık kuruluşları oluşturacakları kontrol prosedürleri ile taraf işaretlemesi olmayan hastanın ameliyathaneye girişini engellemelidirler. Böylece hekim de ameliyat edeceği hastanın taraf işaretlemesini yapmak zorunda kalacaktır.

Tablo:29 Taraf İşaretlemesine Hastanın Katılmadığını Düşünenleri Oranları

Taraf İşaretlemesine Hastanın Katılmaması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,0	9,0	9,0
Katılıyorum	81	40,5	40,5	49,5
Kararsızım	55	27,5	27,5	77,0
Katılmıyorum	35	17,5	17,5	94,5
Kesinlikle Katılmıyorum	11	5,5	5,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Taraf işaretlemesine hastanın katılmamasının cerrahi hataya neden olduğunu düşünenlerin oranının belirlenmesi için sorulan 29. soruya göre tablo:29’da; kesinlikle katılanlar %9 yüzdeyle 18 hemşire, katılanlar %40,5 yüzdeyle 81 hemşire, kararsızlar %27,5 yüzdeyle 55 hemşire, katılmayanlar %17,5 yüzdeyle 35 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %5,5 yüzdeyle 11 hemşiredir. Taraf işaretlemesine hastanın katılmamasının cerrahi hataya neden olduğunu düşünenler %49,5 yüzdeyle 99 kişidir. Araştırmaya katılanların 1/2 ‘si taraf işaretlemesine hastanın katılmamasının cerrahi hataya neden olduğunu görüşündedir.

Taraf işaretlemesi hekim tarafından hasta ve yakınları işbirliği ile yapılmalıdır. Yoğun çalışma temposu nedeniyle hekimler genellikle günde birden çok hastanın ameliyatını yapmaktadırlar. Hekimin tek başına yapacağı taraf işaretlemesinde yanlışlıklar olabilmektedir. Taraf işaretlemesine hasta ve yakınlarının da katılması ile yanlış taraf cerrahi hatalarının yapılma olasılığı azalacaktır.

Tablo:30 Ameliyata Başlamadan Önce Ekip Tarafından Hasta, Taraf ve Girişim Doğrulamasının (son kontrol) Yapılmamasının Oranları

Ameliyata Başlamadan Önce Ekip Tarafından Hasta, Taraf ve Girişim Doğrulamasının (son kontrol) Yapılmaması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	34	17,0	17,0	17,0
Katılıyorum	77	38,5	38,5	55,5
Kararsızım	40	20,0	20,0	75,5
Valid Katılmıyorum	38	19,0	19,0	94,5
Kesinlikle Katılmıyorum	11	5,5	5,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Ameliyata başlamadan önce ekip tarafından hasta, taraf ve girişim doğrulamasının yapılmamasını cerrahi hata olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 30. soruya göre tablo:30'da; kesinlikle katılanlar %17 yüzdeyle 34 hemşire, katılanlar %38,5 yüzdeyle 77 hemşire, kararsızlar %20 yüzdeyle 40 hemşire, katılmayanlar %19 yüzdeyle 38 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %5,5 yüzdeyle 11 hemşiredir. Ameliyata başlamadan önce ekip tarafından hasta, taraf ve girişim doğrulamasının yapılmamasını cerrahi hata olarak görenler % 55,5 yüzdeyle 111 kişidir. Araştırmaya katılanların ½'sinden fazlası ameliyata başlamadan önce ekip tarafından hasta, taraf ve girişim doğrulamasının yapılmamasını cerrahi hata olarak görmektedir.

Ameliyat başlamadan ameliyat ekibi tarafından yapılacak son kontrol oluşabilecek cerrahi hataların önlenmesi için çok önemlidir. Ameliyathane

ekibinin, sağlık kuruluşunun prosedürlerine uygun son kontrolü yapması gerekmektedir.

Tablo:31 Kullanılacak Araç Gerecin Bulunmaması/Bozuk Olması Oranları

Kullanılacak Araç Gerecin Bulunmaması/Bozu k Olması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	28	14,0	14,0	14,0
Katılıyorum	66	33,0	33,0	47,0
Kararsızım	50	25,0	25,0	72,0
Valid Katılmıyorum	46	23,0	23,0	95,0
Kesinlikle Katılmıyorum	10	5,0	5,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Kullanılacak araç gerecin bulunmaması/bozuk olmasının cerrahi hataya neden olduğunu düşünenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 31. soruya göre tablo:31’de; kesinlikle katılanlar %14 yüzdeyle 28 hemşire, katılanlar %33 yüzdeyle 66 hemşire, kararsızlar %25 yüzdeyle 50 hemşire, katılmayanlar %23 yüzdeyle 46 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %5 yüzdeyle 10 hemşiredir. Kullanılacak araç gerecin bulunmaması/bozuk olmasının cerrahi hataya neden olduğunu düşünenlerin oranları %47 yüzdeyle 94 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 1/2’sinden azı kullanılacak araç gerecin bulunmaması/bozuk olmasının cerrahi hataya neden olduğunu düşünmektedir.

Kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için; sağlık personelinin becerisi, uygun tıbbi araç ve gereç gerekmektedir. Sağlık personeli, kullanılan araç gerecin çalışır durumda olduğunu kontrol etmelidir. Sağlık kurumlarının da bozuk olan araç gereçlerin yapılmasını sağlamaları ya da yenilerini almaları gerekmektedir.

Tablo:32 Araç Gerecin Yeterince Kullanımının Bilinmemesini Düşünenlerin Oranları

Araç Gerecin Yeterince Kullanımının Bilinmemesi	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	27	13,5	13,5	13,5
Katılıyorum	78	39,0	39,0	52,5
Kararsızım	43	21,5	21,5	74,0
Katılmıyorum	37	18,5	18,5	92,5
Kesinlikle Katılmıyorum	15	7,5	7,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Araç gerecin kullanımının yeterince bilinmemesinin cerrahi hatalara yol açtığını düşünenlerin oranının belirlenmesi için sorulan 32. soruya göre tablo:32’de; kesinlikle katılanlar %13,5 yüzdeyle 27 hemşire, %39 yüzdeyle 78 hemşire, kararsızlar %21,5 yüzdeyle 43 hemşire, katılmayanlar %18,5 yüzdeyle 37 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %7,5 yüzdeyle 15 hemşiredir. Araç gerecin kullanımının yeterince bilinmemesinin cerrahi hatalara yol açtığını düşünenler%52,5 yüzdeyle 105 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 1/2’sinden fazlası araç gerecin kullanımının yeterince bilinmemesinin cerrahi hatalara yol açtığını düşünmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzemeler teknolojinin değişim hızına paralel değişmektedir. Sağlık kurumları da değişen teknolojiye uygun tıbbi cihazları almaktadırlar. Sağlık kurumları mevcut ve yenilenen tıbbi araç gereç kullanımı konusunda sağlık personelinin eğitim almasını sağlamalıdır. Sağlık personeli de kullanımını bilmediği araç gereç ile hastaya müdahalede bulunmamalıdır.

2.6 Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hataların Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Tablo:33 Araç Gerecin Bulunmamasını Düşünenlerin Oranları

Araç Gerecin Bulunmaması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	31	15,5	15,5	15,5
Katılıyorum	81	40,5	40,5	56,0
Kararsızım	30	15,0	15,0	71,0
Katılmıyorum	49	24,5	24,5	95,5
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Araç gerecin bulunmamasını sistem yetersizliklerine bağlı hata nedeni olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 33. Soruya göre tablo:33’de; kesinlikle katılanlar %15,5 yüzdeyle 31 hemşire, katılanlar %40,5 yüzdeyle 81 hemşire, kararsızlar %15 yüzdeyle 30 hemşire, katılmayanlar %24,5 yüzdeyle 49 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %4,5 yüzdeyle 9 hemşiredir. Araç gerecin bulunmamasını sistem yetersizliklerine bağlı hata nedeni olarak görenler %55,5 yüzdeyle 112 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 1/2’sinden fazlası araç gerecin bulunmamasını sistem yetersizliklerine bağlı hata nedeni olarak görmektedir. Sağlık kurumları güvenli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için gerekli tıbbi araç ve gerecin bulunmasını sağlamalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda gerekli araç gereç bulunmuyor ise sağlık personelinin hasta güvenliğini sağlaması zorlaşacaktır

Tablo:34 Araç Gerecin Bozuk /Arızalı Olması Olarak Düşünenlerin Oranı

Araç Gerecin Bozuk /Arızalı Olması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	24	12,0	12,0	12,0
Katılıyorum	100	50,0	50,0	62,0
Kararsızım	28	14,0	14,0	76,0
Katılmıyorum	41	20,5	20,5	96,5
Kesinlikle Katılmıyorum	7	3,5	3,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Araç gerecin bozuk/arızalı olmasını sistem yetersizliklerine bağlı hata nedeni olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 34. soruya göre tablo:34’de; kesinlikle katılanlar %12 yüzdeyle 24 hemşire, katılanlar %50 yüzdeyle 100 hemşire, kararsızlar %14 yüzdeyle 28 hemşire, katılmayanlar %20,5 yüzdeyle 41 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %3,5 yüzdeyle 7 hemşiredir. Araç gerecin bozuk/arızalı olmasını sistem yetersizliklerine bağlı hata nedeni olarak görenler %62 yüzdeyle 124 kişidir. Araştırmaya katılanların 6/10’u araç gerecin bozuk/arızalı olmasını sistem yetersizliklerine bağlı hata nedeni olarak görmektedir.

Tablo:35 Personelin Cihazların Doğru Kullanımını Bilmemesi Olduğunu Düşünenlerin Oranları

Personelin Cihazların Doğru Kullanımını Bilmemesi	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	23	11,5	11,5	11,5
Katılıyorum	108	54,0	54,0	65,5
Kararsızım	30	15,0	15,0	80,5
Katılmıyorum	30	15,0	15,0	95,5
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Personelin cihazların doğru kullanımını bilmemesinin sistem yetersizliğine bağlı hata nedeni olduğunu düşünenlerin oranının belirlenmesi için sorulan 35. Soruya göre tablo:35’de; Kesinlikle katılanlar %11,5 yüzdeyle 22 hemşire, katılanlar %54 yüzdeyle 108 hemşire, kararsızlar %15 yüzdeyle 30 hemşire, katılmayanlar %15 yüzdeyle 30 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %4,5 yüzdeyle 9 hemşiredir. Personelin cihazların doğru kullanımını bilmemesinin sistem yetersizliğine bağlı hata nedeni olduğunu düşünenler %65,5 yüzdeyle 131 kişidir. Araştırmaya katılanların 6/10’u personelin cihazların doğru kullanımını bilmemesinin sistem yetersizliğine bağlı hata nedeni olarak görmektedir.

Tablo:36 Gerekli Bakım ve Kalibrasyonu Yapılmamış Cihazların Olduğunu Düşünenlerin Oranı

Gerekli Bakım ve Kalibrasyonu Yapılmamış Cihazların Olması	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	25	12,5	12,5	12,5
Katılıyorum	97	48,5	48,5	61,0
Kararsızım	29	14,5	14,5	75,5
Katılmıyorum	40	20,0	20,0	95,5
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Gerekli bakım ve kalibrasyonu yapılmamış cihazların olmasını sistem yetersizliğine bağlı hata nedeni olduğunu düşünenlerin oranının belirlenmesi için sorulan 36. Soruya göre tablo:36’da; kesinlikle katılanlar %12,5 yüzdeyle 25 hemşire, katılanlar %48,5 yüzdeyle 97 hemşire, kararsızlar %14,5 yüzdeyle 29 hemşire, katılmayanlar %20 yüzdeyle 40 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %4.5 yüzdeyle 9 hemşiredir. Gerekli bakım ve kalibrasyonu yapılmamış cihazların olmasını sistem yetersizliğine bağlı hata nedeni olduğunu düşünenler, %61 yüzdeyle 122 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 6/10’u gerekli bakım ve kalibrasyonu yapılmamış cihazların olmasını sistem yetersizliğine bağlı hata nedeni olarak görmektedir. Sağlık kurumları, cihaz bakım ve kalibrasyonu konusunda gerekli prosedürleri oluşturmmalıdır. Zamanında tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.

Tablo:37 Sterilite/Son Kullanma Tarihi Geçmiş Malzeme Kullanımının Olduğunu Düşünenlerin Oranları

Sterilite/Son Kullanma Tarihi Geçmiş Malzeme Kullanımı	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,0	7,0	7,0
Katılıyorum	44	22,0	22,0	29,0
Kararsızım	30	15,0	15,0	44,0
Katılmıyorum	77	38,5	38,5	82,5
Kesinlikle Katılmıyorum	35	17,5	17,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Sterilite/son kullanma tarihi geçmiş malzeme kullanımının sistem yetersizliğine bağlı tıbbi hata olarak görenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 37. soruya göre tablo:37’de; kesinlikle katılanlar %7 yüzdeyle 14 hemşire, katılanlar %22 yüzdeyle 44 hemşire kararsızlar %15 yüzdeyle 30 hemşire, katılmayanlar %38,5 yüzdeyle 77 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %17,5 yüzdeyle 35 hemşiredir. Sterilite/son kullanma tarihi geçmiş malzeme kullanımının sistem yetersizliğine bağlı tıbbi hata olarak görenler, %29 yüzdeyle 58 kişidir. Araştırmaya katılanların 3/10’u sterilite/son kullanma tarihi geçmiş malzeme kullanımının sistem yetersizliğine bağlı tıbbi hata olarak görmektedir.

Sağlık çalışanları, kullandıkları malzemenin steritesini ve son kullanma tarihini kontrol etmelidir. Şüpheye düştüğü malzemeleri kullanmamalıdır. Sağlık kurumlarının da son kullanma tarihi geçmemiş malzeme bulunmasını sağlamaları, kullanılan malzemelerin uygun koşullarda steril edilmelerini, ve uygun saklama koşullarını sağlamaları gerekmektedir.

2.7. Tıbbi Hata Rapor Etmeme Nedenlerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Tablo:38 Tıbbi Hataya Bağlı Hastaya Bir şey Olursa Sağlık Personelinin Suçlanacağını Düşünenlerin Oranları

Tıbbi Hataya Bağlı Hastaya Bir şey Olursa Sağlık Personelinin Suçlanır	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	74	37,0	37,0	37,0
Katılıyorum	105	52,5	52,5	89,5
Kararsızım	13	6,5	6,5	96,0
Katılmıyorum	6	3,0	3,0	99,0
Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,0	1,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Tıbbi hataya bağlı hastaya bir şey olursa sağlık personelinin suçlanacağını düşünenlerin oranını belirlemek için sorulan 38.soruya göre tablo:38’de; kesinlikle katılanlar %37 yüzdeyle 74 hemşire, katılanlar %52,5 yüzdeyle 105 hemşire, kararsızlar %6,5 yüzdeyle 13 hemşire katılmayanlar %3 yüzdeyle 6 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %1 yüzdeyle 2 hemşiredir. Tıbbi hataya bağlı hastaya bir şey olursa sağlık personelinin suçlanacağını düşünenler %89,5 yüzdeyle 179 kişidir. Araştırmaya katılanların 9/10’u tıbbi hata rapor etmeme nedeni olarak tıbbi hataya bağlı hastaya bir şey olursa sağlık personelinin suçlanacağını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Tıbbi hataların önlenmesi için, tıbbi hataların raporlanarak tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Belirlenen nedenler için gerekli tedbirler alınmalıdır. Sağlık personelinin oluşan tıbbi hataları raporlayabilmesi için suçlanmayacağı bir ortam yaratılmalıdır. Araştırma sonucuna göre tıbbi hataları korkusuzca rapor edebilmek için gerekli ortamın bulunmadığı ortaya çıkmaktadır.

Tablo:39 Tıbbi Hata Yapılması Sonucu Meslektaşları Tarafından Yetersiz Görüleceğini Düşünme Oranları

Tıbbi Hata Yaparsam Meslektaşlarım Tarafından Yetersiz Görülürüm	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	52	26,0	26,0	26,0
Katılıyorum	83	41,5	41,5	67,5
Kararsızım	29	14,5	14,5	82,0
Katılmıyorum	28	14,0	14,0	96,0
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,0	4,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Tıbbi hata yapıldığında meslektaşları tarafından yetersiz görüleceğini düşünenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 39. soruya göre tablo:39'da; kesinlikle katılanlar %26 yüzdeyle 52 hemşire, katılanlar %41,5 yüzdeyle 83 hemşire kararsızlar %14,5 yüzdeyle 29 hemşire, katılmayanlar %14 yüzdeyle 28 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %4 yüzdeyle 8 hemşiredir. Tıbbi hata yapıldığında meslektaşları tarafından yetersiz görüleceğini düşünenler, %67,5 yüzdeyle 135 kişidir. Araştırmaya katılanların yaklaşık 7/10'u tıbbi hata rapor etmeme nedeni olarak; tıbbi hata yaptıklarında meslektaşları tarafından yetersiz görüleceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya göre yapılan tıbbi hataların rapor edilmemesinde çalışanların yetersiz görülme korkusunun olduğu ortaya çıkmaktadır.

Tablo:40 Tıbbi Hataları Rapor Etmenin İstenmeyen Sonuçlarından Çekinenlerin Oranı

Tıbbi Hataları Rapor Etmenin İstenmeyen Sonuçlarından Çekinirim	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	42	21,0	21,0	21,0
Katılıyorum	81	40,5	40,5	61,5
Kararsızım	35	17,5	17,5	79,0
Katılmıyorum	33	16,5	16,5	95,5
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Tıbbi hataları rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından çekinenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 40. soruya göre tablo:40'da; kesinlikle katılanlar %21 yüzdeyle 42 hemşire, katılanlar %40,5 yüzdeyle 81 hemşire, kararsızlar %17,5 yüzdeyle 35 hemşire, katılmayanlar %16,5 yüzdeyle 33 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %4,5 yüzdeyle 9 hemşiredir. Tıbbi hataları rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından çekinenler, %61,5 yüzdeyle 123 kişidir. Araştırmaya katılanların yaklaşık 6/10'u tıbbi hata rapor etmeme nedeni olarak; tıbbi hataları rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından çekindiklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya göre, hemşireler tıbbi hata rapor ettiklerinde olumsuz sonuçlar ile karşılaşacaklarını düşünmektedir.

Tablo:41 Hasta ve/veya Yakınlarının Olumsuz Tutum Geliştireceğini Düşünenlerin Oranları

Hasta ve/veya Yakınlarının Olumsuz Tutum Geliştirirler	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	67	33,5	33,5	33,5
Katılıyorum	100	50,0	50,0	83,5
Kararsızım	11	5,5	5,5	89,0
Katılmıyorum	15	7,5	7,5	96,5
Kesinlikle Katılmıyorum	7	3,5	3,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hasta ve/veya yakınlarının olumsuz tutum geliştireceğini düşünenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 41. Soruya göre tablo:41’de; kesinlikle katılanlar, %33,5 yüzdeyle 67 hemşire, katılanlar %50 yüzdeyle 100 hemşire, kararsızlar %5,5 yüzdeyle 11 hemşire, katılmayanlar %7,5 yüzdeyle 15 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %3,5 yüzdeyle 7 hemşiredir. Hasta ve/veya yakınlarının olumsuz tutum geliştireceğini düşünenler %83,5 yüzdeyle 167 kişidir. Araştırmaya katılanların yaklaşık 8/10’u tıbbi hata rapor etmeme nedeni olarak; hasta ve/veya yakınlarının olumsuz tutum geliştireceğini düşündüklerini belirtmektedirler.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu, tıbbi hata raporladıklarında hasta ve/veya yakınlarının olumsuz tutum geliştireceğini düşündüklerini belirtmektedir. Günümüzde sağlık personellerine fiziksel şiddet uygulanması artmıştır. Bazı şiddet olayları, sağlık personellerinin ölümü ile sonuçlanmıştır. Sağlık personelinin korkusuzca tıbbi hata raporlayabilmesi için, hukuk sistemimizde sağlık personeline şiddeti önleyecek yaptırımlar bulunmalıdır.

Tablo:42 Hastane Yönetiminin Hata Nedenini Sistemden Çok Bireyde Arayacağını Düşünenlerin Oranları

Hastane Yönetimini Hata Nedenini Sistemden Çok Bireyde Arar	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	100	50,0	50,0	50,0
Katılıyorum	78	39,0	39,0	89,0
Kararsızım	20	10,0	10,0	99,0
Katılmıyorum	1	,5	,5	99,5
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Hastane yönetiminin hata nedenini sistemden çok, bireyde arayacağını düşünenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 42. soruya göre tablo:42’de; kesinlikle katılanlar %50 ile 100 hemşire, katılanlar % 39 ile 78 hemşire, kararsızlar %10 yüzdeyle 20 hemşire, katılmayanlar %0,5 yüzdeyle 1 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %0,5 yüzdeyle 1 hemşiredir. Hastane yönetiminin hata nedenini sistemden çok, bireyde arayacağını düşünenler %89 yüzdeyle 178 kişidir. Araştırmaya katılanların yaklaşık 9/10’u tıbbi hata rapor etmeme nedeni olarak; hastane yönetiminin hata nedenini sistemden çok, bireyde arayacağını düşündüklerini belirtmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda eksiksiz işleyen prosedürler oluşturulur ise sağlık personelinin hata yapma riski minimize edilecektir. Yapılan tıbbi hata raporlamalarında sağlık kuruluşlarının öncelikle sistem sorgulaması yapması gerekmektedir. Sağlık personelinin tıbbi hataları raporlaması için, hata nedeni olarak sağlık personelinin en son sorgulanacağı ortamın yaratılması gerekmektedir.

Tablo:43 Tıbbi Hata Raporlandığında Sağlık Personelinin Ceza Almaktan Çekindiğini Düşünenlerin Oranları

Sağlık Personeli Tıbbi Hata Rapor Edildiğinde, Ceza Almaktan Çekinir	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	78	39,0	39,0	39,0
Katılıyorum	99	49,5	49,5	88,5
Kararsızım	16	8,0	8,0	96,5
Katılmıyorum	6	3,0	3,0	99,5
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Sağlık personelinin tıbbi hata rapor edildiğinde, ceza almaktan çekinenlerin oranlarının belirlenmesi için sorulan 43. soruya göre tablo:43’de; kesinlikle katılanlar %39 yüzdeyle 78 hemşire, katılanlar 49,5 yüzdeyle 99 hemşire, kararsızlar %8 yüzdeyle 16 hemşire katılmayanlar %3 yüzdeyle 6 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %0,5 yüzdeyle 1 hemşiredir. Sağlık personelinin tıbbi hata rapor edildiğinde, ceza almaktan çekineceğini düşünenler, %88,5 yüzdeyle 177 kişidir. Araştırmaya katılanların yaklaşık 9/10’u tıbbi hata rapor etmeme nedeni olarak; sağlık personelinin tıbbi hata rapor edildiğinde, ceza almaktan çekineceğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

2.8. Sağlık Personellerinin İş Doyumuna İlişkin Frekans Analizi Sonuçları
Tablo:44 İşini Severecek Yapanların Oranları

İşini Severecek Yapıyorum	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	37	18,5	18,5	18,5
Katılıyorum	84	42,0	42,0	60,5
Kararsızım	31	15,5	15,5	76,0
Valid Katılmıyorum	37	18,5	18,5	94,5
Kesinlikle Katılmıyorum	11	5,5	5,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

İşini severecek yapanların oranlarının belirlenmesi için sorulan 44. soruya göre tablo:44’de; kesinlikle katılanlar %18,5 yüzdeyle 37 hemşire, katılanlar %42 yüzdeyle 84 hemşire, kararsızlar %15,5 yüzdeyle 31 hemşire, katılmayanlar %18,5 yüzdeyle 37 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %5,5 yüzdeyle 11 hemşiredir. İşini severecek yapanlar %60,5 yüzdeyle 121 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 6/10’u işlerini severecek yaptıklarını belirtmektedirler. Araştırmaya katılanların çoğunluğu işini severecek yaptığı için; hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunda çoğunluk eğitim almış, hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına çoğunluk katılmış, yoğun çalışma koşullarında çoğunluk birbirine yardım etmiştir.

Tablo:45 Çoğu Zaman İşe Gitmekte Zorlananların Oranları

Çoğu Zaman İşe Gitmekte Zorlanırım	Frequency (Frekans)	Percent (%)	Valid Percent (Geçerli %)	Cumulative Percent (Kümülatif %)
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,0	9,0	9,0
Katılıyorum	58	29,0	29,0	38,0
Kararsızım	35	17,5	17,5	55,5
Katılmıyorum	68	34,0	34,0	89,5
Kesinlikle Katılmıyorum	21	10,5	10,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Çoğu zaman işe gitmekte zorlananların oranlarının belirlenmesi için sorulan 45. Soruya göre tablo 45’de; kesinlikle katılanlar %9 yüzdeyle 18 hemşire, katılanlar %29 yüzdeyle 58 hemşire, kararsızlar 17,5 yüzdeyle 35 hemşire, katılmayanlar %34 yüzdeyle 68 hemşire, kesinlikle katılmayanlar %10,5 yüzdeyle 21 hemşiredir. Araştırmaya katılanlardan çoğu zaman işe gitmekte zorlananlar %38 yüzdeyle 76 kişidir. Araştırmaya katılanların yaklaşık 4/10’u işe gitmekte çoğu zaman zorlandığını belirtmiştir. Sağlık hizmeti sunumu çok yorucu ve özveri isteyen bir sektördür. Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında iyileştirmeler yapılır ise işe gitmekte zorlanma oranları düşürülebilecektir.

2.9 Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Tablo:46 Araştırmaya Katılan Çalışanların Yaşlarına İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Yaş Aralığı	Sayı	%
20-30	9	4,5
30-40	147	73,5
41 ve üstü	44	22,0
Toplam	200	100,0

Araştırmaya katılan çalışanların % 4,5'i 20-30 yaş aralığında, % 73,5'i, 30-40 yaş aralığında, % 22'si 41 yaş ve üstünde ve bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların %78 yüzdeyle 156 kişisi 40 yaş ve altındadır.

Tablo:47 Araştırmaya Katılanların Mesleki Eğitim Durumlarına İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Eğitim Derecesi	Sayı	%
Lise	9	4,5
Önlisans	73	36,5
Lisans	107	53,5
Yüksek Lisans	11	5,5
Toplam	200	100,0

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarının belirlenmesi için sorulan 47. soruya göre tablo:47'de; lise mezunu olanlar %4,5 yüzdeyle 9 hemşire, önlisans mezunu olanlar %36,5 yüzdeyle 73 hemşire, lisans mezunu olanlar %53,5 yüzdeyle 107 hemşire, yüksek lisans mezunu olanlar %5,5 yüzdeyle 11 hemşiredir. Araştırmaya katılanlardan %94,5 yüzdeyle 191 kişisi yüksek öğrenim görmüştür.

Tablo:48 Araştırmaya Katılanların Meslekte Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Çalışma Süresi (Yıl)	Sayı	%
1-5	4	2,0
5-10	13	6,5
10-15	85	42,5
15 ve üstü	98	49,0
Toplam	200	100,0

Araştırmaya katılanların meslekte çalışma sürelerinin belirlenmesi için sorulan 48.soruya göre tablo:48’de; çalışma süresi 1-5 yıl olanlar %2 yüzdeyle 4 hemşire, 5-10 yıl olanlar %6.5 yüzdeyle 13 hemşire, 10-15 yıl olanlar %42,5 yüzdeyle 85 hemşire, 15 yıl ve üzeri olanlar %49 yüzdeyle 98 hemşiredir. Araştırmaya katılanların %91,5 yüzdeyle 183 kişisi mesleki çalışma süresi 10 yıl ve üzeridir.

Tablo:49 Araştırmaya Katılanların Haftalık Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Haftalık Çalışma Saatleri	Sayı	%
40 saat	47	23,5
41-48	101	50,5
49-56	46	23,0
57 ve üzeri	6	3,0
Toplam	200	100,0

Araştırmaya katılanların haftalık çalışma sürelerinin belirlenmesi için sorulan 49.soruya göre tablo:49’da; 40 saat çalışanlar %23,5 yüzdeyle 47 hemşire, 41-48 saat çalışanlar %50,5 yüzdeyle 101 hemşire, 49-56 saat çalışanlar %23 yüzdeyle 46 hemşire, 57 saat ve üzeri çalışanlar %3 yüzdeyle 6 hemşiredir. Araştırmaya

katılanların %66.5 yüzdeyle 157 kişisi haftada 40 saat ve üzeri çalıştıklarını belirtmektedir.

Tablo:50 Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Servise İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

Haftalık Çalışma Saatleri	Sayı	%
Acil	27	13,5
Yoğun Bakım	36	18,0
Ameliyathane	30	15,0
Klinik	107	53,5
Toplam	200	100,0

Araştırmaya katılanların hangi serviste çalıştıklarının belirlenmesi için sorulan 50. soruya göre tablo:50’de; acil serviste çalışanlar %13,5 yüzdeyle 27 hemşire, yoğun bakım servisinde çalışanlar %18 yüzdeyle 36 hemşire, ameliyathanede çalışanlar %15 ile 30 hemşire, klinikte çalışanlar %53,5 yüzdeyle 107 hemşiredir. Araştırmaya katılanların 1/2’sinden fazlası klinikte çalışmaktadır.

SONUÇ

Yapılan çalışma sonucunda tıbbi hataların sağlık hizmetleri sunumu aşamasında önemli yer tuttuğu ve giderilmesi için ilgili kurumlarca kanuni düzenlemeler yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetleri sunulmasında önemli yer tutan hemşirelerin çalışan sayısının yeterli olup olmadığına dair görüşlerini içeren soruya vermiş oldukları cevapta sadece %13,50 sinin çalışan sayısının yeterli olduğunu söylemesi söz konusu hizmetlerin eksik personelle yapıldığını göstermektedir. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına katılım ile ilgili soruya verilen %57 lik olumlu cevabın yanında %43 lük olumsuz cevap verilmesi bu konuyla ilgili yetkililerin çalışanları bilinçlendirmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Yine çalışmamızda personel başına düşen hasta sayısının yüksek olup olmadığı sorulmuş ve %92 gibi yüksek bir oranda hasta sayısının fazla olduğu belirtilmiştir. Her iki soruya verilen cevaptan da çalışan sayısının yetersiz olduğu aşıkardır.

Yoğun çalışma koşullarında sağlık çalışanlarının birbirlerine yardım etme oranları anketimizde %80,50 işle olumlu cevap bulurken yaklaşık %20 lik kesimin bu soruya olumsuz cevap vermesi endişe vericidir. Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasının önemini anlamaları için çeşitli organizasyon ve kişisel gelişim eğitimleri verilmelidir. Hataların tekrar oluşmasını engelleyecek tedbir alma oranlarının tespiti için katılımcılara yöneltilen soruya katılımcıların % 73,50 si olumlu cevap vermiştir. Olumlu görüş beyan etmeyen yaklaşık %27 lik oran çok yüksek ve düşündürücüdür. Tıbbi hata oranlarının düşürülmesinde en büyük etkinin daha önce yapılan hatalardan ders çıkarılması ve tekrarlanmaması olduğu göz önüne alınarak bu konuda çalışanlar bilinçlendirilmelidir.

Hastanın hastalığı hakkında, kullanılan ilaç ve hastanın ilaç alerjisi hakkındaki bilgilerinin yeterli olup olmadığı sorulan ankete katılan sağlık çalışanlarının bu konulardaki bilgisinin yetersiz olduğunun ortalama %67 civarında olması çalışanların bu konuda ciddi eğitim ve bilgilendirmeye ihtiyaç duyduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu olumsuz durumun ortadan kaldırması için yetkililerce gerekli yasal düzenlemeler ve eğitim programları gecikmeden yapılmalıdır.

İlaçların görünüş ve okunuşlarının benzerliğinin tıbbi hataya yol açtığı katılımcıların ilgili soruya verdikleri %84,50 lik cevapla tespit edilmiştir. Aynı ayrı ilaçların ambalajlarının birbirlerine benzemesinin yanı sıra aynı ilacın farklı dozlarına ait ambalajlarında birbirine benzemesi ciddi hatalara yol açmaktadır. Yine farklı ilaçların birbirlerine benzeyen isimlerinin okunması sırasında yanlış ilacın uygulayıcı tarafından anlaşılması sonucunda tıbbi hata meydana gelebilecektir. Bunun önlenmesi için üretici firmalarla görüşülmesi ve söz konusu benzerliklerin düzeltilmesi gereklidir.

Cerrahi hataların nedenlerinin değerlendirildiği sorulara verilen cevaplardan ameliyat ekibinin ameliyat öncesi son kontrolü yapmamış olmaması en büyük hata nedeni olarak saptanmıştır. Bunun minimum seviyeye indirilmesi için personelin mutlaka eğitilmesi gerekmektedir. Söz konusu hata telafisi mümkün olmayan hata olduğundan üzerinde önemle durulmalıdır.

Tetkik ve tedavi için gerekli araç gerecin bulunmadığı, bulunanların bir kısmının arızalı olduğu, bu araçların doğru kullanılmasının bilinmediği ve kalibrasyonlarının yapılmadığı bu konudaki sorulara verilen cevaplardan tespit edilmiştir. Bu konulardaki tespit yaklaşık %60 oranında olup bu oran fevkalade yüksektir. Yetkililerce üzerinde hassasiyetle durulmalı ve gerekli eğitimler ve denetimlerle bu soru acilen aşılmalıdır.

Çalışmanın başında belirtilen varsayımlar ve elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

“i-En çok tanık olunan tıbbi hata, ilaç hatalarıdır.”

Yapılan çalışmada bu varsayım tutarlı çıkmamıştır. Hemşirelik hizmeti sunumunda ilaç uygulama sıklığı nedeniyle ilaç uygulama hatasına tanık olma oranının yüksek olması beklenmiştir. Beklenilenin aksine en fazla hastane enfeksiyonunun çıkmış olması hastanelerdeki hijyen kurallarına riayet edilmediğini göstermektedir. Hastanenin personel yetersizliği hastane enfeksiyonu tanıklık oranını arttırmıştır. Hastane enfeksiyonuna tanıklık oranının azaltılabilmesi için sadece hemşirelerin değil tüm hastane çalışanlarının ve hastalarında bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

“ii -Tıbbi hataların en önemli nedeni personel başına düşen hasta sayısının fazla olmasıdır.”

Yapılan çalışmada bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çalışma sonucunda %92 oranı ile tıbbi hataların en önemli nedeni olarak personel başına düşen hasta sayısının fazla olması çıkmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda yeterli sağlık personeli ile hizmet sunumunun sağlanması şarttır. Eksik personel ile sunulan sağlık hizmetinde hasta güvenliği ihlali yapılması ve hastaların tıbbi hatalara maruz kalması kaçınılmazdır. Sağlık kurumunda mevcut personelin adaletli dağılımı sağlanarak insan kaynakları planlaması en iyi şekilde yapılmalıdır. Ülkemizde sağlık personeli eksikliğinin giderilebilmesi için gerekli sağlık personeli sayısının hesaplanmasında hasta sayısının gün geçtikçe artmasının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Yeterli sayıda personelle sağlık hizmeti sunulmaz ise tıbbi hata oranının düşürülmesi mümkün değildir.

“iii- Taraf işaretlemesinin yapılmaması en önemli cerrahi hata nedenidir.”

Yapılan çalışmada bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Cerrahi hata sebebinin tespit edilmesi için katılımcılara sorulan cevaplarda varsayımdaki ameliyatta taraf işaretlemesinin yapılmaması %60,50 oranı ile ilk sırada çıkmıştır. Hatanın oranının büyük olmasına rağmen çözümü oldukça basittir. Ameliyat olacak olan hastanın taraf işaretlemesi yapılmamış ise hasta kesinlikle ameliyathane ye alınmamalı ve ilgili doktor tarafından bu işaretleme yapıldıktan sonra hasta ameliyathaneye alınmalıdır. Bu uygulama tüm sağlık kuruluşlarında uygulanacak şekilde düzenlenmeli ve sık sık yapılacak kontrollerle denetlenmelidir.

“iv- Tıbbi hata raporlamasının yapılmamasının en önemli nedeni, sağlık personelinin suçlanılacağı düşünülmesidir.”

Yapılan çalışmada bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çalışmada yapılan anket sonucuna göre %89,50 oran ile en yüksek tıbbi hata raporlamama nedeni sağlık personelinin suçlanacağını düşünmesidir. Oysaki hatanın raporlanması hem yapılan hataya müdahale edilerek verilecek zararın tamamen ortadan kaldırılmasını ya da en aza indirilmesini sağlayacaktır. Bunun yanında raporlanan hataların nedenleri

sorgulanacak. Sebeplerini ortadan kaldırmak için gerekli çalışmalar yapılacak ve tedbirler alınacaktır. Böylece söz konusu hataların tekrarlanması önlenmiş olacaktır.

Sonuç olarak insanın çalıştığı her işte hata olacaktır. Yapılan hatalar ışığında hata yapma nedenleri belirlenmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Yapılan iyileştirmeler sonucunda her geçen gün önceki döneme göre hata yapma oranlarının azaltılması gerekmektedir. Sağlıkta yapılan hataların sonucu insan hayatı etkilendiği için hata yapma oranının minimize edilmesi için gerekli tedbirler hemen alınmalı, yasal düzenlemeler yapılmalı ve denetimler sıklaştırılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akalın, H.E., “Değişim: Hasta Güvenliği Kültürü Yaratma” Hasta Güvenliği:
Türkiye ve Dünya, Ed:M. Çakmakçı, H.E. Akalın, Ankara, 2011, s.80
- Akalın, H.E., “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi,
C. 5, S. 3, Ankara, 2005
- Akman, A.B., Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan
Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen
Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, İÜ, SBE,
YYLT, İstanbul, 2010
- Akyurt, N., Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul’daki Özel Hastanelerin
Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği
Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma, İÜ, SBE, YDT,
İstanbul, 2007,
- Aslan, F.E., Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara, 2010
- Çakır, A., Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemleri Arasındaki
İlişkinin Analizi, DEÜ, SBE, YYLT, İzmir, 2007
- Çakmakçı, M., “ Hasta Güvenliği: Bir Paradigma Değişimi” Hasta Güvenliği:
Türkiye ve Dünya, Ankara, 2011
- Çelen, Ö., Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini ve Hasta Güvenliği Kültürü
Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir
Uygulama, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, SABE, YYLT, Ankara,
2011
- Çelik, D.S., Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hastane Personelinin Hastane
İnfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması, AKÜ,
SABE, YYLT, Afyon, 2005
- Çoban, İ., Ailelerin Hasta Güvenliği Konusunda Görüşlerinin Belirlenmesi, EÜ,
SABE, YYLT, İzmir, 2012

- Çobanoğlu, N., Kurumsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Ankara, 2009
- Desmond, J. - Copeland, L.R., Günümüz Hastasıyla İletişim, (Çev. D. Yamaç-E. Tekin), Ankara, 2010
- Eroğlu, E.K., Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Atılım Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, 2011
- Ersoy, S., Hastane Temizlik Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları ve Korunma ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Erciyes Üniversitesi, SABE, YYLT, Kayseri, 2012
- Etöz, S.D., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon, SDÜ, SBE, Isparta, 2008
- Fliz, E., Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, SÜ, SABE, YYLT, Konya, 2009
- Göktaş, S., Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi, Haliç Üniversitesi, SABE,, YYLT, İstanbul, 2007
- Gülkaya, E., Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2009
- Gündoğdu, S.K., Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 2010
- Güneş, A., Hemşirelerin İntravenöz Yoldan Potasyum Verilmesine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Hasta Güvenliği Yönünden Değerlendirilmesi, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2011

- İlbey, B., Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kapsamında Cerrahi Spanç Sayım İlkelerine Uyulma Durumunun İncelenmesi, M Ü,Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, YYLT, İstanbul 2009
- İnfal, S., Hastane Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, SÜ, SBE, YYLT, Konya, 2009
- İşlek, E., Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması, AÜ, SABE, YYLT,Ankara, 2009
- Karabulut, F., Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması, DEÜ, SBE, YYLT, İzmir, 2009
- Kılıç, H.S., Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri, GÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2009
- Kıvanç, M. M., “Yoğun Bakım Hemşireliği” Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ed. A.Karadakovan-F. E. Aslan, Adana, 2010
- Özatkan, Y., Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği, GÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2008
- Özkan A., Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi,MÜ, SABE, YYDT, İstanbul, 2012

- Özüçelik, D.N., Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Yapılan Akreditasyon Çalışmalarına Doğrudan Katılan ve Katılmayan Personelin Bilgilerinin Değerlendirilmesi, HÜ,SABE, YYLT, Ankara, 2010
- Şahin, H.,Hemşirelerin Kan Transfzyonlarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Buna Eğitimin Etkisi, AKÜ SABE, YYLT, Afyon, 2006
- Tansüyer, T., Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, GÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2010
- Teleş, M., Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2011
- Turasan, B.A., Bir Psikiatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi, EÜ, SABE, YYLT, İzmir, 2010
- Uzun, K., “Yoğun Bakım Enfeksiyonları” 2.Ulusal İç Hastalıkları Kongre Programı ve Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, 2009
- Yavuz, M., “Ameliyat Öncesi Bakım” Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ed. A. Karadakovan- F.E.Aslan, Adana, 2010
- Yetginlioğlu, Ö., Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama, SÜ, SBE, YYLT, Konya, 2009
- Yıldırım, Ö., Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri, MÜ, SABE, YYDT, İstanbul, 2008

- Yıldız, A., Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2010
- Yüce, A., “Hastane İnfeksiyonlarının Önemi” Hastane İnfeksiyonları, Ed. A. Yüce-N. Çakır, İzmir, 2009
- Akalın, H.E., “Hasta Güvenliği Kültürü”, Sağlıkta Nabız Dergisi, C.7, S.25; <http://www.nabizdergisi.org/pdf/25Sayi.pdf> (04.03.2013)
- Akıncı, Ö.F., “Güvenli Cerrahi Uygulamalar İçin Son Doğrulama ve İşaretleme”, Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi, C.7, S.25; <http://www.nabizdergisi.org/pdf/25Sayi.pdf> (04.03.2013)
- Aygin, D., - Cengiz, H., “İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu” Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, C.45, S.3, 2011; <http://onlinemakale.sislietfaltip.org/pdf/sisli/129201111318.pdf> (27.03.2013)
- Bulut, S. – Türk, G.- Şahbaz, M., “ Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C.16, S.3,2013; <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/8016/7752>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Işığında Sağlıkta Kalite, C.2, Ankara, 2012; http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_temmuz_2012/sks2.pdf(01.03.2013)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete, S. 27214, 2009; <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home>
=<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429>.

[htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429.htm)(03.01.2013)

Top, M.- Gider, Ö. – Taş, Y. - Çimen, S., “Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri:Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.11, S.2, 2008;
<http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/112/2.pdf>(11.3.2013)

Uzun, Ş., - Arslan, F., “ İlaç Uygulama Hataları,” Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, C.28, S.2, 2008;
<http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-ilac-uygulama-hatalari-50365.html>(26.03.2013)

ÖZGEÇMİŞ

01.06.1981 tarihinde Muğla ili Fethiye ilçesinde doğdum. İlk ve orta öğrenimimi aynı ilçede lise öğrenimimi ise Isparta Eğirdir Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladım. Anadolu üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliğini 2005 yılında, aynı üniversitenin İşletme Bölümünü ise 2010 yılında bitirdim. 2012 yılında Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim dalında yüksek lisans eğitimine başladım. 2001 yılından beri Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalışmaktayım. Yabancı dilim İngilizce olup evli ve iki çocuk annesiyim.

Aday : Mukaddes GÜVEN

HASTA GÜVENLİĞİ VE TIBBİ HATALAR

ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ İHLALİ ve TIBBİ HATA TANIKLIKLARI

Değerli Meslektaşlarım, bu çalışma hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları belirlenmek amacıyla planlanmıştır. Size yöneltilen anket formu kapsamındaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Mezuniyet Tezime ışık tutacaktır. Yardım ve ilginiz için teşekkür ederim.

S.N.	Hasta Güvenliği ve Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili				
1	Eğitim Alma Durumu	Evet	()	Hayır	()

S.N.	Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumu				
2	İlaç Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	Evet	()	Hayır	()
3	Cerrahi Uygulama Hatasına Tanık Olma Durumu	Evet	()	Hayır	()
4	Tanı Koymada Hataya Tanık Olma Durumu	Evet	()	Hayır	()
5	Yanlış/Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Tanık Olma Durumu	Evet	()	Hayır	()
6	Hasta Düşmelerine Tanık Olma Durumu (Güvenli olmayan fiziksel ortam, personel dikkatsizliği vb. nedenlerle)	Evet	()	Hayır	()
7	Güvenli Olmayan Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonunun Yapılmasına Tanık Olma Durumu	Evet	()	Hayır	()
8	Yanlış Hastaya İşlem Yapılmasına Tanık Olma Durumu	Evet	()	Hayır	()
9	Hastane Enfeksiyonunun Gelişmesine Tanık Olma Durumu	Evet	()	Hayır	()

S.N.	Sağlık Personellerinin Görev Yaptıkları Hastanede Hasta Güvenliğine İlişkin Tanımsal Bulgular					
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10	Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	()	()	()	()	()
11	Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırım.	()	()	()	()	()
12	Yaptığım hatalardan dolayı suçlanacağımı hissederim	()	()	()	()	()
13	Yapılan hatalar, bölümde pozitif değişikliklere yol gösterir.	()	()	()	()	()
14	Yoğun çalışma koşullarında sağlık çalışanları birbirlerine yardım eder.	()	()	()	()	()
15	Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	()	()	()	()	()
16	Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	()	()	()	()	()
17	Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilmektedir.	()	()	()	()	()
18	Hataların tekrar oluşmasını engelleyecek tedbirler alınmaktadır.	()	()	()	()	()

S.N.	Tıbbi Hataların Nedenleri İle İlgili Bulgular					
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19	İlaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması	()	()	()	()	()
20	Hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması	()	()	()	()	()
21	Hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğu	()	()	()	()	()
22	İlaç uygulama kayıtlarının doğru düzenlenmemesi (doktor orderi, hemşire gözlem kağıtları vb.)	()	()	()	()	()
23	İlaç uygulama esnasında birimde meydana gelen karışıklıklar	()	()	()	()	()
24	Uzun çalışma saatleri	()	()	()	()	()
25	Personel başına düşen hasta sayısının çokluğu	()	()	()	()	()
26	Dikkatin dağılması ve konsantre olamama	()	()	()	()	()
27	İlaçların görünüş ve okunuş benzerliğinin olması	()	()	()	()	()

S.N.	Cerrahi Hataların Nedenleri Boyutuna İlişkin Tanımsal Bulgular					
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28	Ameliyat tarafının işaretlenmemesi	()	()	()	()	()
29	Taraf işaretlemeye hastanın katılmaması	()	()	()	()	()
30	Ameliyata başlamadan önce ekip tarafından hasta, taraf ve girişim doğrulanmasının (son kontrol) yapılmaması	()	()	()	()	()
31	Kullanılacak araç gerecin bulunmaması/bozuk olması	()	()	()	()	()
32	Araç gerecin kullanımının yeterince bilinmemesi	()	()	()	()	()

S.N.	Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hataların Nedenleri Boyutuna İlişkin Tanımsal Bulgular					
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33	Araç gerecin bulunmaması (Defibrilatör, IV sıvı pompaları, anestezi aletleri vb.)	()	()	()	()	()
34	Araç gerecin bozuk/arızalı olması	()	()	()	()	()
35	Personelin cihazların doğru kullanımını bilmemesi	()	()	()	()	()
36	Gerekli bakım ve kalibrasyonu yapılmamış cihazların olması	()	()	()	()	()
37	Sterilite / son kullanma tarihi geçmiş malzeme kullanımı	()	()	()	()	()

S.N.	Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri Boyutuna İlişkin Tanımsal Bulgular					
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38	Sağlık personeli, tıbbi hataya bağlı olarak hastaya bir şey olursa suçlanır.	()	()	()	()	()
39	Tıbbi hata yaparsam, meslektaşlarım tarafından yetersiz görülürüm.	()	()	()	()	()
40	Tıbbi hataları rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından çekinirim.	()	()	()	()	()
41	Hastalar ve/veya yakınları, olumsuz tutum geliştirirler.	()	()	()	()	()
42	Hastane yönetimi hatanın olası nedenini sistemden çok, bireylerde arar	()	()	()	()	()
43	Sağlık personeli tıbbi hata rapor edildiğinde, ceza almaktan çekinir.	()	()	()	()	()

S.N.	Sağlık Personellerinin Görev Yaptıkları Hastanede Hasta Güvenliğinin İş Doyumu Alt Boyutuna İlişkin Tanımsal Bulgular					
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
44	İşimi severek yapıyorum.	()	()	()	()	()
45	Çoğu zaman işe gitmek için kendimi zorlarım.	()	()	()	()	()

S.N.	SORULAR				
46	Yaşınız	20-30	31-40	41 ve üstü	
		()	()	()	
47	Mesleki Eğitim Durumunuz	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek lisans
		()	()	()	()
48	Meslekte Çalışma Süreniz	1-5	6-10	11-15	15 ve üzeri
		()	()	()	()
49	Haftalık Çalışma Süreniz(saat)	40	41-48	49-56	57 ve üzeri
		()	()	()	()
50	Çalıştığınız Servis	Acil Servis	Yoğun Bakım	Ameliyathane	Klinik
		()	()	()	()