



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ:
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE
TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİNİN BELİRLENMESİNE
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

BAYRAM METİN

**SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

KASIM 2018



**HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ: GÜLHANE EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİNİN
BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

Bayram METİN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

KASIM 2018

Bayram METİN tarafından hazırlanan “Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Tıbbi Hata Yapma Eğiliminin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Başkan): Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Doç. Dr. E. Asuman ATILLA

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Tez Savunma Tarihi: 09/11/2018


Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Prof. Dr. Figen ZAİF

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Bayram METİN
09.11.2018

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ: GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİNİN
BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA
(Yüksek Lisans Tezi)

Bayram METİN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Kasım 2018

ÖZET

Günümüzde tıbbi uygulama hatalarındaki artış sebebiyle hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramları daha yoğun bir şekilde karşımıza çıkmaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık hizmet sunucularının hasta güvenliği ve tıbbi hata (malpraktis) konularında eğitilmiş olmalarına bağlıdır. Hemşirelerin sağlık hizmeti sundukları varlığın insan olması nedeniyle hataları asgari düzeyde tutmaları ve hatta sıfır hata ile çalışmaları esastır. Ancak hem kişilerden kaynaklı hem de sistem kaynaklı hatalar olabilmektedir. Tıbbi hata meydana gelmeden tüm önlemlerin alınması gerekmektedir. Hata meydana geldiyse bu hatanın örtbas edilmemesi ve hata bildirimini yapılması gerekir. Bu hata bildirimini daha sonra gelişebilecek hataların önüne geçilmesinde faydalı olacaktır. Bu çalışmada, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında kullanılacak veriler; literatür doğrultusunda (Altunkan ve Özata, 2010) geliştirilen "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada hemşirelerin, "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" boyutlarına katılım düzeyleri ile demografik özellikleri arasında herhangi bir ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre genel olarak hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Bilim Kodu : 115402
Anahtar Kelimeler : Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği, Hemşirelik.
Sayfa Adedi : 96
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

PATIENT SAFETY IN NURSING SERVICES: RESEARCH ON DETERMINING
THE TRAFFICKING OF MEDICAL ERRORS IN GULHANE EDUCATION AND
RESEARCH HOSPITAL

(M. Sc. Thesis)

Bayram METİN

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES

November 2018

ABSTRACT

Nowadays, because of the increase in medical practice errors, the concepts of patient safety and medical error appear more intensively. Ensuring patient safety and preventing medical errors depend on the fact that healthcare providers are trained in patient safety and medical malpractice. It is essential that nurses keep the errors at a minimum level and work with zero error because of the existence of the health service they offer. However, there may be errors caused by both people and system. All precautions must be taken before a medical error occurs. If an error has occurred, this error should not be overwritten and should be reported. This error notification will be useful in preventing errors that may develop later. In this study, it was aimed to determine the tendency of the nurses working in Gülhane Training and Research Hospital to make a medical mistake. The data to be used within the scope of the research; In accordance with the literature (Altunkan and Özata, 2010), it was collected by using the) Medical Error Tendency Scale literatür. In the study, it was examined whether there was any relationship between the levels of participation of nurses in the Ieri Tendency of Medical Error Scale ografik dimensions and demographic characteristics. According to the results obtained in the study, it was found that the tendency of the nurses to make a medical mistake was low.

Science Code : 115402
Key Words : Medical Error, Patient Safety, Nursing.
Page Number : 96
Supervisor : Prof.Dr. Sezer KORKMAZ

TEŞEKKÜR

Çalışmamda değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sezer KORKMAZ'a teşekkür ederim. Ayrıca bugünlere gelmemde emeiği geçen başta kıymetli aileme, eőime ve değerli hocalarıma teőekkürü bir borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. Hasta Güvenliği Kavramı	3
1.1.1. Hasta Güvenliği Amacı ve Önemi	4
1.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü	5
1.1.3. Hemşirelikte Hasta Güvenliği	10
1.1.4. Hasta Güvenliği ve Hizmet Kalitesi İlişkisi	11
1.1.5. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS-Hastane)	13
1.1.6. Türkiye’de Hasta Güvenliği Mevzuatı	14
1.2. Tıbbi Hata Kavramı	19
1.2.1. Tıbbi Hata Nedenleri	19
1.2.2. Tıbbi Hataların Bildirimi	20
1.2.2.1. Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri	21
1.2.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	25
1.2.3.1. İlaç uygulama hataları	25
1.2.3.2. Hastane enfeksiyonları	28

	Sayfa
1.2.3.3. Düşmeler.....	29
1.2.3.4. Transfüzyon hataları	30
1.2.3.5. Hastanın yetersiz izlemine bağlı gelişen hatalar	31
1.2.3.6. Uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar.....	31
1.2.3.7. İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar	32
1.3. Tıbbi Hataların Önlenmesi ve Hasta Güvenliğinin Sağlanması	33

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	35
2.2. Varsayımlar	35
2.3. Sınırlılıklar	36
2.4. Evren ve Örneklem.....	36
2.5. Ölçme Araçları.....	36
2.6. Verilerin Toplanması.....	37
2.7. Veri Toplama Araçları.....	37
2.8. Verilerin Analizi.....	38
2.9. Ölçeğin Güvenirliği	38
2.10. Ölçeğin Geçerliliği.....	39

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

3.1. Örnekleme İlişkin Demografik Özellikler	50
3.2. İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	51
3.3. Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	52
3.4. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	54

	Sayfa
3.5. Düşmelere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	55
3.6. İletişime İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	56
3.7. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Yaş Durumlarına Göre İncelenmesi.....	57
3.8. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Pozisyon Durumlarına Göre İncelenmesi.....	58
3.9. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi.....	59
3.10. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Mesleki Deneyimlerine Göre İncelenmesi.....	60
3.11. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Çalışılan Birimlere Göre İncelenmesi.....	63

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Tartışma.....	65
--------------------	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç ve Öneriler.....	71
-----------------------------	----

KAYNAKLAR.....	75
----------------	----

EKLER.....	85
------------	----

EK-1. Anket Formu.....	86
------------------------	----

EK-2. Ölçek Kullanım İzni.....	91
--------------------------------	----

EK-3 Etik Kurul İzni.....	92
---------------------------	----

EK-4. Araştırma İzni.....	94
---------------------------	----

ÖZGEÇMİŞ.....	96
---------------	----

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Cronbach Alfa ve Kompozit Güvenirlik Katsayıları	39
Çizelge 2.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Standart Tahmin Değerleri	44
Çizelge 2.3. Boyutlar Arası Korelasyon Bulguları	46
Çizelge 3.1. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İstatistikî Bulguları	49
Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri	50
Çizelge 3.3. İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	51
Çizelge 3.4. Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	52
Çizelge 3.5. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	54
Çizelge 3.6. Düşmelere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	55
Çizelge 3.7. İletişime İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	56
Çizelge 3.8. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Yaş Durumlarına Göre İncelenmesi	57
Çizelge 3.9. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Pozisyon Durumlarına Göre İncelenmesi	58
Çizelge 3.10. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi	59
Çizelge 3.11. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Mesleki Deneyimlerine Göre İncelenmesi	60
Çizelge 3.12. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Çalışılan Birimlere Göre İncelenmesi	63
Çizelge 3.13. Hipotez sonuçları	64

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. İlişkısız Model.....	41
Şekil 2.2. Birinci Düzey Çok Faktörlü Model.....	42
Şekil 2.3. İkinci Düzey Çok Faktörlü Model	43



KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
Akt.	Aktaran
AMOS	Analysis of Moment Structures
ASHP	The American Society of Health System Pharmacists Foundation (Amerikan Hastane Eczacılar Derneği)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
f	Frekans
FDA	Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
GEAH	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GFI	Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
H.	Hipotez
HKS	Hizmet Kalite Standartları
HTHEÖ	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IM	Intramuscular (Kas içi)
IOM	The Institute of Medicine (Amerika İlaç Enstitüsü)
IV	Intravenöz (Damar içi)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Hizmeti Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu)
KW.	Kruskal Wallis-H Testi
Maks.	Maksimum
Min.	Minimum
MW.	Mann Whitney U Testi
N.	Evren Büyüklüğü
n.	Örneklem Büyüklüğü

Kısaltmalar**Açıklamalar****NCCMERP**

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (İlaç Uygulama Hataları ve Önlenmesi Ulusal Koordinasyon Konseyi)

NFI

Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

NPSA

İngiltere Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı

NPSF

National Patient Safety Foundation (Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)

NRLS

İngiltere Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi

Ort.

Ortalama

P.

Anlamlılık Düzeyi

r

Korelasyon Katsayısı

RFI

Relative Fit Index (Görelî Uyum İndeksi)

RMR

Root Mean Square Residual (Ortalama Hataların Karekökü)

SC

Subcutan (Cilt altı)

SKS

Sağlıkta Kalite Standartları

SPSS

Statistical Packet for Social Sciences

ss.

Sayfa Sayısı

Ss.

Standart Sapma

TDK

Türk Dil Kurumu

ULS

Unweighted Least Squares (Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler Yöntemi)

WHO

World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YEM

Yapısal Eşitlik Modeli

GİRİŞ

Hasta güvenliği, sağlık sektöründeki gelişmeler ile daha fazla önem arzeden bir konu haline gelmiştir. Amerika İlaç Enstitüsü (The Institute of Medicine [IOM]) hasta güvenliğini "*hastalara olan zararın önlenilmesi*" şeklinde tanımlamıştır (Aspden ve Corrigan, 2004). Başka bir tanımlamada ise hasta güvenliği, sağlık sunucularının sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşabilecek hataların önlenmesi ve bu hatalara bağlı gelişebilecek zararların engellenmesidir (Akalin, 2014: 64). Tıbbi hata (malpraktis) kavramı ise basit bir ifadeyle; hastaya uygulanması veya yapılması gereken bir işlemin yapılmaması yahut yapılmaması gereken bir işlemin yapılmasıdır (Özdilek, 2006). Tıbbi hatalı uygulamalar hasta güvenliğini tehdit eden yaklaşımlardır. Tıbbi hata nedenleri arasında tecrübe eksikliği, bilgisizlik veya ilgisizlik gösterilmektedir. Tıbbi hataların en aza indirilmesi ile hasta güvenliği konusunda daha başarılı mesafeler katedilebilecektir. Hasta güvenliği birtakım kalıplaşmış kuralların uygulanması ile sağlanabilir. Bu da bizi hasta güvenliği kültürüne götürmektedir. Hasta güvenliği kültüründe amaç, hataların asgari düzeye çekilmesidir. Günümüzde teknolojik ve bilimsel gelişmeler sayesinde yaşam düzeyleri, kimi tanı ve tedavi yöntemleri ile daha da kaliteli hale gelmiştir. Bu gelişmeler tıbbi hatalı uygulamaları bertaraf edip hasta güvenliğini sağlayan koşulları da beraberinde getirmiştir. Sağlık sektöründe hasta güvenliğine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar ile hasta güvenliği uygulamalarına yönelik eksiklikler ve öneriler ortaya konulmuştur. Sağlık hizmeti sunucuları arasında yer alan doktor, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personellerine hasta güvenliği konusunda önemli vazifeler düşmektedir. Özellikle hastalarla yoğun bir ilişki içerisinde olan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik eğitimlerinin yeterli düzeyde olması gerekmektedir.

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve bu konudaki bilgi ve becerileri hasta güvenliğini sağlama noktasında önemli bir husustur. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ile ilgili yapılan bazı çalışmalar göstermektedir ki acil servislerde tıbbi hataya eğilim oranı daha fazladır (Ersel, Karcioğlu, Yanturalı, Yürüktümen, Sever, Tunç, 2006). Acil servislerden sonra dahili ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin de tıbbi hataya eğilimlerinin fazla olduğu görülmektedir. Tıbbi hataya eğilimin azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanması için tıbbi hataların farkında

olmak gerekir. Bu farkındalık tıbbi hata bildiriminin sağlanması ile mümkündür. Bildirimin örgütlenme yapısına uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekir. Sağlık hizmeti sunucularının tıbbi hata bildirimini uygun şekilde yapmaları hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli faktörlerden biridir. Hasta güvenliği ile ilgili tıbbi hataların azaltılmasının hizmet kalitesiyle de yakından ilişkisi vardır. Dolayısıyla hasta güvenliğinin sağlanması ile hizmet kalitesinde de iyileştirmenin gerçekleştirilmesi mümkün olabilecektir.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında en üst düzeyde hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi gerekir. Bu araştırmanın amacı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi ve bu bağlamda sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta güvenliği ihlallerinin ve tıbbi hata nedenlerinin ortaya çıkarılmasıdır. Tıbbi uygulama hatalarında meydana gelen yükseliş nedeniyle hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramlarının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle tıbbi hatalar sonucunda ortaya çıkan ölüm veya vücutta sekel (işlev veya doku bozukluğu) gibi tablolar ile hem cezai hükümler hem de disiplin hükümleri yönünden sorumluluklar ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hataların bilinmesi ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik çalışmalar ile tıbbi hata bildirimlerinin yapılması sayesinde çözüm odaklı yaklaşımlar sorunun giderilmesine yardımcı olacaktır. Bu da tıbbi hataların kayıt altına alınması ile mümkün olabilir. Bu araştırma ile hasta güvenliği ve tıbbi hatalarla ilgili olarak hemşirelerin bilgi, deneyim ve farkındalıklarının ölçülmesi hedeflenmektedir.

Tıbbi hataları önlemek ve hasta güvenliğini sağlamak için etkin bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır. Hasta güvenliği kültürü, bir sağlık kurum ve kuruluşunda hasta güvenliği ile ilgili nelerin önemli olduğunu ve nasıl davranılacağını gösteren değerler ve kurallar bütünüdür (Tütüncü ve Küçükusta, 2006). Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması sonucunda herhangi bir tıbbi hata ile karşılaşıldığında hata bildirimini yapılması sağlanacak ve oluşacak zararlar bertaraf edilebilecektir. Çünkü tıbbi hata nedeniyle sadece hasta değil, sağlık kurumu ile sağlık çalışanları da zarar görebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini belirlemek son derece önemlidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlık hizmetleri doğrudan insan hayatını ilgilendirdiği için hatayı tolere etmeyen bir alandır. Hatasız ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu hasta güvenliği ile gerçekleşebilmektedir. İşte bu noktada hasta güvenliği; sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkabilecek hataların önlenmesi, hataya bağlı olarak ortaya çıkan sorunların giderilmesi veya etkilerinin azaltılması şeklinde tanımlanmaktadır (Mülayımoğlu, 2012:6). Bir başka tanımda ise; “*Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının önlenmesi veya azaltılması*” olarak tanımlanmaktadır (Gülkaya, 2009:12). Diğer bir ifade şekline göre hasta güvenliği; sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda hastanın güvenliğini olumsuz etkileyecek faktörlerin engellenmesidir. Hasta güvenliğinin maksimum düzeyde sağlanması için tıbbi hataların asgari seviyede olması gerekir (Aydın, 2007: 10). Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation [NPSF], 2013) ise hasta güvenliğini, “*sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması*” şeklinde tanımlamaktadır. Ayrıca Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses [ICN], 2014) de hasta güvenliğini, “*profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi*” şeklinde ifade etmiştir (Akt. Çiçek, 2012: 4,5).

1.1.1. Hasta Güvenliği Amacı ve Önemi

Hasta güvenliğinde amaç; sağlık hizmeti sunucularının hizmet süreçlerindeki basit hatalarına ilişkin olarak, hata meydana gelmeden gerekli önlemlerin alınmasıdır (Tansüyer, 2010: 8,9). Bu ifade de belirtildiği üzere hasta güvenliğinin sağlanması sağlık hizmeti sunumunda hastanın olası risklere karşı korunması ile mümkündür. Bu yüzden yapılan hasta güvenliği ihlalleri, bir diğer anlamıyla tıbbi hatalar kayıt altına alınmalıdır ve bir daha aynı hatanın tekrerrütmesi engellenmelidir. Sağlık personellerinin asıl amacı hastaya zarar vermeden sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Eğer hata meydana gelmişse bu hatanın raporlanması ve hatadan ders çıkarılması gerekmektedir (Kurutkan, Orhan, Kaygısız, 2017: 254). Sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan ve hasta güvenliğini ortaya çıkartan bir takım faktörler vardır. Bunlar şu şekilde sıralanmıştır (Aydın, 2008: 5):

- ❖ Hastaya kötü davranma,
- ❖ Bilgilendirme eksikliği,
- ❖ Koordinasyon eksikliği,
- ❖ Yanlış ve yetersiz dokümantasyon,
- ❖ Bebeğin yanlış aileye verilmesi,
- ❖ Kemoterapi hataları,
- ❖ Yanlış ilaç uygulaması, kontamine (steril olmayan) ilaç veya kan kullanımı,
- ❖ Hastane enfeksiyonları,
- ❖ Tıbbi cihazların kalibre olmaması,
- ❖ Medikal cihaz ve ekipman yetersizliği,
- ❖ Çalışanların tekrar kontrol alışkanlığı edinmemeleri,
- ❖ Tesis güvenliğinde yaşanan aksaklıklar,
- ❖ İğne-kesici alet yaralanmaları,
- ❖ Hasta transferi sırasında yaşanan aksaklıklar,
- ❖ Hastanın yeterli beslenememesi,
- ❖ Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması,
- ❖ Hastaya uygulanan tedavinin geciktirilmesi,
- ❖ Personel eksikliği,
- ❖ Yatak yaralarının oluşması,
- ❖ Süresi geçmiş malzeme kullanımı,

- ❖ Eğitim eksikliği,
- ❖ Transfüzyon (kan değişimi) hataları,
- ❖ Cinsel istismar olayları,
- ❖ Yangın,
- ❖ Hastanın kaçması,
- ❖ Çocuk kaçırma,
- ❖ İntihar vakaları,
- ❖ Anestezi yan etkileri,
- ❖ Hastanın taburcu olması sırasında yeterli bilgilendirilmemesi olarak sayılabilir.

Hasta güvenliği konusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO: World Health Organization), hasta güvenliğinin “sağlık bakımının temel kriteri” olduğunu belirtmiştir. Hasta güvenliği; çevre güvenliği ve risk yönetimi, performans geliştirme, güvenli ilaç kullanımı gibi unsurların yer aldığı bir sistemdir (İnanır ve Serbest, 2009: 3,6). İşte bu noktada hasta güvenliğinden bahsedebilmek için bu unsurların sağlanması önemli bir husustur. Hasta güvenliğini sağlamak için hata seviyesinin en aza indirgenmesi gerekir. Sağlıkta kalitenin artırılması hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi ile mümkün olabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan bireyler hasta güvenliği açısından başlı başına bir riskle karşı karşıya kalabilmektedirler (Kavuncubaşı, 2000: 50).

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hata oluşmasını engellemek üzere veya hata oluştuğundan sonra bu hatanın etkilerini ortadan kaldıracak bir sistemin kurulması hedeflenmektedir. Hasta güvenliğini temin eden sağlık bakım organizasyonları kaliteyi de otomatikman ortaya çıkarmış olacaktır. Kaliteli sağlık hizmeti hem verimli hem de güvenlidir (Hüner Güngör, Küçükörenköy, Yıldırım, 2004: 140,142).

1.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliğinin tam anlamıyla sağlanabilmesi hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıyla mümkün olabilir. Öncelikle kültür kavramına değinilmesi gerekmektedir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde kültür şu şekilde tanımlanmıştır: “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi

değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür” (Türk Dil Kurumu [TDK]). Kültür insanlığın mirasıdır. Kültürün özellikleri genel olarak şöyle sıralanmaktadır (Şimşek ve Fidan, 2005: 5,25):

- ❖ *“Kültür, bir toplumun hayat biçimidir.*
- ❖ *Kültür, bütünleyici bir eğilime sahiptir.*
- ❖ *Kültür, toplumun üyelerince paylaşılmıştır.*
- ❖ *Kültür, durgun olduğu kadar devamlıdır, değişebilir.*
- ❖ *Kültür, öğrenilmiş davranışlar topluluğudur.*
- ❖ *Kültür, insanın biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını giderici bir yapıdadır.*
- ❖ *Kültür, insanlara yapmak zorunda oldukları şeylerin neler olduğu ve nasıl davranmaları gerektiği konusunda duygu ve sezgi kazandırır”.*

Örgüt kültürü, farklı disiplinlerin yer aldığı ve kavramsal temelini de bu disiplinler arası ilişkiye dayandıran bir terimdir. Bu bağlamda örgüt kültürü; *“örgüt üyelerinin paylaştığı inançlar, değerler ve temel varsayımlar bütününden oluşmaktadır”* (Eren, 2001: 136). Güvenlik kültürünün tanımı ise şu şekildedir: *“Kurumdaki güvenliği geliştirme konusunda kurum üyeleri arasında paylaşılan değerler, inançlar, tutumlar ve davranış normlarıdır”* (Dilmen, 2016: 31). Hasta güvenliği kültürü ise, sağlık hizmeti sunan tüm personelin özellikle hastayla bizzat iletişim kuran sağlık sunucularının hasta haklarına bağlı kalmaları ve hizmet sunumu sırasında gerekli hassasiyeti göstermeleridir (Yalçın, 2010: 14). Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır. Aynı zamanda örgüt içerisinde yer alan bireylerin inançlarını, tutumlarını ve değerlerini yansıtır (Kaya, 2009: 32-34). Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında yalnızca yöneticiler ve sağlık çalışanlarının değil, hastaların da bu konularda farkındalık düzeylerinin yüksek olması gerekir (Akalin, 2004: 13).

Hasta güvenliği kültürü, sağlık sektörü gibi yüksek riskli alanlarda tıbbi hatalardan kaynaklanan insan ölümlerinin önüne geçebilecek bir anlayışı hakim kılabilmektedir (Özkan, 2012: 12). İşte bu nedenle hastaların tıbbi hatalara maruz kalmalarını engellemek için hasta güvenlik kültürleri oluşturulması önem arzeder. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında sağlık hizmeti sunucularının

tamamının iştirak etmesi gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için genel hatlarıyla aşağıdaki gibi bir planlamanın yapılması gerekir (Altındış, 2014: 71):

- ❖ *“Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında hatalardan ders alınabilen bir sistemin kurulması için çalışılmalıdır.*
- ❖ *Hasta güvenliğinin kurumun liderleri için en önemli öncelik olduğu gözardı edilmemelidir.*
- ❖ *Risk yönetimine bağlı olarak klinik uygulamalar, işlemler, süreçler ve çalışma koşullarının devamlı değerlendirilmesi gerekmektedir.*
- ❖ *Hasta güvenliği raporları ve tıbbi hata bildirimlerinin düzenli yapılması sağlanmalıdır.*
- ❖ *Hasta ve hasta yakınları kendi güvenliklerini korumaları ve geri bildirimde bulunmaları için özendirilmeli ve eğitilmelidirler.*
- ❖ *Ortaya çıkan olumsuzluklar sistematik olarak değerlendirilmeli, sürekli öğrenme ve sistemlerin iyileştirilmesi konusunda rehber alınmalıdır.*
- ❖ *Alınacak önlemlerin cezalandırıcı olmamasına dikkat edilmelidir. Yapıcı ikazlarla hasta güvenliği kültürünün oluşturulması sağlanmalıdır”.*

Hasta güvenliği kültürü ile hedeflenen ve bu konuda yapılması gereken çalışmalar aşağıda belirtilmiştir (Akalin, 2011: 13):

- ❖ *“Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktiviteler belirlenmelidir.*
- ❖ *Açık iletişim kanallarının kurulması gerekir.*
- ❖ *Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinilmeden bildirilebildiği bir ortam oluşturulmalıdır.*
- ❖ *Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebileceği bir çevre oluşturulmalıdır.*
- ❖ *Hasta güvenliği konusuna kurumca kaynak ayrılmalıdır.*
- ❖ *Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi ve kalıcı olabilmesi için liderlik yapılmalıdır.*
- ❖ *Sağlık okur-yazarlığının sadece dış müşteriler kapsamından değil, iç müşteriler açısından da değerlendirilmesi gerekir”.*

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için en önemli husus eğitimidir. Doğru bir eğitimle tıbbi hataların nedenlerine ulaşılabilir ve bunun üzerinden hasta güvenliği sağlanabilir. Sağlık hizmeti sunucuları genellikle ihmalen de olsa yapmış oldukları hataların bildirimini yapmaktan çekinmektedirler. Bu konuda sağlık çalışanları bilinçlendirilmelidir. Özellikle hasta güvenliği kültürünün uygulamaya dökülmesinde, sağlık hizmeti sunucularından hastalarla en yoğun şekilde temas kuran hemşirelere büyük roller düşmektedir. Hemşirelere aşağıda belirtilen bazı konularda eğitim verilmesi önemlidir. Bu konular şu şekildedir (Tansüyer, 2010: 15):

- ❖ *“Etik-şeffaflık ve açık sözlülük,*
- ❖ *Sağlık hizmetinde hatalara önleyici yaklaşım,*
- ❖ *Hataların belirlenmesi,*
- ❖ *Hataların bildirilmesi ve izlenmesi,*
- ❖ *Hatalardan ders alarak öğrenme,*
- ❖ *Personel sayısı/dağılımı ve tıbbi hatalar,*
- ❖ *Teknoloji ve tıbbi hatalar,*
- ❖ *Hasta güvenliğine yönelik hastaların eğitimidir”.*

Hasta güvenliği kültürü oluşturmada eğitimin yanı sıra sağlık okur-yazarlığı konusunun da önemsenmesi gerekir. Son teknolojik gelişmeler ve düzenlemeler ile birlikte sağlık sistemi karmaşık bir yapıya bürünmüştür. Bu karmaşık sistem içerisinde sağlık hizmeti alanlar veya alacak olanların bilinçlenmelerine yönelik bir takım görevler söz konusudur. İşte bu görevlerin kapsamı sağlık okur-yazarlığını gündeme getirmiştir. Sağlık okur-yazarlığı, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; *“sağlıkta iyilik halinin devamlılığı için, bireylerin sağlık bilgisine erişimi, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri hususlarındaki sosyal ve bilişsel yetenekleridir”* (Nutbeam, 1998). Sağlık okur-yazarlığı, genel anlamda bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri için gerekli sağlık bilgisine sahip olmaları ve bu bilgiler doğrultusunda uygun kararlar alabilmeleridir. Sağlık okur-yazarlığı sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasında bir bağ kurulmasına yardımcı olmaktadır. Bu bağ sayesinde hem sağlık çalışanları hem de hastalar birbirlerini daha iyi anlayabileceklerdir. Etkili bir iletişim, iki tarafın aynı dili konuşması ile mümkün olabilir. Sağlık okur-yazarlığı bu hususta etkili bir iletişimin de yolunu açmaktadır.

Böylelikle hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında sağlık okur-yazarlığının etkin bir rolü olduğu görülmektedir. Çünkü hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında, hasta ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkileşimin azami ve olumlu olması gerekir. Sağlık okur-yazarlığı ile pozitif yönde etkileşim sağlanabilmektedir.

Aslında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında sadece sağlık çalışanlarının değil hasta ve hasta yakınlarının da bu sürece dahil edilmesi gerekmektedir. Bu şekilde hastalar da hasta güvenliği kültürünü benimsemek durumunda kalacaklardır. Hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği kültürü oluşumuna katılımını sağlamak için aşağıda belirtilenlerin yapılması gerekir (Akalın, 2011: 80).

- ❖ *“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 ziyaretlerinde 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”.*

Hasta ve yakınlarının hasta güvenliği kültürüne katılımları sağlanarak sağlık personelinin yaptıkları hatalar farkedilebilir. Böylece oluşabilecek daha büyük sorunlar engellenmiş olacaktır. Aynı zamanda denge-denetleme mekanizması sağlık hizmeti işleyişine dahil edilmiş olur. Hasta güvenliği kültürü sürekli değişen ve gelişen bir alandır. Bu nedenle aralıklarla mevcut sistem değerlendirilmeli ve yenilikler sisteme işlenmelidir. Hasta güvenliği ihlallerinin raporlanabilmesi de önemlidir. Bunun için sağlık hizmeti sunanlar tarafından yapılan hataların bildirimini yapılabildiği bir sistemin kurulması gerekmektedir.

1.1.3. Hemşirelikte Hasta Güvenliği

Hasta güvenliğinin sağlanması, hastalara hizmet veren sağlık hizmeti sunucularının görev ve sorumlulukları arasındadır. Sağlık hizmeti sunucuları arasında yer alan hemşirelerin hasta ile etkileşimleri daha fazladır. Bu nedenle hemşirelerin hasta güvenliği konusunda iyi eğitilmeleri gerekmektedir. Hemşirelik kavramı ile ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Bunlar arasında Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing-ICN)'nin tanımı şu şekildedir: *“Hemşirelik, bireylerin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmesine fayda sağlayan ve hastalık halinde iyileşmelerine yardımcı olan bir meslek grubudur”* (ICN, 2006). Türk Hemşireler Derneği ise hemşireliği; *“Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacı doğrultusunda, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini”* olarak tanımlamaktadır (Biol, 2011).

Hasta güvenliği, temel hemşirelik hizmetlerinin başlıca unsurları arasında yer almaktadır. Hemşireler, hemşirelik hizmetleri sunumu sırasında her an hasta güvenliği kavramıyla karşı karşıya gelmektedirler. Bu kapsamda bir değerlendirme yapılacak olursa; hasta güvenliğinin sağlanması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır (Emiroğlu, 1994). Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların azaltılması hemşirelik eğitimi standartlarının yükseltilmesi ile mümkün olabilir. Hemşirelik eğitimi, kuramsal içeriğin, pratik beceri ile anlamlı bir biçimde birleşmesini sağlayan bir sistem üzerine kurulu olmalıdır. Hemşirelik eğitim programlarının en önemli kısmı, teori ve hemşirelik becerilerinin kaynaşması ile ortaya çıkan tablodur. Hemşirelik eğitimi veren üniversitelerin ders programlarının bu tabloya uygun şekilde düzenlenmesi gerekir. Hemşirelik eğitim programlarında; *“Hemşirenin Rol ve İşlevleri, Hemşirelikte Profesyonellik, Hemşirelikte Yasal Sorumluluklar, Hemşirelikte Etik ve Değerler, Hasta Güvenliği, İletişim”* gibi başlıklar altında teori dersleri verilmektedir. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalarla ilgili konular da bu teori kısmında öğrencilere anlatılmaktadır. Ancak sadece teori eğitimi ile hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi pek mümkün değildir. Hizmet içi eğitimlerle bu konular

pekiştirilmelidir. Herhangi bir hasta güvenliği ihlali veya tıbbi hatanın bildirilmemesi durumu söz konusu olduğunda kendi yasal sorumlulukları hatırlatılmalıdır. Ayrıca bu kapsamda denetimlerin yapılması, hasta güvenliğinin sağlanması hususları da son derece önemlidir.

1.1.4. Hasta Güvenliği ve Hizmet Kalitesi İlişkisi

Hasta güvenliği ile sağlık hizmetlerinde kalite kavramı arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Hizmet kalitesinin artırılması hasta memnuniyetinin sağlanması ile mümkün olabilir. Hasta memnuniyeti için hasta güvenliğinin sağlanması gerekir. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için kalite kavramına değinmekte fayda vardır. Kalite, müşteriye arz edilen hizmetlerin veya ürünlerin, o müşterilerce belirlenip ortaya çıkan ihtiyaçlarını karşılama yeteneğine bağlı özelliklerin tümüdür (Tütüncü ve Doğan, 2003:28). Kalite kavramı, hem sübjektif özellikleri hem de objektif özellikleri bünyesinde barındırmaktadır. Kalitenin sübjektifliği, bireylerin algı ve beğenilerinden etkilenmesi durumudur. Kalitenin objektif olma özelliği ise kişisel hislerden bağımsız olarak somut kriterlerinin olmasıdır (Bozkurt, 1996:181). Hizmet kalitesi ise bir kurum veya kuruluşun müşteri ihtiyaçlarını karşılayabilme ya da optimum düzeye çıkabilme yeteneği olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 1996:66). Hizmet kalitesi, hizmet sektöründeki gelişmeler nedeniyle daha çok tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan gelişmeler ile rekabet artmakta ve yapılan düzenlemelerle hastaların, hem kamu hem de özel sağlık kurum ve kuruluşlarından faydalanmalarının önü açılmaktadır. Bu rekabetçi anlayış nedeniyle hasta memnuniyetini esas alan bir duruş ortaya çıkmakta ve hizmet kalitesinin en mükemmel şekilde oluşturulması sağlanmaktadır (Korkmaz ve Çuhadar, 2017).

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetinden faydalananlara profesyonel bilginin yol göstericiliğinde, en uygun ve beklenen sağlık sonuçlarına ulaşılabilecek şekilde hizmetlerin verilmesidir (Küçükaksu, Ünlü, Yarıcı ve Mahmutoglu, 2004). Sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlıkta kalitenin çerçevesini çizmede yardımcıdır. Bu özellikler şu şekildedir (Sevimli, 2006).

- ❖ *“Verimlilik: Sağlık hizmeti sunumunun etkili ve tasarruflu olması,*

- ❖ *Etkinlik: Sağlık hizmetinin yükseltilmesi,*
- ❖ *Etkililik: Sağlık hizmetinin faydalı olma derecesi,*
- ❖ *Optimallik: Maliyet ve iyileşme arasındaki dengenin korunması,*
- ❖ *Eşitlik: Sağlık hizmetinin sunumunda hakkaniyetli davranma,*
- ❖ *Meşruluk: Toplumsal tercihlere uygunluk,*
- ❖ *Kabul edilebilirlik: Hasta ve sağlık profesyonelleri arasında iletişim ve hastaların isteklerine uygunluktur”.*

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında genel bir bakış açısıyla değerlendirme yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli olması için sağlık hizmetinin üretilmesinden itibaren tüm sağlık birimlerinin ve sağlık sunucularının pozitif yönde etki etmeleri gerekir (Korkmaz ve Çuhadar, 2017).

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak ve hastaları olası zararlara karşı korumak için hasta güvenliğine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar arasında, hasta güvenliği ile ilgili araştırmalar yapılması ve seminerler düzenlenmesi, hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının hasta güvenliği konusundaki farkındalıklarının artırılması sayılabilir. Sağlık hizmetinde kalite açısından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu belirlenmiştir (Institute of Medicine [IOM], 2003). Bu alanlar ilaç yönetimi, yaşlı sağlığı ve hastane enfeksiyonlarıdır. Bu husustan anlaşıldığı üzere hasta güvenliği konusu sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken konuların başında gelmektedir.

Hasta güvenliğinde istenen iyileştirmelerin, sağlık hizmetlerinde kültür değişimini gerektirdiği şeklinde bir ön kabul söz konusudur. Bu ön kabule göre hasta güvenliğini iyileştirebilmek için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekir. Hasta güvenliği kültürü, sağlık kurum ve kuruluşlarının en önemli temasını oluşturur. Hasta güvenliği kültürünün önemine binaen bazı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar şu şekildedir (Altındış, 2014: 70-71):

- ❖ *“Sağlık sunucularına hasta güvenliği konusunda eğitim verilmesi,*
- ❖ *Hasta güvenliği konusunda yöneticiler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin sağlanması,*

- ❖ *Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda ödev ve sorumlulukların verilmesi,*
- ❖ *Hasta güvenliği için kaynak ayrılmasıdır”.*

1.1.5. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS-Hastane)

Dünya’da kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik birtakım kalite sistemleri geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığıyla sağlık kurumlarının performansı değerlendirilmeye başlanmıştır. Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında başlatılan faaliyetlere dayanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon”dur (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014). Sağlık Bakanlığı tarafından “Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” hedefi ile yürütülen çalışmalar kapsamında;

- ❖ Çeşitli sektör ve kurum türlerine özgü sağlıkta kalite standartları geliştirilmesi,
- ❖ Kurumların sağlıkta kalite standartları açısından izlenmesine ilişkin saha değerlendirmeleri,
- ❖ Sağlık çalışanlarının ve kalite değerlendiricilerinin bilgi ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik sempozyum, kongre, okul, kurs gibi çeşitli eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı kaliteli sağlık hizmetini hedefleyen “sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon” çalışmalarını kurumsal ve sistematik bir şekilde 2005 yılında hayata geçirmiştir. Yapılan değerlendirmelerin sonucunda kalite kriterlerini ihtiyaçlara, önceliklere ve stratejik hedeflere göre revizyonlara uğratarak daha da geliştirmiştir. Sağlıkta kalite sisteminin ana unsurları olan söz konusu faaliyetler gerçekleştirilirken, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınmaktadır. Sağlık alanında ülke genelinde kalite kültürünün geliştirilmesi açısından önemli olan bu çalışmalar sırasında, çeşitli yöntemlerle kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle saha uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi

sağlanmaktadır. Benzer şekilde gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda SKS Hastane Seti (Versiyon-4) revize edilerek, SKS-Hastane (Versiyon-5) hazırlanmıştır. Sağlıkta kalite sürecine ait temel bilgileri içeren “SKS Hastane”, sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesi için hastanelere önemli bir yol gösterici niteliğindedir. SKS-Hastane, hastaneler için kalite yönetiminin tüm esaslarını içinde barındırdıran geniş bir kaynaktır. Bu kaynak sağlıkta kalite çalışmalarının etkin ve istikrarlı bir şekilde sürdürülmesi için oluşturulmuştur (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

1.1.6. Türkiye’de Hasta Güvenliği Mevzuatı

Sağlık hukukunun gün geçtikçe önemi daha da artmaktadır. Bunun nedenleri arasında sağlık hukuku alanının düzenlemiş olduğu konular yer almaktadır. Özellikle sağlık personelinin hakları, yükümlülükleri ve yasal sorumlulukları, sağlık hizmeti, tıp eğitimi, hasta hakları, hastanelerin hukuksal yapısı, sağlık harcamaları, hekimlik ve diğer sağlık personeli mesleklerinin hukuksal yapısı gibi konular sağlık hukukuna olan ilginin artmasını sağlamıştır. Bu konular arasında yer alan hasta hakları ile ilgili düzenlemeler oldukça önemlidir. Genel olarak hasta haklarını, sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı olan bireylerin sırf insan olmaları nedeniyle anayasa, uluslararası sözleşmeler, kanun ve diğer mevzuat hükümlerince güvence altına alınmış haklar şeklinde tanımlamak mümkündür (Hatun, 1999). Ülkemizde hasta haklarının gelişimi, insan haklarının kabulü ve gelişimi ile paralellik arzeder. Uluslararası yükümlülüklerin yerine getirilmesi amacıyla hasta haklarına ilişkin 1998 yılında yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ancak hasta hakları konusunda en kapsamlı düzenlemeler 2004-2007 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Bu düzenlemeler sayesinde hastalar herhangi bir sorun ile karşılaştıklarında hasta hakları birimine başvurabileceklerdir. Hasta hakları birimlerine yapılan başvurular genellikle; mahremiyet, hizmetten genel olarak faydalanamama, saygı görememe, bilgilendirilmeme, hasta güvenliğinin sağlanamaması gibi konular arasından olmaktadır.

Hasta haklarına ilişkin, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nde ifade edildiği üzere sağlık hizmetlerinin

sunulmasında sağlık işletme, kurum ve kuruluşlarının aşağıdaki ilkelere uymaları şarttır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

- ❖ Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur.
- ❖ Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
- ❖ Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- ❖ Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- ❖ Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
- ❖ Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

Hasta hakları esas olarak beş ana başlık altında gruplandırılmaktadır. Bu başlıklar içerisinde de temel nitelikte hakların mevcut olduğu görölmektedir (Görkey, 2003).

- ❖ Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı,
- ❖ Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı,
- ❖ Hasta haklarının korunması hakkı,
- ❖ Tıbbi müdahalede hastanın rızasının alınması hakkı,
- ❖ Güvenliğin ve dini vecibelerin yerine getirilmesi gibi hizmetlerden yararlanma hakkıdır.

Türkiye’de hasta güvenliğine ilişkin düzenlemeler de mevcuttur. Bu düzenlemeler arasında yer alan, “*Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ*” 29 Nisan 2009 tarihinde 27214 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Tebliğin amaç kısmında şu ifade yer almaktadır: “*Bu Tebliğin amacı, sağlık kurum*

ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir” (Resmi Gazete, 2009: 27214). Bu tebliğ kapsamında birinci, ikinci, üçüncü basamak (kamu-özel) bütün sağlık kurum ve kuruluşları yer almaktadır. Tebliğin 6. maddesi “Hasta ve Çalışan Güvenliği Uygulamaları” başlığını taşımaktadır. Bu başlık altında sağlık kurum ve kuruluşlarının hasta ve çalışan güvenliği kapsamında hangi uygulamaları yerine getireceği sıralanmıştır (Resmi Gazete, 2009: 27214). Bunlar:

- ❖ Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- ❖ Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
- ❖ İlaç güvenliğinin sağlanması,
- ❖ Kan aktarımında güvenli uygulamaların sağlanması,
- ❖ Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
- ❖ Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- ❖ Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
- ❖ Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
- ❖ Temel yaşam desteği (Mavi Kod uygulaması) sürecinin güvence altına alınması,
- ❖ Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin (Pembe Kod uygulaması) sağlanması,
- ❖ Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,
- ❖ Afetler (yangın, deprem, sel) ve olağandışı durumlarda tedbir alınmasıdır.

Sağlık Bakanlığı hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak için gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacını taşıyan söz konusu bu Tebliği 6 Nisan 2011 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik” haline getirmiştir. Bu yönetmeliğin amaç maddesinde ise; “İkinci madde kapsamındaki

tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir” denilmektedir. Bahsi geçen ikinci madde şöyledir: “Bu Yönetmelik kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsar” (Resmi Gazete, 2011: 27897). Bu yönetmelik ile sağlık hizmetleri sunumu sırasında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili ortaya çıkan sıkıntılara değinilmiştir. Ayrıca Yönetmelikte güvenlik uygulamaları üç başlık altında ele alınmıştır. Bunlar; hasta güvenliği uygulamaları, çalışan güvenliği uygulamaları, hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamalarıdır. Yönetmeliğin altıncı maddesi “*Hasta Güvenliği Uygulamaları*” başlığı altında şu düzenlemeyi içerir (Resmi Gazete, 2011: 27897).

Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- ❖ Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- ❖ Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- ❖ Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- ❖ İlaç güvenliğinin sağlanması,
- ❖ Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- ❖ Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- ❖ Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- ❖ Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- ❖ Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Ayrıca yedinci maddede “Çalışan Güvenliği Uygulamaları” başlığı yer almaktadır (Resmi Gazete, 2011: 27897).

Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- ❖ Çalışan güvenliği programının hazırlanması,

- ❖ Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- ❖ Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- ❖ Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- ❖ Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar, hükmünü içermektedir.

Son olarak “Hasta ve Çalışan Güvenliği Ortak Uygulamaları” başlıklı sekizinci madde hükmü aşağıdaki gibidir (Resmi Gazete, 2011: 27897).

Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- ❖ Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak; enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması, hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sürveyans (sürekli ve sistematik olarak gözetleyip analiz etme) çalışmalarının yapılması, el hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması, izolasyon önlemlerinin alınması, temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
- ❖ Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak; biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması, laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması, panik değerlerin bildirimini sağlanması,
- ❖ Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,
- ❖ Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak; Mavi kod uygulamasının yapılması, Pembe kod uygulamasının yapılması, Beyaz kod uygulamasının yapılması,
- ❖ Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak; Güvenlik raporlama sisteminin kurulması, bildirim yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamaması, bildirim yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,
- ❖ Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,

- ❖ Komitelerin kurulması ile ilgili olarak; Hasta Güvenliği Komitesi, Çalışan Güvenliği Komitesi kurulması hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar, hükmünü içermektedir.

1.2. Tıbbi Hata Kavramı

Hasta güvenliği kapsamı içerisinde tıbbi hata kavramının da belirlenmesi ve tartışılması gerekmektedir. Tıbbi hata (malpraktis) kavramı; latince “male” ve “praxis” kelimelerinden türemiştir. Kelime anlamı “kötü, hatalı uygulama” şeklindedir (Hancı, 2006:30). Sağlık Hizmeti Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 2006) tıbbi hata kavramını; “*Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi*” şeklinde tanımlamaktadır (Akt. Odabaşoğlu, 2013:4). Dünya Tabipler Birliği ise tıbbi hata kavramını; “*hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*” şeklinde tanımlamıştır (Temel, 2005:84). Türk Tabipler Birliği tarafından 2010 yılında yayınlanan Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi’nde yer alan bir diğer tanımda; tıbbi uygulama hataları, tıbbi uygulamadaki bilgi ve beceri eksikliği ya da ihmal sonucu hizmet sunulan kişi sağlığında zarar oluşması olarak tanımlanmıştır (Akt. Can, Özkara ve Can, 2011: 70). Son yıllarda tıbbi hata kavramı oldukça tartışılmaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin uygulamaları sonucunda hastalığın seyri dışına çıkarak, iyileşmenin gecikmesinden tutun hastanın yaşamının sona ermesine kadar ki süreç tıbbi uygulama hatalarını oluşturur. Bu yüzden kısaca tıbbi uygulama hataları sağlık hizmeti sunumunun başarısızlık hali şeklinde de tanımlanabilir (Güven, 2007:15).

1.2.1. Tıbbi Hata Nedenleri

Sağlık hizmeti sunumu sırasında yapılan hatalar hastaların zarar görmesi ile sonuçlanabilmektedir. Yapılan tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olabilir. Bu nedenleri iki başlık altında toplayabiliriz. Bunlar; bireyden kaynaklanan nedenler ve kurumdan kaynaklanan nedenlerdir (Akalın, 2005). Tıbbi hata nedenlerinin birinci

başlığında yer alan bireysel nedenler, bireyin çalışma koşullarını ve motivasyonunu etkileyen nedenlerdir. Bunlar arasında yorgunluk, mesleki tecrübesizlik, yetersiz eğitim, iletişim problemleri, yanlış karar verme, gerekli hassasiyeti göstermeme, tedbirsiz hareket etme, dikkatsizlik, mevzuata uygun davranmama sayılabilir (Yılmaz, 2014). Kurumsal nedenler arasında ise, yanlış kurumsal politikalar, idari yönetim zaafiyeti, personel yetersizliği, eksik tıbbi cihazlar gibi faktörler gösterilmektedir (Filiz, 2009). Literatürde hemşirelik hizmeti sunumu sırasında yapılan tıbbi hataların nedenleri arasında tedbirsizlik, özen eksikliği, dikkatsizlik, emir ve talimatlara riayet etmeme ve mesleki tecrübesizlik olduğu gösterilmektedir (Birtek, 2007). Hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataların önlenmesi ancak tıbbi hata nedenlerinin bilinmesi ile mümkün olabilir (Kıymaz, 2015:9). “*Mc Nutt ve Arkadaşları, tıbbi hata nedenlerini; insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler şeklinde gruplandırmışlardır. Bu gruplamaya göre tıbbi hata nedenleri şu şekildedir:*

- ❖ *İnsan Faktörü : Yetersiz eğitim, tartışmacı kişilik, yorgunluk, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası.*
- ❖ *Kurumsal Faktörler: Personelin yanlış dağıtımı, iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, konularda yetersizlik.*
- ❖ *Teknik Faktörler : Entegrasyon eksikliği, yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliğidir” (Akt. Top, Gider, Taş, Çimen, 2008:167).*

Ülkemizde tıbbi hata nedenlerine bakıldığında; sağlık personelinin nicelik ve nitelik olarak eksikliği, uzun mesai süreleri, ergonomi yetersizliği, hasta sayısının fazlalığı, cihazların kalibrasyonunun yapılmaması, eğitim yetersizliği gibi faktörlerin öne çıktığı görülmektedir (Odabaşoğlu, 2013: 8,9).

1.2.2. Tıbbi Hataların Bildirimi

Hasta güvenliği konusunda etkili bir yol izlenebilmesi için hataların bildirimi önem arzeder. Tıbbi hataların belirlenmesi ve kabullenilmesi hasta güvenliğinin sağlanması araştırmalarının iyi işlediğini gösterir. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak ortaya çıkan hataların tanımlanması ve azaltılmasına yönelik en uygun yöntem

şüphesiz hataların bildirilmesi ve analizi yöntemidir. Hataların doğru bir şekilde bildirimine sağlanması için güvenli bir ortamın oluşturulması şarttır. Ayrıca çalışanların destek ve katılımının sağlanması çok önemlidir (Güleç, 2012:9). Hataların tespit edilmesi ve araştırılması hatalardan ders alınarak aynı hatanın tekrar edilmemesini sağlar. Alınan dönütler sayesinde oluşabilecek tıbbi hatalara karşı uyanık olunması bu mekanizmanın işlediğini gösterir. Yapılan bir çalışmaya göre; hemşirelerin %56.4'ü, hekimlerin ise %46.9'u bir hata olduğu zaman önlenirse hatanın bildirimine gerek olmadığını düşünmektedir (Kılıç, 2009). Başka bir çalışmada ise çalışanların son bir yıl içerisinde kaç tane olay bildirim formu doldurduğu sorulduğunda, %81.5'i hiç olay bildirimini yapmadığını ifade etmiştir. Söz konusu %81.5'in %71.4'ü ise rapor doldurmama sebebi olarak sicillerine olumsuz etki etme endişesi taşımalarını göstermişlerdir (Çakır ve Tütüncü, 2009). Ülkemizde hasta güvenliğine yönelik olarak 6 Nisan 2011 tarihinde "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" çıkartılmıştır (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011). Sağlık Bakanlığı tıbbi hataların denetlemesini iki şekilde gerçekleştirmektedir. Bunlar, indikatörler ve güvenlik raporlama sistemidir. Hastane Hizmet Kalite Standartları (HKS) kapsamında bu indikatörler belirlenmektedir. Düşmeler, kan ve vücut sıvıları ile temas, yoğun bakım hastane enfeksiyonları, kesici-delici alet yaralanmaları her ay incelenmekte ve üç aylık raporlar halinde Bakanlığa bildirilmektedir. Ayrıca HKS gereği tüm kurumların bildirmek zorunda oldukları güvenlik raporlama sistemi içerisinde; cerrahi güvenlik, transfüzyon güvenliği ve ilaç güvenliği de yer almaktadır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012).

1.2.2.1. Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri

Tıbbi hataların objektif şekilde bildirim için bir sistemin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sistemde kurumların hata bildirimine ilişkin görev ve sorumlulukları açıkça belirtilmelidir. Ayrıca çalışanlar hata bildirim konusunda eğitim almalıdırlar. Hata bildirim sistemleri pratik olmalıdır ve geri dönütleri sağlamalıdır. Bu sistemle hata tek bir kişiye yüklenmemeli, kurum bazında değerlendirilmelidir. Ayrıca bu sistem cezalandırma aracı olarak görülmemelidir. Ülkemizde maalesef böyle bir ulusal veya kurumsal bildirim sistemi henüz tam anlamıyla oturtulamamıştır (İntepeler ve Dursun, 2012). Genellikle tıbbi hataların

bildirilmesinden türlü sebeplerle kaçınılmaktadır. Bu durum tıbbi hataların belirlenmesini zorlaştırmaktadır (Top, Gider, Taş, Çimen, Tarcan, 2009). Sağlık çalışanlarının hataların bildirilmesinde isteksiz davrandıkları gözlenmektedir. Bu isteksizliğin en büyük nedenlerinden biri sağlık çalışanlarının hukuki açıdan sorumluluk doğacağı endişesini taşımalarıdır. Aslında bildiri yapılmayan tıbbi hatalar, hasta güvenliğini geliştirme noktasında önemli bir engel teşkil etmektedir. Hasta güvenliğini tehlikeye sokan tıbbi hataların bildirilmesi raporlama sisteminin oluşturulabilmesi ile mümkün olacaktır (Tak, 2010). Tıbbi hatalar sonucunda hem sağlık çalışanları açısından hem de hastalar açısından olumsuz durumlarla karşılaşmaktadır. Tıbbi hata bildirimleri sayesinde sağlık sistemindeki eksikliklerin giderilmesine imkan tanınmaktadır. Bildirilmeyen tıbbi hatalar ise hastaların daha fazla zarar görmelerine yol açmaktadır. Hataların bildirilmemesinin en önemli nedenleri arasında hasta ve yakınları tarafından hukuki yollara başvurulması korkusu, itibar kaybı, ayıplanma gibi hususlar sayılmaktadır (Çakmakçı ve Akalın, 2010). Hataların tekrarının önlenmesi bölgesel veya ulusal raporlama sistemlerinin oluşturulması ile mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlama ile ilgili olarak dört temel prensibin varlığına dikkat çekmesi manidardır (Yıldız, 2015:19):

- ❖ *“Hasta güvenliğinde temel role sahip olan raporlama sistemleri sağlık bakım sisteminin hatalarından öğrenilerek hasta güvenliğini geliştirir.*
- ❖ *Raporlama güvenilir olmalıdır. Rapor eden bireyler cezalandırılmamalıdır.*
- ❖ *Raporlar eğer yapıcı tepkilere yol açıyorsa değerlidir. En azından veri analizinden elde edilen bulguların geri bildirilmesi gerekir. Üstelik raporlar sağlık bakım sistemi ve çıktılarındaki değişiklikler için tavsiyeler içerir.*
- ❖ *Hatalarla ilgili analizlerin anlaşılması, öğrenilmesi ve ders çıkartılmasıyla uzmanlık ve finansal kaynak gereksinimleri öğrenilir”.*

Ayrıca Amerika İlaç Enstitüsü (The Institute of Medicine [IOM], 1999) yayınlamış olduğu bildiri de hata bildirim raporlarıyla ilgili tavsiyeler sunmuştur. Bu tavsiyeler aşağıdaki gibidir (Akt. Bol, 2012):

- ❖ *“Hata bildirim raporları öncelikle hastanelerde ardından diğer sağlık teşkilatlarında uygulanmalıdır.*

- ❖ *Sağlık kalitesi ölçümleri ve tıbbi hata raporlamaları için genel bir tanım oluşturulmalıdır.*
- ❖ *Tüm sağlık teşkilatlarına istenmeyen olayların listesi ve tıbbi hata tanımlamaları ile ilgili bilgiler standardize edilerek verilmelidir.*
- ❖ *İcracı hükümetler tarafından maddi kaynak ve teknik uzman desteği sağlanılarak, kullanılan hata bildirim sistemleri incelenmelidir”.*

Dünya’da Güvenlik Raporlama Sistemleri

Yıldız (2015)’in yapmış olduğu çalışmada, Dünya’daki güvenlik raporlama sistemleri aşağıdaki paragrafta belirtilmiştir.

Farklı şekillerde güvenlik raporlama sistemleri mevcuttur. Ulusal veya özel raporlama sistemleri vardır. Güvenlik raporlama sistemleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde gönüllü, bazılarında zorunlu ve hatta kimi ülkelerde ise hem gönüllü hem de zorunlu raporlama sistemleri kullanılmaktadır. Örneğin; ulusal raporlama sistemi kullanan Çek Cumhuriyeti’nde zorunlu raporlama sistemi mevcuttur. Bu ülkede tıbbi hata bildirimini sağlık personelinin yapması zorunludur. Hollanda’da ise gönüllü raporlama sistemi söz konusudur. Fakat bunun istisnasını kalıcı hasar ve ölüm olayları oluşturmaktadır. Bu olayların bildirimini zorunludur. ABD’nde hem gönüllü hem de zorunlu bildirim sistemi uygulanmaktadır. Yine ölümler zorunlu bildirim gerektiren olaylardandır. Danimarka’da raporlama işi sağlık personellerince yapılmaktadır. Zorunlu raporlama sistemi benimsenmiştir. İlaç hatalarının, cerrahi olayların bildirimini zorunludur. İngiltere’de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA) tarafından Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (NRLS) geliştirilmiştir. Bu raporlama sisteminin amacı hasta güvenliğine ait kaza raporlarını açıklığa kavuşturmak ve bunların çözümünü desteklemektir. İngiltere’deki sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu bu sisteme üyedir. Japonya’da eğitim hastanelerinde zorunlu raporlama sistemi, diğer hastanelerde ise gönüllü raporlama sistemi benimsenmiştir. Japonya Kalite Konseyi 2004 yılında ulusal bir raporlama sistemi oluşturmuştur. Görüldüğü üzere Dünya’nın birçok ülkesinde güvenlik raporlama sistemleri mevcuttur. Ülkelerin bu çalışmaları, güvenlik raporlama sistemlerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Yıldız, 2015: 20,21).

Türkiye’de Güvenlik Raporlama Sistemi

Hasta güvenliğini maksimize edecek şekilde hataların bildirimini esas alan bir çalışma sonucunda ülkemizde 01 Temmuz 2011 tarihinden itibaren sağlık kurumlarında “Güvenlik Raporlama Sistemi” adıyla bir bildirim sistemi kurulması düşünülmüş ancak bir takım değişikliklerle 01 Nisan 2012 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere sadece hasta güvenliği ile ilgili üç konuya değinilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında sağlık kurum ve kuruluşları şu üç hata yönünden bildirim yapılmasına yönelik sistem kurmak durumundadırlar. Bu üç hata türü şu şekildedir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012):

- ❖ İlaç Güvenliği
- ❖ Cerrahi Güvenlik
- ❖ Transfüzyon Güvenliği

Daha sonra 01 Temmuz 2015 tarihinde yayımlanan SKS-Hastane Versiyon 5’de güvenlik raporlama sistemine ilişkin standartta değişikliğe gidilmiştir. Yeni standarda göre güvenlik raporlama sistemi "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olarak ayrılmıştır. Bu sisteme göre sağlık çalışanlarına eğitimlerin eksiksiz verilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca güvenlik raporlama sistemine yapılan bildirimlerin istatistiksel veri olarak kullanılması ve bu verilere göre eksikliklerin giderilmesi amaçlanmıştır (Yıldız, 2015: 23,24).

Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin dört temel yapı taşından biri olan Sağlıkta Kalite Standartları, Türkiye’de hizmet sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşları için hedeflenen kalite düzeyini ortaya koymak ve uygulamaya yönelik rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları sistematik bir yaklaşımla Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi ihtiyaç ve öncelikleri esas alınarak hazırlanmaktadır. Standart hazırlama çalışmaları sırasında, çeşitli yöntemlerle kullanıcıların ve ilgili uzmanların görüş ve önerileri alınmakta, özellikle saha uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dâhil edilmesi sağlanmaktadır. Sağlıkta kalite çalışmalarının etkin ve istikrarlı bir şekilde sürdürülmesi için, Sağlıkta Kalite Standartları ile birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bildirimlerin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması ve

uygulanması gerekmektedir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2017).

1.2.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hataların sınıflandırılmasında genel olarak tanı hataları, tedavi hataları, koruyucu tedavi hataları ve diğer hatalar şeklinde bir ayırım söz konusudur (Sözer, 2012). Yapılan araştırmalar sonucunda tıbbi hataların en yoğun şekilde girişimsel hatalar, hastane enfeksiyonları, yanlış tetkik uygulanması, yanlış taraf ameliyatı, hastanın düşmesi, tıbbi cihazlardaki eksiklikler, iletişim eksiklikleri gibi konular üzerinde toplandığı görülmektedir (Özata ve Altuncan, 2010). Tüm bu hata şekillerinden de anlaşılacağı üzere ihmal veya kusur ile sorumluluk doğuran durumlarla karşılaşmak mümkündür. Hemşireler bakımından karşı karşıya kalınan tıbbi hata şekilleri ise genellikle hastanın stabilitesinin yeterince takip edilmemesi sonucunda ortaya çıkan hatalardır. Buna ilave olarak doktor talimatlarının yanlış yorumlanması ve uygulanması, mevcut uygulama prosedürlerine uyulmaması, iletişim eksikliği, kayıtlardaki eksiklikler, tıbbi cihaz kullanımını bilmeme veya eksik bilme, hasta güvenliği konusunda bilinçli olmama, eğitim yetersizlikleri gibi birçok neden sayılabilir. Literatürde ise hemşirelik uygulamaları kaynaklı tıbbi hatalar şu şekilde sınıflandırılmıştır: Hastane enfeksiyonları, transfüzyon hataları, ilaç uygulama hataları, düşmeler, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar şeklindedir (Demir, 2010).

1.2.3.1. İlaç uygulama hataları

İlaç, hastalıkların tanı ve tedavisinde ayrıca hastalıkların önlenmesinde kullanılan kimyasal bir maddedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization [WHO], 2001) ilaç tanımı ise şu şekildedir: “*Fizyolojik sistemleri ve patolojik durumları, etkileyeceği alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da üründür*” (Akt. Ateş, 2010:10). İlaç tedavi için kullanılırken kimi zaman istenmeyen şekilde hastanın durumunu kötüleştirici etkiye yol açabilir. İlaç uygulamaları sırasında ortaya çıkan bu istenmeyen durumlar ilaç uygulama hataları olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi

hatalar içerisinde yer alan ilaç uygulama hataları önemli yer tutmaktadır. İlaç uygulama hatalarına mahal vermemek için doğru ilacın doğru zamanda doğru dozla kullanılması gereklidir (Uzun ve Arslan, 2008). İlaç uygulama hataları birçok şekilde gerçekleşebilir. İlacın reçete edilmesinden itibaren ilacın uygulanmasına kadar ki süreçler hata yapılma anını belirleyen hususlardır. İşte ilaç uygulama hata tiplerinin bilinmesi hataların önlenmesi konusunda önemli bir bilgidir. Amerikan Hastane Eczacılar Derneği (The American Society of Health System Pharmacists Foundation [ASHP], 1993) ilaç uygulama hata tiplerini on bir başlık altında kategorize etmiştir. Bunları değerlendirecek olursak (Akt. Ateş, 2010: 12,13):

- ❖ *“İstem etme hatası: İlacın yanlış reçete edilmesidir.*
- ❖ *Atlama hatası: Hasta için istem edilen ilacın dozunun bir sonraki uygulama zamanına kadar uygulanmamasıdır.*
- ❖ *Yanlış zaman hatası: İlacın planlanan uygulama zamanının dışında uygulanmasıdır.*
- ❖ *İstem edilmeyen ilacın uygulanması: Doktor tarafından istem edilmeyen bir ilacın uygulanmasıdır.*
- ❖ *Yanlış doz hatası: Hastaya istem edilen dozun az ya da fazla uygulanmasıdır.*
- ❖ *Yanlış-dozaj form hatası: Doktor tarafından istem edilen ilacın farklı formunun hastaya uygulanmasıdır.*
- ❖ *Yanlış yol hatası: İlacın doğru formunun, hastanın yanlış bölgesine uygulanmasıdır.*
- ❖ *Yanlış uygulama hızı hatası: İntravenöz ya da enteral sıvıların istem edilen gönderilme hızından farklı uygulanmasıdır.*
- ❖ *Yanlış ilaç hazırlama hatası: İlacın hazırlanmasının yanlış yapılmasıdır.*
- ❖ *Bozulmuş ilacın uygulanması:Tarihi geçmiş ilacın uygulanmasıdır.*
- ❖ *İzlem hatası:Hastanın ilaca verdiği yanıtın uygun bir şekilde değerlendirilmemesidir”.*

Tang ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir araştırmada, hata tipleri beş grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış hasta, yanlış zaman ve yanlış yoldur. Araştırmada %8.3 oranında yanlış yol, %36.1 oranında yanlış doz,

%26.4 oranında yanlış ilaç kullanımı, %13 oranında ilacın yanlış zamanda uygulanması, %11.1 oranında yanlış hasta olarak sonuçlar elde edilmiştir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration [FDA], 1993-1998) tarafından yayımlanmış olan raporların incelenmesi sonucunda; en yaygın olarak belirlenen hatalar sırasıyla uygun olmayan doz (%41), yanlış ilacın verilmesi (%16), ilacın yanlış yoldan uygulanması (%16) olduğu görülmüştür (Akt. Ateş, 2010:14).

İlaç uygulama hataları hastanın durumunu kötüleştirebilecek sonuçlara yol açabilmektedir. Hatanın hastadaki etki düzeyine göre ilaç uygulama hataları sınıflandırılmaktadır. İlaç Uygulama Hataları ve Önlenmesi Ulusal Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [NCCMERP], 2007) ilaç uygulama hatalarını sınıflandırmıştır.

- ❖ *“Kategori A: Hataya sebep olabilecek olayın olmamasıdır.*
- ❖ *Kategori B: Hata var ancak hata hastaya ulaşmadığı için zarar vermemiştir.*
- ❖ *Kategori C: Hata hastaya ulaşmıştır, ancak zarar vermemiştir.*
- ❖ *Kategori D: Hastaya ulaşan hata vardır, ancak izlem gerekli olabilecek bir hatadır.*
- ❖ *Kategori E: Hastada, geçici zarar oluşturan, tedavi veya girişim gerektiren hatadır.*
- ❖ *Kategori F: Hastanın hastanede kalmasını gerektiren ve geçici zarar veren hatadır.*
- ❖ *Kategori G: Hastaya kalıcı zarar veren bir hatadır.*
- ❖ *Kategori H: Hastada ölüme yakın olarak sonuçlanan ve bireyi hayatta tutmak için girişim gerektiren hatadır .*
- ❖ *Kategori I: Hastanın ölümüyle sonuçlanan hatadır.”*

İlaç uygulama hatalarının önlenmesi için ilaç uygulama hata nedenlerinin bilinmesine bağlıdır. İlaç uygulama hatalarının nedenleri arasında iş yükünün fazla olması, ilaçlar hakkında bilgi eksikliği, hasta hakkında bilgi yetersizliği, ilaç uygulaması sırasında kesintiye uğrama, yetersiz deneyim, çalışma saatlerinin uzunluğu gibi konular sayılmaktadır. İlaç uygulama hatalarının engelenmesi o konudaki sistemsel yaklaşımlarla mümkün olabilir. Bu hatalar hekimden, hastadan,

hemşireden veya kurumdan kaynaklanabilir. Önemli olan kimden kaynaklandığı değil bu hataların nasıl çözümleneceğidir. Bu nedenle hatayı bireylere mal etmekten ziyade sistemi düzeltme yollarının aranması gerekir. Sağlık hizmeti sunucularının bu konularda eğitilmesi önemli bir adım olacaktır. Ayrıca hataların bildirilmesi hem farkındalık açısından hem de istatistiki bilgilerin elde edilmesi açısından önemlidir.

1.2.3.2. Hastane enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonu, hastanın hastanede yattığı süre boyunca kendisinde oluşan bir enfeksiyondur (Hatipoğlu, Avcı ve Öztürk, 1998:32). Hastane enfeksiyonları hastanın iyileşme sürecini olumsuz şekilde etkilemekte ve buna bağlı olarak sağlık personellerinin bu konudaki başarı oranlarını düşürmektedir. Aynı zamanda hastaya yapılan tıbbi ve tedavi giderleri oldukça artmaktadır. Tüm bunların yanında hastane enfeksiyonları, hastanın tedavi edilebilecek hastalığının belki de ölümlü sonuçlanmasına yol açabilecektir. Aslında hastanelerde temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde hastane enfeksiyonlarının kolayca önlenilebileceği görülmektedir. Hastane kökenli enfeksiyonlar genellikle; hastane kökenli üriner sistem enfeksiyonları, hastane kökenli pnömoni, cerrahi alan enfeksiyonu ve damar içi kateterin yol açtığı enfeksiyonlar olarak sıralanmaktadır (Beduk, 2000). Hastane enfeksiyonları gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeleri bile etkilemektedir. Hastane enfeksiyonlarının dünya çapında etkisi olduğu için bu konuda çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların amaçları şunlardır (Berkem, 2007):

- ❖ *“Hasta güvenliğinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların etkisi hakkında farkındalığı arttırmak ve önleyici planlamaları desteklemek,*
- ❖ *Ülkelerin sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların azaltılmasına öncelik vermelerini sağlamak, temiz ürün (kan güvenliği), temiz uygulama (güvenli klinik işlemler), temiz ekipman (enjeksiyon ve immünizasyon güvenliği) ve temiz çevre (sağlık hizmetinde güvenli su ve arıtma) alanlarında var olan Dünya Sağlık Örgütü stratejilerini uygulamaktır”.*

Ayrıca ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından enfeksiyonu önleme programları yürütülmektedir. Bu programlar (Berkem, 2007);

- ❖ Ellerin yıkanması,
- ❖ Uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemlerinin kullanılması,
- ❖ Personelin eğitimi,
- ❖ Koruyucu ekipman kullanımı,
- ❖ Temizliğin doğru yapılması,
- ❖ Atık yönetimini içermektedir.

Hastane enfeksiyonlarını önlemede doğru ve uygun malzeme kullanımı yanısıra eğitim çok önemlidir. Sağlık personellerinin bu konularda bilinçli olması, hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde çok önemlidir.

1.2.3.3. Düşmeler

Tıbbi hatalar içerisinde yer alan düşmeler, 1940'lardan günümüze kadar bildirilen kaza raporlarında artarak devam eden bir sorundur. Özellikle hastanelerde yatan hastalar için tehlike arzeden bir durumdur. Aslında düşmelerden kaynaklı hasta yaralanmalarının önüne geçilebilmesi mümkündür. Düşmeler ile özellikle yaşlı hastalar sık karşılaşmaktadırlar. Hastanın fiziksel engelinin olması, kas kuvvetinin azalması gibi etkenler düşme riskini artırmaktadır. Hasta düşmelerine yönelik çalışmalar sonucunda başarılı bir program geliştirilmesi amacıyla bazı hususlara dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Vurgulanan bu hususlar (Hendrich, 2006:26, 30):

- ❖ *“Hastalara çevresel risklerin tanıtılması,*
- ❖ *Hemşirelik ve diğer tıbbi uygulamalardaki risk faktörlerinin azaltılması,*
- ❖ *Düşme olayları ile ilgili sürekli veri toplanması,*
- ❖ *Birimler ve sağlık çalışanları arasında riskler konusunda etkili iletişim ve ünitelerdeki risk faktörlerinin araştırılmasıdır”.*

Düşmelerin engellenmesi daha dikkatli olmakla ve bazı birtakım tedbirlerle mümkündür. Bunlar arasında odaların düzenleniş şekli çok önemlidir. Odalardaki eşyaların sabit olması ve eşyaların birbirlerine uzaklıklarının uygun olması gerekir. Hasta yatakları, hastaların kolayca inip çıkmasını sağlayacak şekilde ergonomik olarak dizayn edilmelidir. Ayrıca yataklar hastanın düşmesini engelleyecek şekilde

korkuluklu olmalıdır. Hasta odalarında ergonomi çok önem arzeder. Aydınlatma yeterli olmalıdır. Oda pencerelerinin güvenli açılmaları ve kontrollü olmaları da önemlidir (Karadayı, Aydın ve Üçüncü, 2009). Literatürde hastanelerde düşmelerin engellenmesi için yeni planlamalar ve çerçeveler çizilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Düşme riski değerlendirme prosedürünün uygulanması ile düşmelerin her bin yatak günü için %55 azaldığı görülmüştür (Dempsey, 2004: 481).

1.2.3.4. Transfüzyon hataları

Tıbbi hatalar içerisinde transfüzyon hataları da yer almaktadır. Kan transfüzyonu yapılırken hasta ve yakınlarından onay almak çok önemlidir. Öncelikle hastaya uygun kanın verilebilmesi için numune alınması gerekir. Kan numunesi alınırken hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir ve etiketleme yapılır. Uygun kan hazırlandıktan sonra transfüzyon işlemleri için birtakım kontrollerin yapılması gerekir (Şahin, 2006: 12). Bunlar;

- ❖ *“Alıcı ve vericinin kan grubu uygunluğu,*
- ❖ *Kanın son kullanma tarihi,*
- ❖ *Hastanın kimliği ve doğru kan olup olmadığı,*
- ❖ *Kan uyumsuzluğunun olup olmadığı,*
- ❖ *AIDS, hepatit v.b. hastalık testlerinin sonuçları,*
- ❖ *Hekim istemi,*
- ❖ *Hastanın dosya numarası kontrol edilmelidir”.*

Yanlış kanın verilmesini önlemek için gerekli kontroller iki sağlık personeli tarafından yapılmalıdır. Basit bir hata hastanın ölümüne varabilecek komplikasyonlarla karşılaşılmasına yol açabilecektir. Kan transfüzyonu sırasında aşağıdaki bilgiler kayıt edilmelidir (Şahin, 2006: 14);

- ❖ *“Transfüzyon öncesi doğru hastaya doğru kanın verilmesine ilişkin kontrolleri yapan ve transfüzyonu gerçekleştiren ekiplerin imzası,*
- ❖ *Kan transfüzyonunun yapıldığı tarih,*
- ❖ *Transfüzyonun başlama ve bitiş saati,*
- ❖ *Kanın seri numarası ve grubu,*

- ❖ *Hastada nasıl bir reaksiyon geliştiği,*
- ❖ *Hastanın hayati bulguları kaydedilmelidir”.*

Hastada oluşma ihtimali bulunan tıbbi reaksiyonlar karşısında hem vicdani hem de hukuki olarak sorumluluk altında kalınmaması için gerekli tüm kontrollerin yapıp kayıt altına alınması gerekir.

1.2.3.5. Hastanın yetersiz izlemine bağlı gelişen hatalar

Tıbbi hatalar arasında hastanın yeterince izlenmemesinden kaynaklanan ve tıbbi hatanın ortaya çıkmasına neden olan olaylar vardır. Birçok gelişmiş ülkede hastanın yetersiz izlenmesi nedeniyle oluşan tıbbi hatalara dayalı açılan dava sayısının sık rastlanan durumlar arasında olduğu bildirilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000:25). Hasta izleminin doğru yapılması, takip ve değerlendirmelerin zamanında yapılması çok önemlidir. İzlem sıklığının belirlenmesi, tedaviyi uygulayan ve takip eden sağlık personeli sorumluluğundadır. Hasta gözlemleri sonucunda elde edilen veriler sürekli kayıt altına alınmalıdır. Bu durum hem sağlık personeli sorumluluktan kurtaracak, hem de hastanın uygun şekilde takip edilmesinde yararlı olacaktır.

1.2.3.6. Uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar

Sağlık hizmeti sunumunun en uygun ve gelişmiş teknoloji ile donatılmış cihazlarla yapılması istenen ve beklenen bir durumdur. Teknolojinin gelişmesi ile her ne kadar uzun ömürlü, kullanışlı, sağlam cihazlar üretilse de arızalanmalarının da olası olduğunu gözden kaçırmamak gerekir. Bu cihaz arızaları nedeniyle oluşabilecek tıbbi hatalarla yoğun olarak karşılaşılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kuruluşların teknolojik gelişmelere bağlı olarak teknolojik altyapılarının sürekli yenilenmesi gerekir. Bu yenilenme sayesinde cihaz arızalarına bağlı gelişen tıbbi hatalarda azalma meydana gelecektir. Ancak tıbbi cihaz hataları sadece cihazla alakalı değildir. Kullanıcının eğitim yetersizliği veya tecrübesizlik de cihaz hataları arasında gösterilmektedir. Aslında tıbbi cihaz hatalarının büyük bir bölümü cihazın yanlış kullanımından kaynaklanmaktadır (Ülgen, 2009: 30). Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda malzemenin uygun

ve eğitimli kişilerce kullanılması gerekir. Özellikle sarf malzeme kullanımına dikkat edilmelidir. Malzemelerin son kullanma tarihleri sürekli kontrol altında tutulmalıdır. Steril malzemelerin sterilitesinin bozulmadığına dikkat edilmelidir. Eğer tekrar steril edilip kullanılacaksa uygun sterilizasyonun sağlanması gerekir. Tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonunun zamanında ve yetkili firmalar aracılığıyla yapılması gerekir (Göçmen, 2003: 42). Kalibre edilmemiş bir cihaz ile yapılacak testlerin doğru çıkması düşünülemez. Bu yüzden tıbbi cihazların kalibrasyonu da çok önemlidir. Kalibrasyonu yapılan cihazların etiketlenerek bir sonraki kalibrasyonun takip edilmesi sağlanmalıdır. Tüm cihazlar bu şekilde kontrol edilerek kayıtlarının tutulması sağlanmalıdır. Özellikle laboratuvar cihazları hassas ölçüm yapan cihazlar olduğundan laboratuvar güvenlik programlarının oluşturulması gerekir. Hastalardan alınan doku ve kan örneklerinin hemen etiketlenerek kayıt altına alınması, hataların önlenmesinde önemli bir husustur (Erdil, 2001: 110).

1.2.3.7. İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar

İletişim hataları, tıbbi hatalar içerisinde en az hassasiyet gösterilen ancak en sık rastlanan hatalar arasındadır. Sağlık hizmetlerinde iletişim konusu çok önemlidir. Özellikle iletişim kurulacak taraf hasta ve hasta yakını olduğu için biraz daha hassas bir durumu arzeder. Verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, hasta ve hasta yakınları ile doğru ve etkin bir iletişim kurmakla olur. Etkin bir iletişim ancak sağlık personeli ve hastanın birbirlerini doğru bir şekilde anlamaları ile mümkündür. Doğru iletişim için kültürel farklılıklar, eğitim düzeyi gibi konular dikkate alınmalı ve buna uygun iletişim sağlanmalıdır. Bazı çalışmalar sonucunda hastanın tıbbi hikayesinin etkili bir şekilde alınması ile doğru tanıya ulaşılma oranı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (Desmond ve Copeland, 2010:87). Hasta ile iletişim sağlanırken özenli ve arı bir dil kullanımına dikkat edilmelidir. Tıbbi terimlerle hastanın anlamasını güçleştirecek söylemlerden uzak durulmalıdır. Hastanın düşünmesi ve soru sormasına fırsat verilmelidir. Hastaya herhangi bir işlem uygulanacağı sırada bilgi verilmeli ve aydınlatılmış onayının alınması sağlanmalıdır. *“Aydınlatılmış onay; hastanın kendisine uygulanacak tedavi ve tanımlarla ilgili olarak risklerin, kapsamın ve faydaların bilinmesi ve bunun kabul edilmesidir”* (Çobanoğlu, 2009:67). Aydınlatılmış onayın yazılı olarak

yapılması gerekir. Böylece hasta kendisi üzerinde uygulanacak tedaviden bilgi sahibi olacak ve gerekirse olası riskleri kabul etmiş olacaktır. Bu durum hem sağlık hizmeti sunucularının yasal olarak sorumluluk altına girmesini önlemiş olacak hem de hastanın yeterince bilgilendirildiğine dair matbu bir evrak mevcut bulunacaktır. Hasta bu riskleri göze alamıyorsa tedaviyi reddetme hakkı vardır. Hastanın rızası alınarak ve yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra tıbbi işlem uygulanmalıdır. Etkin iletişim sayesinde hasta ile sağlık hizmeti sunucuları arasında yanlış anlaşılmalara önlenmeli ve doğru bir tedavi uygulanmalıdır. Tüm bunlar sayesinde hasta ile iletişim eksikliğine bağlı gelişen tıbbi hata oranı da azaltılmış olacaktır.

1.3. Tıbbi Hataların Önlenmesi ve Hasta Güvenliğinin Sağlanması

Hasta güvenliğinin sağlanması tıbbi hataların önlenmesi ile mümkün olur. Aslında sağlık hizmeti sunumunda sıfır hatanın olması hedeflenmektedir. Ancak sistemsel eksiklikler, personelin eğitim eksikliği, sosyokültürel faktörler, iletişim zaafiyeti gibi konular tıbbi hataların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar neticesinde sistem yetersizliği kaynaklı hataların, bireysel hatalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bireysel faktörlerden kaynaklanan tıbbi hataların önlenmesi için bazı tedbirler öngörülmüştür (İşlek, 2009: 33):

- ❖ *“Bilgiye erişimin artırılması: Kurum içinde çalışanların gereksinim duydukları yer ve zamanda bilgiye ulaşmalarını kolaylaştıracak yollar yaratılmalıdır.*
- ❖ *Hafızaya güvenin azaltılması: İşler özellikle kısa süreli bellek üzerine dayalı bir sistemden arındırılmalıdır. Sağlık hizmetleri süreçleri kontrol kartları, protokoller ve bilgisayara dayalı karar verme mekanizmalarıyla birleştirilmelidir.*
- ❖ *İşlerin el değiştirmesinin azaltılması: Hataların çoğu malzeme, bilgi, kişi v.b. taşınması sırasında gerçekleşir. Süreçlerdeki bu elden ele değişimin azalması hata sayısını düşürecektir. Kurumlarda mümkün olduğunca mikro işlerin işin uzmanı aynı kişilerce yapılması sağlanmalıdır.*
- ❖ *Hata geçirmez süreçler: Mümkün olan yerlerde özellikle kritik kararların alınması süreçlerinde düzenlemeler yapılmalıdır.*

- ❖ *İşlerin standardizasyonu: İşler standardize edildiğinde farklı zamanlarda farklı kişiler tarafından yapılıyor da olsa hata oranlarının azaldığı saptanmıştır”.*

Ayrıca sağlık hizmetleri bir kişinin yapabileceği şeyler olmaktan öte, ekip işi olma niteliğine haizdir. Bu nedenle ekip çalışmasının çok iyi yapılması ve planlanması gerekir. Ekip çalışması ile hata oranları en aza indirgenebilecektir. Institute of Medicine (IOM, 2007) tarafından tıbbi hataların önlenmesi amacıyla başlıca şu öneriler yapılmıştır (Akman, 2010: 68):

- ❖ *“Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sistemlerinin kurulması,*
- ❖ *Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması,*
- ❖ *Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,*
- ❖ *Ulusal hasta güvenliği merkezinin kurulması gerekmektedir”.*

Tıbbi hataların önlenmesi için tıbbi hata bildiriminin yapılması gerekir. Hata bildirilmediğinde önlem alınması da engellenmiş olur. Özellikle sağlık hizmeti sunucularının herhangi bir tıbbi hatalı uygulama ile karşılaşmaları durumunda bu hatayı bildirmeleri hem vicdani hem de yasal sorumluluklarıdır. Herhangi bir cezai işlemle karşılaşılacağı kaygısıyla hareket edilmemesi gerekmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Bu araştırmada Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri, uygulanan Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Altunkan ve Özata, 2010) ile ölçümlenmeye çalışılmıştır. Bu ölçüm sonucunda hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri ve hasta güvenliği konusundaki farkındalıkları test edilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeylerinin hemşirelerin yaşına, pozisyonlarına, eğitim düzeylerine, mesleki deneyimlerine ve çalışılan birimlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Araştırma ile ilgili soru ve hipotezler aşağıdaki gibidir:

H.1. Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H.2. Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile pozisyonları arasında anlamlı bir fark vardır.

H.3. Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H.4. Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile mesleki deneyimleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H.5. Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile çalışılan birim arasında anlamlı bir fark vardır.

2.2. Varsayımlar

Bu çalışmada temel varsayımlar şunlardır:

- ❖ Araştırmaya katılacak kişilerin; kendilerine yöneltilen anket sorularına dürüst ve samimi bir şekilde cevap verecekleri varsayılmıştır.

- ❖ Veri toplama aracının(anketin), amaca uygun hazırlandığı ve amaca uygun verilerin toplanacağı varsayılmıştır.
- ❖ Veri toplama aracının uygulanacağı örneklemin, evreni temsil yeteneğine sahip olduğu varsayılmıştır.

2.3. Sınırlılıklar

Bu araştırma sadece Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanmıştır. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ile ilgili elde edilen bilgilerin kendi bildirimlerine dayanmış olması ve bu konuda gözlem yapılamaması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Aynı zamanda araştırma belirli bir dönem içinde sınırlandırılmıştır. Geçici görev, kurs, doğum izni ve diğer ücretsiz izinler ile yıllık izinde olan hemşireler çalışmaya dahil edilememiştir. Ayrıca hemşirelerin çalışma şekli vardiyalı ve yorucu olduğu için çalışanların hepsine ulaşamamıştır. Araştırmada, anket doldurmada isteksizlik ve bıkkınlık sebebiyle anket uygulaması sırasında zorlanılmış, dağıtılan bazı anketlerin geri dönüşü olmamıştır. Araştırmadan elde edilen bulguların genellenebilirliğini artırmak amacıyla daha fazla katılımcı ile aynı veya benzer araştırmalar yapılabilir.

2.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan toplam 695 hemşire oluşturmuştur. Araştırma, çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak yıllık izinde olan, doğum izninde olan, geçici görev ve kursta olan, raporlu olan hemşireler olması nedeniyle ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşireler olduğundan araştırma 361 hemşirenin katılımıyla tamamlanmıştır. Araştırma kapsamında evrenin yaklaşık yüzde 52'sine ulaşılmıştır.

2.5. Ölçme Araçları

Bu araştırmada ölçme aracı olarak tıbbi hataya eğilim ölçeği ve kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

2.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Altuncan ve Özata, 2010) geliştirilen hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanıtıcı bilgi formu ile "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle (anket uygulaması) araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip daha sonra tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler hemşirelere uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 15-20 dakika sürmüştür. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

2.7. Veri Toplama Araçları

Literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu, hemşirelerin sosyodemografik bilgilerini içeren 5 sorudan (yaş, pozisyon, eğitim düzeyi, mesleki deneyim ve çalışılan birim) oluşmaktadır. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Özata ve Altuncan (2010) tarafından sağlıklı/hasta bireyin tedavi ve bakımında doğrudan görev alan sağlık bakım profesyonellerinin (acil tıp teknikeri, hemşire, ebe v.d.) tıbbi hata yapma eğilimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan beşli likert tipi bir ölçektir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplamda 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu 18, hastane enfeksiyonları alt boyutu 12, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu 9, düşme alt boyutu 5 ve iletişim alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Her bir alt boyut ve toplam tıbbi hataya eğilim puanları maddelere verilen cevapların madde sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Ölçekteki puanlama düzeni; (1) Hiç, (2) Çok nadir, (3) Zaman zaman, (4) Genellikle ve (5) Her zaman şeklinindedir. Skorlama yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin kullanılabilmesi için Özata ve Altuncan'dan izin alınmıştır.

2.8. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23 ve AMOS (Analysis of Moment Structures) 24.0 programları aracılığıyla analize tabi tutulmuştur. Araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile sunulmuştur. Araştırma verilerinin normal dağılımını belirlemek için boyutlar bazında çarpıklık, basıklık değerlerine bakılmış (Çizelge 3.1.) ve Shapiro-Wilk testi ve Kolmogrov Simirnov testi ile analiz edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığının dışında olması (Trochim & Donnelly, 2006; Field, 2000 & 2009; Gravetter & Wallnau, 2014) ve Shapiro-Wilk ve Kolmogrov Simirnov test sonuçlarının $p=0.000$ anlamlılık düzeyinde bulunmasından dolayı verilerin normal dağılmadığı belirlenmiştir. Bundan dolayı ölçek boyutlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ise Mann Whitney U testi ile gruplar ikili olarak karşılaştırılmıştır. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutları arası ilişkilerin ve demografik özellikler ile ölçek boyutları arasındaki ilişkileri belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizinde parametrik olmayan testlerde kullanılan Spearman katsayısı değerlendirilmeye alınmıştır.

2.9. Ölçeğin Güvenirliği

Ölçeğin güvenirliliği için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısına ve Kompozit Güvenirlik katsayısına bakılmıştır. Özata ve Altuncan yapmış oldukları çalışmada Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısını 0.95 olarak bulmuştur (Wilke ve Gündeş, 2001; Aştı ve Kıvanç, 2003). Bu çalışmada ise Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının 0.70 ve üzerinde olması ölçeğin güvenirliliğini göstermektedir (Büyüköztürk, 2010; Urbina, 2004). Ölçeğe ilişkin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayı ve Kompozit Güvenirlik katsayı değerleri Çizelge 2.1.'de sunulmuştur.

Çizelge 2.1. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Cronbach Alfa ve Kompozit Güvenirlik Katsayıları

Tutum Boyutları	Cronbach Alfa	Kompozit Güvenirlik
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	0.937	0.937
Hastane Enfeksiyonları	0.920	0.919
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	0.868	0.876
Düşmeler	0.803	0.804
İletişim	0.757	0.757
Genel	0.967	0.975

Çizelge 2.1.'de görüldüğü gibi Cronbach Alfa katsayısı İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu için 0.937, Hastane Enfeksiyonları boyutu için 0.920, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği boyutu için 0.868, Düşmeler boyutu için 0.803, İletişim boyutu için 0.757 ve ölçeğin tamamı için 0.967 olarak hesaplanmıştır. Bu bilgilere göre ölçeğin güvenilir olduğu görülmektedir.

Kompozit güvenirlik katsayısının da 0.70'den büyük olması ölçeğin güvenirliliğini göstermektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Çizelge 2.1.'de görüldüğü gibi Kompozit Güvenirlik katsayısı İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu için 0.937, Hastane Enfeksiyonları boyutu için 0.919, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği boyutu için 0.876, Düşmeler boyutu için 0.804, İletişim boyutu için 0.757 ve ölçeğin tamamı için 0.975 olarak hesaplanmıştır. Bu bilgilere göre ölçeğin güvenilir olduğu görülmektedir.

2.10. Ölçeğin Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi için Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi, genellikle gözlemlenen değişkenlerin bir gizil değişkeni oluşturup oluşturmadığını ya da birçok gizil değişken arasında tanımlanan ilişkilerin olup olmadığını test etmek için kullanılmaktadır (Meydan, C. H., & Şeşen, H., 2011). Doğrulayıcı Faktör

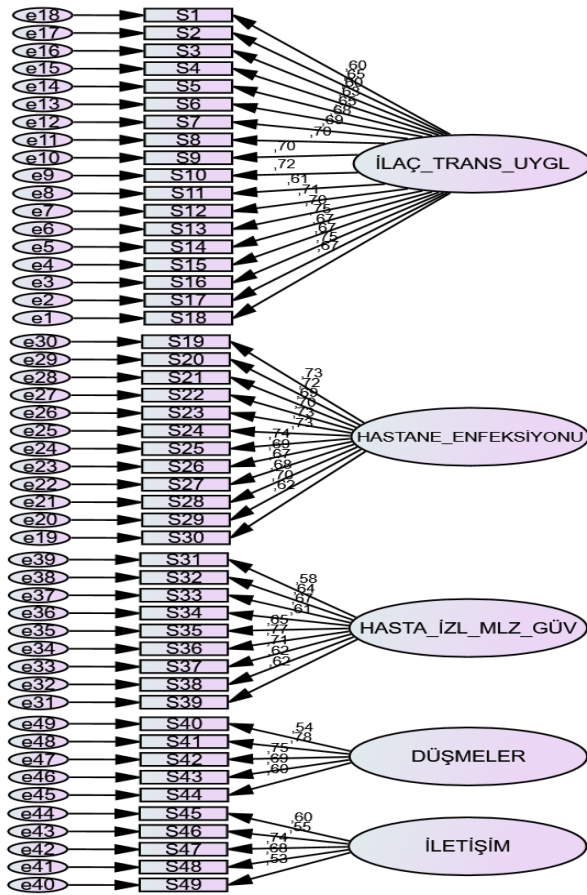
Analizi'nde daha önceden saptanan bir model ya da hipotez test edilmektedir (Büyüköztürk, 2004; Bryne, 1998).

Yapısal Eşitlik Modeli, analizlerinin temel varsayımlarından birisi verilerin çoklu değişkenli normalliğidir. Bu varsayımın karşılanamaması durumunda dağılımdan bağımsız veya ağırlıklı yöntemler ile analizin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Raykow and Marcoulides, 2006). Kline (2011), çok değişkenli normallik basıklık değerinin 8'den büyük ise veri setinin çok değişkenli normal dağılıma uymadığını, 10'dan büyük ise bir sorun olduğunu, 20'den büyük ise ciddi bir sorun olduğunu ifade etmektedir. Çalışma verilerinin çok değişkenli normallik kritik oranı 158.229 olup normal dağılımdan oldukça sapmıştır. Bu nedenle analizde Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler (Unweighted Least Squares-ULS) yöntemi kullanılmıştır. Yapısal Eşitlik Modeli analizlerinde modelin verilerle uyumlu olup olmadığına uyum indekslerine göre karar verilmektedir. İyilik Uyum İndeksi (Goodness Of Fit Index-GFI) için 0.90 ve üzeri iyi uyum olarak kabul edilmektedir (Schumacker ve Lomax, 2004; Kline, 2011). Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjustment Goodness Of Fit Index-AGFI) için 0.90 ve üzeri iyi uyum olarak kabul edilmektedir (Schumacker ve Lomax, 2004; Kline, 2011). Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index-NFI) için 0.90 ve üzeri kabul edilebilir uyumu, 0.95 ve üzeri mükemmel uyumu göstermektedir (Ullman, 2001). Göreli Uyum İndeksi (Relative Fit Index-RFI) için 0.90 ve üzeri kabul edilebilir uyumu, 0.95 ve üzeri mükemmel uyumu göstermektedir (Baumgartner & Homburg, 1996; Bentler, 1980). Ortalama Hataların Karakökü (Root Mean Square Residual-RMR) için 0.05'e eşit veya küçük olması mükemmel uyumu, 0.08'e kadar olan değerleri kabul edilebilir değerleri göstermektedir (Anderson ve Gerbing, 1984; Sümer, 2000).

Doğrulamalı Faktör Analizi ile dört farklı model test edilmektedir (Bryne, 1998; Sümer, 2000). Bu modeller ilişkisiz model, tek faktörlü model, birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü modeldir (Meydan, C. H., & Şeşen, H., 2011).

İlişkisiz Model

Gözlenen değişkenlerin birden fazla, birbiriyle bağlantısı olmayan ilişkisiz faktörler altında toplandığı modeldir (Meydan, C. H., & Şeşen, H., 2011). Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin ilişkisiz modeli Şekil 2.1.'de sunulmuştur.

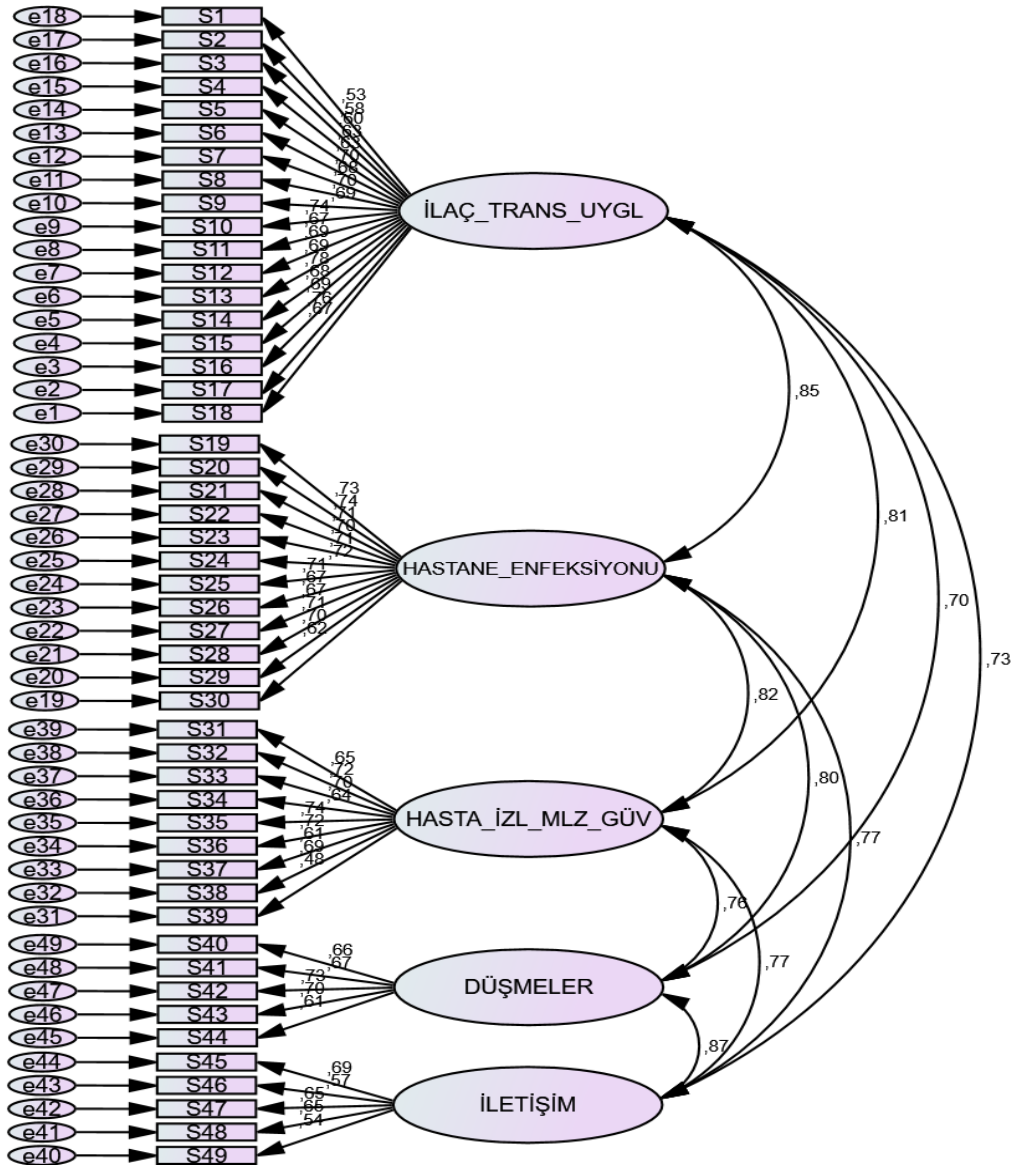


Şekil 2.1. İlişkisiz Model

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin ilişkisiz model uyum iyiliği indekslerine bakıldığında değerler uyum düzeyinin altındadır (GFI=0.405; AGFI=0.353; NFI=0.319; RFI=0.289; RMR=0.096). Bu sonuçlara göre modelin yeterli uyum değerlerine sahip olmadığı görülmektedir.

Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Gözlenen değişkenlerin birden fazla, birbiriyle bağlantısız faktör altında toplandığı modeldir (Meydan, C. H., & Şeşen, H., 2011). Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin birinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 2.2.'de sunulmuştur.

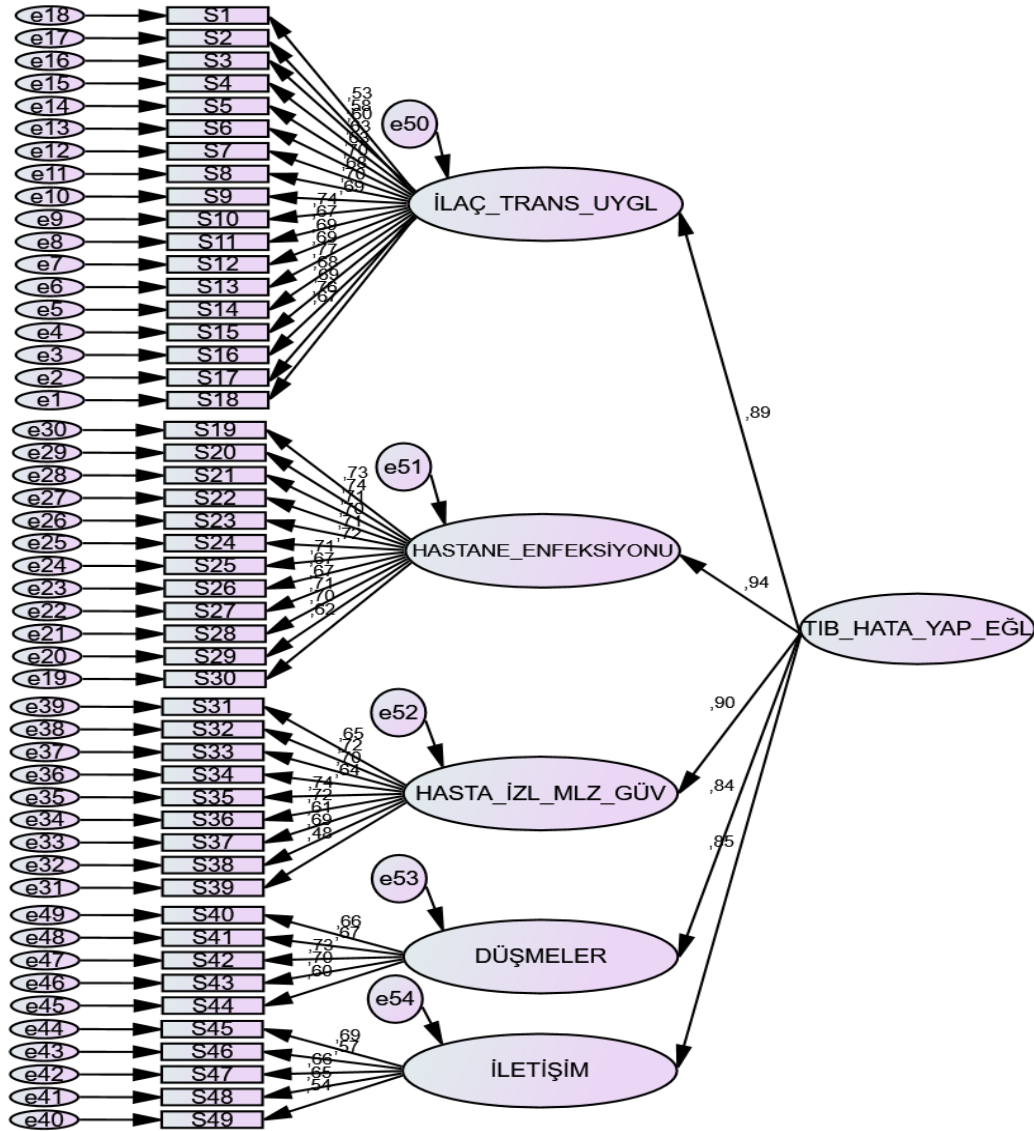


Şekil 2.2. Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin birinci düzey çok faktör model uyum iyiliği indekslerine bakıldığında değerler uyum düzeyinin üzerindedir (GFI=0.983; AGFI=0.981; NFI=0.980; RFI=0.979; RMR=0.016). Bu sonuçlara göre modelin yeterli uyum değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

İkinci Düzey Çok Faktörlü Model

Gözlenen değişkenlerin birden fazla, birbiriyle bağlantısız faktör altında toplandığı, daha sonra ise bu faktörlerin daha geniş ve kapsayıcı bir faktör altında birleştiği modeldir (Meydan, C. H., & Şeşen, H., 2011). Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin ikinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 2.3.'de sunulmuştur.



Şekil 2.3. İkinci Düzey Çok Faktörlü Model

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin ikinci düzey çok faktörlü model uyum iyiliği indekslerine bakıldığında değerler uyum düzeyinin üzerindedir (GFI=0.982; AGFI=0.980; NFI=0.979; RFI=0.978; RMR=0.017). Bu sonuçlara göre modelin yeterli uyum değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

DFA dört farklı modelin uyum iyiliği değerlerine bakıldığında ilişkisiz modelin uyum iyiliği değerlerinin uyum düzeyinin altında, tek faktörlü model, birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü model uyum iyiliği değerlerinin uyum düzeyinin üzerindedir. Uyum iyiliği değerleri en iyi olan model birinci düzey çok faktörlü modeldir. Bu sonuçlara göre araştırma verileri model ile uyumludur ve modelin yapısal geçerliliği desteklenmektedir.

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi standart tahmin değerleri Çizelge 2.2.'de sunulmuştur.

Çizelge 2.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Standart Tahmin Değerleri

Boyutlar	Gözlenen Değişkenler	Standart Tahmin Değerleri
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	S14	0.775
	S17	0.759
	S10	0.743
	S8	0.703
	S6	0.696
	S16	0.689
	S12	0.688
	S9	0.688
	S13	0.687
	S15	0.679
	S7	0.678
	S11	0.674
	S18	0.671
	S4	0.631
	S5	0.629
	S3	0.600
	S2	0.583
S1	0.528	

Çizelge 2.2. (devam) Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Standart Tahmin Değerleri

Boyutlar	Gözlenen Değişkenler	Standart Tahmin Değerleri
Hastane Enfeksiyonları	S20	0.737
	S19	0.729
	S24	0.724
	S25	0.712
	S23	0.712
	S21	0.711
	S28	0.708
	S22	0.699
	S29	0.695
	S26	0.673
	S27	0.667
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	S35	0.743
	S36	0.718
	S32	0.717
	S33	0.704
	S38	0.688
	S31	0.653
	S34	0.644
	S37	0.614
	S39	0.483
Düşmeler	S45	0.688
	S47	0.655
	S48	0.646
	S46	0.572
	S49	0.537
İletişim	S42	0.729
	S43	0.701
	S41	0.666
	S40	0.657
	S44	0.606

Çizelge 2.2.'de görüldüğü gibi İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu faktör yükleri 0.528-0.775, Hastane Enfeksiyonları boyutu faktör yükleri 0.621-0.737, Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği boyutu faktör yükleri 0.483-0.743, Düşmeler

boyutu faktör yükleri 0.537-0.688 ve İletişim boyutu faktör yükleri 0.606-0.729 aralıklarındadır.

Ölçekte yer alan soruların dahil oldukları boyuta verdikleri yük 0.40'ın altında çıkmış olsaydı, o sorunun ölçekten çıkartılması gerekecekti. Çizelgede görüldüğü üzere bütün değerler 0.40'ın üzerindedir ve anlamlıdır.

Ölçek Boyutları Arası Korelasyon

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutları arası korelasyon analizi bulguları Çizelge 2.3.'te sunulmuştur.

Çizelge 2.3. Boyutlar Arası Korelasyon Bulguları

	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	1				
Hastane Enfeksiyonları	0.713**	1			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	0.651**	0.671**	1		
Düşmeler	0.577**	0.603**	0.573**	1	
İletişim	0.511**	0.513**	0.501**	0.471**	1

**p<0,01

Çizelge 2.3.'te görüldüğü gibi ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutu ile hastane enfeksiyonları boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.713$; $p<0.01$), hasta izleme ve malzeme güvenliği boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.651$; $p<0.01$), düşmeler boyutu

arasında aynı yönlü ($r=0.577$; $p<0.01$) ve iletişim boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.511$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki vardır. Hastane enfeksiyonları boyutu ile hasta izleme ve malzeme güvenliği boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.671$; $p<0.01$), düşmeler boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.603$; $p<0.01$) ve iletişim boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.513$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki vardır. Hasta izleme ve malzeme güvenliği boyutu ile düşmeler boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.573$; $p<0.01$) ve iletişim boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.501$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki vardır. Düşmeler boyutu ile iletişim boyutu arasında aynı yönlü ($r=0.471$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki vardır. Bu sonuçlar Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin güçlü bir iç tutarlılığa sahip olduğunu da göstermektedir.





ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçeğe ilişkin istatistiki bulguları Çizelge 3.1.'de yer almaktadır. Çizelge 3.1.'de görüldüğü üzere hemşirelerin "iletişim" boyutuna katılım düzeyleri ortalaması 4,71 ile en yüksek olanıdır. En düşük ortalama ise 4,64 ile "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" boyutuna aittir.

Çizelge 3.1. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İstatistiki Bulguları

Tutum Boyutları	n	Ort	Ss	Çarpıklık	Basıklık
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	361	4.71	0.01	-1.833	2.914
Hastane Enfeksiyonları	361	4.69	0.02	-2.054	4.585
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	361	4.64	0.02	-1.648	2.676
Düşmeler	361	4.70	0.02	-2.592	9.973
İletişim	361	4.76	0.01	-2.616	9.974

3.1. Örnekleme İlişkin Demografik Özellikler

Bu başlık altında araştırmaya katılan katılımcıların, ankette belirtilmiş olan sorulara ilişkin dağılımları incelenmiş ve sonuçlara ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		n	%
Yaş	20 Yaş Altı	8	2,2
	21-30 Yaş	166	46,0
	31-40 Yaş	135	37,4
	41 ve üzeri	52	14,4
	Toplam	361	100,0
Pozisyon	Hemşire	323	89,5
	Sorumlu Hemşire	33	9,1
	Diğer	5	1,4
	Toplam	361	100,0
Eğitim Durumu	Lise	6	1,7
	Ön lisans	50	13,9
	Lisans	268	74,2
	Lisansüstü	37	10,2
	Total	361	100,0
Mesleki Deneyim	0-5 yıl	98	27,1
	6-10 yıl	89	24,7
	11-15 yıl	66	18,3
	16-20 yıl	56	15,5
	21 yıl ve üzeri	52	14,4
	Total	361	100,0
Çalışılan Birim	Dahili birim	134	37,1
	Cerrahi birim	123	34,1
	Yoğun bakım	73	20,2
	Acil	22	6,1
	Diğer	9	2,5
	Total	361	100,0

Çizelge 3.2.'de görüldüğü gibi katılımcıların %46.0'ı (n=166) 21-30 yaş, %37.4'ü (n=135) 31-40 yaş aralığındadır. %89.5'i (n=323) hemşire pozisyonunda çalışmakta ve %74.2'si (n=268) lisans mezunudur. Katılımcıların %27.1'i (n=98) 0-5 yıl, %24.7'si (n=89) 6-10 yıl aralığında mesleki deneyime sahiptir. %37.1'i (n=134) dahili birimlerde, %34.1'i (n=123) cerrahi birimlerde çalışmaktadır.

3.2. İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 3.3. İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Min.	Maks.	Ort.	Ss
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.	1	5	4,78	0,512
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.	3	5	4,77	0,500
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	2	5	4,77	0,496
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	3	5	4,77	0,488
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	3	5	4,77	0,465
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	3	5	4,76	0,485
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	3	5	4,74	0,513
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	3	5	4,74	0,495
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	2	5	4,73	0,531
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	3	5	4,73	0,518
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	3	5	4,72	0,507
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	2	5	4,71	0,536
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	3	5	4,67	0,540
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim.	3	5	4,65	0,570
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.	2	5	4,63	0,599
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	2	5	4,63	0,605
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	2	5	4,63	0,609
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	2	5	4,62	0,597
Genel Ortalama: 4,71				

Çizelge 3.3.'te ilaç ve transfüzyon uygulamalarına ilişkin ifadeler incelendiğinde katılımcılar tarafından en yüksek puanın "İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum" sorusuna verildiği (ort=4.78) görülmektedir. Bu ifadenin ardından sırasıyla; "Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum" (ort=4.77), "İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim" (ort=4.77), "IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim" (ort=4.77), "Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim" (ort=4.77), "İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim" (ort=4.76), "Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim" (ort=4.74), "Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim" (ort=4.74), "Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim" (ort=4.73), "Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim" (ort=4.73), "Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim" (ort=4.72), "İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm" (ort=4.71), "İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim" (ort=4.67), "Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim" (ort=4.65), "İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim" (ort=4.63), "İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım" (ort=4.63), "İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım" (ort=4.63) ve "İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim" (ort=4.62) ifadeleri gelmektedir.

3.3. Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 3.4. Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Min	Maks.	Ort.	Ss
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.	2	5	4,75	0,515
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.	2	5	4,75	0,491
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	2	5	4,73	0,533
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.	2	5	4,72	0,544
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.	2	5	4,70	0,594
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.	2	5	4,70	0,557

Çizelge 3.4. (devam) Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Min	Maks.	Ort.	Ss
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	1	5	4,70	0,571
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	2	5	4,70	0,534
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	2	5	4,70	0,522
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	3	5	4,70	0,515
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.	2	5	4,64	0,669
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.	2	5	4,55	0,559
Genel Ortalama: 4,69				

Çizelge 3.4.'de Hastane Enfeksiyonlarına ilişkin ifadeler incelendiğinde katılımcılar tarafından en yüksek puanın "İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim" sorusuna verildiği (ort=4.75) görülmektedir. Bu ifadenin ardından sırasıyla; "Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim." (ort=4.75), "Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım." (ort=4.73), "İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim." (ort=4.72), "Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm." (ort=4.70), "Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim." (ort=4.70), "Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim." (ort=4.70), "Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim." (ort=4.70), "Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım." (ort=4.70), "Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim." (ort=4.70), "Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim." (ort=4.64) ve "IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim." (ort=4.55) ifadeleri gelmektedir.

3.4. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 3.5. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Min.	Maks.	Ort.	Ss
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	3	5	4,73	0,515
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.	1	5	4,70	0,557
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.	3	5	4,70	0,512
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	1	5	4,65	0,657
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	1	5	4,63	0,581
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.	3	5	4,62	0,573
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemimi gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	2	5	4,62	0,588
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	2	5	4,54	0,698
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	1	5	4,53	0,770
Genel Ortalama: 4,64				

Çizelge 3.5.'de Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine İlişkin ifadeler incelendiğinde katılımcılar tarafından en yüksek puanın "Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim." sorusuna verildiği (ort=4.73) görülmektedir. Bu ifadenin ardından sırasıyla; "Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim." (ort=4.70), "Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım" (ort=4.70), "Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim." (ort=4.65), "Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım." (ort=4.63), "Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım." (ort=4.62), "Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemimi gerektiği gibi yapmaya çalışırım." (ort=4.62),

“Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlıyorum.” (ort=4.54) ve “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.” (ort=4.53) ifadeleri gelmektedir.

3.5. Düşmelere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 3.6. Düşmelere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Min.	Maks	Ort.	Ss
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlıyorum.	2	5	4,80	0,450
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	1	5	4,72	0,548
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	1	5	4,68	0,576
Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlıyorum.	1	5	4,68	0,581
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	2	5	4,64	0,583
Genel Ortalama: 4,70				

Çizelge 3.6.'da düşmelere ilişkin ifadeler incelendiğinde katılımcılar tarafından en yüksek puanın “Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlıyorum.” sorusuna verildiği (ort=4.80) görülmektedir. Bu ifadenin ardından sırasıyla; “Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.” (ort=4.72), “Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.” (ort=4.68), “Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlıyorum.” (ort=4.68) ve “Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.” (ort=4.64) ifadeleri gelmektedir.

3.6. İletişime İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 3.7. İletişime İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Min.	Maks.	Ort.	Ss
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattım.	3	5	4,79	0,441
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	2	5	4,77	0,503
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.	2	5	4,75	0,505
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.	2	5	4,75	0,535
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	1	5	4,74	0,521
Genel Ortalama: 4,76				

Çizelge 3.7.'de İletişime ilişkin ifadeler incelendiğinde katılımcılar tarafından en yüksek puanın "Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattım" sorusuna verildiği (ort=4.79) görülmektedir. Bu ifadenin ardından sırasıyla; "Serviste çift order (doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim." (ort=4.77), "Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim." (ort=4.75), "Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim." (ort=4.75) ve "Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim." (ort=4.74) ifadeleri gelmektedir.

3.7. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Yaş Durumlarına Göre İncelenmesi

Çizelge 3.8. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Yaş Durumlarına Göre İncelenmesi

Boyutlar	Yaş	n	Ort	Ss	KW (X ²)	p	Fark
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	20 Yaş ve Altı ¹	8	4,90	0,147	5,503	0,138	-
	21-30 Yaş ²	166	4,68	0,397			
	31-40 Yaş ³	135	4,71	0,379			
	41 ve Üzeri ⁴	52	4,80	0,248			
Hastane Enfeksiyonları	20 Yaş ve Altı ¹	8	4,90	0,082	2,550	0,466	-
	21-30 Yaş ²	166	4,68	0,429			
	31-40 Yaş ³	135	4,69	0,404			
	41 ve Üzeri ⁴	52	4,71	0,332			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	20 Yaş ve Altı ¹	8	4,77	0,308	1,716	0,633	-
	21-30 Yaş ²	166	4,62	0,460			
	31-40 Yaş ³	135	4,64	0,406			
	41 ve Üzeri ⁴	52	4,66	0,383			
Düşmeler	20 Yaş ve Altı ¹	8	4,90	0,151	2,146	0,543	-
	21-30 Yaş ²	166	4,70	0,389			
	31-40 Yaş ³	135	4,69	0,462			
	41 ve Üzeri ⁴	52	4,72	0,360			
İletişim	20 Yaş ve Altı ¹	8	4,95	0,092	3,383	0,336	-
	21-30 Yaş ²	166	4,74	0,368			
	31-40 Yaş ³	135	4,77	0,370			
	41 ve Üzeri ⁴	52	4,79	0,309			

Çizelge 3.8.'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeylerinin yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.8. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Pozisyon Durumlarına Göre İncelenmesi

Çizelge 3.9. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Pozisyon Durumlarına Göre İncelenmesi

Boyutlar	Pozisyon	n	Ort	Ss	KW (X ²)	p	Fark
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hemsire ¹	323	4,74	0,338	11,190	0,004	1-2
	Sorumlu Hemşire ²	33	4,43	0,549			
	Diğer ³	5	4,81	0,202			
Hastane Enfeksiyonları	Hemsire ¹	323	4,72	0,366	9,065	0,011	1-2
	Sorumlu Hemşire ²	33	4,40	0,608			
	Diğer ³	5	4,86	0,172			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Hemsire ¹	323	4,66	0,388	5,634	0,060	-
	Sorumlu Hemşire ²	33	4,35	0,642			
	Diğer ³	5	4,73	0,420			
Düşmeler	Hemsire ¹	323	4,72	0,386	4,079	0,130	-
	Sorumlu Hemşire ²	33	4,49	0,585			
	Diğer ³	5	4,80	0,200			
İletişim	Hemsire ¹	323	4,78	0,341	5,952	0,051	-
	Sorumlu Hemşire ²	33	4,60	0,480			
	Diğer ³	5	4,84	0,260			

Çizelge 3.9.'da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeylerinin pozisyon değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fakat ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve hastane enfeksiyonları boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testi

ile gruplar ikiyeşerli olarak karşılaştırılmıştır. Buna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutunda hemşirelerin ortalaması (ort=4.74) sorumlu hemşirelerin ortalamasından (ort=4.43), hastane enfeksiyonları boyutunda hemşirelerin ortalaması (ort=4.72) sorumlu hemşirelerin ortalamasından (ort=4.40) daha yüksektir.

3.9. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi

Çizelge 3.10. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi

Boyutlar	Eğitim Durumu	n	Ort	Ss	KW (X ²)	p	Fark
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Lise ¹	6	4,85	0,215	10,232	0,017	2-3
	Ön lisans ²	50	4,58	0,443			
	Lisans ³	268	4,75	0,340			
	Lisansüstü ⁴	37	4,59	0,436			
Hastane Enfeksiyonları	Lise ¹	6	4,80	0,319	12,896	0,005	2-3
	Ön lisans ²	50	4,53	0,475			
	Lisans ³	268	4,73	0,379			
	Lisansüstü ⁴	37	4,62	0,415			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Lise ¹	6	4,61	0,470	3,235	0,357	-
	Ön lisans ²	50	4,61	0,340			
	Lisans ³	268	4,65	0,437			
	Lisansüstü ⁴	37	4,56	0,452			
Düşmeler	Lise ¹	6	4,80	0,489	9,207	0,027	3-4
	Ön lisans ²	50	4,66	0,390			
	Lisans ³	268	4,73	0,408			
	Lisansüstü ⁴	37	4,57	0,429			
İletişim	Lise ¹	6	4,86	0,242	4,564	0,207	-
	Ön lisans ²	50	4,67	0,436			
	Lisans ³	268	4,78	0,347			
	Lisansüstü ⁴	37	4,72	0,313			

Çizelge 3.10.'da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeylerinin eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fakat ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve düşmeler boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testi ile gruplar ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Buna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutunda lisans mezunu hemşirelerin ortalaması (ort=4.75) ön lisans mezunu hemşirelerin ortalamasından (ort=4.58), hastane enfeksiyonları boyutunda lisans mezunu hemşirelerin ortalaması (ort=4.73) ön lisans mezunu hemşirelerin ortalamasından (ort=4.53), düşmeler boyutunda lisans mezunu hemşirelerin ortalaması (ort=4.78) lisansüstü mezunu hemşirelerin ortalamasından (ort=4.57) daha yüksektir.

3.10. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Mesleki Deneyimlerine Göre İncelenmesi

Çizelge 3.11. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Mesleki Deneyimlerine Göre İncelenmesi

Boyutlar	Mesleki Deneyim	n	Ort	Ss	KW (X^2)	p	Fark
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	0-5 yıl ¹	98	4,69	0,378	19,229	0,001	1-4
	6-10 yıl ²	89	4,61	0,436			2-4
	11-15 yıl ³	66	4,68	0,406			2-5
	16-20 yıl ⁴	56	4,86	0,173			3-4
	21 yıl ve üzeri ⁵	52	4,79	0,276			

Çizelge 3.11. (devam) Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Mesleki Deneyimlerine Göre İncelenmesi

Hastane Enfeksiyonları	0-5 yıl ¹	98	4,68	0,429	10,563	0,032	2-4 3-4 4-5
	6-10 yıl ²	89	4,64	0,436			
	11-15 yıl ³	66	4,67	0,431			
	16-20 yıl ⁴	56	4,82	0,273			
	21 yıl ve üzeri ⁵	52	4,71	0,349			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	0-5 yıl ¹	98	4,61	0,437	5,220	0,265	-
	6-10 yıl ²	89	4,57	0,517			
	11-15 yıl ³	66	4,65	0,360			
	16-20 yıl ⁴	56	4,77	0,267			
	21 yıl ve üzeri ⁵	52	4,64	0,431			
Düşmeler	0-5 yıl ¹	98	4,71	0,431	10,053	0,040	2-4 3-4
	6-10 yıl ²	89	4,65	0,418			
	11-15 yıl ³	66	4,70	0,356			
	16-20 yıl ⁴	56	4,82	0,282			
	21 yıl ve üzeri ⁵	52	4,68	0,521			
İletişim	0-5 yıl ¹	98	4,75	0,412	14,587	0,006	1-2 2-4 2-5
	6-10 yıl ²	89	4,68	0,372			
	11-15 yıl ³	66	4,81	0,202			
	16-20 yıl ⁴	56	4,87	0,192			
	21 yıl ve üzeri ⁵	52	4,75	0,469			

Çizelge 3.11.'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeylerinin mesleki deneyim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre hasta izlemi ve malzeme güvenliği boyutunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fakat ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve düşmeler boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testi ile gruplar ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Buna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutunda 16-20 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalaması (ort=4.86) 11-15 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.68), 6-10 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.61) ve 0-5 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.69) daha yüksektir. Ayrıca 21 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalaması (ort=4.79) 6-10 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.61) daha yüksektir. Hastane enfeksiyonları boyutunda 16-20 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalaması (ort=4.82) 11-15 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.67), 6-10 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.64) ve 21 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.71) daha yüksektir. Düşmeler boyutunda 16-20 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalaması (ort=4.82) 11-15 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.70) ve 6-10 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.65) daha yüksektir. İletişim boyutunda 0-5 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalaması (ort=4.75), 16-20 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalaması (ort=4.87) ve 21 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalaması (ort=4.75) 6-10 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin ortalamasından (ort=4.68) daha yüksektir.

3.11. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Çalışılan Birimlere Göre İncelenmesi

Çizelge 3.12. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Boyutlarının Çalışılan Birimlere Göre İncelenmesi

Boyutlar	Çalışılan Birim	n	Ort	Ss	KW (X ²)	p	Fark
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Dahili birim ¹	134	4,72	0,359	6,814	0,146	-
	Cerrahi birim ²	123	4,71	0,374			
	Yoğun bakım ³	73	4,75	0,371			
	Acil ⁴	22	4,64	0,361			
	Diğer ⁵	9	4,52	0,506			
Hastane Enfeksiyonları	Dahili birim ¹	134	4,69	0,406	5,481	0,241	-
	Cerrahi birim ²	123	4,68	0,397			
	Yoğun bakım ³	73	4,73	0,396			
	Acil ⁴	22	4,70	0,372			
	Diğer ⁵	9	4,55	0,554			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Dahili birim ¹	134	4,65	0,404	1,526	0,822	-
	Cerrahi birim ²	123	4,60	0,467			
	Yoğun bakım ³	73	4,65	0,444			
	Acil ⁴	22	4,71	0,265			
	Diğer ⁵	9	4,65	0,390			
Düşmeler	Dahili birim ¹	134	4,72	0,394	2,847	0,584	-
	Cerrahi birim ²	123	4,71	0,437			
	Yoğun bakım ³	73	4,73	0,367			
	Acil ⁴	22	4,61	0,404			
	Diğer ⁵	9	4,51	0,617			
İletişim	Dahili birim ¹	134	4,78	0,297	2,798	0,592	-
	Cerrahi birim ²	123	4,73	0,413			
	Yoğun bakım ³	73	4,80	0,308			
	Acil ⁴	22	4,70	0,456			
	Diğer ⁵	9	4,68	0,470			

Çizelge 3.12.'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeylerinin çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek maksadıyla yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma neticesinde hipotez değerlendirmeleri aşağıdaki çizelgede belirtildiği gibidir.

Çizelge 3.13. Hipotez sonuçları

S.No	Hipotez	Kabul	Red	Kısmen
H.1.	Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.		X	
H.2.	Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile pozisyonları arasında anlamlı bir fark vardır.			X
H.3.	Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.			X
H.4.	Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile mesleki deneyimleri arasında anlamlı bir fark vardır.			X
H.5.	Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile çalışılan birim arasında anlamlı bir fark vardır.		X	

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Tartışma

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta güvenliğinin sağlanması tıbbi hataların önlenmesi ile mümkündür. Tıbbi hatalar konusu, hastalar açısından önemli olduğu kadar sağlık çalışanları açısından da çok önemlidir. Özellikle yoğun iş temposu ve stres altında çalışan hemşirelerin tıbbi hatalar konusundaki bilgi ve deneyimleri, tıbbi hataların önlenmesinde yardımcı faktörlerdir. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda ölçeğin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde puan ortalamalarının yüksek olması nedeniyle, hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu söylenebilir. Bu sonucun Özata ve Altuncan (2010)'ın çalışması ile uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmada, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden (HTHEÖ) hemşirelerin alt boyutlara ilişkin aldıkları en yüksek puan ortalamasının "iletişim" alt boyutuna ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise "hasta izlemi ve malzeme cihaz güvenliği" alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulara uyumlu olarak Cebeci ve ark. (2012)'nin yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin en yüksek puanı "iletişim" alt boyutundan, en düşük puanı ise "hasta izlemi ve malzeme güvenliği", "düşmeler" alt boyutundan aldığı görülmektedir. Ayrıca Andsoy ve ark. (2014)'nin yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin en yüksek puanı "iletişim" ve "enfeksiyon" alt boyutundan, en düşük puanı ise "hasta izlemi ve malzeme güvenliği" alt boyutundan aldığı saptanmıştır. Altuncan ve Özata (2009)'ın çalışmasında ise hemşirelerin en yüksek puanı "ilaç ve transfüzyon uygulamaları" alt boyutundan, en düşük puanı ise "düşmeler" alt boyutundan aldıkları görülür. Alt boyutlara ilişkin sonuçlarda; "hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği" alt boyutu puan ortalamasının diğerlerine göre düşük olması bu alanda daha çok hata yapılabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla bu durum hemşirelerin hasta izlemi ve malzeme güvenliği konusunda daha çok dikkatli olmaları gerektiği sonucuna bizi götürmektedir. Özellikle hasta izleminin

uygun bir şekilde yapılması gerekir. Ayrıca malzeme ve cihaz güvenliği kapsamında hemşirelerin eğitimi olması ve bu eğitimlerin sürekliliği önemlidir. Sarf malzeme kontrollerinin yapılması, cihazların kalibrasyonu ve steril malzemelerin dikkatli kullanılması gibi bu konudaki birçok önemli hususa dikkat edilmelidir. Bu hususlar tıbbi hataların azaltılması bakımından sağlık çalışanlarına yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda hemşirelerin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutuna ilişkin verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanın “İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum” sorusunun aldığı görülmektedir. Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz (2012)’ün yaptığı çalışma sonucunda ise en yüksek puanın “IV (Intravenöz), IM (Intramuscular) ve SC (Subcutan) enjeksiyonlarda ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” maddesine ait olduğu görülmektedir. Hemşirelerin en yoğun şekilde mahkemelik olma nedenleri arasında parenteral ilaç uygulamaları gösterilmektedir (Turkan ve Tuğcu, 2004). Aslan ve Ünal’ın (2005) cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, ilaç uygulama hataları sıralanmıştır. Bunlar ilaç uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkanmaması, sözel talimat almanın yazılı hale getirilmemesi, enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi, doğru yazılı talimat alınmaması, ilacın doğru teknikle hazırlanmaması, ilacın doğru teknikle uygulanmaması, ilaç uygulaması sonrasında atıkların bir kısmının/tamamının uzaklaştırılmaması, talimat edilmeyen ilacın uygulanması, talimat edilen ilacın verilmemesi veya atlanması, doğru dozun uygulanmaması şeklindedir. Tüm bu hata nedenlerine bakıldığında hemşirelerin özen ve dikkati sayesinde birçok hatanın engellenebileceği görülmektedir. Bu çalışmada, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunda en düşük puan ortalamasının ise “İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim” maddesine ait olduğu saptanmıştır. Aygin ve Atasoy (2002) yaptığı bir diğer çalışmada, cerrahi hemşirelerin çoğunun premedikasyon ilaçları ve yan etkileri hakkında eğitimlerinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Bu durum ilaç uygulamalarına dayalı tıbbi hatalar nedeniyle ölüm veya yaralanmalara sebep olabilmektedir. Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını asgari düzeye çekebilmeleri için ilaçlarla ilgili bilgilerinin yeterli olması gerekmektedir.

Çalışmamızda kullandığımız ölçeğin “Hastane Enfeksiyonları” alt başlığına ilişkin sonuçlara bakıldığında ise; en yüksek puanın “İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine (sterilitesinin bozulması) olmamasına dikkat ederim” sorusuna verildiği görülmektedir. Bu durum Cebeci ve ark (2012)’nin yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. En düşük puan ortalamasının ise “IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.” ifadesine ait olduğu görülür. Çırpı, Doğan-Merih ve Yaşar-Kocabey (2009)’in yaptığı çalışma sonucunda; hastane enfeksiyonları %34.6 seviyesinde tespit edilmiştir. Bu oran çok yüksek olmakla birlikte hastane enfeksiyonlarını engellemek mümkündür. Hastane enfeksiyonlarının azaltılması için kurumsal bir yaklaşım gerekir. Bu konuda enfeksiyon kontrol komiteleri kurulup çalışanlara eğitim verilmelidir. Ayrıca bulaşıcılık özelliği taşıyan malzemelerin uygun şekilde steril veya imha edilmeleri gerekir.

Çalışmamızda kullandığımız ölçeğin “Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği” alt boyutuna ilişkin sonuçlarına bakıldığında; en düşük puanın “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.” maddesine ait olduğu görülmektedir. Bu durum Yurdanur, Songül ve Nesibe (2014)’nin yaptığı çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir. En yüksek puan ise “Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.” sorusuna aittir. Hasta güvenliği sadece hasta üzerinde bir uygulama yapılırken hata yapmama ile ilgili değildir. Aynı zamanda malzemelerin güvenliği ve kontrolü de bu açıdan önemlidir. Uygun malzeme kullanımına dikkat edilmemesi durumunda sağlık personeli yasal sorumluluk altında kalmaktadır (Cebeci ve diğerleri, 2012). Tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonlarının zamanında yapılması, sarf malzemelerin miatlarının kontrolü, steril malzemelerin sterilitesinin kontrolü ve tekrar kullanılabilen malzemelerin uygun sterilizasyonu malzeme güvenliği ve buna bağlı gelişen tıbbi hatalar bakımından önemlidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Ayrıca yetersiz hasta izlemleri nedeniyle gelişmiş ülkelerin birçoğunda hatalı uygulamalara bağlı açılan dava sayısının oldukça fazla olduğu bildirilmektedir (Özata ve Altuncan, 2010). Bu konuda sağlık hukukunun önemi ortaya çıkmaktadır. Çünkü tıbbi hatalı uygulamalar karşısında hem hasta hakları hem de sağlık çalışanlarının sorumlulukları sağlık hukukunun konuları arasında yer almaktadır. Tıbbi hataların

azaltılması, hastaların sahip oldukları hakları bilmeleri ve sağlık sunucularının da sorumluluklarının farkında olmaları ile mümkündür.

Çalışmamızda “Düşmeler” alt boyutuna ilişkin sonuçlarda en düşük puanın “Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.” sorusuna aittir. Bu sonuç Cebeci ve ark.(2012)’nin yaptığı çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir. Ayrıca hasta düşmeleri tıbbi hatalar arasında sıkça rastlanan durumlar arasında gösterilmektedir (Demir-Zencirci, 2010). Amerika Birleşik Devletleri’nde altmış beş yaş üstü kişilerdeki yaralanmalara düşmelerin sebep olduğu belirlenmiştir (Currie, 2008). Literatürde hasta düşmelerini önlemek için hastane ortamının uygun olması, zeminin kaygan olmaması, hasta yatağının kilitli ve alçak olması, düşmeleri engellemelere yönelik protokollerin oluşturulması gibi tedbirlerin varlığından bahsedilmektedir (Degelau, Belz, Bungum, Flavin, Harper ve Leys, 2012). Bu doğrultuda hasta düşmelerini önleme amacıyla gerekli tedbirlerin alınması ve bunların yaygınlaştırılması önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

“İletişim” alt boyutuna ilişkin sonuçlara baktığımızda; en yüksek puanın “Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım” maddesine verildiği görülmektedir. Bu sonuç Cebeci ve ark.(2012)’nin yaptığı çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir. En düşük puanı ise “Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.” maddesi almıştır. Burada da şunu vurgulamak önemlidir. Hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından doğru iletişim süreçlerinin işletilmesi gerekmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Yaş ortalamaları ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği boyutlarına katılım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna uyumlu olarak Altuncan (2009)’ın çalışmasında da hemşirelerin yaş ortalamalarının tıbbi hatayı etkilemediği bildirilmiştir. Işık ve ark. (2012)’nin çalışması sonuçları da çalışmada elde edilen bulgularla uyumludur. Suzuki ve ark. (2005)’nin yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe ilaç hata oranının azaldığı saptanmıştır. Pekuslu ve ark. (2011)’nin yapmış oldukları çalışmada ise yaş

ortalaması arttıkça tıbbi hata oranlarının azaldığı bildirilmiştir. Odabaşoğlu (2013)'na göre hemşirelerin yaş ortalamaları yükseldikçe tıbbi hata eğilimleri düşmektedir.

Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç; çalışılan birimlere göre tıbbi hata yapma eğilimleri arasında anlamlı bir farklılığın olmamasıdır. Özata ve Altunkan (2010)'ın çalışmasında, yanlış ilaç uygulama ve yanlış bölgeden ilaç uygulamasının cerrahi kliniklerde dahili kliniklere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ertem ve ark. (2009) ise yaptıkları çalışmada en yoğun olarak tıbbi hatanın ameliyathane cerrahi bölümünde ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Cerrahi klinikler ve acil servis, dahili kliniklere göre daha fazla tıbbi hata yapma olasılığının yüksek olduğu yerlerdendir. Bu nedenle bu birimlerde çalışan hemşirelerin daha fazla özen göstermeleri gerekir. Bu yüzden tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konularında hizmet içi eğitimlere gereken önemin verilmesi bir zorunluluktur.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise; hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve düşmeler boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutunda lisans mezunu hemşireler, ön lisans mezunu hemşirelerden daha az tıbbi hata yapma eğilimindedirler. Hastane enfeksiyonları boyutunda ise lisans mezunu hemşireler, ön lisans mezunlarına göre daha az hata yapma eğilimindedirler. Chang ve Mark (2009) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ilaç uygulama hatalarının azaldığı görülmüştür. Pekuslu ve ark. (2011)'nin çalışmasında ise eğitim düzeyinin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin meslekteki çalışma süreleriyle “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” boyutu arasındaki ilişkiye bakılmış ve bu ilişkinin hata yapma eğilimini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, iletişim ve düşmeler boyutlarının grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre

ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutunda mesleki deneyim arttıkça tıbbi hata yapma eğilimi azalmaktadır. Hastane enfeksiyonları boyutunda ise 16-20 yıl arası mesleki deneyimi olan hemşirelerin, 11-15 yıl arası mesleki deneyimi olan hemşirelere göre hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bu konuda sonuç olarak şu söylenebilir. Mesleki deneyimi daha fazla olan hemşirelerin, mesleki deneyimi az olan hemşirelere göre daha az tıbbi hata yaptıkları ve deneyimle tıbbi hata yapma arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu söylenebilir. Düşmeler alt boyutunda; 16-20 yıl arası mesleki deneyimi olan hemşirelerin, 11-15 yıl arası mesleki deneyimi olan hemşireler ile 6-10 yıl arası mesleki deneyimi olan hemşirelere göre tıbbi hataya daha az eğilimli oldukları görülmektedir. İletişim boyutuyla mesleki deneyim arasındaki ilişkiye bakıldığında; mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin iletişim sürecinde daha başarılı oldukları ve tıbbi hata yapma eğilimlerinin daha az olduğu saptanmıştır. Odabaşoğlu (2013) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin mesleki deneyimlerinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları ile ilgili hata yapma eğilimini etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Pekuslu ve ark (2011) çalışmalarında, hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerinin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamalarını etkilediğini belirtmişlerdir. Literatürdeki verilere de uyumlu olarak mesleki tecrübe arttıkça tıbbi hata yapma oranının azaldığı görülmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre genel olarak hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Tıbbi hatalar, insan veya sistem kaynaklı olabilir. Tıbbi hataların önlenmesine yönelik çözümler de bu bağlamda değerlendirilmelidir. İnsan kaynaklı bir hata var ise bu hatanın engellenmesi kişiye verilecek eğitim veya uyarı mekanizmaları ile mümkün olabilir. Sistem kaynaklı hatalar için daha geniş bir perspektiften bakılması ve kurumsal mekanizmaların devreye girmesi gerekir.

Çalışmada tıbbi hata türlerinden "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" boyutunda, diğer boyutlara göre hata eğilim düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Tıbbi hata eğilimin en düşük olduğu boyut ise "İletişim" boyutudur. Bu hataların önlenmesi, uygulanması gereken prosedürlerin tamamlanması ile mümkün olabilir. Özellikle hasta takibinin uygun bir şekilde yapılması bu hataları ortadan kaldıracaktır. Malzeme güvenliği de ihmal edilmemesi gereken ciddi bir konudur. Uygun malzeme kullanımı, sarf malzemelerinin takibi, steril malzemelerin kontrolü bu kapsamda değerlendirilmelidir.

Araştırmada yaş değişkeni göz önüne alındığında; tıbbi hata eğilimi ile yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak araştırmada mesleki deneyimi az olan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç tıbbi hataya eğilimin yaştan ziyade mesleki tecrübe nedeniyle azalabileceğini göstermektedir. Mesleki tecrübesi olmayan hemşirelerin de bu açığının kapatılmasına yönelik deneyimli hemşireler tarafından oryantasyon eğitimlerinin tamamlanması faydalı olacaktır.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre tıbbi hataya eğilimleri değerlendirildiğinde; hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim boyutlarında anlamlı herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Ancak ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve düşmeler boyutlarında eğitim seviyelerinin artmasıyla tıbbi hata yapma eğiliminin azaldığı görülmüştür. Bu sonuç eğitimin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinin zamanında yapılması ve sürekliliği önem kazanmaktadır. Ayrıca tıbbi hataların önlenmesine yönelik yurtdışı literatür ve uygulamaların sürekli takip edilerek konu ile ilgili yeniliklerin eğitim programlarına yansıtılmasına önem verilmelidir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıda yer alan konulara da ayrıca dikkat etmek gerekir:

- ❖ Sağlık kurum ve kuruluşlarında “Hasta Güvenliği Kültürü” oluşturulmalı ve hasta güvenliği bilinci sağlık personellerine aşılanmalıdır.
- ❖ Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin azaltılmasıyla ilgili tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- ❖ Hemşirelerin hizmet içi eğitimlerine önem verilmeli ve bu eğitimlerin belirli aralıklarla yapılması sağlanmalıdır.
- ❖ Mesleğe yeni başlayan tecrübesiz hemşirelerin mesleğe oryantasyonunu sağlayacak çalışmalar yapılmalı ve bu çalışmalar içerisinde tıbbi hataların önemi vurgulanmalıdır.
- ❖ Hemşireler, tıbbi hataların nedenleri ve sonuçları konusunda bilgilendirilmeli, tıbbi hata durumuyla karşılaşılması halinde bu hatanın bildirimini sağlanması gerektiği hususu öğretilmelidir.
- ❖ Hasta güvenliğine yönelik eğitim seminerleri düzenlenmeli, tıbbi hataların asgari düzeye çekilmesi için neler yapılabileceği konusunda aktif bir çalışma metodu izlenmelidir.
- ❖ Tıbbi hata türleri arasında en sık rastlanan hatalar belirlenmeli, bu hataların sebepleri araştırılmalıdır.
- ❖ Hata bildiriminden çekinmeleri önlemek için bilgilendirme yapılmalı, işin vicdani sorumluluğundan bahsedilmelidir. Geri bildirimler birim sorumluları tarafından yapılmalıdır.

- ❖ Tıbbi hataların bildirilmemesi halinde hukuki veya cezai sorumlulukların doğabileceği hatırlatılmalıdır.
- ❖ Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik hak ve sorumlulukların bilincinde olunması gerekir. Bu konuda hem mevzuattaki düzenlemeler hem de kurum içi uygulamalar sağlık hukukunun konuları arasında yer alır. Bu nedenle Sağlık Hukuku dersi tüm sağlık bölüm ve programlarında müfredata eklenmelidir.
- ❖ Hemşirelerin tıbbi hata yapma nedenleri sorgulanmalı, hemşirelik mesleğinin gereği dışında herhangi bir işin verilmemesine gayret gösterilmelidir.
- ❖ Hemşirelerin görev ve sorumluluklarının bilincinde olmaları sağlanmalıdır.
- ❖ Tıbbi hataların engellenmesi için ergonomiye önem verilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekir.
- ❖ İletişim konusuna dikkat edilmeli, iş arkadaşlarının doğru ve etkin iletişimi sağlamaları için Sağlıkta İletişim dersi müfredata eklenmeli ve belirli periyotlarla tazeleme eğitimi verilmelidir.
- ❖ Sağlık Yönetimi bölümünde olduğu gibi tüm sağlık bölüm ve programlarında sağlık hizmetlerinde farkındalık düzeyini artırmak ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla Sağlık Yönetimi, Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği konularında dersler mevcut müfredata eklenmelidir.
- ❖ Tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için hizmet sunucularına tıbbi hata bildirimlerinin aktif bir şekilde iletilerek gerekli düzeltmelerin anında yapılması sağlanmalıdır.
- ❖ Araştırmadan elde edilen bulguların genellenebilirliğini artırmak amacıyla farklı değerlendirme yöntemleriyle daha fazla katılımcı ile aynı veya benzer araştırmalar yapılabilir.



KAYNAKLAR

- Akalın, H. E. (2004). "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz". *Ankem Dergisi*, 18(2), 12-13.
- Akalın, H. E. (2005). "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği". *Yoğun Bakım Dergisi*, 5, 141-146.
- Akalın, H.E. (2011). "Hasta Güvenliği Kültürü". *Sağlıkta Nabız Dergisi*, 7 (25), 3.
- Akalın, H.E. (2014). "Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma". *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, 64-67.
- Akman, A. (2010). "Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma". *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altındış, M. (2014). "Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar". *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, 68-73.
- Altuncan, H. (2009). "*Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği*". Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika*, 49(2), 155-173.
- Andsoy, İl., Kar, G., Öztürk, Ö. (2014). "Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma". *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, HSP, 1(1), 17-27.
- Aslan, Ö., Ünal, Ç. (2005). "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları". *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(3), 175-8.
- Aspden, P., Corrigan, J. editors. (2004). "*Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*". Washington, DC: National Academies Press.
- Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). "Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(2), 22-7.
- Aştı, T., Kıvanç, M. (2003). "Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları". *Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi*, 6(3), 14-19.
- Ateş, Ç. (2010). "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde "*Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları ve Hata Nedenlerinin Belirlenmesi*" Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aydın, B. (2007). "Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon". *4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.

- Aydın, S. (2008). "Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri". 17. Kalite Kongresi Kaliteli Çalışmak, *Kaliteli Yaşamak Kongre Kitabı*. İstanbul.
- Aygin, D., Atasoy, I. (2002). "Hemşirelerin Premedikasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalarının Belirlenmesi". III. Ulusal - I.Uluslararası Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. Hemşirelik Forumu 2002; 5(3-4), 65-8.
- Baumgartner, H., Homburg, C. (1996). "Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review". *International Journal of Research in Marketing*, 13(2), 139-161.
- Beduk, Y. (2000). "Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonları". *Klimik Dergisi*, 13, 19-20.
- Bentler, P.M. (1980). Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. *Annual Review of Psychology*, 31, 419-456.
- Berkem, R. (2007). "Hasta Güvenliği ve Transfüzyonla Bulaş Sonrası Yapılması Gerekenler". *Ankem Dergisi*, 21(2), 153-160.
- Birol L. (2011). "Hemşirelik Süreci". İzmir: Etki Yayınları (Onuncu Baskı), 32-55.
- Birtek, F. (2007). "Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon Malpraktis Ayırımı". *İstanbul Barosu Dergisi*, 81(5).
- Bol, P. (2012). "İlaç Uygulama Hataları ve Hataların Raporlanmasına İlişkin Hemşirelerin Tutumlarının İncelenmesi". Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bozkurt, R. (1996). "Hizmet Endüstrilerinde Kalite". *Verimlilik Dergisi*, Toplam Kalite Özel Sayısı, Ankara:Milli Prodüktivite Merkezi Yayını.
- Büyüköztürk, Ş. (2004). "Veri Analizi El Kitabı". Ankara: PegemA Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). "Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı". Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Byrne, B. M. (1998). Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Can, İ.Ö., Özkara, E., Can, M. (2011). "Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (2), 69-76.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). "Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.
- Chang, KY., Mark, B. (2009). Antecedents of severe and nonsevere medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 41, 70-78.

- Currie, L. (2008). Fall and injury prevention In: Hughes RG (Ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Hand book for Nurses*. 1st ed. Rockville: AHRQ Pub; p.5-35.
- Çakır, A., Tütüncü, Ö. (2009). "İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı". *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, Antalya, 2.
- Çakmakçı, M., Akalın, H.E. (2010). "Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya". *Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları*.
- Çırpı, F., Doğan-Merih, Y., Yaşar-Kocabey, M. (2009). "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.
- Çiçek, A. (2012). "*Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi*". Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çobanoğlu, N. (2009). "*Kurumsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*", Ankara, 67.
- Degelau, J., Belz, M., Bungum, L., Flavin, PL., Harper, C., Leys, K., Lundquist, L., Webb, B. (2012). Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of falls (acute care). Health care protocol. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Updated April 2012;1-43.
- Demir-Dikmen, Y., Yorgun, S. (2014). "Nesibe Yeşilçam Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-56.
- Demir-Zencirci, A. (2010). "Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 67-74.
- Dempsey, J. (2004). Falls prevention revisited: a call for a new approach. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 479-485.
- Desmond, J., Copeland, L.R. (2010). "*Günümüz Hastasıyla İletişim*", (Çev. D. Yamaç-E. Tekin), Ankara, 87.
- Dilmen, B. (2016). "*Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi*". Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Emiroğlu, N. (1994). "İş Sağlığı Hemşireliği". *Türk Hemşireler Dergisi*, 44(6): 35-38.
- Erdil, F. (2001). "*Cerrahi Hemşireliği İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*". 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- Eren, E. (2001). "*Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*". İstanbul: Beta Yayınları (Yedinci Baskı).

- Ersel, M., Karcioğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M., Tunç, M. (2006). "Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi". *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6(1), 2535.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using spss for windows*. London-Thousand Oaks- New Delhi: Sage publications.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.
- Filiz, E. (2009). "*Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*". Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Göçmen, Z. (2003). "*Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*". Hemşirelik Esasları Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Görkey, Ş. (2003). "*Hasta hakları. Medikal Etik*". (Ed. Hatemi H, Doğan H)". 4, 100-126.
- Gravetter, F., & Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Güleç, D. (2012). "*Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*". Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Gülkaya, E. (2009). "*Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri*". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 12.
- Güngör, S., Küçükerenköy, F., Yıldırım, Ö. (2004). "*Hasta Güvenliği ve Beklenmedik Olaylar*". II. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi. Denizli, 140-142.
- Güven, M. (2014). "*Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları*". Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güven, R. (2007). "*Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı*". Bildiri Sunumu, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 15.
- Hancı, H. (2006). "*Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis)*" (Üçüncü Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık, 30-43.

- Hatipoğlu, İ., Avcı, Y., Öztürk, A. (1998). “*Hemşirelik Esasları*” (Üçüncü Baskı). Ankara: Damla Matbaacılık, 32-36.
- Hatun, Ş. (1999). “*Hasta Hakları*”. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Hendrich, A. (2006). Inpatient Falls: Lessons From The Field. *Patient Safety and Quality Healthcare*, 3, 26-30.
- Institute of Medicine, (2003), *Priority Areas For National Action: Transforming Health Care Quality*. Washington DC.: National Academy Press.
- International Council of Nurses (2006). *Safe staffing saves lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit*. Geneva Switzerland, 9-12.
- Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., Çimen, M. (2012). “*Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi*”. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11, 421-430.
- İnanır, İ., Serbest, Ş. (2009). “*Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı*”. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 3-6 Mayıs 2009, Aydın, 3-6.
- İntepeler, Ş., Dursun, M. (2012). “Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 2.
- İnternet: Resmi Gazete. “*Hasta Hakları Yönetmeliği*”, Resmi Gazete Tarihi:01 Ağustos 1998 Sayı: 23420. Web:http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.hasta_haklari_adresinden_22_Mayis_2018'de_alinmistir.
- İnternet: Resmi Gazete. “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik*”. Resmi Gazete Tarihi: 6 Nisan 2011 Sayı:27897. Web:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> adresinden 20 Eylül 2017’de alınmıştır.
- İnternet: Resmi Gazete. “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*”. Resmi Gazete Tarihi: 6 Nisan 2011 Sayı: 27897. Web:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> adresinden 7 Kasım 2017’de alınmıştır.
- İnternet: Resmi Gazete. “*Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ*”. Resmi Gazete Tarihi: 29 Nisan 2009 Sayı:27214 Web:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> adresinden 20 Eylül 2017’de alınmıştır.
- İnternet: Resmi Gazete. “*Sağlıkta Kalite Standartları*”. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Web:<https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8850/saglik-kalite-standartlari.html> adresinden 23 Mayıs 2018’de alınmıştır.
- İnternet: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2012).

Web:<http://kalite.saglik.gov.tr/TR,9210/guvenlik-raporlama-sistemi-grs.html> adresinden 07 Kasım 2017'de alınmıştır.

İnternet: Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
Web:<http://www.kalite.saglik.gov.tr> adresinden 07 Kasım 2017'de alınmıştır.

İnternet: Türk Dil Kurumu (TDK), Türk Dil Kurumu Sözlüğü.
Web:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK
GTSadresinden 20.09.2017'de alınmıştır:

İşlek, E. (2009). “*Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması*”. YYLT, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Karadayı, A., Aydın, K., Üçüncü, O. (2009). “*Hastane Riskli Alanları (Ameliyat Odası, Yoğun Bakım Birimi ve Sterilizasyon Birimi) Planlamasının/Tasarımının ve Tıbbi Atık Yönetiminin Enfeksiyon Açısından İrdelenmesi*”. 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 1-5 Nisan 2009, Antalya.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. (2009). “Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir?”. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1), 32-34.

Kılıç, H. (2009). “*Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgilerin ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri*”. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kıymaz, D. (2015). “*Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini Ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler*”. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press.

Korkmaz, S. ve Çuhadar, U. (2017). “Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 3(1).

Kurutkan, M. N., Orhan, F., Kaygısız, P. (2017). “Hasta Güvenliği Literatürünün Bibliyometrik Analizi: Türkçe Tez ve Makaleler Örneği”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 4(4).

Küçükaksu C., Ünlü S., Yarıcı T., ve Mahmutoğlu L. (2004). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi”. *Hastane Yaşam Dergisi*, 1(1), 26.

Meydan, C. H., Şeşen, H. (2011). “*Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*”. Detay Yayıncılık.

- Mülayımoğlu, A. (2012). “*Halk Eğitim Merkezine Devam Eden Bireylerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Tıbbi Hatalarla İlgili Deneyimleri*”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Health Promotion International, 13, 349-364.
- Odabaşoğlu, E. (2013). “*Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler*”. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Özata, M. (2009). “Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi”. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 12(1-2), 417-30.
- Özata, M., Altunkan, H. (2010). “Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenirlilik Analizinin Yapılması”. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, ed: Ertem Kırılmaz, Ankara, 3-20.
- Özdilek, A.O. (2006). “Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimin Hukuki Sorumluluğu”.
- Özkan, A. (2012). “*Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi*”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 12.
- Öztürk, S. A. (1996). “Hizmet İşletmelerinde En Önemli Rekabet Unsuru: Kalite”. *Standart Dergisi*, 35, 411.
- Pekuslu, S., Demirci, H., Taşcıoğlu, S., Tuna, E. (2011). “Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi”. *III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı* (Birinci Baskı), Ankara: Azim Matbaacılık, 319-330.
- Raykow, T., & Marcoulides, G. A. (2006). *A first Course in Structural Equation Modeling*. London: Lavrance Erlbaum Associates. Publishers.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. “*Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri*”. Birinci Basım. Ankara: Pozitif Matbaa.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2015). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. “*Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane*”. Birinci Baskı. Ankara: Pozitif Matbaa.
- Schumaker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Sevimli, S. (2006). "*Hizmet Sektöründe Kalite Ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*". Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 48-49.
- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 445-453.
- Sümer, N. (2000). *Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar*. Türk psikoloji yazıları, 3(6), 49-74.
- Şahin, H. (2006). "*Hemşirelerin Kan Transfizyonlarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Buna Eğitimin Etkisi*". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Şimşek, N., Fidan, M. (2005). "*Kurum Kültürü ve Liderlik*". Konya:Tablet Kitapevi, 5-25.
- Tak, B. (2010). "Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi". *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 72-113.
- Tansüyer, T. (2010). "*Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması*". Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 8-9.
- Temel, M. (2005). "Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis". *Hemşirelik Forum Dergisi*, 3, 84-90.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008). "Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 167.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S., Tarcan, M. (2009). "Hekimlerin Tıbbi Hataların Nedenlerine Yönelik Yaklaşımları: Kocaeli İli Örneği". Kırılmaz, H. editör. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* (Birinci Baskı). Ankara: Turunç Matbaacılık; 2, 205-230.
- Trochim, W. M., & Donnelly, J. P. (2006). *The research methods knowledge base* (3rd ed.). Cincinnati, OH:Atomic Dog.
- Turkan, H., Tuğcu, H. (2004). "2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları". *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(3), 226-231.
- Tütüncü Ö., Doğan Ö. (2003). "*Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*". Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, İzmir.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. (2006). "Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve İzmir İli Uygulaması". *4. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Dergisi*, Muğla.

- Ullman, J. B. (2001). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of Psychological Testing*. New Jersey: John Wiley & Sons. Inc.
- Uzun, Ş., Arslan, F. (2008). "İlaç Uygulama Hataları". *Türkiye Klinikleri J.Med. Sci.*, 28, 217-222.
- Ülgen, Y. (2009). "Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Cihazlar ve Hasta Güvenliği", *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*, 2(17), 30-35.
- Varol, Ş. (2012). "*Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hasta ve Çalışan Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi*". Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Wilke, A., Gündeş, S.G. (2001). "Türkiye'de Enfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları". *Aktüel Tıp Dergisi*, 6, 1-6.
- Yalçın, Ş., Acar, A. (2010). "*Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği Ve Güvenli Hastane İlişkisi*". 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, 1, 12–26.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). "Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması". *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74.
- Yıldız, İ. (2015). "*Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*". Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaz, K. (2014). "*Defansif Tıp, Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda ortaya Çıkan Problemler*", (Birinci Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık, 57-92.





EKLER

EK-1. Anket Formu

Sayın katılımcı,

Yüksek Lisans Tezi kapsamında yapılan bu araştırmanın amacı hasta güvenliği başlığı altında hastanede çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesidir. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bayram METİN

Yüksek Lisans Tez Öğrencisi

metin4090@mynet.com

DEMOGRAFİK VERİLER:

1. Yaşınız: () 20 yaş ve altı () 21-30 yaş () 31-40 yaş () 41 ve ↑
2. Pozisyonunuz: () Hemşire () Sorumlu Hemşire () Diğer:.....(Lütfen belirtiniz)
3. Eğitim Durumunuz: () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans-Doktora
4. Mesleki Deneyiminiz: () 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11 -15 yıl () 16-20 yıl () 21 yıl ve üzeri
5. Çalıştığınız Birim: () Dahili Birimler () Cerrahi Birimler () Yoğun Bakım () Acil () Diğer

EK-1. (devam) Anket Formu

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz.</i>					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.					
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.					
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.					
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.					
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.					
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim.					

EK-1. (devam) Anket Formu

HASTANE ENFEKSİYONLARI	HIÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.					

EK-1. (devam) Anket Formu

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.					
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.					
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.					
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.					
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.					
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.					
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.					
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.					
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
DÜŞMELER	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.					
Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım.					
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.					
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.					
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.					

EK-1. (devam) Anket Formu

İLETİŞİM	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.					
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim.					
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım.					

EK-2. Ölçek Kullanım İzni

Bayram Metin <bmetin4090@gmail.com> 10:42 (6 saat önce)

Alıcı:
mozata

Sayın Musa Hocam,

Merhaba;

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında Tezli Yüksek Lisansta tez aşamasındayım. Hocam, sizin tarafınızdan 2010 yılında geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirliği test edilen "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden" tez çalışmamda faydalanmak istiyorum. Kıymetli tecrübeleriniz ile izninizi istiyorum. Saygılarımla...

Musa Özata 16:03 (45 dakika önce)

ölçeği ve makaleyi ekte yolluyorum kolay gelsin. 14 Eylül 2017 10:42 tarihind...

Musa Özata 16:03 (46 dakika önce)

Alıcı:
bana

ölçeği ve makaleyi ekte yolluyorum kolay gelsin.

14 Eylül 2017 10:42 tarihinde Bayram Metin <bmetin4090@gmail.com> yazdı:

Bayram Metin <bmetin4090@gmail.com> 16:48 (0 dakika önce)

Alıcı:
Musa

Hocam çok teşekkür ederim. Saygılar....

14 Eylül 2017 16:03 tarihinde Musa Özata <mozata@ahievran.edu.tr> yazdı:

EK-3 Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/11/2017-E.163681



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18/09/2017 tarihli ve 27968600-302.99- 128491 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Bayram METİN'in, Prof.Dr.Sezer KORKMAZ'ın danışmanlığında yürüttüğü "*Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Tıbbi Hata Yapma Eğiliminin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 14.11.2017 tarih ve 09 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına o ybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

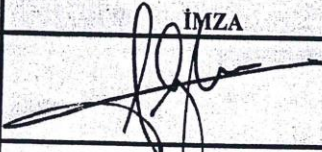
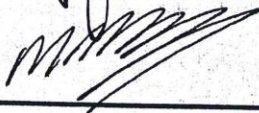


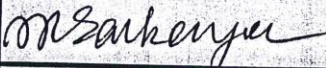




Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-457

Ek: 1 Liste

EK-3. (devam) Etik Kurul İzni

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 14.11.2017	TOPLANTI SAYISI : 09
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILANADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	KATILANADI
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILANADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Fusun DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	

EK-4. Araştırma İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ :21.12.2017
KARAR NO:12

1. GEAH Radyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan Prof.Dr. Kemal Niyazi ARDA'nın 08.12.2017 tarihli SAYI:50687469-663.08-E.08-10713 sayılı "Akademik Araştırma" konulu dilekçesi ve "Manyetik Rezonans Görüntüleme İlişkili Anksiyete Derecesinin Tayini ve Tetkik Sırasındaki Oksijen Saturasyonunun Anksiyete Düzeyine Etkisinin Araştırılması" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
2. GEAH Radyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan Prof.Dr. Kemal Niyazi ARDA'nın 08.12.2017 tarihli SAYI:50687469-806.02.02 -E.02-10712 sayılı "Akademik Araştırma" konulu dilekçesi ve "Manyetik Rezonans Görüntüleme İle Elde Olunan Korpus Kallozum Morfolojik Parametrelerinin Yaşa Göre Değişiminin Araştırılması" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
3. GEAH Radyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan Yrd.Doç.Dr. Sinan AKAY'ın 08.12.2017 tarihli SAYI:50687469-663.08-E.08-10717 sayılı "Akademik Araştırma" konulu dilekçesi ve "Farklı Kompartmanlardaki Abdominal Yağ Doku Miktarı İle Renal Hücreli Karsinom Arasındaki İlişkinin Araştırılması" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
4. GEAH Radyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan Yrd.Doç.Dr. Sinan AKAY'ın 08.12.2017 tarihli SAYI:50687469-663.08-E.08-10715 sayılı "Akademik Araştırma" konulu dilekçesi ve "Farklı Kompartmanlardaki Abdominal Yağ Doku Miktarı İle Kolorektal Kanser Arasındaki İlişkinin Araştırılması" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
5. GEAH Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğünde görev yapmakta olan Hem. Betül KILIÇ ARSLAN'ın 08.12.2017 tarihli SAYI:50687469-806.01-E.03-10716 sayılı "Doktora Tez Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Hemşirelerin Ventrogluteal Bölge İlaç Uygulama Becerisini Geliştirme de Farklı Simülasyon Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
6. GEAH Disiplin ve Hukuk Biriminde görev yapmakta olan Bayram METİN'in 06.12.2017 tarihli, SAYI:50687469-659-E.10565 sayılı "Bilimsel Araştırma İzni" konulu dilekçesi ve "Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Tıbbi Hata Yapma Eğiliminin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
7. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliğinin 23.11.2017 tarihli, SAYI: 75252626.604.01.02-E-6102 sayılı ve "Fatma UZUNTARLA-Araştırma İzni" konulu Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma UZUNTARLA'nın "Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Farkındalıkları ile Güvenli Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
8. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliğinin 30.11.2017 tarihli, SAYI: 75252626.604.01.02-E-6760 sayılı ve "Emine ÖKSÜZ-Araştırma İzni" konulu Yrd.Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ'ün "Gebelerde Algılanan Stres Düzeyi ile Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.

SAVA   

EK-4. Araştırma İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ




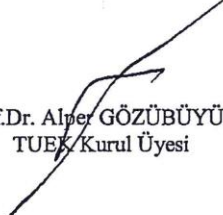
KARAR TARİHİ :21.12.2017

KARAR NO:12

21.12.2017 TARİHLİ 12. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

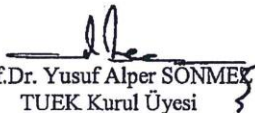
9. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliğinin 20.11.2017 tarihli, SAYI: 75252626.604.01.02-E-5688 sayılı ve "Gamze SARIKOÇ-Araştırma İzni" konulu Yrd.Doç.Dr. Gamze SARIKOÇ'un "Hematolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Umut Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
10. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliğinin 11.12.2017 tarihli, SAYI: 75252626.604.01.02-E-7867 sayılı ve "Bünyamin KELEŞ-Araştırma İzni" konulu Doktora Öğrencisi Bünyamin KELEŞ'in "Sağlık Kurumlarında Olay Raporlama Engelleri Açısından Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmemiştir.
11. GEAH Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde görev yapmakta olan Hem. Habibe GÜLEÇ'in 11.12.2017 tarihli, SAYI:50687469-806.02.02-E.02-10787 sayılı "Yüksek Lisans Tez Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Ameliyathane Çalışanlarında Bel Ağrısı Görülme Durumu, Etkileyen Faktörler ve Günlük Aktivitelerine Etkilerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.

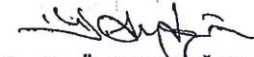

Prof.Dr. İsmail YAŞAR AVCI
TUEK Kurul Üyesi



Prof.Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK
TUEK Kurul Üyesi

Katılmadı
Prof.Dr. Bülent ÜNAY
TUEK Kurul Üyesi

Katılmadı
Prof.Dr. Cemil YILDIZ
TUEK Kurul Üyesi


Prof.Dr. Yusuf Alper SÖNMEK
TUEK Kurul Üyesi


Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN
SUAM Eğitim Koordinatörü
TUEK Başkan Yardımcısı


Prof.Dr. Mehmet Ali GÜLCELİK
TUEK Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Metin, Bayram
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 13.02.1989 / Afyon
Medeni hali : Evli
e-posta : bmetin4090@gmail.com

Eğitim

Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bölümü	2018
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi	2015

İş Deneyimi,

Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2008-devam ediyor	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Disiplin ve Hukuk Birimi

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

Metin, B. (2018). "Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata (Malpraktis)". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 76-79.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

