

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN
ANNE VE BEBEK GÜVENLİĞİNE YÖNELİK
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze KAYALI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülşen VURAL

ANKARA

Eylül 2012

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN
ANNE VE BEBEK GÜVENLİĞİNE YÖNELİK
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze KAYALI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülşen VURAL

ANKARA

Eylül 2012

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 27/09/2012



İmza

Prof. Dr. Gülşen VURAL

Gazi Üniversitesi

Jüri Başkanı



İmza

Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

Hacettepe Üniversitesi



İmza

Doç. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL

Gazi Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	I
İçindekiler	II
Tablolar	V
Kısaltmalar	VI

1. GİRİŞ	1
-----------------	----------

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hatalar.....	7
2.2. Hasta Güvenliği ve Hemşireliğin Önemi.....	8
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü.....	12
2.4. Türkiye’de Hasta Güvenliği Uygulamaları.....	16
2.5. Doğum Salonunda Hasta Güvenliği.....	17
2.6. Doğum Salonunda Hasta Güvenliği Hedefleri.....	19
2.6.1. Hasta Kimliğinin Doğru Tanımlanması.....	19
2.6.2. Doğru İletişimin Sağlanması.....	21
2.6.3. Doğru İlaç Uygulamaları.....	25
2.6.4. Enfeksiyon Risklerinin Belirlenmesi Ve Azaltılması.....	31
2.6.5. Hasta Düşmelerinin Önlenmesi.....	34
2.6.6. Yenidoğanın İlk Bakım Güvenliğinin Sağlanması.....	36
2.6.7. Annenin İlk Bakım Güvenliğinin Sağlanması.....	38
2.7. Doğum Salonunda Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Ebe ve Hemşirenin Rolü.....	41

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli.....	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	43
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi	
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	44
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	44
3.4. Verilerin Toplanması	
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	45
3.4.2. Veri Toplama Yöntemi.....	46
3.4.3. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	46
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
3.5. Araştırmanın Etik Yönü... ..	47
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
4. BULGULAR.....	48
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	
6.1. Sonuç.....	81
6.2. Öneriler.....	84
7. ÖZET.....	86
8. SUMMARY.....	88
9. KAYNAKLAR.....	90

10. EKLER.....	111
11. ÖZGEÇMİŞ.....	127
12. TEŞEKKÜR.....	128

TABLolar

Tablo 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler Ve Özellikleri

Tablo 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerde Çalışan ve Ulaşılan
Ebe/Hemşire Sayıları

Tablo 4.1. Ebe Ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.2. Ebe Ve Hemşirelerin Kadınların Kimlik Doğrulamasına Yönelik
Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

Tablo 4.3 Ebe Ve Hemşirelerin İletişime Yönelik Yaptıkları Güvenlik
Uygulamalarının Dağılımı

Tablo 4.4. Ebe Ve Hemşirelerin İlaç Güvenliğine Yönelik Yaptıkları
Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

Tablo 4.5. Ebe Ve Hemşirelerin Enfeksiyon Risklerini Azaltmaya Yönelik
Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

Tablo 4.6. Ebe Ve Hemşirelerin Düşmeleri Önlemeye Yönelik
Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

Tablo 4.7. Ebe Ve Hemşirelerin Yenidoğanın İlk Bakımına Yönelik
Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

Tablo 4.8. Ebe Ve Hemşirelerin Annenin İlk Bakımına Yönelik
Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

KISALTMALAR

IOM	: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
NPSF	: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Bakımında Araştırma ve Kalite Ajansı)
ACSNI	: Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (Nükleer Tesislerin Güvenliği Danışma Kurulu)
ASHP	: American Society of Hospital Pharmacists (Amerikan Hastane Eczaneciler Derneği)
JCAHO	: Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizasyon (Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
WAFPS	: World Alliance For Patient Safety (Dünya Hasta Güvenliği Birliği)
CDC	: Centers for Disease Prevention and Control (Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezleri)
TTB	: Türk Tabipler Birliği
NRLS	: National Reporting and Learning System (Ulusal Raporlama ve Eğitim Sistemi)

1.GİRİŞ

Günümüzün en karmaşık işletmeleri olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, çağdaş toplumlarda bireylerin doğuştan sahip olduğu bir hak olmanın yanında ülkelerin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini de yansıtan bir ölçüttür. Sağlık hizmetlerinde farklı meslek gruplarının bulunması, teknolojinin kullanılması ve uygulamalara ilişkin bilginin hızlı bir şekilde değişmesine bağlı olarak hatalar meydana gelebilmektedir.¹ Sanayi işletmelerinde yanlış uygulamalar üretimde azalma veya maddi zarara yol açarken, sağlık hizmetlerinde yanlış uygulamalar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle tıbbi hataların çoğu zaman geri dönüşünün olmamasının sağlık hizmetlerini hastalar açısından oldukça riskli hale getirdiği düşünülmektedir.²

Sağlık sistemi yaşam kurtarıcı hizmetlerinin yanında zaman zaman ölümle sonuçlanan olaylara da yol açabilmektedir. Ölümle sonuçlanan olayların nedenleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında gerçekleşen hataların yol açtığı ölüm oranlarının dikkat çekici boyutlarda olduğu görülmektedir. Tıbbi hatalara bağlı olarak gelişen ve ölümle sonuçlanan olaylar arasında sağlık hizmetleri üçüncü sırada yer almaktadır. Bu oran, sağlık hizmetlerinin detaylı şekilde irdelenmesi açısından önem taşımaktadır. Bazı tehlikeli sporlar sonucunda meydana gelen ölümler 1. ve 2. sırayı alırken sağlık hizmetleri, meydana gelen ölümler sıralamasında 3. olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında her 500 kişiden 1 tanesi yaşamını kaybettiği belirtilmektedir.³

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2007 yılında Cenevre’de düzenlenen uluslararası bir konferansta her yıl dünyada

tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğü vurgulanmıştır.⁴

Tıbbi hataların sonucunda ölüm, yaralanma, hastanın hayat konforunun azalması, tedavinin uzaması, maliyetlerde artış, sağlık hizmetleri sistemine güvensizlik duyulması ve benzeri olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca sağlık personelinin moralinin bozulması, iş veriminde azalma ve sonuçta toplumun sağlık düzeyinin düşmesi benzeri sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.⁵

İlaç Enstitüsünün (Institute of Medicine-IOM) "Hata Yapmak İnsana Mahsustur: Daha Güvenli Bir Sistem Oluşturma" (To Error is Human: Building a Safer System) ve "Kalite Uçurumundan Geçmek 21.yy İçin Yeni Bir Sağlık Sistemi (Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21th Century) isimli raporlarına göre Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok kişinin tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiği belirtilmektedir.^{6,7} İngiltere'de her yıl 40.000 hastanın tıbbi hata nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir.⁷ Kanada'da bu sayının 5.000 ila 10.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Avustralya'da yapılan çalışmalarda tıbbi hatalara bağlı olarak hastaların hastanede yatma süresinin uzadığı görülmüştür.⁸ Bu çalışmalar sağlık sektöründeki tıbbi hataların büyük oranlarda ölüme yol açtığını ve ne kadar önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır.⁶⁻⁸

Harvard Tıbbi Uygulama Çalışmalarının sonuçlarına göre; New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3,7'sinde zarar veren bir hata yapıldığı ve bu hataların yarısından fazlasının önlenebilir hatalar olduğu gösterilmiştir.⁹ Almanya'da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmektedir.¹⁰ IOM (İlaç Enstitüsünün)'un raporlarına göre Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hataların,

trafik kazaları, AIDS, diyabet, meme kanseri ve benzeri nedenlerden daha fazla ölüme yol açtığı belirtilmiştir.⁷

Tıbbi hata hastalara önemli oranda zarar verdiği için son yıllarda üzerinde çok çalışılan bir konu haline gelmiştir. Böylece son yıllarda sağlık hizmetlerinin yol açtığı olası zararı önlemek amacıyla geliştirilen önlemlerin tamamı olarak tanımlanan **hasta güvenliği** kavramı ortaya çıkmıştır.^{4,11}

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve yakınlarını fiziksel ve psikolojik olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hataların oluşmasını engellemek, hastayı hatalar nedeniyle oluşacak zararlardan korumak ve hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasını sağlamaktadır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesi, raporlanması ve düzeltilmesi için gerekli önlemler alınabilecektir.¹²

Türkiye’de son yıllarda yayınlanan hasta hakları yönetmeliğinde hasta güvenliğinin bir hak olduğu vurgulanmıştır. Yönetmeliğin 37. maddesindeki ifade şu şekildedir; “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakkı vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların, ziyaretçi ve refakatçi benzeri yakınlarının can ve mal güvenliğinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar.”¹³

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’nin hasta güvenliği tanımı, profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması ve eğitimi, meslekte tutulması, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı konularını içermektedir. Ayrıca cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, bilimsel bilgi ve liderlik özelliğinin

gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin birleştirilmesi de ICN'nin hasta güvenliği tanımında yer almaktadır.¹⁴

Hasta güvenliğine yönelik alınacak önlemler tüm sağlık disiplinlerinin özellikle hastane ortamında çalışanların öncelikli konuları arasında gelmektedir. 24 saat boyunca bakımdan sorumlu olan ve hasta haklarının öncü savunucularından olan hemşirelerin başlıca görevlerinden biri de bireylerin güvenliğinin sağlanmasıdır.¹⁵

Hasta güvenliği, tüm sağlık disiplinlerinde olduğu gibi temel hemşirelik bakımının da önemli unsurlarındandır. Hastanelerde 24 saat aralıksız bakım sağlayan, denetleyen, koordine eden meslek üyeleri olan hemşirelerdir. Hemşireler bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu nedenle hastaların ve diğer ilgililerin risklerin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır.^{16,17}

Doğum salonunda hasta güvenliği ile iç içe olan mesleklerin başında ebe ve hemşireler yer almaktadır. Doğum salonunda sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli bir rol üstlenen bu meslek grupları anne ve bebek güvenliğinin sağlanması için ideal meslek üyeleridir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin anne ve bebek güvenliğini sağlayabilmeleri için bu alanda kullanılan rehber uygulamalara yönelik yeterli donanımına sahip olmaları gerekir.¹⁸ Ayrıca ebe ve hemşireler hasta savunuculuğu ve bakım verme rolü ile anne ve bebeğin haklarını korumalıdır.^{19,20}

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olarak kabul edilmekle birlikte beraberinde birçok riski de taşıyan bir süreçtir. Gebeliğin ölüm riski de taşıyan bir süreç olduğu unutulmamalı ve gereken önlemler alınmalıdır. Doğum salonunda hizmet veren ebe ve hemşirelerin bu risklere karşı

dikkatli ve öngörülü olması önemlidir. Ebe ve hemşirelerin doğum anında ve sonrasında normal durumları ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli önlemleri alması ve gereksinimleri doğrultusunda bireyleri bilgilendirip, destek olabilmesi gerekir.¹⁸

Doğum salonları risklerin aniden ortaya çıktığı, hızlı karar vermeyi gerektiren ve bu nedenle hasta güvenliği açısından riskin yüksek olduğu alanlardır. Doğum sürecinin kolay atlatılabilmesi, annenin ağrı ile baş edebilmesi, bebeğin ilk bakımının yapılması, anne ve bebeğin ilk temasının kurulması ve benzeri roller düşünüldüğünde doğum salonunda ebe ve hemşireler hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli rolü olan sağlık profesyonelleridir.^{19,20}

Doğum salonları iş yükü açısından son derece stresli ortamlardır. Bu nedenle doğum salonları hasta güvenliğinin ihlal edilmesinde en çok risk taşıyan çalışma alanları olarak kabul edilmektedir. Bir gebenin doğum salonuna kabulünden doğum sonu servise alınmasına kadar geçen sürede birçok sorunla karşılaşılabilir. İlaç uygulama hataları, kimlik hataları, bebeklerin karıştırılması, hasta düşmeleri bu sorunlara örnek olarak gösterilebilir. Üstelik birden fazla doğumun da aynı esnada gerçekleştiği düşünüldüğünde ortaya çıkan sorunlar daha da artmaktadır. Örneğin, riskli bir doğum sonrası gerçekleşen kanama anne ölümüyle sonuçlanmaktadır. Buna karşın annenin genel durumu ve yaşam bulguları dikkatli takip edilerek bu sorun erken saptanıp, komplikasyonlar önlenmektedir. Enfeksiyonun önlenmesinde el yıkamaya özen gösterilmesi, anne ve bebeğe uyumlu kol bantları takılarak bebeklerin karıştırılmasının önlenmesi ve bunlara benzer pek çok örnekte olduğu gibi kısa sürede ve düşük maliyetle alınacak bu önlemler birçok sorunun çözümünde etkili olabilmektedir. İlaç uygulamalarında, anne ve bebeğe doğumdan sonra yapılacak ilk müdahalelerde, anne ve bebeğin düşme

risklerine yönelik yapılan uygulamalarda hasta güvenliği hedef alınarak istenmeyen olayların önüne geçilebilir.²¹⁻²⁴

2008 TNSA verilerine göre bebek ölümlerinin %79'unu neonatal ölümler oluşturmaktadır. Neonatal ölümlerin de % 88'i erken-neonatal ölümlerdir. Bu ölümlerin başlıca nedenlerine bakıldığında enfeksiyonların ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Doğum sırasında verilen hemşirelik bakımıyla enfeksiyonların yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle doğum salonunda görevli ebe ve hemşireler enfeksiyon risklerine karşı bazı önlemler alarak, enfeksiyona bağlı ölümlerin azaltılmasında büyük rol alabilirler.²⁵⁻²⁸

2008 TNSA verilerine göre doğumdan sonraki 1 saat içinde emzirilen bebeklerin oranı %39 olarak bulunmuştur.²⁷ İlk yarım saatlik sürede emzirmenin önemini vurgulayan birçok çalışma olmasına karşın ülkemizde bu oran beklenenin çok altındadır.^{20,29} Bu veriler ışığında doğum salonunda alınacak bazı önlemler ve yapılacak bazı uygulamalar ile hasta güvenliğine yönelik ciddi adımlar atılabilir.¹⁸

Ülkemizde hasta güvenliğine yönelik birçok çalışma yapılmış olmasına karşın doğrudan doğum salonunda hasta güvenliğine yönelik bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Bu nedenle doğum salonuna özgü bazı güvenlik hedeflerinin belirlenmesi ve bu hedefler doğrultusunda uygulamalar yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma doğum salonunda anne ve bebek güvenliğine yönelik ebe ve hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili yaptıkları uygulamalarının belirlenmesini amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hatalar

Son yıllarda gerek sağlık bakım profesyonellerinden gerek sistemden kaynaklanan hatalarla sık karşılaşmaktayız. Özellikle medya aracılığıyla duyduğumuz ciddi hatalar görmezden gelinemeyecek oranlarda artış göstermiştir. Ameliyat sırasında hastanın bedeninde cerrahi aletlerin unutulması, hastanın düşmesi ve yaralanması, ilaç uygulama hataları, düzenli bakımı atlandığı için yaşam destek aletlerindeki hatalara bağlı olarak gelişen ölümler ve benzeri sorunlarla sıklıkla karşılaşılmaktadır. İsim benzerliği ve kurallı kimlik kontrolünün özenle yapılmaması sonucunda yanlış taraf cerrahisi, hastalıklı sağ böbrek yerine sağlam sol böbreğin çıkarılması benzeri olaylar sık rastlanır hale gelmiştir.³⁰

Harvard Tıbbi Uygulama Çalışmaları'nın sonuçlarına bakıldığında New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3,7'sinde zarar veren bir hata yapıldığı ve bu hataların yarıdan fazlasının önlenabilir hatalar olduğu görülmektedir.³¹ Almanya'da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmektedir.¹⁰ Institute of Medicine (IOM)'ın raporlarına göre Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hataların, trafik kazaları, AIDS, diyabet, meme kanseri ve benzeri nedenlerden daha fazla ölüme yol açtığı belirtilmiştir.⁷ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2007 yılında Cenevre'de düzenlenen uluslararası bir konferansta her yıl dünyada tahminen 10 milyon insanın önlenabilir tıbbi hatalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğü vurgulanmıştır.⁴

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Tıpta hataların her zaman olası olması, tıbbın insanı odak alması, insanın

ise karmaşık bir yapı olması hasta güvenliğinin öneminin artmasında etkili olan nedenlerdendir.³² Hasta güvenliğini sağlamak üzere yapılan programlarda tıbbi hataları önlemeye yönelik çözümler aranmaktadır.³³

2.2. Hasta Güvenliğı ve Hemşirelik Uygulamalarının Önemi

Ulusal Hasta Güvenliğı Vakfı (NPSF), hasta güvenliğı kavramını sağık hizmetine bağılı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğı hasta hasarlarının azaltılması olarak tanımlamıştır.³⁴ AHRQ (Sağık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı) hasta güvenliğini, hasta bakımı sırasında oluşun kazalardan ve önlenabilir sakatlıklardan kurtulmak olarak tanımlamıştır.³⁵ ICN (Uluslar Arası Hemşireler Birliğı)'nin hasta güvenliğı tanımı ise profesyonel sağık bakım personelinin işe alınmasını ve eğitimi, meslekte tutulmasını, enfeksiyonlarla mücadeleyi, ilaçların güvenli kullanımıını içermektedir. Ayrıca cihaz emniyeti, sağıklı klinik uygulamalar, sağıklı bakım ortamının sağılanması, bilimsel bilgi ve liderlik özelliğinin gelişmesini sağılayacak alt yapı hizmetlerinin birleştirilmesi de ICN' in hasta güvenliğı tanımında yer almaktadır.¹⁴

Uluslar arası Birleşik Komisyon'un (Joint Commission International) hasta güvenliğı kapsamında belirlediğı 6 hedef ve bu hedeflerin önemini inceleyecek olursak;³⁶

1. Hasta Kimliğinin Doğru Şekilde Belirlenmesi; öncelikli hasta güvenliğı hedeflerindendir. Kimlik doğrulamanın temel amacı; doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağılamak, özellikle isim benzerlikleri veya iş yoğunluğundan kaynaklanabilecek yanlış uygulamaların önüne geçmektir. Tıbbi uygulamalardan önce hastanın kimlik bilgilerinin kontrol edilmediğı durumlarda tıbbi hatalar ile sıkça karşılaşmaktadır.³⁶

2. Etkili İletişimin İyileştirilmesi ile birçok tıbbi hata önlenebilmektedir. TTB'nin yaptığı bir çalışmada önlenabilir tıbbi uygulama hatalarının oluşum nedenleri arasında iletişim eksikliği %80,5 olarak bulunmuştur.³⁰ JCAHO (Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu) 2006'da bildirilen istenmeyen olayların analizinde %65 ile iletişimin kök neden olarak ilk sırada yer aldığı görülmüştür. JCI beklenmedik olayların %65'inin kötü iletişim nedeniyle meydana geldiğini belirtmiştir.³⁷

3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Sağlanması; çoğu önlenabilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, allerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Bu hataların % 34-56'sı önlenabilir hatalardır. Phillips ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı çalışmada aktardığına göre hastanın ölümüyle sonuçlanan ilaç hatalarının çoğunda yanlış doz (% 41), yanlış ilaç (% 16) ve yanlış veriliş yolu (% 10) yer almaktadır.³⁸ Ayrıca ABD'de her yıl önlenabilir ilaç hatalarından tahminen 1,5 milyon kişinin zarar gördüğü bildirilmiştir.³⁹

4. Doğru Alan, Doğru İşlem ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması; çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur.³¹ JCI kayıtlarına göre 1995-2006 yılları arasında raporlanan 4064 beklenmeyen olayın 531'i (%13,1) yanlış taraf cerrahisidir.³⁷ Türk Tabipler Birliğinin 2010 yılı raporunda aktardığına göre DSÖ, güvenli olmayan tıbbi uygulamalardan anestezi ve cerrahi hatalara yönelik yaralanmaların %19 oranında olduğunu belirtmektedir.³⁰

5. Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması sık rastalanan hatalı uygulamaların önlenmesi ile mümkündür. DSÖ hastane enfeksiyonları nedeniyle yılda 1,4 milyondan fazla insanın

zarar gördüğünü belirtmektedir. Gelişmiş ülkelerde hastaların %5-10'unun enfeksiyona maruz kaldığı ve bunların %15-40'ının bu nedenle yoğun bakıma alındığı düşünülmektedir.⁴⁰

6. Hastaların Düşme Sonucunda Zarar Görme Riskinin

Azaltılması hasta güvenliğinin sağlanmasında son derece önemlidir. JCAOH (Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu) 2005 yılındaki raporunda 271 düşme vakası bildirmiştir bu da tıbbi hataların %5,8'ini oluşturmaktadır.³⁷

Hasta güvenliğine yönelik alınacak önlemler tüm sağlık disiplinlerinin özellikle hastane ortamında çalışanların öncelikli konuları arasında yer almaktadır. 24 saat boyunca hasta bakımdan sorumlu olan ve hasta haklarının öncü savunucularından olan hemşirelerin başlıca görevlerinden biri de bireylerin güvenliğinin sağlanmasıdır. Hemşirelerin hasta güvenliğini sağlayabilmesi için yapılan tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesi gerekir.¹⁶

Hemşirelik uygulamaları ile ilgili tıbbi hata nedenlerine bakıldığında en sık rastlanan hatalar arasında ilaç uygulama hataları yer almaktadır. Hemşireler; ilaç uygulamaları sırasında 8 doğru ilkeye (doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru yol, doğru etki, doğru form, doğru kayıt, doğru hasta) dikkat ederek ilaç güvenliğini sağlayabilirler.⁴¹ Hasta düşmeleri ve yaralanmaları da en sık rastlanan hatalar arasındadır.⁴² Hastanelerde çevre şartlarının düzenlenmesini sağlayan sağlık ekibi üyeleri hemşirelerdir. Hemşirelikte bakımın odağını belirleyen Florence Nightingale de çevre koşullarının düzeltilmesinin önemini belirtmiştir. Enfeksiyonlar hastanelerde gerçekleşen tıbbi hata nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Enfeksiyon risklerinin azaltılması için alınacak önlemler hemşirelerin öncelikli görevleri arasındadır. El yıkama, hasta bakımında kullanılan ekipmanların sterilizasyonu, havalandırmanın

sağlanması, asepsi tekniklerine uyulması ve benzeri önlemler hemşirelerin hasta güvenliği için alacağı başlıca önlemler arasında yer almaktadır.³² Hasta güvenliğini sağlamak için her hemşirenin risk yöneticisi olması da gerekir. Hemşirelerin yapılan tıbbi hataları ve potansiyel riskleri tanımlama ve rapor etme sorumluluğu vardır.⁴³

Güvenli hizmet sunulmasını sağlayan faktörler arasında hemşirelerin eğitimleri ve becerileri de yer almaktadır. Çünkü hemşirelik bilim ve sanattan oluşan bir meslektir. Bilgi açısından donanımlı bir hemşire uygulamada yetersiz kalabilir veya bunun tam tersi olabilir. Eğitim ve beceri hasta güvenliği uygulamaları için mutlak unsurlar arasında yer almaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin nitelikli olmasının yanında sayıca yeterli olması da gerekmektedir. Hasta sınıflandırması ve hemşire insan gücü planlamalarıyla belirlenen hemşire-hasta oranları bakımın kalitesini ve güvenilirliğini yükseltecektir.^{44,45}

Hemşirelik bakımının hasta güvenliğini tehdit edici risklerin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir.⁴⁶ Türk Tabipler Birliği'nin 2010 yılında yayınladığı raporda aktardığına göre günlük hasta başına ek bir hemşire ilavesi ile 30 günlük ölüm oranında %50, hemşire bakım saatinde 0.25'lik ilave ile ölüm oranında %20 azalma sağlandığı saptanmıştır.³⁰ Yine bu raporda belirtildiğine göre nitelikli hemşirelerin yüksek oranda istihdam edildiği hastanelerde istenmeyen olayların %3-12 oranında azaltıldığı kanıtlanmıştır. Günlük hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde bir saatlik artış ile pnömoni vakalarında % 8.5 azalma, bakım saatinde %10'luk bir artışın sağlanması ile % 9.5 oranında azalmaya yol açtığı saptanmıştır.³⁰ Araştırma sonuçları efektif bir hemşirelik bakımı ile hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok komplikasyonların önlenebileceğini açıkça göstermektedir. Bu çalışmalarda hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşire sayısının yeterli olmasının önemi ve etkinliği gösterilmektedir. Hemşirelerin eğitimleri ve uygulamaları süresince

hasta güvenliği kavramını referans olarak hareket etmeleri kaliteli bakımın ilk koşullarındandır.^{30,47}

2.3. Hasta Güvenliği Kültürü

Aynı amaca hizmet eden birçok meslek grubunu içinde barındıran sağlık hizmetleri oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetinin sunumunda hekim, hemşire, sekreter, güvenlik görevlisi gibi tüm meslek gruplarının tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri verebilmek amacıyla bir arada, uyum içinde çalışması gerekmektedir. Hizmeti sunarken sağlık ekibi üyelerinin öncelikli amacı zarar vermemek olmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları hasta güvenliği ile ilgili olayların neredeyse her gün yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden gelinmeden kayıt ve analiz edilerek sorunlar giderilebilmektedir.⁴⁸

Tıbbi hataların sonucunda ölüm, yaralanma, hastanın hayat konforunun azalması, tedavinin uzaması, maliyetlerde artış, sağlık hizmetleri sistemine güvensizlik duyulması ve benzeri olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Sağlık personelinin moralinin bozulması, iş veriminde azalma ve sonuçta toplumun sağlık düzeyinin düşmesi karşılaşılabilecek diğer sonuçlar arasında yer almaktadır.⁵

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir.³⁰ Bu nedenle hataların önlenmesi için hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kurumsal kültürün önemli parçalarından biri olmalıdır. Teknolojik ve bilimsel açıdan sürekli gelişen sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmetten yararlananların güvenliğinin sürekli gözden geçirilmesi ve iyileştirmelerin yapılması sağlık kurumunun önemli görevlerindendir.^{15,49}

Tıbbi hataların ana nedenleri çoğu zaman çok açık değildir. Dikkatli incelendiği zaman tıbbi hataların kişisel hatalardan çok sistemdeki eksiklikler veya yetersizlikler sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Tıbbi hatalar genel olarak insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olmak üzere üç ana nedenle gelişmektedir. İnsan faktörüne bağlı gelişen hatalar; yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim eksikliği, zamansızlık ve benzeri nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Kurumsal faktörlerden kaynaklanan hatalar iş yerinin yapısı, idari/finansal yapı, personelin yanlış istihdamı ve politikalar nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Teknik faktörlere bağlı gelişen hata nedenleri arasında yetersiz otomasyon, eksik/yetersiz cihazlar, integrasyon eksikliği ve benzeri nedenler örnek gösterilebilir.⁵⁰

Tıbbi hataların neden geliştiğini anlayabilmek ve hasta güvenliği konusunda iyileştirmeler yapabilmek için öncelikle sistemik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu nedenle tıbbi hataların kişisel hatalar olarak kabul edilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumdan korkmadan hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır.⁵¹

Kurumsal kültür, tüm organizasyonu bir arada tutan değerler bütünüdür. Hasta güvenliği kültürü de, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir.⁵² ACSNI (Nükleer Tesislerin Güvenliği Danışma Kurulu) güvenlik kültürünü; bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirlemek olarak tanımlamıştır.^{48,53}

Sağlık kurumlarında oluşturulacak hasta güvenliği kültürü hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu oluşturulmadan tartışılabildiği bir ortam yaratarak, hasta güvenliği

ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir.⁵⁴

Kurumlar hasta güvenliği kültürü yaratma çalışmalarını bir öncelik olarak belirleyip, bir plan geliştirilmeleri gerekir. Bu planın ana hatları aşağıda yer almaktadır:^{30,48,55}

- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezinin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırmaların planlanmasında rol alması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,
- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,
- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün yaratılması
- Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturmalı,
- Sistem analizi yapmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirmeli,
- Süreçler (Tanı, tetkik, tedavi) ve ekipmanlar standardize etmeli,
- Ekip içi, ekipler arası ve ekip ile hasta arasında etkili iletişim sağlanmalı/desteklenmeli,
- Yeterli ve etkili personel alımı yapıldığından emin olunmalı,
- Tüm çalışanlara ‘ekip çalışması eğitimi’ verilmeli
- Hastanın sağlık bakımına katılımı teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.

Hasta güvenliği kültürünün bir kurumda yayılabilmesi için bazı çalışmalar ve uygulamalar önerilmektedir. Bu öneriler şu şekildedir,^{30,48}

- Kurumlar hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli: Hastanelerde hasta güvenliği kültürü hizmetin temel unsuru olarak kabul edilmelidir. Tıbbi hataların azaltılması için öncelikle kurumda hasta güvenliği kavramı benimsenmeli, hasta güvenliği hedefleri belirlenmelidir.

- Kurumda alışanlar tarafından konunun sahiplenilmesi gerektiği belirtilmeli: Sağlık ekibi yeleri hasta güvenliğinin önemini bilmelidir. Hasta güvenliğinin öneminin vurgulanması ve farkındalık yaratılması kurumların sorumluluğundadır. Kurumlar alışanları hasta güvenliği uygulamalarına özendirmeli ve hasta güvenliği uygulamalarını denetlemelidir.

- Yöneticiler, alışanlar ve hastalar arasında açık iletişim sağlanmalı ve sürekliliği korunmalı: Sağlık ekibinin yeleri arasında ekip çalışması ve önemi vurgulanmalıdır. Birimler arası iletişimin yanında hizmet vericiler ile alıcılar arasındaki iletişimin de güçlendirilmesi gerekmektedir.

- Hasta güvenliğini tehdit eden durumlar belirlenmeli ve azaltılması için çalışanlara sorumluluklar verilmeli: Hasta güvenliğine yönelik tehlike arz eden durumlar belirlenmeli ve raporlanmalıdır. Ayrıca yapılan hataların korkusuzca raporlanmasının önemi vurgulanmalı, hizmet veren personel bu konuda cesaretlendirilmelidir.

- Hasta güvenliği için kaynak ayrılmalı: Hasta güvenliği için gerekli ekipmanın ve yeterli personel istihdamının sağlanması gerekir. Ayrıca yazılı dokümanın oluşturulması ve benzeri uygulamalara yönelik bir bütçe sağlanması gerekir.

- Eğitimlerin sürekliliği sağlanmalı: Oryantasyon, hizmet içi eğitim programları ve hasta güvenliğine yönelik uygulama eğitimlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır. Eğitim sonrası değerlendirmeler ile eksik kalan noktalar belirlenmeli, açıklar kapatılmalıdır.

Hasta güvenliğinin sağlanmasında yönetici hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Öncelikle hasta güvenliği kültürünü hemşirelerin benimsemesi ve meslektaşlarına önemini anlatması gerekmektedir. Mesleğe yeni başlayanlar için oryantasyon programları planlanarak bu konunun önemi vurgulanmalıdır. Ayrıca kurumlarda hasta güvenliğini ihlal etmeye yönelik riskler belirlenmeli ve azaltılması için ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları belirlenmelidir. Sorumlu hemşireler kurumla iş birliği yaparak kendilerine özgü hasta güvenliği kültürü formu geliştirebilir, kurumda hasta güvenliği kültürünü değerlendirebilirler. Ayrıca güvenlik raporlama sistemi ile hataların kayıt altına alınmasını ve bunlardan ders çıkarılmasını sağlayabilirler. Güvenlik raporlama sisteminde ana hedef sistemlerdir. Düzenlemeler bireyler üzerinden değil sistemler üzerinden yapılmaktadır. Böylelikle hemşireler cezalandırılma korkusu taşımadan yapılan hataları kayıt altına alabilirler ve gereken düzenlemeler bu doğrultuda yapılabilir.^{22,56} Güvenlik raporlama sistemleri²²;

- İlaç Güvenliği
- Transfüzyon Güvenliği
- Cerrahi Güvenlik
- Hasta Düşmeleri
- Kesici Delici Alet Yaralanmaları
- Kan ve Vücut Sıvıları ile Temas konularını içermelidir.

2.4. Türkiye’de Hasta Güvenliği Uygulamaları

Türkiye’de hasta güvenliği uygulamalarına yönelik 29 Nisan 2009 tarihinde 27214 Sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı tarafından bir tebliğ yayınlanmıştır. **Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve**

Esaslar Hakkında Tebliğ'de sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinin ve yaygınlaştırılmasının önemi vurgulanmıştır. Ayrıca hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanabilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi, geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması istenmiştir.⁵⁷

01.03.2011 tarihli ve 9489 sayılı onayı ile yürürlüğe giren **Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi**'nde konunun önemine binaen hasta ve çalışan güvenliği hususlarına geniş yer verilmiştir.⁵⁸

Güvenli cerrahi uygulama protokollerinin yaygınlaştırılması amacıyla DSÖ; **Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi İçin Uygulama Kılavuzu** yayınlanmıştır. Bu kılavuz ülkemizde tüm kurumlarının kullanımına sunmuştur.⁵⁹

Hizmet Kalite Standartları Rehberi hasta güvenliği için kimlik tanımlayıcıların kullanılması, ilaç güvenliği, düşme riski, mavi kod uygulaması, sözel orderların uygulanması, tedavi planı hakkında yapılması gereken uygulamaları ele almıştır. Ayrıca bu rehberde güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken önlemler, enfeksiyon riskinin azaltılması, bilgi güvenliği politikası, ilaç güvenliği politikası gibi hasta güvenliği önlemleri yer almaktadır.²²

2.5. Doğum Salonunda Hasta Güvenliği

Doğum hizmetleri sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir. Doğum hizmetlerinin doğru, güvenli ve eksiksiz biçimde sunulması için öncelikle doğum salonunun uygun koşullara sahip olması gerekir. Anne ve bebeğe en uygun ve en güvenilir bakımı verebilmek için

doğum salonlarının fiziksel şartları büyük önem taşımaktadır.⁶⁰ Kullanılacak ekipmanların da eksiksiz ve bakımlarının yapılmış olması önemlidir. Bu malzemeler uygun koşullarda muhafaza edilmeli ve kolay ulaşılabilir olmalıdırlar.⁶¹

Doğum salonları hasta güvenliği açısından ameliyathaneler kadar özen gerektiren alanlardır. Bu kapsamda doğum salonunun genel özellikleri değerlendirildiğinde kapıların kontrollü(sensörlü/fotoselli) ve tek yöne açılır olması önemlidir. Doğum sırasında kapılar kapalı tutulmalı, gereksiz giriş çıkışlar önlenmelidir. Böylelikle gereksiz giriş çıkışlar ve enfeksiyonlar önlenebilmektedir.⁸

Doğum salonlarında acil müdahale edilmesi gereken olayların gelişmesine karşı hazırlıklı olunmalıdır. Bebekte ve annede aniden gelişebilecek sağlık problemlerine yönelik yenidoğan resüsitasyonu ve acil çantası eksiksiz olarak hazır bulundurulmalıdır. Bunun için gerektiğinde kullanıma uygun, bakımları düzenli olarak yapılan oksijen destek sistemleri bulunmalıdır.^{41,62,63}

Doğum sürecinde acil gerekebilecek ekipmanlardan bazıları da vakum, forseps ve transport küvezidir. Transport küvezleri şarj edilebilir bataryaya sahip olmalıdır. İki tane O₂ tüpü ve bu tüplerin konulacağı bölümleri olmalıdır.⁴¹

Bebeğin güvenliğini sağlayabilmek için doğumun gerçekleştiği andan itibaren vakit kaybetmeden bebeğin ısıtıcıya alınması gerekir. Bazı durumlarda bebeklere ağız/burun aspirasyonu gerekebildiğinden aspiratör ve aspiratör sondası da hazır bulundurulmalıdır.^{41,64,65}

2.6. Doğum Salonunda Hasta Güvenliği Hedefleri

Doğum salonunda hasta güvenliğinin sağlanmasında Joint Commission International'in (JCI) hedefleri örnek alınarak yapılmalıdır. Bu hedefler doğrultusunda alınan önlemler sonucunda tıbbi hatalar önlenebilir. Ayrıca doğum sırasında olası risklerin azaltılması, anne ve yenidoğanın güvenliğinin sağlanması doğumda görev alan sağlık ekibi üyelerinin özellikle ebe ve hemşirelerin doğru uygulamaları ile mümkün olacaktır.^{36,64,65}

2.6.1. Hasta Kimliğinin Doğru Tanımlanması

Kimlik doğrulamanın temel amacı; doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak, özellikle isim benzerlikleri veya iş yoğunluğundan kaynaklanabilecek yanlış uygulamaların önüne geçmektir.⁵⁷ Kimlik doğrulama hataları teşhis ve tedavinin bütün aşamalarında rastladığımız hatalar arasındadır. Kimlik doğrulama sırasında hastalar sedatize edilmiş, oryantasyonu bozuk ya da tam olarak uyanık olmayabilir, hastane içinde yatağı, odası ya da yeri değişmiş olabilir, duyuları ile ilgili problemlere sahip olabilir ya da doğru kimliklendirmeye engel başka durumlar ortaya çıkabilir.⁶⁶ Kimlik doğrulama hataları; ilaç hatalarına, transfüzyon ve test hatalarına, yanlış uygulamalara ve bebeklerin yanlış ailelere verilmesi benzeri önemli sonuçlara neden olmaktadır.⁶⁷

Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) 2010 yılında yayınladığı bir çalışmada tanısal testlerin yapılması sırasında karşılaşılan hataları içeren bir rapora yer verilmiştir. Bu rapora göre çalışmanın 1. evresi "çalışma öncesi hazırlık evresi" olarak tanımlanmış ve bu aşamada yapılan hataların %15'ini kimlik doğrulama hatalarının oluşturduğu belirtilmiştir.³⁰ Ayrıca Gökdoğan ve Yorgun'un 2008 yılında hemşireler ile yaptıkları

çalışmada en sık görülen önlenabilir hatalar arasında hasta kimliğinin kontrol edilmemesi %9,6 olarak bulunmuştur.³² Çırpı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise meslek hataları arasında kimlik hatalarının % 6,1 ile ikinci sırada yer aldığı görülmüştür.⁶⁸

Kimlik doğrulama hatalarının yapıldığı alanlardan biri de doğum salonlarıdır. Özellikle bebeklerin karışması doğum salonunda sık karşılaşılan hatalardandır. Ayrıca doğum salonlarında tanı testlerine yönelik hatalarla da karşılaşılabilmektedir. Laboratuvar örneklerinin alındıktan sonra örnek kabı üzerine başka bir hastanın etiketinin yapıştırılması da bir kimlik doğrulama hatası olarak karşımıza çıkabilmektedir.³⁰

Doğum salonunda tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasında kimlik doğrulama önemlidir. Bunun için ilk adım gebeye mutlaka kimlik tanımlayıcı olarak kol bandı/kimlik bileziğinin takılmasıdır. Kol bandında protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerinden en az iki tanesi yer almalıdır. Çalışanlar tarafından kolaylıkla fark edilmesi açısından bazı bilgiler, örneğin; hastanın protokol numarası, daha büyük harflerle veya koyu renk yazılabilir. Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kol bandı kullanılmalıdır.^{41,57,68,69}

Hastanın tedavi ve bakım sürecinde tüm uygulamalardan önce kimlik kontrolü yapılmalıdır. Tetkikler için örnek alma ve etiketleme ile ilgili hataların önlenmesi için örnek kapları üzerindeki bilgilerin alınan kişiye ait olduğu doğrulanmalıdır. Bu hatalara yönelik teknolojik çözümler de mevcuttur. Hasta başında kol bandının taranması ile örnek barkot etiketlerinin alınabildiği, taşınabilir barkot yazıcıları ile hatalar azaltılabilmektedir.³⁰

İlaç uygulamalarından önce kimlik doğrulaması yapılarak yanlış hastaya yanlış ilaç uygulamasının önüne geçilebilmektedir. Kan ve

kan ürünlerinin transfüzyonundan önce de kimlik doğrulama işlemi yapılmalıdır.⁶³ Tanımlanan kol bantları doğrultusunda kan torbası üzerindeki etiket ve cross-matching ile ilgili belgelerin kontrol edilerek doğrulanması gereklidir.²²

Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kol bandı takılmalıdır. Anne ve bebeğin kol bantlarının seri numaralarının aynı olmasına dikkat edilmelidir. Bebeğin kol bandına; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası yazılmalıdır.^{22,41} Doğum salonunda aynı adı-soyadı taşıyan iki annenin varlığı durumunda, kimlik doğrulamada farklı bir kriter daha belirlenebilir. Bu durumda annelerden birinin kızlık soyadının kullanılması tercih edilebilir. Ayrıca anneden; bebeğin cinsiyetini doğrulaması da istenmelidir.

Anne ve bebeğin doğum sonu servise transferinden önce de mutlaka kimlik kontrolü yapılmalıdır. Kol bantları; hasta başka bir kliniğe nakil olduğunda, hastanın bir alerjisi tespit edildiğinde, kol bandı özelliğini yitirdiğinde değiştirilmelidir. Ancak kimlik doğrulaması yapılırken oda ve yatak numarası kullanılmamasına özen gösterilmelidir.^{68,70} Hasta kimliğinin doğrulanması konusunda; sağlık çalışanlarına, hastalara, hasta yakınlarına eğitim verilmelidir.²²

2.6.2. Doğru İletişimin Sağlanması

Sağlık hizmetinin sunumunda hasta ile ekip üyeleri doğrudan ya da dolaylı olarak iletişim kurmaktadır. Ancak hasta ile sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişim sürecinde ortaya çıkan birçok sorun mevcuttur. Bu sorunlara sağlık ekibi üyelerinin iletişime önem vermemesi ve

bilgilendirmeyi zaman kaybı olarak görmesi ve benzeri nedenler yol açabilmektedir. Ayrıca hasta/hasta yakınlarının sıkıntı, endişe, gerginlik, huzursuzluk veya korku duygusu taşıdıkları da düşünüldüğünde sağlık hizmeti veren kurumlarda iletişim daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle iletişime bağlı gelişen tıbbi hataların önlenbilmesinde sağlık ekibi üyelerine büyük sorumluluklar düşmektedir.^{71,72}

Tanrıkulu'nun 2010 yılında yaptığı bir araştırmada hemşirelerin şiddete maruz kalma nedenleri arasında hasta/hasta yakınlarıyla iletişim yetersizliği %11,9 olarak bulunmuştur.⁷³ Gökdoğan ve Yorgun'un 2008'de yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %4,8'i iletişim eksikliğine bağlı tıbbi hata yaptıklarını belirtmişlerdir. Yine bu araştırmaya katılan hemşirelerin %80,8'i hastanede gerçekleşen tıbbi hataların iletişimden kaynaklandığını belirtmişlerdir.³² Arda ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırmada ise doktorların %78,2'si, hemşirelerin ise %85,5'i hastalarla iletişim kurmada problem yaşadıklarını belirtmiştir.⁷⁴ Meurier ve arkadaşlarının (1997) 124 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin % 33'ünün uygulama sırasında hata yaptığı ve bu hataların % 27,9'unun iletişim sorunlarından kaynaklandığı saptanmıştır.⁷⁵

Bodur ve arkadaşlarının 2005 yılında bir kamu hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %56,3'ü, hekimlerin %53,2'si iletişim bozukluklarının tıbbi hatalara neden olduğunu belirtmiştir.⁷⁶ Saray'ın (2009) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %71,8'i, doktorların %76,6'sı hataların iletişim eksikliğinden kaynaklandığını düşünmektedir.⁷⁷

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda en çok sözel iletişime başvurulmaktadır. Aynı zamanda hatalara sık rastlanan iletişim türü de sözel iletişimdir.⁷⁸ Hastanelerde iletişim hemşire-hekim arasında sözel istem alma sürecinde hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır.²² Sözel istemler acil ya da telefonla yapılan istemlerdir.⁴²

Acil durumlarda ya da sterilizasyonun sağlanması gerektiğinde hekim istemleri sözel olarak verilebilmektedir.²² Böyle durumlarda sözel istem uygulama sürecindeki basamaklar izlenmelidir. Öncelikle istem, istemi alan kişi tarafından yazılmalıdır. Yazan kişi tarafından yazılı istem tekrar okunmalı, gerekirse verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmelidir. Son olarak istemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak yeniden onaylanmalıdır.⁴¹ Ayrıca 24 saat içerisinde hekimin servisten ayrılmadan önce istemi yazması istenmeli, hekim istemi yazmadan ayrılmış ise, hemşire notuna, ne yapıldığı, istemin kim tarafından, hangi iletişim yolu ile verildiği, nasıl uygulandığı, tarih ve saat belirtilerek yazılmalıdır.^{41,42}

Doğum hızlı ve ani gelişen bir süreç olduğundan hekimler yapılacak uygulamaları yazılı olarak iletemeyebilir ve sözel isteme başvurabilirler. Bu nedenle doğum salonunda hizmet veren ebe/hemşirelere ve doktorlara sözel istem uygulaması hakkında eğitimler verilmelidir. Ayrıca istem alma ile ilgili hataların en aza indirilmesi için, kurumlarda istem almaya yönelik politika ve prosedürler oluşturulmalıdır.⁴²

Sağlık ekibi içinde iletişim araçlarından birisi de yazılı iletişimdir. Kayıt tutma ve raporlama bilgi edinmek için kullanılan yazılı iletişim tekniklerindendir. Ancak bu raporların ve kayıtların etkin kullanılabilmesi için tam ve eksiksiz olması, bilgilerde bütünlük olması, kısa ve öz yazılması gerekmektedir.⁴²

Vardiya değişimlerinde veya hasta transferlerinde sözlü ve yazılı iletişim aynı anda kullanılmaktadır. Tedavi birimleri ve sağlık ekibi üyeleri arasında devir etme ve devir alma esnasında yaşanan iletişim boşlukları, bakımın devamlılığında ciddi aksamalara, uygun olmayan tedaviye ve hasta için potansiyel zarara sebep olabilmektedir.⁴⁰ Doğum salonlarında vardiya değişimi yapılırken sözlü ve yazılı iletişimin birlikte

sağlanması gerekir. Yeni gerçekleşmiş bir doğum söz konusu olduğunda anne ve bebeğe yapılan tüm uygulamalar nöbet değişimi sırasında gelen ekip üyelerine sözel olarak ifade edilmelidir. Ayrıca yapılan uygulamalar kayıt altına alınmış olmalıdır. Aksi takdirde aynı uygulamalar tekrarlanabilmektedir. Örneğin; bebeğe IM olarak K vitamini uygulaması yapılıp, bu uygulama kayıt altına alınmaz ise yeni gelen ekip aynı uygulamayı tekrarlayabilir. Bu da istenmeyen bir durumdur.

Anne ve bebeğin doğum sonu servise alınması sırasında da doğru ve eksiksiz iletişim gereklidir. Anne ve bebek ile ilgili gerekli tüm bilgiler, bir bakım verenden diğerine tam ve doğru olarak, standart bir iletişim tekniği kullanılarak profesyonelce devredilmelidir. Doğum salonunda yapılan uygulamalar doğum sonu serviste hizmet veren sağlık ekibi üyelerine eksiksiz biçimde sözlü ve yazılı olarak iletilmelidir.²²

Yapılacak uygulamaların hasta bireye ve yakınlarına uygun bir dille anlatılması yani bilgilendirme doğru iletişim için gereklidir. Hasta/hasta yakınlarını bilgilendirmek, yapılacak uygulamaları anlatmak bireylerin karmaşık duygularını azaltabilir. Bu şekilde hasta/hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanarak yaşadıkları stres azaltılabilir. Bu açıdan bakıldığında iletişim, klinik müdahalenin temel tekniklerinden biri olarak kabul edilebilir. Çünkü bilgi, iletişim teknikleri, sorun çözme yetkisi ve fiziksel inceleme, etkili ve doğru klinik müdahalenin dört ana parçasını oluşturmaktadır. Uygun iletişim teknikleri olmadan diğer bütün klinik çabalar boşa gidebilir.⁷⁹ Sağlık hizmetlerinin sunumunda birimler arası iletişim ve işbirliği son derece önemlidir. Doğum hizmetlerinin güvenli biçimde sunulması için gerektiğinde farklı birimlerden destek alınabilmektedir. Örneğin mekonyum aspirasyonu yaşanan bir doğumda bebeği bir yenidoğan uzmanının görmesi istenebilmektedir. Doğum sırasında acil sezaryen gerektiğinde ameliyathane birimi ile iletişime

geçmek gerekebilmektedir. Buna benzer pek çok olay yaşandığından birimler arasında etkili bir iletişim sağlanmalıdır.⁷⁹

Birimler arasında olduğu kadar ekibi oluşturan kişiler arasında da iyi bir iletişim olması gerekmektedir. Bunun için kurumlarda karşılıklı güvene dayanan, sorunsuz işleyen bir iletişim sistemi oluşturulmalıdır.⁸⁰ Sağlık bakımıyla ilgili programlar ve eğitimler düzenlenerek ekip içinde etkili bir iletişim kurulması sağlanmalıdır.⁷⁹

Hemşirenin hasta birey ve ailesine ulaşmasında en etkili araçlardan birisi iletişimdir. Bu nedenle hasta güvenliğinin temelinde etkili ve doğru iletişimin olduğu göz ardı edilmemelidir. Özellikle Hemşire iletişim bilgilerini hekim ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile paylaşarak, yasal ve ahlaki yönden hataları önlemeye çalışmalıdır.⁴²

2.6.3. Doğru İlaç Uygulamaları

İlaç hataları; tıbbi hatalar arasında yaygın olan ve hasta güvenliğini olumsuz etkileyen, önlenabilir hatalardır.^{5,81} İlaç uygulamaları; ilaç isteminden uygulama aşamasına kadar yüksek oranda hata yapma olasılığı taşıyan ve hastaya zarar verebilecek bazı uygulamaların yapılabileceği karmaşık bir süreci içermektedir.⁸¹ Lazarou'nun 1998 yılında yaptığı meta-analiz çalışmasında belirttiğine göre Dünya Sağlık Örgütü ilaç hatalarını; istenmeyen ilaç reaksiyonu olarak değerlendirmiştir. Ayrıca ilacın profilaksi ve tanı/tedavi amacıyla kullanımı sırasında zararlı, arzu edilmeyen etkisi olarak tanımlamıştır.⁸² American Society of Hospital Pharmacists (ASHP)'e göre ilaç hatası; hekimin hasta kayıtlarında belirttiği istemden farklı uygulama yapılması veya hastanenin standart prosedürlerinden sapma olarak tanımlanmıştır.⁸³

İlaç hatalarının önemi IOM (Tıp Enstitüsü) 'un 1999 yılında yayınladığı "Hata Yapmak İnsana Mahsustur: Daha Güvenli Bir Sistem Oluşturma" (To Error is Human: Building a Safer System) isimli rapor ile vurgulanmıştır. Bu raporda ilk on ölüm nedeni sıralamasında ilaç hatalarının 5. sırada yer aldığı görülmüştür. Yine bu raporda belirtilen 2 araştırmanın sonuçları son derece dikkat çekicidir. Bunlar Harvard ve Utah-Colarado araştırmalarıdır.⁷ Harvard Tıbbi Uygulama Çalışmaları ile 51 hastanede 30.000 hastanın kayıtları incelenerek yapılan çalışma sonucunda ilaç hatalarının %19,4 oranla ilk sırada yer aldığını belirtmiştir. Ayrıca ilaç hataları kendi içinde incelendiğinde istem/reçetelemede yapılan hatalar %39, uygulamada yapılan hatalar %38, dağıtım/hazırlamada yapılan hatalar %12, dökümantasyon hataları %10 olarak bulunmuştur.⁷ TTB'nin raporunda belirttiğine göre ilaç seçimi, yazımı (order/tabela) ve reçetelenmesi sırasında tıbbi hata görülme sıklığı her 1000 yatan hastada 3 ila 99 arasındadır.³⁰ Utah-Colarado araştırmaları Utah eyaletinden 5000, Colarado eyaletinden 10.000 olmak üzere 15.000 taburcu kaydı incelenerek yapılmıştır. Araştırma sonucunda hataların %19,4'ü ilaç hataları ve diğer hatalar olarak bulunmuştur.⁷

Kausal ve arkadaşlarının 2001'de yaptıkları çalışmada ise hastanelerde ilaç hata oranı %5,7 olarak bulunmuştur.⁸⁴ Gökdoğan ve Yorgun'un 2010 yılında hemşireler ile yaptığı çalışmada katılımcıların %24'ü ilaç uygulama hatası yaptıklarını belirtmişlerdir.³² Yine Çırpı ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmada hemşirelerin %61'i ilaç uygulama hatalarının, mesleki hataların başında geldiğini belirtmişlerdir.⁶⁸ Yapılan başka bir çalışmada doğum vakalarında oluşan ilaç hataları ile ileri yaşam desteği tedavisi gören vakalarda oluşan ilaç hataları değerlendirilmiştir. Doğum eylemi en az ilacın kullanıldığı işlemlerden biri olması nedeniyle doğum vakalarındaki ilaç hatalarının oranı %6,5 iken, bu

oran ileri yaşam desteği alan vakalarda %28 olarak tespit edilmiştir. Yani ilaç kullanımı arttıkça hata oranları da doğru orantılı olarak artmaktadır.⁸⁵

İlaç hatalarının nedenlerine bakıldığında en sık karşılaşılan nedenler aşağıda belirtilmiştir: ^{81,86}

- Hekimin el yazısının okunaklı olmaması,
- Kısaltmaların hatalı kullanılması,
- Benzer isimli ilaçların adlarının karıştırılması,
- Benzer paketleri olan ilaçların karıştırılması,
- Seyreltme yapılmadan ilacın konsantre olarak kullanılması,
- Uygulanacak dozun açıkça belirtilmemesi,
- Bilinen bir alerji olmasına rağmen ilacın uygulanması,
- Bilinen kontrendikasyona rağmen ilacın reçete edilmesi,
- İlacın birimler arası transferinde kullanılan bir standart olmaması,
- İlacın muhafaza edildiği çevre koşulları,
- İlacın uygulanmaması,
- Kimlik doğrulama yapılmaması,
- Yetersiz ve hatalı iletişim,
- Sağlık profesyonellerinin oryantasyonunun ve eğitiminin sağlanamaması.

Yukarıda belirtilen nedenler ilaç uygulama aşamaları başlığı altında ele alınmalı ve sistemli bir yaklaşım izlenmelidir. Çünkü ilaç uygulamalarında belirli bir süreç söz konusudur. Bu süreçteki hataların azaltılabilmesi için öncelikle süreci oluşturan aşamalar ele alınmalıdır. Sağlık kuruluşlarında ilaç kullanım aşamaları aşağıdaki gibi olmalıdır: ⁶¹

1. İlacın reçetelenmesi/ İstemin yazılması,
2. İlaç isteminin dökümantasyonu,
3. İlacın dağıtılması,
4. İlacın uygulanması,
5. İzleme ve kontrol.

Bu sistem klinisyenlerin ve idari çalışanların ilacı seçmesinden ve satın almasından sonra başlar, hekimlerin ilacı order etmesini, eczacının ilacı hazırlamasını ve ilgili yerlere dağıtımını ve hemşirelerin ilacı hastaya uygulamasını kapsar. Son adımda tüm sağlık profesyonellerinin, hasta/hasta yakınlarının ilacın hasta üzerindeki etkilerini izlemesi ile son bulur.⁸⁶

İlaç kullanım süreci içinde birçok farklı disiplin bir arada çalışmaktadır. Bu sistemin tanımlanmasında değinilmesi gereken önemli konulardan biri de sistem içinde yer alan disiplinlerdir. Klinisyenler, doktorlar, eczacılar ve hemşireler sistemin en etkili üyeleridir.⁸⁶ Buradan da anlaşılacağı gibi ilaç uygulama hataları farklı disiplinleri ilgilendiren bir süreçtir. Bu süreçte ilaç uygulamalarında hemşireler son noktada yer aldıkları için önemli bir role sahiptirler. TTB'nin 2010 yayınladığı raporda, hekimler, eczacılar ve diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan bütün ilaç hatalarından %86'sının hemşireler tarafından, hata gerçekleşmeden önce önlendiğini göstermiştir. Bu çalışma ile hemşirelerin ilaç uygulamalarında kilit bir role sahip olduğu görülmektedir.³⁰

Hemşirelerden kaynaklanan başlıca ilaç hata tiplerine bakıldığında; yasal olmayan isteme göre ilaç uygulama, hekim istemi olmadan ilaç uygulama, sözel istem verilmesi ve benzeri hatalara rastlanmaktadır. Ayrıca ilacın okunuş ve görünüş benzerliği nedeniyle hatalı uygulanması, ilaç dozunun yanlış hesaplanması veya ilaç

kutusunda bilgileri dikkat edilmemesi sonucu hatalı uygulanması ve ilaç uygulamasının unutulması da hemşire hataları arasında yer almaktadır.^{87,88}

Gökdoğan ve Yorgun'un 2008'de yaptıkları araştırmada hemşirelerin %24'ünün istem/ilaç hatası yaptıkları belirtilmiştir.³² Çırpı ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları araştırmada ise bir hastanenin kadın doğum ve çocuk servislerinde çalışan 278 hemşire ile yapılmıştır. Katılımcılara en çok karşılaştıkları mesleki hatalar sorulmuş ve ilaç hatalarının %47 oranla ilk sırada yer aldığı görülmüştür.⁶⁸ 2004 yılında 983 hemşire ile yapılan bir çalışmada da hemşirelerin %46,5'inin ilaç hatası yaptığı belirtilmiştir.⁸⁸ Yapılan çalışmalar göstermektedir ki hemşireler ilaç uygulamalarında kritik öneme sahiptir. Bu nedenle ilaç hatalarının önlenmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.

İlaç uygulama hatalarının azaltılmasında hemşirelere düşen sorumluluklar aşağıda belirtilmiştir: ^{12,41,81,86,89-92}

1. Yazılı prosedürler oluşturulmalı,
2. İlaç isimleri kısaltılarak yazılamamalı,
3. Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar ayrı raflarda saklanmalı,
4. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli dolaplarda bulundurulmalı,
5. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kullanıldığında devir teslim kayıtlarında hangi hastaya kaç tane kullanıldığı belirtilmeli,
6. Yapılan hatalar raporlanmalıdır,
7. İstemleri yazılı ya da elektronik ortam da alınmalı,
8. Sözel istemlerde sözel istem uygulama basamakları izlenmeli,
9. Hastayı ilaç ve uygulaması konusunda bilgilendirmeli,
10. İlaç dozu hesaplama becerilerini geliştirmeli,
11. İlaç uygulama hataları ile ilgili makaleleri yakından takip etmeli,

12. Diğer sağlık çalışanlarıyla ve hastalarla etkin iletişim kurmalı,
13. İstemi alırken çift kontrol yapmalı,
14. Hastanın hangi ilaçlara alerjisi olduğunu bilmeli,
15. İlaç uygulamalarında 8 ilkeye (yani doğru zaman, doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru yanıt ve doğru kayıt) dikkat etmeli,
16. Hekim isteminde bir hata gördüğünde hekimi uyarmalı,
17. Uygulayacağı ilacın etkilerini bilmeli, beklenmeyen bir etki oluştuğunda hekimi bilgilendirmeli,
18. İlaçların birbirleriyle olan etkileşimlerini bilmeli,
19. İlaçların uygun ortamda muhafaza edilmesini sağlamalı,
20. Uzun süreli kullanılacak flakonların üzerine açılma tarihi-saati ve hemşire adı kaydedilmeli,
21. İlaç uygulamalarına yönelik hizmet içi eğitimler planlanmalı ve katılım desteklenmeli,
22. Mesleğe yeni başlayanlar için oryantasyon programları düzenlenmelidir.

İlaç hatalarının önlenmesinde kurumlara da büyük iş düşmektedir. Kurumlar; başta hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık ekibi üyelerine uygun çalışma ortamı sağlamalıdır. Ayrıca kurumlar kendilerine özgü ilaç uygulama protokolleri oluşturmalı, istemlerin yazılı/elektronik ortamda verilmesini sağlayacak önlemler almalıdır. İlaç uygulama hatalarının istatistiği yapılmalı, sık görülenler ilaç uygulama hataları tespit edilerek nedenleri araştırılmalıdır. Kurumlar hekim ve hemşirelerin iş yoğunluğunu bilimsel verilerle belirlemeli, gerektiğinde yeterli istihdamı sağlamalıdır.^{81,89} Gln 2010 yılındaki çalışmasında aktardığına göre; ilaçların seçilmesi, satın alınması, saklanması, kayıt altına alınması, hazırlanması, dağıtılması, uygulanması ve sonuçların izlenmesi süreçleri kurum tarafından planlanmalı ve kontrol altında tutulmalıdır.²

2.6.4. Enfeksiyon Risklerinin Belirlenmesi Ve Azaltılması

Hasta güvenliği kavramı içerisinde sıkça rastlanan ve hastaları ciddi oranda etkileyen enfeksiyonlar, giderek artan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür enfeksiyonlar dünya çapında milyonlarca insanı etkilemekte ve bakımı zorlaştırmaktadır.⁹³ Sağlık hizmetine bağlı (nazokomiyal) enfeksiyonların üçte birinin önlenabilir olması konunun önemini daha da artırmaktadır.¹²

IOM (Tıp Enstitüsü) 'un 1999 yılında yayınladığı "Hata Yapmak İnsana Mahsustur: Daha Güvenli Bir Sistem Oluşturma" (To Error is Human: Building a Safer System) isimli raporda enfeksiyonların %13,6 oranla tıbbi hata nedenleri arasında ikinci sırada yer aldığı görülmektedir.⁷ Hastanelerde edinilen enfeksiyonlardan dünyada her yıl 1,4 milyondan fazla insanın zarar gördüğü tahmin edilmektedir. ABD'de 136 hastadan biri hastane enfeksiyonlarına bağlı olarak ciddi şekilde hastalanmaktadır. İngiltere'de her yıl 5000'den fazla ölüm doğrudan enfeksiyonlara bağlı olarak gelişmektedir.⁹³ Gelişmiş ülkelerde hastaların % 5-10'u bir veya daha fazla enfeksiyona maruz kalmakta ve % 15-40'ının bundan etkilenerek yoğun bakıma alındıkları düşünülmektedir.⁴⁰

Enfeksiyonların bulaşmasında etkili olan olaylardan birisi de el hijyenidir. Gökdoğan ve Yorgun'un (2010) çalışmasında hemşirelerin %4,8'inin el hijyenine uymadığı belirtilmiştir.³² Çırpı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada hemşirelere en sık karşılaştıkları mesleki hatalar sorulmuş ve hastane enfeksiyonlarına yönelik riskli uygulamaların %34,6 oranla ikinci sırada yer aldığı görülmüştür.⁶⁸

Enfeksiyonların neden olduğu morbitide ve mortalite oranları önemli derecede artmaktadır. Bu durum hastanın tedavi masraflarına ek maliyet getirmektedir.⁹⁴ Her yıl 2 milyondan fazla kişi bu enfeksiyonlar

nedeniyle tedavi görmekte ve bunların maliyeti 4,5 milyar doları bulmaktadır.⁹³

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde her gün 4384 çocuğun hastane enfeksiyonları nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmektedir. Bu da her saat bir uçak kazası olması anlamına gelmektedir. İlimli tahminler enfeksiyonların en az %9'unun sadece daha iyi el hijyeni uygulamaları ile önlenebileceğini öne sürmektedir.⁹³

WAFPS (Dünya Hasta Güvenliği Birliği) 2005-2006 yıllarında “Küresel Hasta Güvenliği Çağrısı” olarak “Temiz Bakım Güvenli Bakımdır” diyerek hastane enfeksiyonlarının önemini vurgulamıştır. Bu çağrı ile enfeksiyonların etkilerine yönelik farkındalığı arttırmak ve önlenmesine yönelik stratejiler geliştirmek amaçlanmaktadır.^{93,94} Bu çağrının ana unsurlarından biri de el hijyenidir. El hijyeni sağlık hizmeti ile ilişkili olan enfeksiyonların kontrolünde tek başına en etkili ve en önemli yöntemdir. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en kolay ve en ucuz uygulama; su ve sabunla gerekirse antiseptik solüsyonlarla ellerin yıkanmasıdır.²² Dünya Sağlık Örgütü’ne göre;⁹³

- 1- Hasta ile temastan önce,
 - 2- Aseptik işlemlerden önce,
 - 3- Vücut sıvıları ile temastan sonra,
 - 4- Hasta ile temastan sonra,
 - 5- Hasta çevresi ile temastan sonra
- el hijyeni uygulaması yapmak gerekmektedir.

El hijyenine yönelik olarak kurumlar kendi standartlarını oluşturmalıdır. Ayrıca her sağlık kurumunda enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır. Kurumlar enfeksiyon risklerini izlemeli, izlem

sonuçlarını çalışanlarla paylaşmalıdır. Ayrıca kurumlarda el hijyenine yönelik eğitimler planlanmalı, güncel bilgiler takip edilerek, uygulamaya yansıtılmalıdır.^{70,95}

Vücut sıvıları, mukoza veya bütünlüğü bozulmuş deri ile temas olasılığı olduğu için eylem sırasında eldiven giyilmelidir. Ancak kontamine vücut bölgesinden temiz vücut bölgesine geçerken eldivenler değiştirilmelidir.⁹³ Kontaminasyona karşı eldivenin tam olarak korumadığı unutulmamalı ve eldiven giymeden önce ve eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.²²

Doğum salonunda enfeksiyonların önlenmesinde de el hijyeni son derece önemlidir. Anneye bakım vermeden önce ve verdikten sonra ellerin dikkatlice yıkanması gerekir. Ellerin antibakteriyel bir sabunla yıkanmasına özellikle dikkat edilmelidir. Aynı durum elle kullanılan aletler için de söz konusudur. Ayrıca el hijyeni için kullanılacak ekipman ve kaynakların kolay ulaşılabilir olması gereklidir.^{22,41} Enfeksiyon risklerinin ortadan kaldırılmasında ve hasta güvenliğinin sağlanmasında güvenli sterilizasyon ve dezenfeksiyon uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır.¹² Doğum salonunda kullanılan steril malzeme ve aletlerin de uygun dekontaminasyon, sterilizasyon ve dezenfeksiyonu enfeksiyonların önlenmesi için son derece önemlidir. Öncelikle gebe doğum salonuna alınırken bulaşıcı hastalıklar yönünden değerlendirilmelidir. Doğumda kullanılacak steril malzemeler kontamine edilmeden işleme hazırlanmalıdır. Kullanım sonrasında bulaşıcı hastalık durumuna göre malzemeler yıkanmalı, uygun biçimde paketlenerek tekrar sterilizasyon için hazırlanmalıdır.⁴¹

Enfeksiyonların azaltılmasında kurumların düzenlemeleri kadar ebe/hemşire uygulamaları da önemlidir. Needleman ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı araştırmada, hastaya verilen hemşirelik

bakımının saatindeki azalmanın daha yüksek oranda enfeksiyon, gastrointestinal kanama, pnömoni ve kardiyak arreste neden olduğu ve bunlara bağlı ölümlerle daha yüksek ilişkili olduğu ortaya konmuştur.⁹⁶ Bu nedenle doğum salonunda enfeksiyon risklerinin yönetilmesinde, özellikle el hijyenine gereken özenin gösterilmesinde ebe/hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Doğum salonunda anne ve bebeğe ilk bakımlarını veren ebe ve hemşirelerdir. Kullanılan ekipmanın ve çevre koşullarının temiz olması da ebe ve hemşirelerin görevleri arasındadır. Bu nedenle ebe ve hemşireler çevre düzenlenmesi ve sterilizasyon işlemlerine yönelik iyi gözlem yapmalı, enfeksiyon risklerine yönelik önlemler almalıdır.¹²

2.6.5. Hasta Düşmelerinin Önlenmesi

Düşme, bir hastanın oturur-yatar- ayakta durur halden, istemeden, amaçsızca, zeminde bulunma durumuna geçişi olarak tarif edilir.⁹⁷ Hasta düşmelerine neden olan faktörlerin başında hastaların değerlendirilme eksikliği, iletişim eksikliği, çevrenin düzenlenmesi eksikliği ve benzeri nedenler sayılabilir.²² Ayrıca hastane ortamının yabancı olması, vücut aktivitelerinde değişimler, kas kuvvetinin azalması veya tedavi süreci düşme riskini arttıran nedenlerdendir.⁴² Atıcılar'nın aktardığına göre düşmenin en sık hasta odasında görüldüğü, transfer sırasında düşme oranının %37, sandalyede oturma sırasında %20 ve yürüme sırasında bu oranın %5 olduğu belirtilmektedir.⁴⁹ JCAHO (Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu) 1999-2005 yıllarında 3343 hastanede yapılan tıbbi hataları değerlendirmiş ve hastaların %5,2'sinin düşmelere maruz kaldığını belirtmiştir.³⁷ Leape ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıbbi hatalar arasında hasta düşmeleri %3 bulunmuştur.³¹ Yine Atıcılar'ın çalışmasında aktardığı akut bakım servislerinde yatan hastaların %40'ının

düşmekten etkilendiği ve hastaneye yatan her 1000 hastadan en az 3-6'sının düştüğü ifade edilmektedir.⁴⁹

Düşmelerin kaza ile ortaya çıkmasına nedeniyle hasta düşmelerinin önlenabilir tıbbi hatalar olduğu düşünülmektedir. Kazaların özellikle düşmelerin önlenmesi açısından düşme olayının hangi sıklıkla, nerede, ne zaman ve nasıl meydana geldiğinin saptanması gerekir.⁴²

Doğum salonlarında düşmelerin önlenmesi için öncelikle doğum salonuna yönelik düşme riski değerlendirmesi yapılmalıdır. Doğum salonunda düşme risk faktörlerinden biri doğum masasının yüksekliği ve konumudur. Gebe doğum masasına alınırken masanın yüksekliği gebenin fiziksel durumuna göre ayarlanmalıdır. Ayrıca gebe doğum masasına alındıktan sonra masa eylem için risk oluşturmayacak şekilde ve doğuma uygun bir pozisyona ayarlanmalıdır.²²

Doğum salonunda düşme riskinin görüldüğü durumlardan birisi de göbek kordonu kesilirken bebeğin uygun kavrama yoluyla tutulmadığı durumlardır. Bu nedenle ebe ve hemşireler bebeği düzgün biçimde kavramalı ve radyan ısıtıcıya almalıdır. Radyan ısıtıcıların kenarlıklarının olmayışı ya da açılması benzeri durumlar da bebek düşmelerine yol açabilmektedir. Ebe ve hemşireler bu konuda dikkatli olmalı, bebeği ısıtıcıya aldıktan sonra kenarlıkları kapatmalıdır.²²

Islak zeminler doğum salonunda düşmelere neden olan bir diğer nedendir. Gebe doğum masasına alındığı sırada, doğum anında bebeğin kavranması sırasında, bebek radyan ısıtıcıya alındığında zeminin kaygan olması düşmelere yol açabilmektedir. Bu nedenle doğum salonlarında zeminin ıslak ve kaygan olmamasına özen gösterilmelidir.²²

Doğum salonunda düşmelerin önlenmesi için alınabilecek önlemlerden biri de annenin doğum masasından kaldırılmasından önce masanın yüksekliğinin kontrol edilmesidir. Masa annenin rahatlıkla inebileceği bir seviyeye getirilmelidir. Anne ve bebeğin doğum sonu

servise taşınması sırasında da düşmeler meydana gelmektedir. Annenin transfer ve mobilitesini gerçekleştirmeden önce denge ve koordinasyonunun kontrol edilmesi gereklidir. Bu nedenle anne kalkmadan önce tansiyonu ölçülmelidir. Anne ve bebek transfer için hazır olduğunda anne tekerlekli sandalye ile bebekler küvöz ile doğum sonu servise taşınmalıdır. Ayrıca anne ve bebeğin taşınması sırasında bir ebe/hemşire ve yardımcı personel eşlik etmelidir.^{98,99}

2.6.6. Yenidoğanın İlk Bakım Güvenliğinin Sağlanması

Yenidoğan bebeğin bakımı doğumhaneden başlamaktadır. Günümüzde yenidoğan yaşam kalitesini arttırabilmek için özellikle doğum odasında altyapı, teknik donanım ve sağlık ekibine önem verilmesi gerekmektedir.¹⁰⁰

Neonatal dönem doğumdan sonraki ilk 28 günlük süreyi içermektedir. Bunun 7 günlük dönemi erken neonatal dönem, 7-28 günlük dönem geç neonatal dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde yaşanan bebek ölümleri neonatal bebek ölümleri olarak adlandırılmaktadır. Neonatal bebek ölüm oranları uluslararası kıyaslamalarda ülkelerin sağlık düzeylerinin belirlenmesi açısından kullanılan önemli bir göstergedir. Neonatal ölümler ilk 1 yıl içindeki ölümlerin %67'sini oluşturmaktadır.²⁸ Ulusal ve uluslararası tüm istatistiki verilere bakıldığında neonatal dönemde mortalite ve morbidite yaşamın daha sonraki evrelerine göre daha yüksek oranda görülmektedir.¹⁰⁰ Mortalite nedenlerine bakıldığında ise çoğunun enfeksiyonlara bağlı olarak geliştiği görülmektedir.²⁸

2008 TNSA verilerine göre neonatal dönemde meydana gelen ölümler bebek ölümlerinin yüzde 76'sını oluşturmaktadır. Erken neonatal ölümlerin toplam neonatal ölümler içindeki payının ise %88 olduğu görülmüştür.²⁷ TNSA verileri ile değerlendirilen bebek ve çocuk

ölümleri Binyıl Kalkınma Hedefleri arasında da yer almaktadır. Bu hedefler doğrultusunda 2015 yılına kadar bebek ve çocuk ölümlerinin üçte iki oranında azaltılması amaçlanmaktadır. Bu amacın; doğumun eğitimli bir sağlık personeli tarafından yapılması ile gerçekleştirilebileceği öngörülmektedir.²⁷ Yapılan araştırmalar göstermektedir ki doğum salonunda, yenidoğana verilecek ilk bakım çok önemlidir. Yenidoğana verilecek ilk hemşirelik bakımın aşamaları aşağıda verilmiştir^{41,101-105}:

1. Eller su ve sabunla yıkanmalı
2. Eldiven giyilmeli,
3. Radyan ısıtıcıyı ve aspiratörü kullanıma hazır hale getirme,
4. Anne ve bebeğe takılacak kol bantlarını ve tartıyı hazırlama,
5. Stampa, ayak izi kartı, K vitamini enjeksiyonu, gümüş nitrat solüsyonunun hazırlanması,
6. Bebeği kurutmak için kullanılacak temiz, kuru bir bez hazırlanmalı,
7. Isıtıcının ayarları kontrol edilerek bebek ısıtıcıya alınmalı,
8. Bebeğin göz, yüz, baş, ön ve arka, kollar, bacaklar silinerek, kurulanmalı,
9. Islanan bez yenisi ile değiştirilmeli,
10. Kurutma sırasında bebeğin solunum hızı ve genel durumu kontrol edilmeli,
11. Bebek sırtüstü pozisyona getirilmeli,
12. Bebeğin spontan solunumu varsa ventilasyon desteği yapılmamalı,
13. Bebeğin ağzı/burnu tıkalı olmadıkça aspire edilmemeli,
14. Mekonyum aspirasyonu, solunum güçlüğü olduğunda aspirasyon gerekebilir. Bu durumda aspirasyonun steril biçimde yapılmasına özen gösterilmeli,
15. Bebeğin durumu hakkında anneye bilgi verilmeli,
16. Bebeğin cinsiyeti anneye doğrultularak, cinsiyete uygun kol bandı takılmalı,

17. Bebeğe ve anneye takılan kol bantlarının uyumlu olmasına ve aynı seri numarasını taşımasına özen gösterilmeli,
18. Umbilikal kord klemplenmeli ve kesilmeli,
19. Umbilikal kordun kanamadığından emin olunmalı,
20. Gümüş nitrat damlatılmalı, K vitamini uygulanmalı,
21. Anne ve bebeğin ilk teması sağlanmalı,
22. Bebeğin ilk yarım saatte emzirilmesi sağlanmalı,
23. Bebeğe yapılan tüm uygulamalar kayıt altına alınmalıdır.

2.6.7. Annenin İlk Bakım Güvenliğinin Sağlanması

Çocuk sahibi olma, önemli bir yaşam olayıdır. Doğum sürecinde, kadın için doğum deneyiminin olumlu sonuçlanması için öncelikle anne ve bebek güvenliğinin sağlanması gerekmektedir.²³

Doğum sonu dönem kanama, enfeksiyon, hematoma benzeri sorunların sıklıkla görüldüğü bir dönemdir. Doğum sırasında ve sonrasında yapılacak hatalar bireylerin hayatına mal olabilmektedir. Bu dönemde verilecek hemşirelik bakımının komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması açısından önemlidir.¹⁰⁶ Tüm dünyada her yıl 287,000 kadın gebelik ve doğum nedeniyle hayatını kaybetmektedir.¹⁰⁷

Teknolojik gelişmelere ve obstetrik alanda ilerlemelere rağmen ülkemizde de anne ölümlerinin yüksek olduğu görülmektedir. 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na göre Türkiye'de anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 28,5'tir. Bu çalışmada anne ölümlerinin gerçekleştiği dönemler değerlendirilmiş ve ölümlerin %54,1'inin post-partum dönemde gerçekleştiği görülmüştür. Ayrıca bu ölümlerin %3,4'ünün doğumdan sonraki ilk 2 saat içerisinde gerçekleştiği görülmüştür. Yine bu çalışmada anne ölümlerinin nedenlerine bakılmış ve ölümlerin %15,7'sinin post-partum hemorajiden, %4,6'sının

enfeksiyonlardan kaynaklandığı belirtilmiştir.²⁶ Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayınladığı raporda anne ölümlerinin %60'ından fazlasının maternal dönemde gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu ölümlerin nedenleri arasında kanama (%25), zor doğum (%8) ve enfeksiyonların (%15) ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür.¹⁰⁸ Bu nedenlerin önlenabilir olması konunun önemini daha da arttırmaktadır. Doğum salonlarında bunlara yönelik önlemler alınarak anne güvenliğinin sağlanması için önemli adımlar atılabilir.¹⁰⁹

Hastanede kalış süresini ve verilecek klinik hizmetleri belirlemek üzere annenin risk tespiti yapılmalıdır. Özellikle ebe ve hemşireler annede hipertansiyon, diyabet, anemi, sistemik hastalıklar, Rh izoimmünizasyonu, gebelik yaşı ve benzeri durumları tespit edebilmeli, bunlara yönelik önlemler alınmasını, doğru müdahalelerin yapılmasını sağlamalıdır.^{20,104}

2001 yılında yayınlanan Barselona bildirgesinde anne haklarının önemi vurgulanmaktadır. Bu kapsamda anne hakları deklarasyonu başlığı altında; "Bütün kadınlar, gebelik ve doğumda uygulanabilecek teknolojik gelişmeler ve girişimlerle ilgili yeterli bilgi alma ve var olan en güvenli uygulamalara ulaşma hakkına sahiptir" denilmektedir.¹⁰⁶ Doğum eyleminde kadın, doğum ağrısına nasıl tepki vereceğini bilmediği, bebeğin ve kendisinin sağlığından endişelendiği için korku yaşayabilmektedir. Bu nedenle, doğum sırasında sağlık ekibi üyelerinin anneye açıklayıcı yaklaşımda bulunması, desteklemesi, doğum eylemine katılımını sağlaması anne ve sağlık ekibi üyeleri için eylemi kolaylaştırıcı olacaktır. Güvenli bir doğum için öncelikle anneye yapılacak uygulamalara yönelik bilgi verilmesi gerekmektedir.¹¹⁰

Doğum salonunda annenin genel durumu sürekli değerlendirilmeli ve yaşam bulguları takip edilmelidir. Kan basıncı ve nabız

ölçümü, enfeksiyon şüphesi olduğunda ateş ve solunum dahil olmak üzere 15 dakikada bir yaşam bulguları ölçülüp, değerlendirilmelidir.²⁰

Doğum salonunda anne ve yenidoğanın ilk bakımı sırasında bebeğin cinsiyeti ile uyumlu, numaralı kol bandı takılmasına özen gösterilmelidir. Bu uygulama ile bebeklerin karıştırılmasının önüne geçilmektedir.⁴¹

Emzirme, anne ve bebek için maliyeti düşük, sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici bir aktivitedir. Emzirmenin anne bebek arasındaki bağı arttırdığı ve anne sütü alan bebeklerde gelişimin daha iyi olduğu bilinmektedir.^{103,111} Barselona Bildirgesinde de emzirmenin önemine dikkat çekilmekte ve "Bütün kadınlar emzirmenin yararları ile ilgili bilgilendirilme ve doğumdan hemen sonra emzirmeye başlamak için özendirilme hakkına sahiptir" denilmektedir.¹⁰⁶ Bu nedenle doğum sonrasında mümkün olan en kısa sürede anne ve bebeğin ilk teması sağlanmalı ve anne emzirmeye özendirilmelidir.^{20,103}

Doğum sonrasında kanama ve uterus involüsyonu mutlaka takip edilmelidir. Ebe ve hemşireler doğum sonrası uterusun yerini ve büyüklüğünü değerlendirmeli, sert değilse hafif hareketlerle fundus masajı yapmalıdır. Uterusa yapılacak fazla basınç ve sert müdahalenin annenin şiddetli bir ağrı duymasına neden olacağı unutulmamalıdır. Ayrıca ebe ve hemşireler kanama artışına yönelik dikkatli olmalı, normalden sapmaları doktora bildirmelidir. Bunun yanında perine muayenesi yapılarak serviks, vajen, üretra ve çevresi, epizyotomi hattı, anal sfinkter kontrol edilmelidir. Ağrısı fazla olanlarda bu alanlar hematoma açısından değerlendirilmelidir. Son olarak annenin genel vücut hijyeni sağlanmalıdır.¹⁰³

2.7. Doğum Salonunda Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Ebe ve Hemşirenin Rolü

Gebelik kadın hayatının en önemli olaylarından biri olup, psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Kadınlar bu dönemde gebelik ve doğum ile ilgili birçok korku yaşamaktadırlar. Doğum esnasında yaşanacak ağrıya yönelik kaygı, hayatını ya da bebeğini kaybetme korkusu, doğumdan sonraki süreçte yaşanabilecek belirsizlikler ve benzeri bu korkular arasında sayılabilir.¹¹²

Annenin doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmada, laktasyonun erken başlaması ve devam etmesinde, anne bebek etkileşiminin sağlanmasında, iyileşme sürecinin hızlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde ve doğum sonu konforda anne ve bebeğe verilecek bakım çok önemlidir. Bu rolde ebe ve hemşireler anahtar kişilerdir.¹⁰²

Doğumun gerçekleştiği koşullar düşünüldüğünde fiziksel şartların yanında doğum salonunda hizmet veren sağlık ekibi üyeleri de büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan doğum salonunda hasta güvenliğinin sağlanmasında ebe ve hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Doğumun getirdiği riskler düşünüldüğünde anne ve bebeğin güvenli biçimde bakım alması ebe ve hemşirelik uygulamalarına bağlıdır. Bu aşamada doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin anne ve bebeğin durumunu değerlendirebilmesi, normalden sapmaları ayırt edebilmesi ve uygun bakımı eksiksiz biçimde verebilmesi gerekmektedir.^{20,29}

Doğum salonunda anne ve bebeğe güvenli bakım verilebilmesi için ebe ve hemşirelerin yapması gerekenler şöyle sıralanabilir: ^{20,29}

1. Doğum salonunun fiziksel koşullarını değerlendirmesi ve düzenlemesi,
2. Doğum salonu ekipmanlarına hakim olabilmesi, eksiksiz ve doğru şekilde kullanımını sağlayabilmesi,
3. Anne ve bebeğe yönelik risk tespiti yapabilmesi,
4. Doğum eylemini yönetebilmesi,
5. Postpartum kanamayı yönetebilmesi,
6. Enfeksiyon belirtilerine karşı dikkatli olması ve bu riske yönelik önlemler alabilmesi,
7. Düşme risklerine karşı önlemler alabilmesi,
8. Bebeklerin karışmasını önlemek, yanlış tedavi uygulamalarının önüne geçebilmek için kimlik uygulamalarına özen göstermesi,
9. Doğum öncesinde, esnasında ve sonrasında etkili iletişim yöntemleriyle anneyi rahatlatabilmesi,
10. Danışmanlık yapmak.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma doğum salonunda anne ve bebek güvenliğine yönelik yapılan ebe ve hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Ankara il sınırlarında bulunan 8 hastanenin doğum salonunda yapılmıştır. Veriler 6 Haziran-15 Ağustos 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin özellikleri tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler ve Özellikleri

	Numune Eğt. Arşt. H.	Atatürk Eğtm. Arşt. H.	Keçiören Eğt. Arşt. H.	Dr. Sami Ulus KDÇH.	Etlik Zübeyde Hanım KDÇH.	Dr. Zekai Tahir Burak KDÇH.	Gazi Üniv. H.	GATA
Günlük Ort. Doğum	2	3	6	12	40	40	3	5
Ebe/Hemşire Sayısı	10	13	14	20	37	48	13	24
Kontrollü Kapı	-	-	+	+	+	+	+	-
Ameliyathane- neye Yakın	-	-	+	+	+	+	+	+
Radyan Isıtıcı	+	+	+	+	+	+	+	+
Aspiratör	+	+	+	+	+	+	+	+
Oksijen Sistemi	+	+	+	+	+	+	+	+
Acil Çantası	+	+	+	+	+	+	+	+
Tekerlekli Sandalye	+	+	+	+	+	+	+	+
Küvöz	+	+	+	-	+	+	+	+

(‘+’ işareti belirtilen ekipmanın ve durumun var olduğunu, ‘-’ işareti belirtilen ekipman ve durumun olmadığını göstermektedir.) (KDÇH: Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim-Araşt. Hastanesi)

Tablo 3.1’de araştırmanın yapıldığı doğum salonlarının özellikleri verilmiştir. Tabloda doğum salonlarında çalışan ebe/hemşire sayıları ve günlük ortalama gerçekleşen doğum sayıları verilmiştir. Araştırmanın yapıldığı 8 doğum salonundan 5’inde kontrollü kapıların olduğu ve 6’sının ameliyathaneye yakın olduğu saptanmıştır. Yine doğum salonlarının tamamında radyan ısıtıcı, aspiratör, oksijen destek sistemi, acil çantası ve tekerlekli sandalye olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 8 doğum salonundan 1 tanesinde küvöz olmadığı saptanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; akredite olmamış, doğum salonu bulunan 8 devlet hastanesinde çalışan gönüllü ebe ve hemşireler oluşturmuştur. Çalışmaya toplam 179 ebe ve hemşire katılmıştır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin akredite olması ve diğer 4 hastanenin özel olması nedeniyle bu hastaneler çalışmaya alınmamıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde görevli 5 ebe ve hemşirenin çalışmaya katılmak istememiştir. Ayrıca Ankara Eğitim Araştırma Hastanesinde ön uygulama yapılması nedeniyle bu hastane de çalışmaya dahil edilmemiştir. Diğer 8 devlet hastanesinin doğum salonunda çalışan 179 ebe ve hemşireye ulaşılmaya çalışılmış, ancak gönüllülük esas alındığından 140 hemşire çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Bu sayı ile evrenin % 78’ine ulaşılabilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastanelerde çalışan ve ulaşılan ebe/hemşire sayısı tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerde Çalışan ve Ulaşılan Ebe/Hemşire Sayıları

Hastaneler	Örnekleme Alınan Ebe/Hemşire Sayısı	Ulaşılabilen Ebe/Hemşire Sayısı
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10	9
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	13	10
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	13	9
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	14	12
Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20	20
Gülhane Askeri Tıp Akademisi	24	23
Etlik-Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	37	29
Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağ. Eğitim ve Araştırma Hastanesi	48	28
TOPLAM	179	140

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veriler; araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş ve alanında uzman olan 4 akademisyenin (Prof. Dr. Kafiye Eroğlu, Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji, Doç. Dr. Aygül Akyüz, Doç. Dr. Ayten Şentürk Erenel) görüşü alınarak geliştirilmiş olan anket formu kullanılarak toplanmıştır;

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde doğum salonunun özelliklerini değerlendirmeye yönelik (günlük doğum sayısı, toplam ebe/hemşire sayısı, doğum salonunda bulunan ekipmanların özellikleri) sorular yer almaktadır. Bu bölümde 5 soru yer almaktadır ve bu sorular sadece sorumlu hemşirelere sorulmuştur.

Anket formunun ikinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik 7 soru yer almaktadır. Bu bölümde katılımcıların yaş, eğitim durumu ve mesleki özellikleri ile ilgili sorular sorulmuştur.

Anket formunun üçüncü bölümünde doğum salonunda hasta güvenliğine yönelik ebe ve hemşirelik uygulamaları dikkate alınarak 7 başlık altında 56 soru sorulmuştur. Bu bölümde kimlik doğrulama (6), iletişim (8), ilaç güvenliği (8), enfeksiyon (8), düşmeleri önleme (5), yenidoğanın ilk bakımı (12) ve annenin ilk bakımına (9) yönelik sorular yer almaktadır. **(Ek-1)**

3.4.2 Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılarak ve ebe/hemşirelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Her bir görüşme ortalama 10 dakika sürmüştür.

3.4.3 Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının ön uygulaması Ankara Eğitim Araştırma Hastanesinin doğum salonunda çalışan 9 ebe/hemşire ile görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucunda ebe/hemşirelerin yaş, çalışma pozisyonu ile ilgili sorularda değişiklik yapılmıştır. Bu hastane örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4.4 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulgular sayı ve yüzdelik dağılımla değerlendirilmiştir.

3.5 Araştırmanın Etik Yönü

Gönüllü onam formu ile katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır. **(Ek-2)** Araştırmanın yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığından ve GATA Etik Kurul'undan onay ve izinler alınmıştır. **(Ek-3 ve Ek-4)**

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Ankara il merkezinde bulunan üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin doğum salonlarında çalışan ebe ve hemşirelerle sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Ebe Ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

(n=140)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
27 ve altı	40	28.5
28-33	38	27.2
34-37	34	24.3
38 veya daha fazla	28	20.0
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	19	13.6
Önlisans	49	35.0
Lisans ve üzeri	72	51.4
Çalıştığı Pozisyon ve Meslek		
Servis sorumlusu	5	3.6
Hemşire	60	42.9
Ebe	75	53.5
Meslekte Çalışma Süresi		
1 yıldan az	8	5.7
1-5 yıl	39	27.9
5-10 yıl	16	11.4
10 yıldan fazla	77	55.0
Doğum Salonunda Çalışma Süresi		
3 yıldan az	71	50.7
3-6 yıl	42	30.0
6 yıldan fazla	27	19.3
Haftalık Çalışma Süresi		
40 saat	103	73.6
45 saat	29	20.7
48 saat ve üzeri	8	5.7
Çalıştıkları Vardiya		
Gündüz	43	30.7
Gece	1	0.7
Gündüz gece karma	96	68.6

Tablo 4.1’de ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri verilmektedir. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %27.2’si 28-33 yaş aralığındadır. Ebe ve hemşirelerin %51.4’ünün lisans ve lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin %42.9’u ebe, %53.5’i hemşiredir. Yine ebe ve hemşirelerin %55’inin 10 yıldan uzun süredir meslekte yer aldığı görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin doğum salonunda çalışma sürelerine bakıldığında 3 yıldan az çalışanların oranının %50.7 olduğu görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin % 73.6’sı haftada ortalama 40 saat çalışmakta ve % 68.6’sı hem gece hem de gündüz çalışan grupta yer almaktadır.

Tablo 4.2. Ebe Ve Hemşirelerin Kadınların Kimlik Doğrulamasına Yönelik Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

(n=140)

Uygulamalar	Sayı	%
Gebeyi doğumhaneye alınırken kimlik doğrulama		
Doğrulayan	136	97.1
Doğrulamayan	4	2.9
Protokol numarasını kontrol etme (n=136) *		
Kontrol Eden	99	72.8
Kontrol Etmeyen	37	27.8
Gebeyi doğumhaneye alırken kol bandı takma (n=137) **		
Takan	108	78.8
Takmayan	29	21.2
Kimlik doğrulama işlemlerinde *** ;		
-İsim		
Kullanan	54	38.6
Kullanmayan	86	61.4
-Soyisim		
Kullanan	47	33.6
Kullanmayan	93	66.4
-İsim ve Soyisim Birlikte Kullanma		
Kullanan	135	96.4
Kullanmayan	5	3.6
-Oda/Yatak Numarası		
Kullanan	48	34.3
Kullanmayan	92	65.7
Cerrahi uygulamalarda/kan ile ilgili işlemler öncesi kimlik doğrulama		
Doğrulayan	139	99.3
Doğrulamayan	1	0.7
Yapılan her bir uygulamayı kaydetme		
Kaydeden	140	100.0
Kaydetmeyen	-	-

(*) 4 katılımcı bu soruyu yanıtlamamıştır. (**) 3 katılımcı bu soruyu yanıtlamamıştır.

(***) Birden fazla seçenek işaretlenmiş ve yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2'de ebe ve hemşirelerin kimlik doğrulanmasına yönelik güvenlik uygulamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda ebe ve hemşirelerin %97.1'inin gebeyi doğum salonuna alırken kimlik doğrulaması yaptığı, %72.8'inin protokol numarasını kontrol ettiği görülmektedir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin %78.8'i gebeyi doğum salonuna

alırken kol bandı taktıklarını belirtmişlerdir. Yine ebe ve hemşirelerin %96.4'ü kimlik doğrulama yöntemi olarak isim ve soyisim kullandıklarını, %65.7'si oda/yatak numarası kullanmadıklarını belirtmektedir. Tabloda ebe ve hemşirelerin %99.3'ünün cerrahi/kan uygulamaların öncesinde kimlik sorguladığı ve tamamının kimlik doğrulanmasına ilişkin yaptıkları uygulamaları kaydettikleri görülmektedir.

Tablo 4.3. Ebe Ve Hemşirelerin İletişime Yönelik Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

(n=140)

Uygulamalar	Sayı	%
Eylemle ilgili gebenin bilgisini değerlendirme		
Değerlendiren	137	97.9
Değerlendirmeyen	3	2.1
Acil-steril uygulamalar dışında sözlü/telefonla talimat alma		
Alan	49	35.0
Almayan	91	65.0
Acil-steril uygulamalarda (n=136) *		
-Talimatı yazma		
Yazan	89	65.4
Yazmayan	47	34.6
- Talimatı tekrar okuma		
Okuyan	63	46.3
Okumayan	73	53.7
- Talimatı veren kişiye onaylatma		
Onaylatan	111	81.6
Onaylatmayan	25	18.4
Acil-steril uygulamalarda talimatları kaydetme (n=138) **		
Kaydeden	51	37.0
Kaydetmeyen	87	63.0
Diğer ekip üyeleri ile koordineli çalışma (n=139) ***		
Çalışan	134	96.4
Çalışmayan	5	3.6
Vardiya değişimlerinde hasta ile ilgili gerekli bilgileri nöbetçi ekibe aktarma		
Aktaran	139	99.3
Aktarmayan	1	0.7

(*) Birden fazla seçenek işaretlenmiş ve yüzdelere 'n' üzerinden alınmıştır ve 4 katılımcı bu soruyu yanıtlamamıştır. (**) 2 katılımcı bu soruyu yanıtlamamıştır. (***) 1 katılımcı bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 4.3'te ebe ve hemşirelerin iletişime y6nelik yaptıkları g6venlik uygulamalarının dağılımı verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin tamamına yakınının (%97,9), gebenin eylemle ilgili bilgisini değerlendirildiği g6r6lmektedir. Ebe ve hemşirelerin %65'i acil-steril uygulamalar dışında hekimden s6zl6 veya telefonla talimat almamaktadır. Ebe ve hemşirelerin %65,4'6 acil ve steril uygulamalarda s6zl6 veya telefonla talimat alırken talimatı yazdıklarını belirtmektedir. Talimatı tekrar okuyanların oranının %46,3, talimatı veren kişiye onaylatanların oranının ise %81,6 olduğu g6r6lmektedir. Ebe ve hemşirelerin %37'si acil-steril uygulamalarda talimatları kaydettiğini, %96,4'6 da ekip 6yeleri ile koordineli 6alıştığını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %99,3'6 vardiya değişimlerinde hasta ile ilgili gerekli bilgileri n6betçi ekibe aktarmaktadır.

Tablo 4.4. Ebe Ve Hemşirelerin İlaç Güvenliğine Yönelik Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı

(n=140)

Uygulamalar	Sayı	%
Kullanılan ilaçları isimlerine göre sınıflandırma		
Sınıflandıran	138	98.6
Sınıflandırmayan	2	1.4
İlaçları soğuk zincire uygun biçimde saklama		
Saklayan	140	100,0
Saklamayan	-	-
Enjektöre çekilen ilaçların adını yazma		
Yazan	134	95.7
Yazmayan	6	4.3
Enjektöre çekilen ilaçların açılma tarihini kaydetme		
Kaydeden	121	86.4
Kaydetmeyen	19	13.6
Enjektöre çekilen ilaçların açılma saatini kaydetme		
Kaydeden	96	68.6
Kaydetmeyen	44	31.4
Anneyi doğumhaneye alırken devamlı kullandığı ilaçları sorgulama*		
Sorgulayan	136	97.8
Sorgulamayan	3	2.2
Anneyi doğumhaneye alırken ilaç alerjisini sorgulama		
Sorgulayan	140	100.0
Sorgulamayan	-	-
8 doğru ilkeyi uygulama		
Uygulayan	140	100.0
Uygulamayan	-	-

*1 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 4.4’de ebe ve hemşirelerin ilaç guvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaları verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin %98.6’sı ilaçları isimlerine göre sınıflandırdığını, tamamı ilaçları soğuk zincire uygun olarak muhafaza ettiğini belirtmektedir. Ebe ve hemşirelerin %95.7’si enjektöre çekilen ilaçların adını yazdıklarını ifade etmektedir. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %86.4’ünün enjektöre çektikleri ilaçların açılma tarihini, %68.6’sının ise açılma saatini belirttikleri görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin %97.8’i gebeyi doğum salonuna alırken kullandığı ilaçları sorgulamaktadır. Ayrıca katılımcıların tamamı gebeyi doğumhaneye alırken ilaç alerjisini sorguladığını ve ilaç uygulamalarında 8 doğru ilkeye uyduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.5. Ebe Ve Hemşirelerin Enfeksiyon Risklerini Azaltmaya Yönelik Yaptıkları
Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı**

(n=140)

Uygulamalar	Sayı	%
Talimata uygun olarak ellerini yıkama		
Yıkayan	139	99.3
Yıkamayan	1	0.7
Personelin uygun biçimde el yıkamasını sağlama		
Sağlayan	82	58.6
Sağlamayan	58	41.4
Annenin kan tetkiklerini bulaşıcı hastalılar yönünden değerlendirme		
Değerlendiren	136	97.1
Değerlendirmeyen	4	2.9
Yaptığı uygulamalarda aseptik tekniklere uyma		
Uyan	140	100.0
Uymayan	-	-
Malzemeleri kullanmadan önce steril edilme tarihlerini kontrol etme		
Eden	140	100.0
Etmeyen	-	-
Kullanılacak steril malzemeyi uygun biçimde açma		
Açan	140	100.0
Açmayan	-	-
Malzemeleri uygun biçimde sterilizasyon işlemine gönderme		
Gönderen	140	100.0
Göndermeyen	-	-
Doğumdan önce perine bakımı verme		
Veren	128	91.4
Vermeyen	12	8.6

Tablo 4.5'te ebe ve hemşirelerin enfeksiyon risklerini azaltmaya yönelik yaptıkları güvenlik uygulamalarının dağılımı verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin %99.3'ü ellerini yıkadığını belirtmiştir. Ayrıca %58.6'sı görevli diğer personelin el yıkamasını sağladığını, %97.1'i kan tetkiklerini bulaşıcı hastalıklar yönünden kontrol ettiğini ifade etmiştir. Ebe ve hemşirelerin tamamı aseptik tekniklere uyduklarını, steril malzemeleri kullanmadan önce tarihlerini kontrol ettiklerini belirtmiştir. Yine ebe ve

hemşirelerin tamamı malzemeleri sterilizasyonu bozmadan açmakta ve kullanılan malzemeleri uygun şartlarda sterilizasyona göndermektedir. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %8.6'sı doğum öncesi anneye perine bakımı vermediğini belirtmiştir.

Tablo 4.6. Ebe Ve Hemşirelerin Düşmeleri Önlemeye Yönelik Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

(n=140)

Uygulamalar	Sayı	%
Doğum masasının yüksekliğini ayarlama		
Ayarlayan	140	100.0
Ayarlamayan	-	-
Annenin servise taşınması esnasında sedye/tekerlekli sandalye kullanma		
Kullanan	140	100.0
Kullanmayan	-	-
Anne ve bebeğin taşınmasına eşlik etme		
Eden	140	100.0
Etmeyen	-	-
Anne ve bebeği yalnız bırakmama		
Bırakan	12	8.6
Bırakmayan	128	91.4
Bebeğin taşınması esnasında küvöz kullanma		
Kullanan	82	58.6
Kullanmayan	58	41.4

Tablo 4.6’da ebe ve hemşirelerin düşmeleri önlemeye yönelik uygulamaları verilmiştir. Katılımcıların tamamı doğum masasını uygun yüksekliğe ayarlamakta, annenin doğum sonu servise taşınması için sedye/tekerlekli sandalye kullanmakta ve taşınmasına eşlik etmektedir. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %91.4’ü anne ve bebeği doğum salonunda yalnız bırakmadığını belirtmektedir. Katılımcıların %41.4’ü bebeğin taşınması sırasında küvöz kullanmadığını ifade etmektedir.

**Tablo 4.7 Ebe Ve Hemşirelerin Yenidoğanın İlk Bakımına Yönelik Yaptıkları
Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı**

(n=140)

Uygulamaları	Sayı	%
Bebeği uygun kavrama yoluyla tutma		
Tutan	134	95.7
Tutmayan	6	4.3
Bebeği doğar doğmaz radyan ısıtıcıya alma		
Alan	138	98.6
Almayan	2	1.4
Aspirasyon işleminde kullanılan sondanın steril olmasına özen gösterme		
Gösteren	140	100.0
Göstermeyen	-	-
Annenin bebeği görmesini sağlayarak cinsiyetini doğrulatma		
Doğrulatan	120	85.7
Doğrulatmayan	20	14.3
Bebeğin cinsiyetiyle uyumlu, numaralı kol bandı takma		
Takan	139	99.3
Takmayan	1	0.7
Bebeğin kol bandına annenin adını-soyadını yazma		
Yazan	138	98.6
Yazmayan	2	1.4
Bebeğin kol bandına doğum tarihini yazma		
Yazan	101	72.1
Yazmayan	39	27.9
Bebeğin göbek kordonunu kanama açısından değerlendirme		
Değerlendiren	137	97.9
Değerlendirmeyen	3	2.1
Doğum salonunda anne ve bebeğin ilk temasını sağlama		
Sağlayan	137	97.9
Sağlamayan	3	2.1

Bebeğin ilk yarım saat içinde emzirilmesini sağlama		
Sağlayan	135	96.4
Sağlamayan	5	3.6
Bebeğin ayak izinin alınmasını sağlama		
Sağlayan	139	99.3
Sağlamayan	1	0.7
Bebeğe yapılan uygulamaları kaydetme		
Kaydeden	140	100.0
Kaydetmeyen	-	-

Tablo 4.7’de ebe ve hemşirelerin yenidoğanın ilk bakımına yönelik uygulamalarına bakıldığında; %95.7’sinin bebeği uygun kavrama yoluyla tuttuğu, %98.6’sının bebeği vakit kaybetmeden radyan ısıtıcıya aldığı görülmektedir. Katılımcıların tamamı bebeği aspire ederken steril sonda kullandıklarını belirtmektedirler. Ebe ve hemşirelerin %85.7’si bebeğin cinsiyetini anneye doğrulatmakta, %99.3’ü bebek ve anneye uyumlu kol bandı takmaktadır. Ayrıca %98.6’sı kol bandına annenin adını ve soyadını, %72.1’i ise doğum tarihini yazmaktadır. Ebe ve hemşirelerin %97.9’u göbek kordonunu kanama açısından değerlendirdiğini ve anne ile bebeğin ilk temasını sağladığını ifade etmektedir. Yine ebe ve hemşirelerin %96.4’ü bebeğin ilk yarım saatte emzirilmesini sağlamakta ve tamamı yapılan tüm uygulamaları kayıt altına almaktadır.

Tablo 4.8. Ebe Ve Hemşirelerin Annenin İlk Bakımına Yönelik Yaptıkları Güvenlik Uygulamalarının Dağılımı

(n=140)

Uygulamalar	Sayı	%
Vital bulguları takip etme		
Eden	140	100.0
Etmeyen	-	-
Ağrı durumunu değerlendirme		
Değerlendiren	140	100.0
Değerlendirmeyen	-	-
Yorgunluk durumunu değerlendirme		
Değerlendiren	140	100.0
Değerlendirmeyen	-	-
Bebeğin kol bandı ile uyumlu, numaralı kol bandı takma		
Takan	137	97.9
Takmayan	3	2.1
Doğum öncesine ait kayıtlı bilgilere göre risk tespiti yapma		
Yapan	137	97.9
Yapmayan	3	2.1
Yapılacak müdahaleler hakkında bilgi verme		
Veren	139	99.3
Vermeyen	1	0.7
Kanama kontrolü yapma		
Yapan	130	92.9
Yapmayan	10	7.1
Uterus involüsyonunu takip etme		
Eden	124	88.6
Etmeyen	16	11.4
Vücut hijyenini sağlama		
Sağlayan	138	98.6
Sağlamayan	2	1.4

Tablo 4.8’de ebe ve hemşirelerin annenin ilk bakımına yönelik yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin tamamı annenin vital bulgularını takip etmektedir, ağrı ve yorgunluk durumunu değerlendirmektedir. Ebe ve hemşirelerin %97.9’u anneye bebek ile uyumlu, aynı numaraları taşıyan kol bandı takmakta ve risk tespiti yapmaktadır. Ayrıca %99.3’ü yapılacak müdahaleler hakkında gebeye bilgi verdiğini ifade etmektedir. Ebe ve hemşirelerin %92.9’u kanama kontrolü yapmaktadır. Yine ebe ve hemşirelerin %88.6’sı uterus involüsyonunu takip ettiğini, %98.6’sı annenin vücut hijyenini sağladığını belirtmektedir.

5. TARTIŞMA

Doğum salonunda anne ve bebek güvenliğinin sağlanmasında ebe ve hemşirelerin uygulamaları büyük önem taşımaktadır. Bunların başında kimlik doğrulaması gelmektedir. Doğum salonunda kimlik doğrulanmasında ebe ve hemşirelerin amacı, doğru hizmeti doğru anne ve bebekle eşleştirebilmektir.¹¹ Annenin doğum salonuna kabulünden, anne ve bebeğin doğum sonu servise taşınmasına kadar geçen sürede yapılan birçok uygulamadan ebe ve hemşireler sorumludur. Doğru anneye doğru ilacın uygulanması, doğru bebeğe doğru müdahalenin yapılması, bebeklerin karıştırılmaması ebe ve hemşire uygulamaları ile doğrudan ilişkilidir.^{11,113} Yaptığımız araştırmada ebe ve hemşirelerin %97,1'inin anneyi doğumhaneye alırken kimliğini sorguladığı, %72,8'inin kimlik doğrularken protokol numarasını kontrol ettiği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların 3/4'ü gebeyi doğum salonuna alırken kol bandı taktıklarını belirtmektedir (Tablo 4.2). Literatürde doğrudan doğum salonunda kimlik doğrulanmasına yönelik bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte benzer şekilde yapılan çalışmalar yer almaktadır. Filiz'in 2009 yılında Konya il merkezindeki kamu hastanelerinde yaptığı çalışmada hemşirelere, hasta için kimlik bileziği kullanımı sorulmuş ve %51,4'ünün bu uygulamayı yaptığı görülmüştür.¹¹⁴ İstanbul 'da ameliyathanelerde yapılan bir çalışmada kol bandı uygulamasının 21 hastanenin 10'unda yapıldığı tespit edilmiştir.¹¹⁵ Kol bandı kullanımı henüz istenilen düzeye ulaşmamış olsa da annelerin doğum salonuna kabulünden itibaren kol bandı takılması kimlik belirleme hatalarını engellemede yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kimlik doğrulanması sırasında hastanın isminin ve soyisminin kullanılması hataların önlenmesinde etkili olurken, sadece oda/yatak numarası kullanımının hatalara zemin oluşturduğu bilinmektedir.

Oda/yatak numarası gibi bilgiler bireye özgü olmayıp, değişkenlik gösterebileceğinden kimlik belirlemede kullanılmaması gerekmektedir.^{41,70} Yaptığımız araştırmada bir uygulama yapılırken isim ve soyisim kullananlar %96,4 iken oda/yatak numarası kullananlar %34,3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Öğün'ün 2008 yılında benzer şekilde ameliyathanede yaptığı çalışmada 21 hastanenin tümünde isim kullanıldığı, bu 21 hastanenin 6'sında yatak numarası kullanıldığı tespit edilmiştir.¹¹⁵ Çalışmamızda oda/yatak numarası kullanımı az gibi görünse de bu oran ciddi hatalara yol açabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle yapılacak uygulamalarda isim ve soyisim kullanımına dikkat edilerek hataların önüne geçilmesinin mümkün olabileceği söylenebilir.

Cerrahi ve kan ile ilgili uygulamalardan önce kimlik doğrulama uygulamasını değerlendirdiğimizde ebe ve hemşirelerin %99,3'ünün bu uygulamayı gerçekleştirdiğini belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yetginlioğlu'nun 2009 yılında Ankara ilinde 2 hastanede karşılaştırmalı olarak yaptığı çalışmada hastanelerden birinde katılımcıların %54,5'i, diğerinde %6,1'i kan ile ilgili işlemlerden önce kesinlikle kimlik sorgulaması yaptıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada hastanelerin birinde cerrahi işlemlerden önce kesinlikle kimlik kontrolü yapanlar %53,9, diğerinde %6,6 bulunmuştur.¹¹⁶ Gebeye yapılacak uygulamalardan önce kimlik kontrolü ileri aşamalarda yaşanacak problemlerin önüne geçilmesi için son derece önemlidir. Örneğin kan transfüzyonu ve ilaç uygulamalarından önce yapılacak kimlik kontrolü hataların önlenmesinde etkili olmaktadır. Yapılan birçok tıbbi hatanın kimlik kontrolünün ihmalinden kaynaklandığı göz önüne alındığında bu uygulama ile hataların azaltılabileceği düşünülmektedir.

Kimlik doğrulanmasına ilişkin hataların önlenmesinde önemli adımlardan biri de kayıt tutmaktır.³⁹ Doğum salonları hasta sirkülasyonunun hızlı olduğu alanlardandır. Bu nedenle yapılan uygulamaların kaydedilmesi hem hastayı gereksiz uygulamalardan uzak

tutacak, hem de maliyet kaybına ve iş yükü artışına engel olacaktır. Araştırma sonucumuza bakıldığında hemşire ve ebelerin tamamı kayıt tutma uygulamasını gerçekleştirmektedir (Tablo 4.2). Soysal ve arkadaşlarının 2005 yılında bir kamu hastanesinde yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %90,1'inin kayıt tutma uygulamasını yaptığı görülmektedir.⁷⁶ Ayrıca Öğün'ün 2008 yılında yaptığı çalışmada da araştırma kapsamındaki hastanelerin tamamında kayıt tutma uygulamasının eksiksiz yapıldığı görülmüştür.¹¹⁵ Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişim, sağlık kuruluşlarındaki hizmetin seyrini ve kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir.¹¹⁷ Doğum salonlarında etkili iletişimin kritik önem taşıdığı, anne ve bebeğin güvenliğinin sağlanabilmesi için etkili iletişimin gerekli olduğu bilinmektedir. Doğum salonunda iletişim işleyiş açısından büyük önem taşımaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, laboratuvar benzeri birimlerle sürekli etkileşimde olan doğum salonu personeli için iletişim etkili bir araçtır.⁴¹ Doğum salonunda etkin ekip çalışması birçok sorunun önlenmesini, küçük sorunların büyümeden çözülmesini sağlamaktadır.¹¹⁸ İletişim eksikliğine bağlı gelişen uygulama hatalarını düşündüğümüzde ise ebe ve hemşirelerin bu alandaki rolü daha da önem kazanmaktadır.⁷⁷ Anne ve bebek bakımıyla ilgili konularda ebe/hemşire ve doktor arasındaki iletişim gerek yapılan uygulamalarda gerek nöbet değişimlerinde önemlidir.¹¹⁹

Araştırmamızda iletişim uygulamalarına baktığımızda ebe ve hemşirelerin %97,9'u gebenin eylemle ilgili bilgilendirip bilgilendirilmediğini değerlendirmektedir (Tablo 4.3). Doğum normal bir süreç olmasına karşın gebeyi korkutan, karmaşık ve belirsiz bir süreçtir. Gebe doğum eylemi sırasında nelerle karşılaşacağını ve nasıl davranacağını bildiğinde bu süreci kolaylıkla atlatabilir.²¹ Bu aşamada ebe ve hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Gebenin etkin biçimde bilgilendirilmesi ile baş

etme tekniklerini geliştirmesi sağlanabilmektedir. Bu zorlu sreğle en iyi şekilde baş edilerek anne ve bebeğin güvenliği sağlanabilir.¹⁶ Gğmen'in 2004'te ameliyathane hemşireleriyle yaptığı ęalıřmada ise katılımcıların %70,4' bilgilendirmenin önemini vurgulamıştır.¹²⁰ Sonuçlarımız bu kapsamda değerlendirildiğinde literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hekim istemlerinin sözel ya da telefonla yapılmasına bağlı olarak hatalar meydana gelebilmektedir. Özellikle doğum salonları gibi işleyişin hızlı olduğu ve yazılı istem vermenin hemen mümkün olmadığı alanlarda sözel veya telefonla istemlere başvurulmaktadır.²² Doğum sürecinde hemşire ve ebelerin istemleri yerine getirirken, istemlerin klinik uygulamaya uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekir. Bu nedenle yeterince açık olmayan, sorun oluşturabilecek istemler, hekimin yazılı ağıklamasından/doğrulamasından sonra kayıt ve uygulamaya geğmelidir. Sakıncası görülen, anlaşılmayan istemler rapor edilmeli, sözlü veya telefonla alınan istemler ise ilk 24 saat içerisinde "sözlü ve telefonla hekim talimatları formu"na kaydedilerek istem yapan hekime imzalatılmalıdır.^{41,42} Yaptığımız araştırmada acil-steril bir uygulama söz konusu olmadığı durumlarda sözlü/telefonla talimat alanların oranı 1/3'tür (Tablo 4.3). Bu sonuç ebe ve hemşirelerin yaklaşık 1/3'ünün acil-steril uygulama söz konusu olmadığında sözlü talimat aldığını göstermektedir. Doğum salonunda ęalıřan ebe ve hemşirelerin acil durumlar dışında hekim istemlerini yazılı olarak alması, bu tip hataların önlenmesinde etkili olabilir.

Ebe ve hemşireler acil-steril uygulamalar sırasında istem alırken talimatı yazma, veren kişiye okuma ve onaylatma sürecini izlemelidir.⁴¹ Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %65,4' talimatı yazarken, %46,3' talimatı tekrar okumakta ve %81,6'sı talimatı veren kişiye onaylatmaktadır (Tablo 4.3). 2009 yılında Yetginlioğlu iki kamu hastanesinde karşılaştırmalı olarak yaptığı ęalıřmada verilen talimatlar ile

ilgili sürecin uygulanmasını karşılaştırmıştır. Hastanelerden birinde katılımcıların %48,5'i, diğerinde %31,5'i bu süreci uyguladıklarını belirtmiştir.¹¹⁶ Sonuçlar göstermektedir ki doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin talimat alırken dikkat etmeleri gereken süreç başarılı biçimde işlememekte ve çalışmamız Yetginlioğlu'nun çalışması ile paralellik göstermektedir.¹¹⁶

Acil-steril uygulamalar sırasında verilen sözel talimatların kayıt altına alınarak, 24 saat içerisinde istem yapan hekime imzalatılması gerekmektedir. Ebe ve hemşireler böyle bir uygulama sonrasında "sözlü ve telefonla hekim talimatları formu"na talimatı mutlaka yazıp, imzalatmalıdır.²² Yaptığımız çalışmada ebe ve hemşirelerin sadece %37'si talimatı hekim talimatları formuna kaydetmektedir (Tablo 4.3). Yine Yetginlioğlu'nun 2009'da yaptığı çalışmada hastanelerden birinde katılımcıların %41,8'i, ikinci hastanedeki katılımcıların %30,5'i talimatı kayıt altına aldığını belirtmiştir.¹¹⁶ Yaptığımız araştırma sonuçlarına bakıldığında alınan talimatların kaydedilmesi istediğimiz düzeyde değildir.

Doğum salonu içerisinde olduğu kadar doğum salonunun dışındaki birimlerle olan iletişim de son derece önemlidir. Doğum salonunda görevli sağlık ekibi ile diğer birimlerde görevli sağlık ekibi arasındaki iletişimin güçlü olduğu birimlerde işleyişin daha hızlı olacağı düşünülmektedir.²² Doğum salonu personeli yenidoğan yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, anestezi ünitesi, laboratuvar personeli ile sürekli iletişim halindedir. Anne ve bebeğin güvenliği için bu ekipler arasında koordinasyon olmalıdır.⁴¹ Araştırma sonuçlarına bakıldığında ebe ve hemşirelerin %96,4'ünün doğumhaneye ilişkili ekiplerle koordineli çalıştığı görülmektedir (Tablo 4.3). Öğün'ün 2008'de ameliyathanelerde yaptığı çalışmada araştırma kapsamındaki tüm ameliyathanelerde ekipler arası iletişimin iyi olduğu belirtilmiştir.¹¹⁵ Filiz'in 2009 yılında yaptığı çalışmada ise katılımcıların % 40'ı ekipler arasında iyi bir iletişimin olduğunu

söylemişlerdir.¹¹⁴ Araştırma sonuçlarımız ekipler arasındaki iletişimin istenilen düzeyde olduğunu göstermektedir.

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi, doğum salonunda hasta güvenliğine yönelik standartların oluşturulabilmesi için ekip içi iletişim büyük önem taşımaktadır. Tıbbi hataların önlenmesi, anne ve bebek için güvenlik önlemlerinin alınabilmesi de buna bağlıdır. Yapılan uygulamaların tekrarlanmasının önüne geçebilmek, sorun yaratabilecek durumlara karşı önlemler alabilmek için hasta ile ilgili bilgilerin hekime ve nöbetçi ekibe bildirilmesi gerekmektedir.^{33,54} İstenmeyen olayların önlenmesi ekipler arası iletişimin güçlü olmasına bağlıdır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında ebe ve hemşirelerin %99,3'ünün vardiya değişimlerinde gerekli bilgileri nöbetçi ekibe aktardığı görülmüştür (Tablo 4.3). Veriler göstermektedir ki doğum salonlarında çalışan ebe ve hemşireler tıbbi hataların önlenmesinde iletişim faktörüne yönelik uygulamalara dikkat etmektedir. Filiz'in 2009 yılında hasta ile doğrudan temasta olan tüm sağlık personeli ile yaptığı çalışmada, katılımcıların % 59'u nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgilerin çoğu zaman kaybedildiği belirtilmektedir.¹¹⁴ Tütüncü ve Küçükusta da 2008 yılında yaptıkları çalışmada vardiya değişimlerinde hasta güvenliği açısından bilgi paylaşımının önemine dikkat çekmişlerdir.¹²¹ Gerekli bilgilerin hekime ve nöbetçi ekibe aktarılmasına yönelik sonuçlarımızın olumlu olduğu söylenebilir.

Hemşirelik sorumlulukları içinde ilaç uygulamaları çok önemli bir yer tutmaktadır. İlaç uygulama sürecinde yapılacak hatalar, bireylere yanlış ilaç uygulanması ve ölüme varan kötü sonuçlara neden olabilmektedir. İlaç uygulama hataları hemşirelerin en sık karşılaştığı hatalardandır.⁸⁹ Bu nedenle doğum salonlarında çalışan ebe ve hemşirelere de ilaç uygulamaları sırasında büyük sorumluluklar düşmektedir. Yoğun bir işleyiş ve hızlı yapılması gereken müdahaleler

düşünüldüğünde ilaç uygulama hata olasılığı yüksektir. Anne ve bebeğe yapılacak doğru ilaç uygulamaları doğum salonunda hasta güvenliğinin sağlanması için büyük önem taşımaktadır.⁴¹ İlaçların ve ilaç kutularının etiketlenip sınıflandırılması yolu ile ilaçların karıştırılması sonucunda meydana gelebilecek hatalı uygulamaların engellenebileceği düşünülmektedir.⁷⁰ Doğum salonunda ilaç uygulamalarına bakıldığında ebe ve hemşirelerin %98,6'sının kullandıkları ilaçları isimlerine göre sınıflandırdığı görülmektedir (Tablo 4.4). Öğün'ün 2008'de ameliyathanelerde yaptığı hasta güvenliği çalışmasında araştırma kapsamındaki hastanelerin tamamında ilaçlar için özel bölmeler oluşturulduğu ve ilaçların etiketlendiği belirtilmektedir.¹¹⁵ Yetginlioğlu'nun 2009'da karşılaştırmalı olarak yaptığı çalışmada ise uygulama yapılan hastanelerin birinde katılımcıların % 76'sı, diğerinde %97'si yüksek riskli ilaçların etiketlenerek belirlendiğini söylemektedir. Yine aynı çalışmada birinci hastanede katılımcıların %90'ı ikincisinde %93'ü yüksek riskli ilaçların sınıflandırıldığını belirtmektedir.¹¹⁶ Araştırma sonuçlarımıza bakıldığında ilaçların sınıflandırılması konusunda kurumların ve ebe/hemşirelerin dikkatli davrandığı görülmektedir.

İlaçların sınıflandırılmasının yanı sıra uygun koşullarda muhafaza edilmesi de ilaç etkinliği için son derece önemlidir. Örneğin doğum salonlarında özellikle eylemin 3. evresinde doğum sonrası kanamayı azaltmak amacıyla kullanılan oksitosin (Simpitan) soğuk zincire uygun biçimde saklanmalıdır.²⁹ Yaptığımız çalışmada ebe ve hemşirelerin tamamının bu kurala uyduğu ve ilaçları soğuk zincire uygun biçimde muhafaza ettiği görülmektedir (Tablo 4.4). Sonuçlarımızın literatür doğrultusunda olumlu olduğu söylenebilir.

Doğum salonlarında ilaç güvenliğinin sağlanmasında kullanılan ilaçların kalanlarının tarih, saat ve ayrıca enjektöre çekildiyse adının belirtilerek saklanması kilit uygulamalardandır. Bu uygulama ile

kalan ilaçların kullanıma uygun olup olmadığı kolaylıkla değerlendirilebilir. İlaçlar yarı ömürleri göz önüne alınarak kullanılır ya da atılır. Böylece anne veya bebeğe yapılan ilaç uygulamalarında hatadan kaçınmak mümkün olabilir.^{22,41} Yaptığımız çalışmada doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin %95,7'si enjektöre çektikleri ilaçların adını, %86,4'ü ilaçların açılma tarihini ve %68,6'sı açılma saatini belirtmektedir (Tablo 4.4). Öğün'ün 2008 yılında yaptığı çalışmada araştırma kapsamındaki ameliyathanelerin % 90,5'inde enjektöre çekilen ilaçların etiketlendiği belirtilmektedir.¹¹⁵ Ancak etiketlerde ilaçların isimleri belirtilmesine karşın açılma tarihlerinin ve saatlerinin belirtilmediği saptanmıştır.⁴¹ Araştırma sonuçlarımıza bakıldığında enjektöre çekilen ilaçların isim ve tarihleri belirtilirken, saatlerinin belirtilmesine ilişkin uygulamaların yetersiz olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Doğum salonlarında çalışan ebe ve hemşireler ilaç etkileşimlerini ve sık kullanılan ilaçların yan etkilerini bilmelidir. Bu nedenle doğum salonuna alınan bir gebenin gerek kullandığı ilaçlar gerek alerji durumu sorgulanarak değerlendirme yapılmalı ve gereken önlemler alınmalıdır.²² Önceden gebenin var olan ilaç alerjisi bilindiğinde kullanılacak ilaçların alternatifleri tercih edilerek istenmeyen olayların önüne geçilebilir.²⁹ Yaptığımız çalışmada ebe ve hemşirelerin %97,8'inin anneyi doğumhaneye alırken kullandığı ilaçları sorguladığı, tamamının gebenin ilaç alerjisini sorguladığı görülmektedir (Tablo 4.4). Öğün'ün 2008'de ameliyathanede yaptığı çalışmada tüm hastanelerde hastaların alerji durumunun sorgulandığı görülmektedir.¹¹⁵ Bu uygulama ile ilaç güvenliğinin sağlanmasında önemli bir etkinlik oluşturulabilir.

Temel hemşirelik uygulamalarından biri olan ilaç uygulamalarında hataların önlenmesinde 8 doğru ilke büyük önem taşımaktadır. Doğum salonlarında çalışan ebe ve hemşireler de 8 doğru ilkeye uyarak anne ve bebeği hatalı ilaç uygulamalarından koruyabilirler.²² Yaptığımız çalışmada katılımcıların tamamının 8 doğru ilkeye uygun

olarak ilaç uygulaması yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu sonuç doğum salonunda ilaç güvenliğinin sağlanması açısından sevindiricidir.

DSÖ resmi internet sitesinde 2012 yılında yayınlanan bir çalışmada anne ölüm nedenleri 4 majör obstetrik komplikasyona bağlamış ve bunların içinde enfeksiyonların ikinci sırada yer aldığı belirtmiştir.¹⁰⁷ Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına ve Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına bakıldığında anne ve bebek ölümlerinin nedenleri arasında da enfeksiyonların yer aldığı görülmektedir.^{26,27} Doğum sırasında anne ve yenidoğana yapılan müdahaleler düşünüldüğünde enfeksiyon gelişmesi mümkün alanlardan birisi de doğum salonlarıdır. Anne ve bebeğin enfeksiyonlardan korunabilmesi ise burada çalışan sağlık personelinin özellikle anne ve bebeğe bakım veren ebe ve hemşirelerin sorumluluğundadır.^{26,32} Doğum salonlarının ameliyathaneler gibi özen ve dikkat gerektiren alanlar olduğu unutulmamalıdır. Epizyotomi ve doğum nedeni ile anne enfeksiyona yatkındır. Ayrıca yenidoğanın bağışıklık sistemi henüz zayıf olduğundan enfeksiyonlara karşı korunmalıdır. Bu nedenle doğum salonlarında enfeksiyonların önlenmesi için alınacak başlıca önlemlerden biri cerrahi el yıkamadır.^{20,29} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin enfeksiyon risklerini azaltmaya yönelik uygulamalarına baktığımızda %99,3'ünün el yıkamaya özen gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin %58,6'sının doğum salonunda çalışan diğer personelin el yıkamasına da özen gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Dıramalı ve arkadaşlarının 2002'de Türkiye'nin 7 bölgesinden pilot hastaneler seçerek ameliyathanelerin durumunu değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin %53,6'sı ellerini antiseptik solüsyonla yıkadığını, %45,7'si ise antiseptik sabun ve fırça ile ellerini yıkadıklarını belirtmişlerdir.⁶² Gökdoğan ve Yorgun'un 2010 yılındaki çalışmasına katılan hemşirelerin %4,8'i el hijyenine uymadıklarını belirtmişlerdir.³² Bizim sonucumuzda el yıkamanın yüksek olması enfeksiyon gelişiminin engellenmesi bakımından sevindiricidir.

Hastanede bulunmak bireylerin hastane enfeksiyonlarına yatkın hale gelmeleri için risk oluşturmaktadır. Ancak hastane enfeksiyonlarının bulaşmasını önlemek ve bulaşma zincirini kırmak mümkündür. Bunun için başvuranların bulaşıcı hastalıklar yönünden değerlendirilmesi öncelikli önlemlerdendir. Bu nedenle doğum salonuna kabul edilen annenin bulaşıcı hastalığının olup olmadığı değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.²⁹ Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında ebe ve hemşirelerin %97,1'inin annenin kan tetkiklerini bulaşıcı hastalıklar yönünden değerlendirdiği görülmektedir (Tablo 4.5). Bu sonuç bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyebilmek adına önemli bulunmuştur.

Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin asepsi kurallarına uyması ile hem canlı yüzeylerdeki (deri ve doku) hem de cisimlerdeki (cerrahi araçlar) mikroorganizma sayısı güvenli olarak azaltılabilir veya yok edilebilir.¹²² Ellerin yıkanması, eldiven giyilmesi, güvenli cerrahi alanın oluşturulması, sterilizasyonun sağlanması ve sürdürülmesi gibi önlemler anne ve bebeği enfeksiyon gelişme risklerine karşı koruyacaktır.²⁹ Araştırmamızın sonuçlarına baktığımızda ebe ve hemşirelerin tamamının aseptik tekniklere uydukları görülmektedir (Tablo 4.6). Göçmen 2004'te ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada asepsinin önemini vurgulamıştır.¹²⁰ Sonuçlarımızın literatür ile paralellik gösterdiği ve hemşirelerin tamamının asepsi tekniklerine uyduğu görülmüştür. Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için bu aşamada kullanılacak malzemelerin steril olarak açılması ve kullanım sonrasında uygun koşullarda sterilizasyona gönderilmesi gerekmektedir.⁶² Araştırmamızda sterilizasyona yönelik uygulamalara baktığımızda ebe ve hemşirelerin tamamının malzemelerin sterilizasyon tarihini kontrol ettiği ve steril malzemeleri uygun biçimde açtığı belirlenmiştir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin tamamı kullanılan malzemeleri sterilizasyona uygun biçimde

hazırlayıp gönderdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Göçmen'in 2004'teki çalışmasına katılan hemşirelerin tamamı cerrahi asepsiye uygun paket açtıklarını ve sterilizasyon kontrolü yaptıklarını belirtmişlerdir. Yine katılımcıların %93,5'i sterilizasyon için malzemelerin paketlemelerinin uygun biçimde yapıldığını belirtmişlerdir.¹²⁰ Öğün'ün 2008 yılında 21 ameliyathanede yapılan çalışmasında tüm ameliyathanelerde steril malzemelerin sterilizasyon tarihlerinin kontrol edildiği ve sterilizasyonun uygun biçimde yapıldığı görülmektedir.¹¹⁵ Araştırma sonuçlarımıza bakıldığında literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Ameliyat olacak hastanın cilt temizliğinin yapılması cerrahi alan enfeksiyonlarının azaltılmasında etkilidir. Doğum salonlarında da benzer şekilde doğum yapacak gebenin perine bölgesinin temizlenmesinin enfeksiyonları azaltacağı düşünülmektedir. Doğum sürecinin başlamasıyla annenin nişanesinin gelmesi, amniyon kesesinin yırtılması ve dilatasyon kanamasının artması perine bölgesinin hijyenini bozacağından bakım vermek gerekmektedir.^{120,123} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %91,4'ünün doğum öncesinde perine bakımı verdiği görülmektedir (Tablo 4.5). Bu sonuç doğum eylemi sürecinde gelişebilecek enfeksiyonların ve buna bağlı istenmeyen olayların önlenmesi açısından önemlidir.

Doğum salonlarında güvenli ortamın sağlanarak sürdürülmesi ile anne ve bebeği ikincil yaralanmalardan korumak ebe ve hemşirelerin en önemli yasal ve etik sorumluluklarından biridir. Yaptığımız araştırmada ebe ve hemşirelerin buna yönelik uygulamalarına bakıldığında tamamının doğum masasını anneye uygun yüksekliğe ayarladığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Cerrahi hastaların düşme nedenlerinden en çok karşılaşılan sorun hasta yatağının veya sedyenin ameliyat masasından yüksek olması ya da aynı düzeyde olmamasıdır.⁴⁹ Literatür doğrultusunda sonuçlarımızı değerlendirdiğimizde ebe ve hemşirelik uygulamaları ile doğum salonunda düşmelerin önlenileceği düşünülebilir.

Doğum sonu ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılmasını sağlamak amacıyla anne ile bebeğin tensel temasını sağlamak üzere bebek annenin kucağına verilmektedir.¹²³ Böyle durumlarda anne ve bebeğin doğum salonunda yalnız bırakılmaması önemlidir. Çünkü doğumun etkilerine bağlı olarak anne ve bebekte ani hayati değişimler meydana gelebilmektedir. Örneğin annede gelişebilecek hipotansiyon emzirme sırasında bebeğin düşmesine neden olabilir.²⁴ Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %91,4'ünün anne ve bebeği doğum salonunda yalnız bırakmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Katılımcıların büyük çoğunluğunun bu uygulamaya dikkat etmesi düşmelerin ve istenmeyen yaralanmaların önlenmesi açısından önemlidir.

Çevresel koşullar kadar doğum salonu ekipmanı da düşmelerin önlenmesinde son derece etkili ve önemlidir. Anne ve bebeğin güvenli biçimde doğum sonu servise alınabilmesi tekerlekli sandalye ve küvöz ile mümkün olabilmektedir.^{49,80} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin tamamı anneyi doğum sonu servise taşıırken sedye/tekerlekli sandalye kullanımına özen göstermektedir. Ancak katılımcıların sadece %58,6'sının bebeği taşıırken küvöz kullanımına dikkat ettiği belirlenmiştir. Bu oran düşme risklerinin azaltılması açısından son derece düşüktür. Bunun yanında katılımcıların tamamının anne ve bebeğin taşınması sırasında bir sağlık personelinin eşlik etmesini sağladığı belirlenmiştir. Sonuçlarımızın düşme risklerinin azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir (Tablo 4.6).

Yaptığımız çalışmada ebe ve hemşirelerin yenidoğana verdikleri ilk bakım uygulamaları değerlendirilmiştir. Ancak bu alanda ebe ve hemşirelerin uygulamalarına yönelik literatürün sınırlı olduğu saptanmıştır. Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %95,7'si düşmeleri önlemek adına yenidoğanı uygun kavrama yoluyla tutmaya özen göstediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Düşmelerin meydana getirebileceği istenmeyen sonuçlar düşünüldüğünde bebeğin uygun

kavrama yoluyla tutulmasıyla düşmelerin önlenebileceği düşünülebilir. 2008 yılında yapılan bir çalışmada 888,774 doğum olgusunda 14 kayıtlı travma vakasına rastlanmış, bunların 4'ünün doğum salonunda meydana geldiği görülmüştür.¹²⁴ Ayrıca Abike ve arkadaşları 2010 yılında bir ölçek oluşturarak yenidoğan düşme risklerini değerlendirmiş ve bu konuya dikkat çekmişlerdir.¹²⁵

Yenidoğanın termoregülasyonunun morbidite ve mortalitenin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle bebeğin vücut ısısının korunabilmesi için vakit kaybetmeden radyan ısıtıcıya alınması önemlidir.^{126,127} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %98,6'sının bebeği vakit kaybetmeden radyan ısıtıcıya aldığı görülmüştür (Tablo 4.7). Sonuçlarımız bebeğin vücut ısısının sağlanması ve düşmenin önlenmesi açısından olumludur.

Yenidoğan için yaşamsal önem taşıyan bir diğer işlem de aspirasyondur. Aspirasyon uygun koşul ve yöntemle yapılmadığında birçok komplikasyon meydana gelebilmektedir. Yenidoğanın sağlığını tehdit eden başlıca komplikasyon nazokomiyal enfeksiyonlardır. Nazokomiyal enfeksiyonları önlemek için aspirasyon sondalarının steril olması sağlanmalıdır.¹²⁸ Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin tamamının aspirasyonda kullandıkları sondaların steril olmasına dikkat ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Doğumhanede bebeklerin karışmasının önüne geçebilmek için yapılan uygulamalar değerlendirildiğinde anneye bebeğini göstererek cinsiyetini doğrulatan ebe ve hemşirelerin oranı %85,7 olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %99,3'ünün bebeğe, cinsiyetine uygun ve anneninki ile aynı numarayı taşıyan kol bandı taktığı görülmüştür (Tablo 4.7). Literatürde doğrudan doğum salonunda yenidoğanın ilk bakım uygulamalarının yer aldığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak benzer şekilde yapılan çalışmalar ışığında yenidoğan kol bandının önemi

vurgulanabilir. Öğün'ün 2008 yılında yaptığı çalışmada kol bandı takılmasının hasta kimliğinin karıştırılmasının önüne geçebileceğini vurgulamıştır.¹¹⁵ Tansüyer de 2011 yılında yaptığı çalışmada kol bandının hasta güvenliği açısından önemini vurgulamıştır.¹²⁹

Anne ve bebeğe aynı numaraları taşıyan bilekliklerin takılması bebeklerin karışmasının önüne geçebilmek için yeterli olmayabilir. Bu nedenle kol bantlarına bazı bilgilerin de yazılması gerekmektedir.^{41,57} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %98,6'sının bebeğe taktığı kol bandına annenin adını ve soyadını yazdığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %72,1'inin bebeğin doğum tarihini yazdığı belirlenmiştir (Tablo 4.7). Sağlık bakanlığı tarafından 2009 yılında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için yayınlanan tebliğde bu konunun önemi vurgulanmıştır. Bu tebliğ gereğince bebeğin kol bandında anne adı, soyadı ve bebeğin doğum tarihi bulunmalıdır.⁵⁷ Ayrıca bebeğin ayak izinin alınması da bebeklerin karışma vakalarını önlemek açısından etkili olabilir. Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %99,3'ünün bebeğin ayak izinin vakit kaybedilmeden doğum salonunda alınmasını sağladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.7). Literatürde bununla ilgili yapılmış bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Doğumda göbeğin bağlanması ve kesilmesi yenidoğan bebeklerdeki en eski ve en yaygın kullanılan tıbbi müdahaledir. Göbek bağının bağlanması doğumun 3. evresinin bir parçasıdır ve dünya genelinde göbek bağlama pratiği değişik olmakla birlikte, batılı ülkelerde doğumdan sonra göbek bağının hemen klemplenip kesilmesi yaygın olarak kabul gören uygulamadır. Ancak klempleme işlemi yapıldıktan sonra umbilikal kord kontrol edilerek kanama açısından değerlendirilmelidir.^{41,130} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %97,9'unun bebeğin umbilikal kord kanaması olup olmadığını değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bu sonuç yenidoğanın istenmeyen kan kayıplarından korunması adına sevindiricidir. Literatürde

bu konuya yönelik ebe ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili bilgiye ulaşılamamıştır.

Yapılan birçok araştırmada anne ve bebek arasındaki bağlanma ilişkisinin doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde başladığı vurgulanmaktadır. Bu nedenle doğumu izleyen ilk 45-60 dakikalık dönemde bebek uyanık ve alıcı durumda olduğundan anne ile teması oldukça önemlidir.^{131,132} Bu sürecin başarıyla tamamlanması bebeğin büyümesinde ve yaşamı boyunca gelişmesinde kritik önem taşımaktadır. Bu nedenle doğum salonunda bakım veren ebe ve hemşirelerin en önemli bakım işlevlerinden biri de anne ve bebek etkileşimini güçlendirmek olacaktır. Annenin bebeğini erken dönemde emzirmesi, bebeğine dokunması, kucaklaması, göz iletişiminde bulunması, konuşması, sevmesi, okşaması, öpmesi bebeği ile olan etkileşiminde en etkili davranış modelleridir. Hemşire ve ebeler uygun koşullarda ilk beslenmeyi doğum masasında başlatabilir. Doğum sonu erken dönemde bebeğin olabildiğince erken emzirilmesi ile anne ve bebek birlikteliği sağlanmış olacaktır.^{133,134} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin uygulamaları değerlendirildiğinde %97,9'unun doğum salonunda ilk temasın sağlanmasına özen gösterdiği, %96,4'ünün ilk yarım saat içinde emzirmeyi başlattığı belirlenmiştir (Tablo 4.7). Gölbaşı ve Koç'un 2008 yılında yaptığı çalışmada annelerin doğum sonrası bebekleri emzirme durumları değerlendirilmiş ve katılımcıların %42,2'sinin ilk 60 dakikada bebeklerini emzirdiği tespit edilmiştir.¹¹¹ Literatürde anne sütünün yeterli ve sürekli olmasını sağlamada en önemli faktörün, doğumu izleyen yarım saat içinde annelerin emzirmeye başlamaları olduğu vurgulanmaktadır.¹⁰² DSÖ'de doğumdan sonraki ilk 30-45 dakika içinde emzirmeye başlanmasını önermektedir.¹³⁵ Literatür doğrultusunda sonuçlarımız değerlendirildiğinde ilk temasın ve emzirmenin başlatılması açısından bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Bebeğe yapılan uygulamalar kadar kayıt tutulması da son derece önemlidir. Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin tamamının kayıt tutma uygulamasına özen gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.7). Kayıt tutma ile hataların önlenebileceği düşüncesinden yola çıkarak doğum salonunda hataların azaltılabileceği düşüncesindeyiz.¹¹⁶

Doğumdan hemen sonraki periyotta annenin hayati bulguları 15 dakikada bir kontrol edilmelidir. Meydana gelen kan kaybının nabız ve solunum hızını arttırması, kan basıncını düşürmesi nedeni ile hayati bulguların takibi önemlidir.¹⁰² Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin tamamı anneyi değerlendirirken vital bulgularını takip ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca gebeliğin 3. trimesterinde anksiyete daha fazla olmakta ve artmaktadır. Anksiyete uterusu hormon seviyesinin artmasında ve sonuçta obstetrik komplikasyonların sık görülmesine neden olmaktadır. Antenatal korkular doğum boyunca ağrıya ve sonrasında ağır duygulanım bozukluklarına neden olabilmektedir.¹³⁶ Bu nedenle anneye güvenli bir bakım verebilmek için ebe ve hemşirelerin dikkatli olması, gebeyi gerektiğinde bilgilendirmesi ve iyi bir değerlendirme yapması gerekmektedir.²⁰ Ayrıca katılımcıların tamamı annenin ağrı ve yorgunluk durumunu değerlendirmektedirler. Yine ebe ve hemşirelerin %99,3'ü anneyi yapılacak müdahalelere yönelik bilgilendirdiğini belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Kızılkaya'nın 1997 yılında yaptığı çalışmada doğum eyleminde hemşire ve ebelerin destekleyici davranışları değerlendirilmiştir. Doğumda hemşirelik destek ölçeğinin kullanıldığı çalışmaya katılan kadınların %33'ü doğumun her aşamasında bilgi verilmesini yararlı bulduğunu, %14'ü ise bu uygulamayı çok yararlı bulduğunu belirtmişlerdir.²³ Araştırma sonuçlarımız, annenin genel durumunun değerlendirilmesi ve eylemle baş edebilmesi açısından ebe ve hemşirelik uygulamalarının önemini destekler niteliktedir. Literatür bilgisi ile değerlendirilen sonuçlarımızın anne güvenliğinin sağlanması açısından istenilen düzeyde olduğu düşünülmektedir.

Bebeğin ilk bakımında bebeklerin karıştırılmaması için numaralı kol bandı takılmalıdır. Aynı kod numaralarını taşıyan bileklikler bebeğin cinsiyetine göre biri anneye biri bebeğe olacak şekilde takılmalıdır.^{22,41,63} Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %97,9'u bebeğin kol bandı ile uyumlu, numaralı kol bandı taktıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 4.8). Bu uygulama ile bebeklerin karışmasının önlenileceği düşünülmektedir.

Annenin doğum sonrasındaki bakımının daha güvenli ve etkin olabilmesi için doğum öncesindeki bilgilerinin gözden geçirilmesi gerekir. Hasta kayıtlarının risk yönetim araçları olarak kabul edildiği düşünüldüğünde annenin güvenliğini tehdit edecek bir durum söz konusu olduğunda önlem alabilmek adına bu uygulama önem kazanmaktadır.²⁰ Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %97,9'u annenin doğum öncesine ait kayıtlarına bakarak, risk tespiti yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Literatür bilgisi ile araştırma sonuçlarımız birbirini desteklemektedir. Erken dönemde yapılacak risk tespiti ile annede gelişebilecek istenmeyen olayların önlenileceği düşünülmektedir.

Doğum eyleminin 4. evresinde annenin iyi gözlemlenmesi önemlidir. Plesentanın ayrılmasından sonra uterusun kontraksiyonları değerlendirilmeli ve kanama kontrolü yapılmalıdır. Ayrıca doğumdan ve epizyotomi tamirinden sonra perine bölgesi temizlenerek, bacaklar ve kalça kurularak annenin vücut hijyeni sağlanmalıdır.¹⁰² Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin %88,6'sı uterus involüsyonunu takip ettiğini, %92,9'u ise kanama kontrolü yaptığını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %98,6'sı annenin vücut hijyenini sağladığını belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi ile bu uygulamaların önemi vurgulanmıştır.²⁰ Literatürde bu konuyla ilgili olarak doğrudan yapılmış bir çalışmaya ulaşılammıştır. Ancak yapılması

önerilen uygulamalar doğrultusunda değerlendirilen sonuçlarımız olumludur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin anne ve bebek güvenliğini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamaları belirlemek üzere yapılan araştırma sonuçları aşağıdaki gibidir:

- Anneyi doğum salonuna alırken kimlik sorgulayan ebe ve hemşirelerin oranı yüksek (%97,1) bulunurken, kimlik doğrulamada protokol numarası kullanan (%72,8) ve kol bandı takanların (%78,8) oranının beklenenin altında olduğu belirlenmiştir. Kimlik doğrulamada ebe ve hemşirelerin tamamına yakınının isim ve soyisim kullandığı, %34,3'ünün oda/yatak numarası kullandığı görülmüştür. Ebe ve hemşirelerin tamamının kayıt tuttuğu belirlenmiştir. (Tablo 4.2)
- Ebe ve hemşirelerin tamamına yakını gebeyi eylemle ilgili bilgilendirmektedir. Acil-steril uygulamalar dışında sözlü/telefonla talimat alanların oranı %35'tir. Acil-steril uygulamalarda talimatı yazanların oranı %65,4, tekrar okuyanların oranı %46,3, veren kişiye onaylatan %81,6 olarak bulunmuştur. Talimatları hekim talimatları formuna kaydedenlerin oranı ise %37'dir. Katılımcıların tamamına yakınının (%96,4) ekip içi ve ekipler arası koordine çalıştığı görülmektedir (Tablo 4.3).
- Katılımcıların tamamına yakını (%98,6) ilaçları uygun biçimde sınıflandırırken, tamamı ilaçları uygun koşullarda muhafaza etmektedir. Ebe ve hemşirelerin tamamına yakını kullandıkları ilaçların kalanlarını enjektöre çektikten sonra üzerine adını yazmaktadır. Ancak ilacın açılış tarihini (%86,4) ve saatini (%68,6) yazanların oranı istenilen düzeyde değildir. İlaç uygularken 8 doğru

ilkeye uyanlar katılımcıların tamamını oluştururken, tamamına yakını alerji durumunu sorgulamaktadır(Tablo 4.4).

- Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin tamamına yakını (%99,3) el yıkamaya özen gösterirken, yarıdan fazlası (%58,6) diğer personelin de el yıkamasını sağlamaktadır. Katılımcıların tamamı aseptiye ve sterilizasyon basamaklarına dikkat etmektedir. Doğumdan önce perine bakımı verenlerin oranı %91,4 bulunmuştur (Tablo 4.5).
- Ebe ve hemşirelerin tamamı doğum masasının yüksekliğini gebeye göre ayarlamaktadır. Katılımcıların %8,6'sının anne ve bebeği doğum salonunda yalnız bıraktığı görülmektedir. Anneyi doğum sonu servise taşıırken sedye/tekerlekli sandalye kullanım oranı yüksekken (%100), bebeğin taşınmasında küvöz kullanım oranı düşüktür (%58,6). Ayrıca ebe ve hemşirelerin tamamı anne ve bebeğin taşınmasına bir personelin eşlik etmesini sağlamaktadır (Tablo 4.6).
- Ebe ve hemşirelerin tamamına yakını (%95,7) bebeği uygun biçimde tutmakta ve radyan ısıtıcıya almakatadır(%98,6). Katılımcıların tamamı bebeğin aspirasyonunda sterilizasyona özen göstermektedir. Anneye bebeğinin cinsiyetini doğrulatanların oranı %85,7 bulunurken, tamamına yakınının (%99,3) uygun kol bandı taktığı belirlenmiştir. Kol bandına anne adı soyadı yazanların oranı %98,6, bebeğin doğum tarihini yazanların oranı %72,1'dir. Katılımcıların büyük kısmı ilk teması (%97,9) ve emzirmeyi (%96,4) başlatmaktadır. Ebe ve hemşirelerin tamamı kayıt işlemine özen göstermektedir (Tablo 4.7).
- Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin tamamı annenin vital bulgularını takip etmektedir. Katılımcıların tamamına yakını (%98)

uygun kol bandı takmakta ve annenin risk tespitini (%98) yapmaktadır. Ebe ve hemşirelerin tamamı annenin ağrı ve yorgunluğunu değerlendirmektedir. Katılımcıların tamamına yakını (%99,3) anneyi bilgilendirdiğini, kanama kontrolü yapmakta (%92,9) ve vücut hijyenini sağlamaktadır (%98,6). Uterus involüsyonunu takip edenlerin oranı %88,6'dır (Tablo 4.8).

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre;

- Hastanelerin alt yapılarına yönelik eksiklikler saptanmıştır. Bu nedenle öncelikli olarak hastanelerin eksikleri konusunda bilgilendirme yapılması ve bu hastaneler ile işbirliği yapılarak hatalı uygulamaların düzeltilmesi,
- 8 doğum salonundan 3'ünde kontrollü/fotoselli kapı bulunmadığı belirlenmiştir. Doğum salonlarında kontrollü/fotoselli kapılar bulundurulması,
- Kimlik belirleme için kol bandı kullanımı, kimlik doğrularken protokol numarası kullanımının sağlanması,
- Kimlik doğrulamada ebe ve hemşirelerin %34,3'sünün oda/yatak numarası kullandığı görülmüştür. Kimlik doğrulama işleminde isim soyisim kullanımının desteklenmesi, oda/yatak numarası kullanımının sakıncaları konusunda sağlık ekibinin eğitilmesi,
- Acil-steril uygulamalar dışında sözlü/telefonla talimat alanların oranı %35'dir. Talimatları hekim talimatları formuna kaydedenlerin oranı ise %37'dir. Acil-steril uygulamalar dışında sözlü/telefonla talimat alınmaması, alındığında talimatın hekim talimatları formuna kaydedilmesi,
- Acil-steril uygulamalarda talimatı yazmayanlar %34,6, tekrar okumayanlar %53,7, veren kişiye onaylatmayanlar %18,4 olarak bulunmuştur. Acil-steril uygulamalar sırasında verilen talimatların öncelikle yazılması, tekrar okunduktan sonra onaylatılması ve hekim talimatları formuna kaydedilmesi,

- Ebe ve hemşirelerin %13,6'sı ilacın açılış tarihini ve %31,4'ü açılış saatini yazmadığını belirtmektedir. Kullanılan ilaçların kalanlarını saklarken üzerine açılış tarih ve saatlerinin yazılması,
- Ebe ve hemşirelerin sadece %58,6'sı diğer personelin el yıkamasını sağlamaktadır. Doğum salonunda çalışan personelin el yıkamaya özendirilmesi,
- Katılımcıların %8,6'sı anne ve bebeği doğum salonunda yalnız bıraktığı görülmektedir. Doğumdan sonra anne ve bebeğin doğum salonunda yalnız bırakılmaması,
- Bebeğin doğum sonu servise taşınmasında küvöz kullanım oranı %58,6'dır. Bebeğin doğum sonu servise taşınırken küvözle taşınması,
- Anneye bebeğinin cinsiyetini doğrulatanların oranı %85,7'dir. Bebek doğduktan sonra cinsiyetinin anneye doğrulatilması,
- Bebeğin kol bandına doğum tarihini yazanların oranı %72,1'dir. Bebeğin kol bandına doğum tarihinin yazılması,
- Uterus involüsyonunu takip edenlerin oranı %88,6'dır. Annenin uterus involüsyonunun takip edilmesi,
- Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,

7. ÖZET

Ölümle sonuçlanan olayların nedenleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yapılan hataların yol açtığı ölüm oranlarının dikkat çekici boyutlarda olduğu görülmektedir. Tıbbi hataların artış göstermesi hasta güvenliğine yönelik çalışmaların yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Özellikle doğum gibi doğal olan aynı zamanda karmaşık süreçlerin işleyişindeki hatalar nedeniyle geri dönüşsüz sonuçlara yol açabilen durumlar düşünüldüğünde hasta güvenliği çalışmalarının önemi anlaşılmaktadır.

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin anne ve bebek güvenliğine yönelik uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Ankara il merkezinde bulunan 8 üniversite ve eğitim araştırma hastanesinin doğum salonlarında çalışan 179 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Evrenin %78'ini oluşturan 140 ebe ve hemşire örnekleme alınmıştır. Araştırmada veriler; Doğum salonunun genel özellikleri, sosyodemografik özellikler ve doğum salonu hasta güvenliği uygulamalarına yönelik soruları içeren anket formu ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Bulgular sayı ve yüzdelik dağılımla değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda 8 hastanenin doğum salonlarından 3'ünde kontrollü kapıların olmadığı, 1'inde küvöz olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %21,2'sinin anneyi doğum salonuna alırken kol bandı takmadığı, %34,3'ünün kimlik belirlemede oda/yatak numarası kullandığı, %63'ünün acil-steril uygulamalar sırasında verilen talimatları kayıt altına almadığı görülmüştür. Ayrıca ebe ve hemşirelerin %8,6'sının anne ve bebeği doğum salonunda yalnız bıraktığı,

%41,4'ünün bebek taşınırken küvöz kullanmadığı, %27,9'unun bebeğin kol bandına tarih yazmadığı ve %11,4'ünün uterus involüsyonunu takip etmediği belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre doğum salonlarında anne ve bebek güvenliğinin sağlanmasına yönelik hedeflerin çoğunun gerçekleştirildiği ancak uygulamadaki eksiklerin azımsanmayacak ölçüde hasta güvenliğini tehdit ettiği belirlenmiştir. Kurumların, doğum salonlarında hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları değerlendirip, aksaklıkları gidermeleri önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, Doğum Salonu, Anne, Bebek, Hemşire, Ebe

8. SUMMARY

When the causes of the events that have resulted in death are examined, it is seen that the rates of the deaths that are caused by the mistakes made during the provision of the health services are noticeable. The increase in the medical mistakes made it obligatory to carry out the services for the patient security. When the situations that may lead to irreversible results due to the mistakes in the running of the processes especially such as birth that is natural and at the same time complex, the importance of the services of patient security in the delivery room is understood.

In this study done as descriptive, the applications of the midwives and nurses for the safety of mother and baby in the delivery room have been evaluated.

The population of the research is constituted by 8 universities in the centre of Ankara and 179 midwives and nurses working in the delivery rooms of the training research hospitals. 140 midwives and nurses who constitute %78 of the population were taken to the sampling. The data was collected with the questionnaire form that includes the questions regarding the general features of the delivery room, sociodemographic attributes and delivery room patient safety applications. The findings were evaluated with the percentage distribution.

As a result of the research, it has been determined that there are no controlled gates in 3 hospitals, there is no incubator in 1 hospital out of 8. It has been seen that %21,2 of the midwives and nurses participating in the research don't fix arm band while they are taking the mother to the delivery room, %34,3 of them use room / bed number in the determination of the identity, %63 of them don't register the given instructions during the emergency- sterile applications. Also, it has been determined that %8,6 of the midwives and nurses leave the mother and

baby alone in the delivery room, %41,4 of them don' t use the incubator while carrying the baby, %27,9 of them don't write date on the arm band of the baby and %11,4 of them don't follow the uterus involution.

According to the results of the research, it has been determined that most of the targets for enabling baby and mother safety in the delivery rooms are achieved, however due to the deficiencies in the application is threatening the patient security in the extent that cannot be underestimated. The institutions are suggested to evaluate the relevant applications regarding patient security in the delivery rooms and resolve the deficiencies.

Key Words: Patient Safety, Delivery Room, Mother, Baby, Nurse, Midwife

9. KAYNAKLAR

1. Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2007.
2. Gül İ. Kalite Yönetim Sistem Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2010.
3. Beyin Sinir Cerrahisi Derneği. Hasta Güvenliği ve Hasta Hakları (online) (cited 2012 July 20). Available from : URL : <http://beyinsinircerrahisidernegi.org/pdf/bulten-12.pdf> .
4. World Health Organization (WHO). Call for more researche on patient safety (online) (cited 2012 July 18). Available from : URL : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/> .
5. Özata M., Aslan H., et al. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı içinde. Kırılmaz H, editörler. II. Uluslar arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 1. 1. Basım. Ankara: Baydan Ofset;2010. s. 377-388.
6. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.

7. Linda T. Kohn, Janet M., et al. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors. To Error is Human: Building a Safer System. A report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine; Washington DC: National Academy Press;2000.
8. Won J., Beglaryan H., et al. Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research (online). (cited 2012 August 5). Available from : URL : http://www.caphc.org/documents_programs/patient_safety/patient_safety_2004.pdf .
9. Jeffrey M., Rothscild M.D., Frank A., et al. Analysis of medication-related malpractice claims, ARCH INTERN MED, 2002; 162:2414-2420.
10. Allgemeiner Patient-Verband e.v. (online). (cited 2012 August 10). Available from : URL : <http://www.patienten-verband.de/> .
11. Yıldırım Ö. Akreditasyon ve Hasta Güvenliği. SB Diyalog Dergisi, 2005; 2 (15): 34-38.
12. Güven R. Dezenfeksiyon Ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 2007: s.411-422.
13. Hasta Hakları Yönetmeliği Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998; Sayı: 23420(online). (cited 2012 March 3). Available from : URL : <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-15943/h/hastahaklariyonetmeligi.pdf> .

14. ICN- Patient Safety-World Health Professions Alliance Fact Sheet (online). (2012 August 14). Available from : URL : http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20b_FS-Patient_Safety.pdf .
15. Savcı C., Kaya H., Acaroğlu R., Kaya R., Bilir A., Kahraman H., Gökerler N., et al. Nöroloji Ve Nöroşirürji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski Ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; Cilt:2, Sayı:3 s. 19-25.
16. Hakverdioğlu G.Y. Hasta Güvenliği Kültürü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi: 2011: 27 (1); s. 77-82.
17. Gökteş S. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2007.
18. Pınar G., Doğan N., Algier L., Kaya N., Çakmak F., et al. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2009; Cilt/Vol 36, No 3, 184-190.
19. Şen S., Er S., Sevil Ü., et al. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı içinde. Kırılmaz H, editörler. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Basım. Ankara: Turunç Matbaacılık;2009. s. 24-33.
20. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık;2009.

21. Sayiner D., Özerdoğan N., et al. Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; Cilt:2,Sayı:3 143-148.
22. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Hizmet Kalite Standartları. Pozitif Matbaa: Antalya; 2011.
23. Kızılkaya N. Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri. Perinatoloji Dergisi 1997; Cilt:5, Sayı: 3-4: s. 113-116.
24. Ertem G., Sevil Ü., et al. Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; Cilt: 8, Sayı: 2; s. 117-123.
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
26. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2005.
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

- 28.** Pakiş I., Koç S., et al. Perinatal ve Neonatal Dönem Bebek Ölümleeri (online). (cited 2012 April 22). Available from : URL : http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik_2009_22/09.pdf .
- 29.** T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi Katılımcı Rehberi. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık; 2007.
- 30.** Türk Tabipler Birliğı. Tanısal Testler ve Hasta Güvenliğı.Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları-Hasta Güvenliğı: Türkiye ve Dünya içinde. Ankara: Türk Tabipler Birliğı Yayınları; 2010. s. 48-54.
- 31.** Leape L.L., Brennan T.A., Laird N., Lawthers A.G., Localio A.R., Barnes B.A., et al.The Nature Of Adverse Events İn Hospitalized Patients. Results Of The Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84.
- 32.** Gökdoğan F., Yorgun S., Yapıcı M., Yıldırım Y., Özdenler S., Mısırlıoğlu N., Şentürk E., et al. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliğı Ve Hemşireler, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı içinde. Kırılmaz H, editörler. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Basım. Ankara: Turunç Matbaacılık;2009. s. 95-104.
- 33.** Schoen C., Osborn R., Huynh P.T., Doty M., Zapert K., et al. Health Affairs (online). 2005 (cited 2012 March 16). Available from:URL: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/11/04/hlthaff.w5.509.citation> .

- 34.** National Patient Safety Foundation. Patient Safety (online) (cited 2012 August 15). Available from : URL : <http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/resource-center/definitions-and-hot-topics/patient-safety-dictionary-n-z/> .
- 35.** AHRQ PSNet Patient Safety Network. Patient safety (online) (cited 2012 August 15). Available from : URL : <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx?indexLetter=P> .
- 36.** NPSG (National Patient Safety Goals)- Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri (online) (cited 2012 February 15). Available from : URL : http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
- 37.** Joint Commission International. Sentinel Event Statistics. (online) (cited 2012 August 13). Available from : URL : http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx .
- 38.** Phillips J., Beam S., Brinker A., Holquist C., Honig P., Lee L.Y., Pamer J., et al. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. Am J Health Syst Pharm 2001;58:1835-41.
- 39.** Aspden P., Wolcott J.A., Bootman J.L., Cronenwett L.R., et al. Institute of Medicine Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Preventing Medication Errors. Washington DC: National Academy Press; 2007.
- 40.** World Health Organization (WHO). Launch of nine patient safety solutions. Washington DC; 2007.

41. Çinal A., Demir M., editörler. Hastane Hizmet Kalite Standartları. Ankara: Pozitif Matbaa; 2011.
42. Aştı T., Acaroğlu R., et al. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Tıbbi Uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4 (2): s.22-27.
43. Yoder-Wise P. Leading and Managing in Nursing. Third Edition, Mosby, St. Louis Missouri, 2003, p: 176-187.
44. Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. AHRQ Research in Action, Issue:14 (online) (cited 2012 August 15). Available from : URL : <http://www.ahrq.gov/research/nursestaffing/nursestaff.pdf> .
45. Nadzam M. D. Güvenlik Kültüründe Hizmet Sunma: Hemşirelik Bakımının Güçlükleri. 1. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya; 2007.
46. Rowland S.H., Rowland B., et al. Risk Management and Safety.- Nursing Administration Handbook (4th ed.). Maryland: 2007; 429-437.
47. Guidance For Nurse Staffing in Critical Care(online). (cited 2012 February 2). Available from : URL : http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78560/001976.pdf .
48. Budak M. Hasta Güvenliği Kültürü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2008;7. Sayı. s. 54-57.

49. Atıcılar A. Cerrahi Hastaların Düşme Riskine Karşı Hemşirelerin Aldıkları Önlemler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2011.
50. Akalın E. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 2005; 5(3): s.141-146.
51. Akalın E. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebilir? ANKEM Derg. 2004; 18 (Ek 2): s.12-13.
52. Carayon P. Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety (online). 2007 (cited 2012 February 18). Available from : URL : <http://www.semac.org.mx/archivos/9-3.pdf> .
53. Health And Safety Laboratory. Safety Culture A Review of the Literature. HSL/2002/25 (online) (cited 2012 August 12). Available from : URL : http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf.
54. Dursun S., Bayram N., Aytaç S., et al. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler 2010; Cilt :8 Sayı :1 s.1-14.
55. Yalçın Ş., Acar A., et al. Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı içinde. Kırılmaz H, editörler. II. Uluslar arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 1. 1. Basım. Ankara: Baydan Ofset;2010. s. 12-26.
56. Milligan F., Dennis S., et al. Building a safety culture. Nurs Stand 2005;20:48-52.

- 57.** Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ (online). Resmi Gazete, Tarih: 29 Nisan 2009; Sayı : 27214. (cited 2012 January 5). Available from : URL : <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8587/saglik-kurum-ve-kuruluslarinda-hasta-ve-calisan-guvenli-.html> .
- 58.** Sağlıkta Performans Ve Kalite Yönergesi. (online). (cited 2012 August 12). Available from : URL : http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/1111.pdf .
- 59.** Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi. (online). (cited 2012 August 12). Available from : URL : http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_2011/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi_uygulama_rehberi.pdf.
- 60.** Halamek LP. The simulated delivery-room environment as the future modality for acquiring and maintaining skills in fetal and neonatal resuscitation. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 2008; 13, s.448-453.
- 61.** Zohar E., Noga Y., Davidson E., Kantor M., Fredman B., et al. Perioperative patient safety: Correct patient, correct surgery, correct side- A multifaceted, cross- organizational, interventional study. Anesthesia & Analgesia, 2007; 150 (2): 443-447.

- 62.** Türkiye'de Ameliyathanelerin Mevcut Durumları Ve Uygulamalarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Kesin Raporu. Proje No: 2002/BİL/023. 2009. (online) (cited 2012 April 17). Available from : URL : <http://www.dent.ege.edu.tr/yayinlarimiz/proje/pdf/1.pdf> .
- 63.** Aydın S., Demir M., Güler H., Tarhan D., Demir B., Kapan S.H., editörler. Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları. Ankara: Matsa Basımevi; 2009.
- 64.** Simpson K.R., Knox G.R., et al. Common Areas Of Litigation Related To Care During Labor And Birth Recommendations To Promote Patient Safety And Decrease Risk Exposure. J Perinat Neonat Nurs 2003; Vol. 17, No. 2, s. 110–125.
- 65.** Johnson C.E., Handberg E., Dobalian A., Gürol N., Pearson V. , et al. Improving Perinatal And Neonatal Patient Safety The AHRQ Patient Safety Indicators. J Perinat Neonat Nurs 2005; Vol. 19, No.1, s. 15–23.
- 66.** Beyea S. The National Patient Safety Goals: A focus for action. AORN Journal: 2006; Vol. 84, Issue 3, September. s. 485-488.
- 67.** WHO, Launches 'Nine patient safety solutions'. 2007 (online). (cited 2012 August 8). Available from : URL : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html> .

68. Çırpı F., Merih Y.D., Kocabey M.Y., et al. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı içinde. Kırılmaz H, editörler. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Basım. Ankara: Turunç Matbaacılık;2009. s. 85-94.
69. Uslu A. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Paneli, İzmir: 2007.
70. Eastman S.M., Susan R.N., et al. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Announces 2007 Patient Safety Goals. Plastic Surgical Nursing, 2006; 26 (3): 154-155.
71. Tengilimoğlu D., Kılıç M., et al. Hastanelerde Halkla İlişkiler. H.Ü-İİBF Dergisi: 2004; Cilt:2, Sayı:2, s.175-197.
72. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara; 2002.
73. Tanrıku G. Hemşirelerin Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010.
74. Arda H., Ertem M., Baran G., Durgun Y., et al. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi: 2007; 15(59): sayfa 68-74.

75. Meurier C.E., Vincent C.A., Parmar D.G., et al. Learning From Errors in Nursing Practice, Journal of Advanced Nursing: 1997; 26: pp.111-119.
76. Bodur Ş., Soysal Ş., İşeri E., Şenol S., et al. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2005; 8 s. 88-99.
77. Saray H.K. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire Ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri Ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2009.
78. Sarpkaya P., Şekercioğlu S., et al. Sözlü Ve Yazılı Anlatım. Şafak Basımevi, Manisa: 1997.
79. Kurtz S., Silverman J., et al. Tıpta İletişim Teknikleri. Çev:Selim Yeniçeri. Beyaz Yayınları: İstanbul; 1998.
80. Tütüncü Ö., Küçükusta D., Yağcı K., et al. Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, İzmir: 2007; 7 (1).
81. Yılmaz A. Hemşirelerin İlaç Hataları Bildirimi Önündeki Engellere İlişkin Algıları. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2009.

- 82.** Lazarou J., Pomeranz B.H., Corey P.N., et al. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-analysis of Prospective Studies (online). 1998 (cited 2012 April 15). Available from : URL : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?volume=279&issue=15&page=1200> .
- 83.** The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention NCC MERP: The First Ten Years "Defining the Problem and Developing Solutions" (online) 2005 (cited 2012 March 23). Available from : URL : <http://www.nccmerp.org/pdf/reportFinal2005-11-29.pdf> .
- 84.** Kausal R., Bates D.W., Landrigan C., McKenna K.J., Clapp M.D., Federico F., Goldmann D.A., et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients (online). 2001 (cited 2012 February 3). Available from : URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11311101> .
- 85.** Bates D.W., Cullen D., Laird N., et al. Incidence Of Adverse Drug Events And Potential Adverse Drug Events. JAMA 274:29-34, 1995. (online) (cited 2012 August 10). Available from : URL : <http://ptsafetyresearch.org/journal%20articles/Original%20021.pdf>
- 86.** Oğuz Ö. İlaç Hataları Ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık Ve Deneyimlerinin Belirlenmesi Ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2007.

87. Property of the Commonwealth of Massachusetts. A Systems Approach to Quality Improvement in Long-Term Care: Safe Medication Practices Workbook Massachusetts:2007.
88. Mayo A.M., Duncan D., et al. Nurse Perceptions Of Medication Errors: What We Need To Know For Patient Safety, Journal Of Nursing Care Quality: 2004; 19:Pp. 209-217.
89. Uzun Ş., Arslan F., et al. İlaç Uygulama Hataları. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:217-222.
90. Tang F.I., Sheu S.J., Yu S., Wei I.L., Chen C.H., et al. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. Journal of Clinical Nursing: 2007; 16, s.447–457.
91. Niemi H.G., Hupli M., Kılpi H.L., Puukka P., et al. Medication calculation skills of nurses in Finland. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: s.519–528.
92. Özata M., Aslan Ş., Mete M., et al. Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi (online). 2004 (cited 2012 March 14). Available from : URL : http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2008/20/MO-SA-MM.PDF .
93. World Health Organization. World Alliance For Patient Safety Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2005.

94. Berkem R. Hasta Güvenliği Ve Transfüzyonla Bulaş Sonrası Yapılması Gerekenler. ANKEM Derg 2007;21(Ek 2):153-160.
95. Saraç A. Trabzon İl Merkezinde Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları, Hasta Güvenliği Ve Kendi Hakları Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi;2009.
96. Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K., et al. Nurse Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. The New England Journal of Medicine: 2002; Vol.346, No.22, pp. 1715-1722.
97. Öktemer S. Hasta Düşmelerini Önleme Programı. İçinde: Hasta Güvenliği İyi Uygulamalar Editör: Bulun M. SAGE Yayınları;4, Ankara, 2009.
98. Beyea, S.C. Preventing Patient Falls in Perioperative Settings, Patient Safety First. AORN Journal: 2005; 81(2), s.393-395.
99. Morse J.M. Enhancing The Safety of Hospitalization by Reducing Patient Falls. American Journal of Infect Control: 2002; 30(6), s.376-380.
100. Salihoğlu Ö, Akkuş CH, Hatipoğlu S, et al. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları. Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7: s.45-51.
101. World Health Organization. Newborn care until the first week of life: clinical practice pocket guide. Switzerland: World Health Organization; 2009.

- 102.** Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş VII. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2005.
- 103.** Essential delivery care practices for maternal and newborn health and nutrition (online). (cited 2012 February 2). Available from : URL : http://www.paho.org/English/AD/FCH/CA/Delivery_care_practices.pdf .
- 104.** How To Guide – Safe Motherhood (online). (cited 2012 April 23). Available from : URL : <http://www.rhrc.org/resources/h2g005.pdf>.
- 105.** Taşkın L., Eroğlu K., Terzioğlu F., Vural G., Kutlu Ö., et al. Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008, s.67-72.
- 106.** Atasay B, Arslan S, et al. Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu (online). (cited 2012 February 16). Available from : URL : <http://www.ttb.org.tr/STED/sted1201/anne.pdf> .
- 107.** Maternal Mortality. Fact Sheet.N 348 (online). 2012 (cited 2012 July 21). Available from : URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> .
- 108.** Maternal, Newborn, Child And Adolescent Health. (online). (cited 2012 July 21). Available from : URL : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal/en/index.html .
- 109.** Ayşin F., Artıran İ., Gül R., Yalçın M., Karadenizli D., et al. Anne Ölümleri Ve Acil Obstetrik Bakım. Genel Tıp Derg 2008;18(1): s.47-53.

- 110.** Taşçı K.D. Doğum Yapan Hastaların Aldıkları Bakımı Hasta Hakları Açısından Değerlendirmeleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 3 s.26-33.
- 111.** Gölbaşı Z., Koç G., et al. Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; 2008: s.16-31.
- 112.** Wuitchik M., Hesson K., Bakal D.A., et al. Perinatal Predictors Of Pain And Distress During Labor. Birth 1990; Vol:17 Issue:4 Pages: 186-191.
- 113.** TC. Sağlık Bakanlığı Mardin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi. Hasta Güvenliği Programı (online). 2009. (cited 2012 May 21). Available from : URL : <http://www.mardinkdch.gov.tr/kalite/HASTA%20GÜVENLİĞİ%20PROGRAMI.pdf> .
- 114.** Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2009.
- 115.** Ögün B. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi;2008.
- 116.** Yetginlioğlu Ö. Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite Ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2009.

- 117.** Berland A., Natvig G.K., Gundersen D., et al. Patient safety and Job-related Stress: A Focus Group Study, Intensive and Critical care Nursing, Vol.24, 2008, s.90-97.
- 118.** Catchpole K.R., Giddings A.E.B., Wilkinson M., Hirst G., Dale T., Leval M.R., et al. Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. Surgery, 2007; 142 (1): s.102-110.
- 119.** Alvarado K., Lee R., Christoffersen E., Fram N., Boblin S., Poole N., Lucas J., Forsyth S., et al. Transfer Of Accountability: Transforming Shift Handover To Enhance Patient Safety. Healthcare Quarterly 2006;9: s.75-79.
- 120.** Göçmen Z. Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 8:1 s. 12-24.
- 121.** Tütüncü Ö., Küçükusta D., et al. Tedarik Zincir Entegrasyonu Ve Hasta Güvenliği İlişkisinin Analizi. İşletme Fakültesi Dergisi 2008, Cilt 9, Sayı 1, s. 93-106.
- 122.** T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama Ve El Dezenfeksiyonu Rehberi. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008.

- 123.** Millî Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri Doğum ve Komplikasyonları (online). 2011. (cited 2012 March 29). Available from : URL : <http://sdb.meb.gov.tr/dersler/modul/Acil%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Hizmetleri%20Mod%C3%BClleri/TIBB%C4%B0%20AC%C4%B0LLER/8.%20MOD%C3%9CL%20DO%C4%9EUM%20VE%20KOMPL%C4%B0KASYONLARI%20.pdf> .
- 124.** Monson S.A., Henry E., Lambert D.K., Schmutz N., Christensen R.D., et al. In-Hospital Falls Of Newborn Infants: Data From A Multihospital Health Care System (online). 2008. (cited 2012 January 1). Available from : URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18676512> .
- 125.** Abike F., Tiras S., Dunder I., Bahtiyar A., Uzun O., Demircan Ö., et al. A New Scale for Evaluating the Risks for In-Hospital Falls of Newborn Infants: A FailureModes and Effects Analysis Study. Hindawi Publishing Corporation International Journal of Pediatrics Volume 2010, Article ID 547528, 9 pages doi:10.1155/2010/547528.
- 126.** Flenady V., Woodgate P.G., et al. Radiant warmers versus incubators for regulating body temperature in newborn infants (online). 2009. (cited 2012 February 11). Available from : URL : <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000435.pdf> .
- 127.** Perk Y. Sağlıklı Yenidoğan ve Bakımı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi No: 35: 2003; s. 17-19.

- 128.** Özden D. Kapalı Sistem Aspirasyon Yöntemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007: 11 (3); s. 29-37.
- 129.** Tansüyer T. Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010.
- 130.** Gökmen Z. Premature Bebeklerde Umbilikal Kord Klemleme Zamanının Periferik Kan Değerleri Ve Periferik Kan Hematopoetik Kök Hücre Düzeylerine Etkisi. Yandal Uzmanlık Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2010
- 131.** Soysal Ş., Ergenekon E., Aksoy E., et al. Yenidoğan Döneminde Hastanede Uzun Süreli Tedavi Görmeyen Bağılanma Örneği Üzerindeki Etkileri: Bir Olgu Sunumu (online). 1999. (cited 2012 February 18). Available from : URL : <http://klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/51.pdf> .
- 132.** Soysal Ş., Bodur Ş., İşeri E., Şenol S., et al. Bebeklik Dönemindeki Bağılanma Sürecine Genel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2005; 8 s. 88-99.
- 133.** Çoban A., Saruhan A., et al. Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005: 21 (2); S. 89-96.
- 134.** Kennell J.H., Klaus M.H., et al. Bonding: Recent Observations That Alter Perinatal Care (online). 1998. (cited 2012 May 16). Available from : URL : <http://pedsinreview.aappublications.org/content/19/1/4.extract> .

- 135.** Jana A.K. Interventions For Promoting The İnitiation Of Breastfeeding. (online) (cited 2012 August 18). Available from :
URL :
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/cd001688_JanaAK_com/en/index.html .
- 136.** Kitapçioğlu G., Yanikkerem E., Sevil Ü., Yüksel D., et Al. Gebelerde Doğum Ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme Ve Validasyon Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008: Cilt 9, Sayı 1; s. 047-054

10. EKLER

Ek-1

A. DOĞUM SALONUNUN ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Çalıştığınız serviste ortalama günde kaç doğum vakası oluyor?
2. Servisinizde toplam kaç hemşire çalışıyor?
3. Doğumun gerçekleştiği yerde kontrollü kapılar var mı?
() Var () Yok
4. Ameliyathane, doğumun gerçekleştiği yere yakın mı?
- () Evet () Hayır
5. Doğumun gerçekleştiği odada bulunan ekipman ve malzemeleri belirtiniz.
Radyan Isıtıcı () Var () Yok
Aspiratör () Var () Yok
Oksijen Destek Sistemi () Var () Yok
Acil Çantası () Var () Yok
Tekerlekli Sandalye/Sedye () Var () Yok
Küvöz () Var () Yok

B. 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER TANIMLAMA FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuz nedir?
- () Sağlık meslek lisesi
() önlisans
() Lisans
() Yüksek lisans
() Doktora
3. Şu an hangi pozisyonda çalışıyorsunuz?
() Servis sorumlu hemşiresi
() Servis hemşiresi
() Ebe
4. Kaç yıldır hemşire/ebe olarak çalışıyorsunuz?
() 1 yıldan az
() 1-5
() 5-10
() 10 yıldan fazla
5. Ne kadar süredir doğum salonunda çalışıyorsunuz?
6. Haftalık ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?
7. Genellikle hangi vardiyada çalışıyorsunuz?
() Gündüz
() Gece
() Gece-gündüz-karma

B. 2. HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA VE KORUNMASINA İLİŞKİN UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME FORMU

- Kimlik tanımlanması ve doğrulanması

UYGULAMA	EVET	HAYIR
1. Anneyi doğumhaneye alırken kimlik doğrulaması yapıyor musunuz? (Cevabınız HAYIR ise 3. soruya geçiniz.)		
2. Kimlik doğrulaması yaparken hasta protokol numarasını kontrol ediyor musunuz?		
3. Anneyi doğumhaneye alırken kol bandı takıyor musunuz?		
4. Anneye yaptığınız uygulamalarda aşağıdakilerden hangisini kullanıyorsunuz?		
- İsim		
- Soyisim		
- İsim ve Soyisim		
- Oda/Yatak Numarası		
- Diğer (.....)		
5. Tetkik, cerrahi girişim, ilaç uygulaması, kan transfüzyonu vb. işlemlerin öncesinde kimlik doğrulama işlemi yapıyor musunuz?		
6. Yapılan her uygulamayı doğru biçimde kayıt ediyor musunuz?		

-İletişim güvenliğinin sağlanması

UYGULAMA	EVET	HAYIR
1. Anneyi doğumhaneye kabul ederken eylemle ilgili bilgilendirilip bilgilendirilmediğini kontrol ediyor musunuz?		
2. Acil ve steril uygulamalar dışında sözlü/telefonla talimat verip/alıyor musunuz?		
3. Acil ve steril uygulamalar dahilinde verilen talimatları alırken aşağıdakilerden hangi/hangilerini yapıyorsunuz?		
- Talimatı yazıyorum.		
- Talimatı tekrar okuyorum.		
- Talimatın doğruluğunu veren kişiye onaylatıyorum.		
4. Acil ve steril uygulamalar dahilinde verilen talimatları "Sözlü ve telefonla hekim talimatları formu"na kayıt ediyor musunuz? (Cevabınız HAYIR ise 6. soruya geçiniz.)		
5. Bu formu tabibe 24 saat içinde imzalıyor musunuz?		
6. Doğumhane ile ilişkili diğer ekipler (yenidoğan yoğun bakım ünitesi,laboratuar, anesteziyoloji ekibi gibi) ile gerektiğinde koordineli biçimde çalışabiliyor musunuz?		
7. Hastanın izlemiyle ilgili gerekli bilgileri birlikte görev yaptığınız hekime aktarıyor musunuz?		
8. Vardiya değişimlerinde nöbetçi ekibe hasta ile ilgili gerekli bilgileri aktarıyor musunuz?		

- İlaç güvenliğinin sağlanması

UYGULAMA	EVET	HAYIR
1. Kullandığınız ilaçları isimlerine göre sınıflandırıp, yerleştiriyor musunuz?		
2. İlaçların soğuk zincire uygun biçimde muhafaza edilmesini sağlıyor musunuz?		
3. Enjektöre çektiğiniz ilaçların adını belirtiyor musunuz?		
4. Enjektöre çektiğiniz ilaçların açılma tarihini belirtiyor musunuz?		
5. Enjektöre çektiğiniz ilaçların açılma saatini belirtiyor musunuz?		
6. Anneyi doğumhaneye kabul ederken daha önce kullandığı ilaçları sorup, kaydediyor musunuz?		
7. Anneyi doğumhaneye kabul ederken ilaç alerjisi olup olmadığını soruyor musunuz?		
8. İlaç uygularken; 8doğru ilkeye dikkat ediyor musunuz?		
-Doğru ilaç		
-Doğru doz		
-Doğru zaman		
-Doğru yol		
-Doğru etki		
-Doğru form		
-Doğru kayıt		
-Doğru hasta		
ilkelerini uyguluyor musunuz?		

- Enfeksiyon risklerinin azaltılması

UYGULAMA	EVET	HAYIR
1. Doğumhanede el yıkama talimatına uygun biçimde ellerinizi yıkıyor musunuz?		
2. Doğumhanede görevli tüm personelin talimata uygun biçimde el yıkamasını sağlıyor musunuz?		
3. Annenin kan tetkiklerini bulaşıcı hastalıklar yönünden değerlendiriyor musunuz?		
4. Yaptığınız uygulamalarda aseptik tekniklere uyuyor musunuz?		
5. Steril malzemeleri kullanmadan önce tarihlerini kontrol ediyor musunuz?		
6. Kullanılacak olan malzemelerin steril biçimde açılmasına özen gösteriyor musunuz?		
7. Kullandığınız malzemeleri uygun koşullarda sterilizasyona gönderiyor musunuz?		
8. Doğum öncesi perine bakımı veriyor musunuz?		

- Hasta düşmelerinin önlenmesi

UYGULAMA	EVET	HAYIR
1. Doğum masasının anneye uygun yükseklikte olmasını sağlıyor musunuz?		
2. Doğumhanede anne ve bebeği yalnız bırakıyor musunuz?		
3. Annenin doğum salonundan servise taşınması esnasında tekerlekli sandalye/sedye kullanımına özen gösteriyor musunuz?		
4. Bebeğin taşınması esnasında küvöz kullanımına özen gösteriyor musunuz?		
5. Anne ve bebeğin taşınması esnasında bir hemşire/yardımcı personel eşlik etmesini sağlıyor musunuz?		

- Annenin doğumdan hemen sonra ilk bakım güvenliğinin sağlanması

UYGULAMA	EVET	HAYIR
1. Annenin vital bulgularını takip ediyor musunuz?		
2. Bebeğin kol bandı ile uyumlu, numaralı bant takıyor musunuz?		
3. Annenin doğum öncesine ait kayıtlı bilgilerini gözden geçirip risk tespiti yapıyor musunuz?		
4. Annenin ağrı durumunu değerlendiriyor musunuz?		
5. Annenin yorgunluk durumunu değerlendiriyor musunuz?		
6. Anneye yapılacak müdahaleler hakkında bilgi veriyor musunuz?		
7. Annenin kanama kontrolünü yapıyor musunuz?		
8. Uterus involüsyonunu takip ediyor musunuz?		
9. Annenin vücut hijyenini sağlıyor musunuz?		

- Yenidoğanın ilk bakım güvenliğinin sağlanması

UYGULAMA	EVET	HAYIR
1. Bebek doğunca uygun kavrama yoluyla tutuyor musunuz?		
2. Bebek doğar doğmaz radyan ısıtıcıya alıyor musunuz?		
3. Ağız-burun aspirasyonu için kullandığınız sondaların steril olmasına özen gösteriyor musunuz?		
4. Annenin bebeği görmesi sağlanarak, bebeğin cinsiyetini annenin söylemesi isteniyor mu?		
5. Bebek doğduktan sonra cinsiyeti ile uyumlu, numaralı kol bandı takıyor musunuz?		
6. Bebeğin kol bandına annenin adını-soyadını yazıyor musunuz?		
7. Bebeğin kol bandına doğum tarihini yazıyor musunuz?		
8. Bebeğin göbek kordonunu kanama açısından değerlendiriyor musunuz?		
9. Doğum salonunda anne ile bebeğin ilk temasını sağlıyor musunuz?		
10. Bilinen bir engel olmadıkça bebeğin ilk yarım saatte güvenli biçimde emzirilmesini sağlıyor musunuz?		
11. Bebeğin ayak izi alınıyor mu?		
12. Bebeğe yaptığınız uygulamaları kaydediyor musunuz?		

EK 2.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ RIZA (ONAM) FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Programı kapsamında yüksek lisans tez çalışması olarak planlanmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılması planlanan bu tez çalışmasıyla “doğum salonunda anne ve bebek güvenliğinin belirlenmesi için doğum salonunun fiziksel özelliklerinin değerlendirilmesi, doğum salonunda yapılan uygulamaların hasta güvenliği kapsamında değerlendirilmesi” amaçlanmıştır.

Araştırmacı, sizinle birebir görüşme yöntemi ile verilerini elde edecek ve bu görüşmeleri kayıt altına alacaktır. Görüşme sürecinde size, sosyodemografik özelliklerinize, doğum salonunda hasta güvenliğinin değerlendirilmesine yönelik yaptığınız uygulamalara ilişkin sorular yöneltilecektir. Bu çalışma için sizin mesleki deneyimlerinizin ve görüşlerinizin önemli olduğu düşünülmektedir. Görüşme sonucu elde edilecek veriler araştırmanın amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır ve verilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Araştırmaya katılarak soruları tam ve içtenlikle cevaplamanızın hemşireliğin meslekleşme sürecine yönelik girişimlere katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Çalışmaya katılmayı başlangıçta reddedebilir ve ya görüşmenin herhangi bir noktasında gerekçe belirtmeksizin vazgeçebilirsiniz.

Yukarıdaki açıklamayı okudum. Araştırmaya ilişkin sorularıma yeterli cevaplar aldım. İstediğim zaman bu çalışmaya katılmaktan vazgeçebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı, Soyadı: (Belirtmek zorunluluğu yoktur):

İmza:

Araştırmacının Adı ve Soyadı ve İmzası:

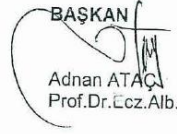
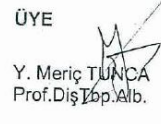
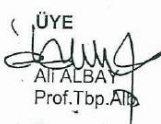
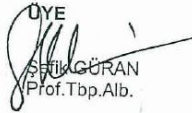
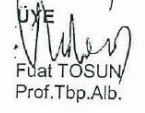
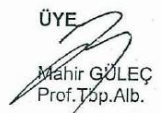
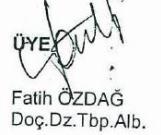
EK-3

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 169
OTURUM TARİHİ : 01 Mart 2011
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Kd. Alb. Ali Uğur URAL

GATA Etik Kurulu'nun 01 Mart 2010 günü yapılan 169. oturumunda, GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD'dan Yük. Hem. Gamze KAYALI'nın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi" başlıklı, çok merkezli, tanımlayıcı çalışma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN  Adnan ATAÇ Prof.Dr.Ecz.Alb.	ÜYE Toplantıya Katılmadı Orhan KOZAK Prof.Hv.Tbp.Alb.	ÜYE  Cem AYFUN Prof.Dz.Tbp.Alb.	ÜYE  Ali Uğur URAL Prof.Tbp.Alb.
ÜYE  Y. Meriç TUNCA Prof.Dış.Tbp.Alb.	ÜYE  Ali ALBAY Prof.Tbp.Alb.	ÜYE  F. Mehmet MUTLU Prof.Tbp.Alb.	ÜYE  Mükerrrem SAFALI Prof.Tbp.Alb.
ÜYE  Selim GÜRAN Prof.Tbp.Alb.	ÜYE  Fuat TOSUN Prof.Tbp.Alb.	ÜYE  Mahir GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	ÜYE  Fatih ÖZDAĞ Doç.Dz.Tbp.Alb.
ÜYE  Aygül AKYÜZ Doç.Dr.Sağ.Alb.			

EK-4

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ DEĞERLENDİRME KOMİSYON ONAYI		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KURUMU	Gazi Üniv. Sağlık Bil. Fak.
	ARAŞTIRMA SORUMLUSU	Gamze KAYALI
	ARAŞTIRMANIN KONUSU	Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KURUM	Keçiören E.A.H., Atatürk E.A.H., Dr Z.T.B. Kadın Sağlığı E.A.H., Etilik Zübeyde Hanım E.A.H., Numune E.A.H., Dr.Sami Ulus E.A.H., Gazi Devlet H.
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BAŞVURU EVRAK TARİH VE SAYISI	25.02.2011/46136
	ANKET ÖRNEĞİ	Ektedir.
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU	var
KARAR BİLGİLERİ	KARAR TARİH VE SAYISI	12.04.2011 / 47
	Gamze KAYALI sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvurusu ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırma sonucunun yayımlanmadan önce bir nüshasının Müdürlüğümüze gönderilmesi şartıyla gerçekleştirilmesinde, sakınca BULUNMADIĞINA/BULUNDUĞUNA komisyon üyelerince karar verilmiştir.	
ÜYE Dr. Deniz ÇAKMAK ACSIAP Şube Müdürü ÜYE Dr. Talat ÖZDEMİR Eğitim Şube Müdürü BAŞKAN YARDIMCISI Dr. Sedat GÜLAY Sağlık Müdür Yardımcısı (12.4.2011) BAŞKAN Uzm. Dr. Mustafa AKSOY Sağlık Müdürü		

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

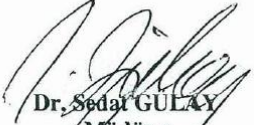
02.05.2011*066237

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Araştırma İzni

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HAST.
BAŞHEKİMÜĞİNE

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Gamze KAYALI'nın, "Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi" konulu araştırmasını, Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Devlet Hastanesinde uygulaması Valilik Makamının 20.04.2011 tarih ve 60563 sayılı onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Sedat GULAY
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

DAĞITIM:

Gereği :

Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağ. E.A.H.
Dr Sami Ulus Kad Doğ.Çoc. Sağ.ve Hast.E.A.H.
Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Bilgi:
Gazi Ün. Sağlık Bilimleri Fak.

ANKARA ATATÜRK EĞT. ARŞ. HASTANESİ		
KAYIT	TARİHİ	06-05-2011
	SAYI	6677
	BÖLGE NO	
	İL	
	İL	

Eğitim Şb.

Lz

Eğitim Şube Müdürlüğü Tel: 385 97 00 / 11 23

Faks: 385 97 00 / 13 97

Adres: Bağdat Cad. No: 16 Gimat Kavşağı Otopazarı Yanı Macunköy / Ankara



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI



Karar No:44
Konu: Çalışma Başvurusu

16/06/2011

EĞİTİM PLAN KOORDİNASYON KURULU KARARI

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze KAYALI'nın "Doğum Salonu'nda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi" konulu araştırma başvurusu EPK Kurulu'muzda görüşülmüş ve çalışmanın önce kendi kurumlarında yapılması ve sonuçlarının değerlendirilmesi neticesinde kurumumuza tekrar gönderilerek görüşülmesi uygun bulunmuştur.

Prof.Dr.Uğur DİLMEN
Klinik Şefi/EPKK Üyesi

Doç.Dr.Cavidan GÜLERMAN
Klinik Şefi/EPKK Üyesi

Doç.Dr.Nuri DANIŞMAN
Klinik Şefi/EPKK Üyesi

Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Başhekim

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

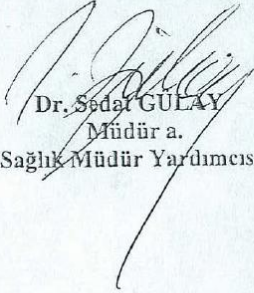
02.05.2011*066237

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Araştırma İzni

ETLİK ZÜBEYDE HANIM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HAST. BAŞHEKİM LİĞİNE ;

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Gamze KAYALI'nın, "Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi" konulu araştırmasını, Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Etlık Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Devlet Hastanesinde uygulaması Valilik Makamının 20.04.2011 tarih ve 60563 sayılı onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Sedat GULAY
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

DAĞITIM:

Gereği :

Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağ. E.A.H.
Dr Sami Ulus Kad Doğ.Çoc. Sağ.ve Hast.E.A.H.
Etlık Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Bilgi:

Gazi Ün. Sağlık Bilimleri Fak.

T.C.SB. ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN İST. VE DOĞ. HAST.	
06 Mayıs 2011	
Havale:	Donanım
VR:	2781
Kulite	

6/05
D

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

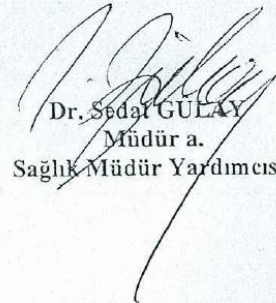
02.05.2011*066237

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Araştırma İzni

NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HAST.
BAZİLEKÜLÜĞÜNE;

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Gamze KAYALI'nın, "Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi" konulu araştırmasını, Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Devlet Hastanesinde uygulaması Valilik Makamının 20.04.2011 tarih ve 60563 sayılı onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Sedat GULAY
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

DAĞITIM:

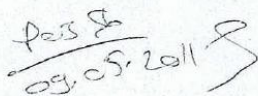
Gereği :

Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağ. E.A.H.
Dr Sami Ulus Kad Doğ.Çoc. Sağ.ve Hast.E.A.H.
Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Bilgi:

Gazi Ün. Sağlık Bilimleri Fak.

ANK NUMUNE EĞT.VE ARAŞT. HAST.
GENEL DURAK DURUŞU KAYIT TARİHİ VE SAYISI
09.05.2011* 07836


09.05.2011

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

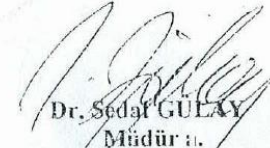
02.05.2011*066237

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Araştırma izni

DR SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI
VE HAST. EG. AL. HASTANESİ BAŞHEKİMİĞİNE;

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Gamze KAYALI'nın, "Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi" konulu araştırmasını, Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Devlet Hastanesinde uygulaması Valilik Makamının 20.04.2011 tarih ve 60563 sayılı orayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Sedat GULAY
Müdür i.
Sağlık Müdür Yardımcısı

DAĞITIM:

Gereği :

Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağ. E.A.H.
Dr Sami Ulus Kad Doğ. Çoc. Sağ.ve Hast.E.A.H.
Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

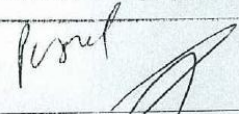
Bilgi:

Gazi Ün. Sağlık Bilimleri Fak.

Uygundur
14.6.2011

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları E.A.H.
Uzm. Dr. Mehmet BÜLBÜL
Çocuk Hastalıkları Başhekimliği
Başhekim Yardımcısı
Diy. No: 60563

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR.SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GELEN EVRAK
06.05.11 04998



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Araştırma İzni (Gamze KAYALI)

16.02.2012-026231

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Gamze KAYALI'nın, "Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Belirlenmesi" konulu araştırmasının, anket uygulamasının Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması Valilik Makamının 14.02.2012 tarihli ve 24959 sayılı onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Sedat GÜLAY
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK:Dosya

- 17.02.2012

17.02.2012

Q

17 Şubat 2012

2575

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT.: 3730-~~4429~~ -11/Mzn.Son. (4) (1648) (YBK-2011-76)

15 Nisan 2011

KONU : Svl.Me.Hemş. Gamze KAYALI'nın
Araştırma İzni Talebi.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: (a) GATF Dek. ve Eğt. Hast. Bştpb.lığının 23 Şubat 2011 tarihli, ve BAŞHMS.:1410-139-11/1536 sayılı ve "Bilimsel Araştırma" konulu yazısı.

(b) GATA K.Bil.Yrdc. lığının 18 Mart 2011 tarihli, EĞT.ÖĞT.: 3730-699-10/ Mzn.Son (4) (1648) sayılı ve "Svl.Me.Hemş. Gamze KAYALI'nın Araştırma İzni" konulu yazısı.

1. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığında görevli Svl.Me.Hemş. Gamze KAYALI'nın "Doğum Salonunda Anne ve Bebek Güvenliğinin Sağlanması" konulu çalışmasının anketlerini Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığında uygulama talebi ilgi (a) yazı ile GATA Komutan Bilimsel Yardımcılığına bildirilmiştir.

2. Söz konusu çalışma, 01 Mart 2011 tarihinde GATA Etik Kurulunun onayını almıştır.

3. Anılan personelin uygulamak istediği anketi ilgi (b) yazı ile Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Komisyonuna gönderilmiş ve söz konusu komisyon tarafından uygun bulunarak GATA Yüksek Bilim Konseyine sunulmuştur.

4. Söz konusu anket GATA Yüksek Bilim Konseyinin 12 Nisan 2011 tarihli 13 nolu oturumunun 76 ıncı gündem maddesi olarak görüşülmüş ve EK-A'da sunulan düzeltilmiş hali ile uygulanabilir olduğuna karar verilmiştir.

Rica ederim.

M.Zeki BAYRAKTAR
Profesör Tabip Tümgeneral
GATA K.Bil.Yrd.,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

EKİ :
EK-A (Düzeltilmiş Anket Formu.)

DAĞITIM :
Gereği :
Çocuk Sağ. ve Hast.AD. Bşk.lığına (İvediliğinden)
Kadın ve Doğum Hast. AD. Bşk.lığına (İvediliğinden)

Bilgi : (Ek Konmadı)
Dek. ve Eğt.Hast.Bştpb.lığıne
Dahili Tıp Bil. Böl.Bşk.lığına (İvediliğinden)
Cerr. Tıp Bil. Böl.Bşk.lığına (İvediliğinden)
YBK Sekreterliğine



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN 0.H1.02.00
Konu :

/ 604

04.02 / 2011

2005

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

- İLGİ:** a) 22.02.2011 tarih ve 372 sayılı yazınız.
b) 22.02.2011 tarih ve 385 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencileri Gamze KAYALI ve Meltem ÖZTUNÇ'un ilgi kayıtlı yazılarınız ile bildirilen tez çalışmalarını Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapma talepleri Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Sacit TURANLI
Başhekim

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler / ANKARA

Tel : 0.312 202 50 90
Fax : 0.312 223 05 28

Gazi.Form.016.00



11. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Ankara'da doğmuştur. İlköğretimi Ankara Gölbaşı Atatürk İlköğretim Okulu'nda, lise öğrenimini Ankara Gölbaşı Dr.Şerafettin Tombuloğlu Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi'nde tamamlamıştır. 2004 yılında girdiği GATA Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 2008 yılında mezun olmuştur. Bir yıl süren stajyerlik eğitimi süresince İlk ve Acil Yardım (BASIC) Kursu, Üreme Sağlığı Eğitici Eğitimi Kursu ve Yenidoğan Yoğun Bakım Sertifikası almıştır. Stajyerlik eğitimi sonrasında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları B.D.'da göreve başlamıştır. 2009 yılında Gazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hem. B.D. Yüksek Lisans sınavını kazanarak lisansüstü eğitimi almaya hak kazanmıştır. İngilizce bilmektedir.

12. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca çalışmalarımda beni sabır ve hoşgörüyle destekleyen, bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren

kıymetli Hocam ve Danışmanım

Sayın Prof. Dr. Gülşen VURAL'a,

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarından dolayı

Sayın Sıddık ARSLAN'a,

Çalışmalarım boyunca yardımlarını esirgemeyen meslektaşlarıma,

Eğitimim süresince maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem Hatun ALINCAK'a ve eğitimim sırasında hayatıma giren biricik nişanlım Yusuf ACAVUT'a,

Teşekkürlerimi Sunarım.

Gamze KAYALI

