



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ACİL HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK
BİLGİ VE UYGULAMALARI**

AYŞE NUR ALTINOK İNCE

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SEHER DENİZ ÖZTEKİN

İSTANBUL – 2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Ayşe Nur ALTINOK İNCE
Tez Başlığı : Acil Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 03.07.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr.Seher Deniz ÖZTEKİN

Kurumu

İstanbul Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 04./07./2018 tarih ve 2018./26... - 15... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

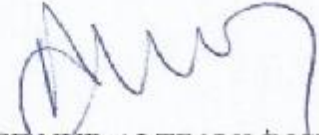
Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



AYŞE NUR ALTINOK İNCE

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam sırasında emeğini ve zamanını esirgemeyen, değerli önerileri ile çalışmamı gerçekleştirmemi sağlayan değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimimdeki katkılarından dolayı başta Dr. Öğr. Üye. Nihal SUNAL olmak üzere değerli hocalarıma ve çalışmamın istatistiksel analizine katkısı bulunan Öğr. Gör. Merve TARHAN'a çok teşekkür ederim.

Yoğun çalışma dönemimde ve sıkıntıya düştüğüm zor anlarımda bana hep destek olan ve moral veren sevgili hayat arkadaşım Süleyman İNCE'ye, yaşamımın her anında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim süresince de göstermiş oldukları destek, hoşgörü ve yardımları için canım annem Cemile ALTINOK'a ve babam Hüseyin ALTINOK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, bu araştırmanın başlangıcından bitirilmesine kadar çalışmalarına katkıda bulunan dostlarıma, arkadaşlarıma ve emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	9
4.1. Acil Sağlık Hizmetleri	9
4.1.1. Acil Birim Hemşireliği	9
4.2. Acil Birimlerde Hasta Güvenliği	12
4.2.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı ve Önemi	12
4.2.2. Hasta Güvenliğinin Amacı	14
4.2.3. Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü	15
4.2.4. Hasta Güvenliğinde Uluslararası Organizasyonlar	15
4.2.5. Hasta Güvenliğinde Ulusal Organizasyonlar	17
4.2.6. Türkiye’de Hasta Güvenliği	17
4.2.7. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	18
4.3. Hasta Güvenliğine Yönelik Uygulamalar	20
4.3.1. Tıbbi Hata Tanımı, Türleri ve Nedenleri	20
4.3.2. Hasta Kimliklendirme	21
4.3.3. Etkin İletişim	22
4.3.4. İlaç Güvenliği	24
4.3.5. Sağlık Bakımı Kaynaklı İnfeksiyonun Azaltılması	30
4.3.6. Hasta Güvenliği Açısından Düşme	32
4.3.7. Kan Transfüzyonlarına Yönelik Güvenliğin Sağlanması	33
4.3.8. Yanlış veya Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar ...	34
4.3.9. Tıbbi Hataların Raporlanması	34

4.3.10. Tıbbi Hataların Önlenmesi İçin Alınacak Önlemler	36
4.4. Acil Birimlerde Kontrol Listesinin Uygulanması	39
4.5. Acil Birimlerde Hasta Güvenliğinin Sağlanması ve Sürdürülmesinde Acil Birim Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları	41
5. METOT VE MATERYAL	43
5.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Değişkenleri	43
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	43
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini	43
5.4. Verilerin Toplanması	44
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	45
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	46
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	46
6. BULGULAR	47
6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	47
6.2. Hemşirelerin Acil Birimlerde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Bilgilerine İlişkin Bulgular	49
6.3. Hemşirelerin Acil Birimde Karşılaşılan Tıbbi Hata Türlerinin Nedenlerine Yönelik Bilgilerine İlişkin Bulgular	51
6.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararlarına Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular	53
6.5. Hemşirelerin Çalıştıkları Acil Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular	55
6.6. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	56
7. TARTIŞMA	74
7.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	74
7.2. Hemşirelerin Acil Birimlerde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Bilgileri	76
7.3. Hemşirelerin Acil Birimde Karşılaşılan Tıbbi Hata Türlerinin Nedenlerine Yönelik Bilgileri	79
7.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararlarına Yönelik Görüşleri	81

7.5. Hemşirelerin Çalıştıkları Acil Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşleri	81
7.6. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	82
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	94
8.1. Sonuç	94
8.2. Öneriler	96
9. KAYNAKLAR	98
10. EKLER	106
11. ETİK KURUL ONAYI	117
12. ÖZGEÇMİŞ	120

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)
ANA	American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
ark.	arkadaşları
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
AvMA	Action Against Medical Accidents (Tıbbi Kazalara Karşı Hareket)
CAPS	Consumers Advancing Patient Safety (Hasta Güvenliği Sağlayan Tüketiciler)
CEN	Certified Emergency Nurse (Sertifikalı Acil Hemşiresi)
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation (Kardiyopulmoner Resüsitasyon)
EDNA	Emergency Department Nurses Association (Acil Birimi Hemşireler Birliği)
EMS	Emergency Medical Services (Acil Sağlık Hizmetleri)
ENA	Emergency Nurses Association (Acil Hemşireleri Birliği)
GS1	Global Standards 1 (Evrensel Standartlar 1)
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IHF	International Hospital Federation (Uluslararası Hastane Federasyonu)
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
JCAHO	The Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu)
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)
LİS/LÜST	Lisans/Lisansüstü
NCCMERP	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi)
NHS	National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)
NPSA	National Patient Safety Agency (Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı)

p4ps	Partnership for Patient Safety (Hasta Güvenliği Ortaklığı)
SB	Sağlık Bakanlığı
SHKS	Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları
SML/ÖL	Sağlık Meslek Lisesi/Ön Lisans
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)
THF	The Health Foundation (Sağlık Vakfı)
UH Bristol	University Hospitals Bristol (Üniversite Hastaneleri Bristol)
WAPS	World Alliance for Patient Safety (Dünya Hasta Güvenliği İttifakı)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WHPA	World Health Professions Alliance (Dünya Sağlık Meslekleri İttifakı)

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 6.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	47
Tablo 6.2: Hemşirelerin Acil Birimlerde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Bilgilerinin Dağılımı	49
Tablo 6.3: Hemşirelerin Acil Birimde Karşılaşılan Tıbbi Hata Türlerinin Nedenlerine Yönelik Bilgilerinin Dağılımı	51
Tablo 6.4: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararlarına Yönelik Görüşlerinin Dağılımı	53
Tablo 6.5: Hemşirelerin Çalıştıkları Acil Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşlerinin Dağılımı	55
Tablo 6.6: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması	56
Tablo 6.7: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Cinsiyetin Karşılaştırılması	58
Tablo 6.8: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması	59
Tablo 6.9: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Kadrolarının Karşılaştırılması	61
Tablo 6.10: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Acil Birimde Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması	62
Tablo 6.11: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sertifika Programına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 6.12: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Hizmet İçi Eğitim Programlarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 6.13: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Yılda Bir Bilimsel Programlara Katılım Durumlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 6.14: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Acil Hemşireliği Sertifika Programına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması ...	68
Tablo 6.15: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Triyaj	

Sertifika Programına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 6.16: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Planlamada Görev Alma Durumlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 6.17: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Hastalarla İletişim Sorunu Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması	73



1. ÖZET

ACİL HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARI

Acil sağlık hizmetleri kapsamında ortaya çıkabilecek hataların önlenmesinde, hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalar önemlidir. Bu önem, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti verme gereksiniminden kaynaklanmaktadır. Acil birimler, hasta güvenliği açısından oldukça riskli birimlerdir. Hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin uluslararası hedeflerin, tüm sağlık kurumlarında yapılandırılması temelinde uygulama standartlarının oluşturulması, her bir hedefe yönelik uluslararası rehber ve protokollerden yararlanarak çözüm önerilerinin oluşturulması gereğinden hareketle bu araştırma, acil hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve uygulandı. Araştırma, Antalya’da bulunan dört hastanenin acil birimlerinde yapıldı. Araştırmada, veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanıldı. Araştırmanın evrenini 207 acil hemşiresi oluşturdu. Örneklem tamamı olan toplam 171 hemşireden elde edilen anketler değerlendirmeye alındı. Böylece, evrenin %82,6’sına ulaşıldı. Elde edilen veriler, SPSS (v. 22.0) paket program kullanılarak istatistiksel olarak analiz edildi. Bu çalışmada, acil hemşirelerinin %95,9’unun hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan haberdar olduğu, %57,3’ünün hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev aldığı, en çok hasta düşmelerine (%91,8) ve ilaç hatalarına (%84,2) yönelik önlemler konusunda bilgili oldukları, tıbbi hata bildirimlerinin olay bildirim formu kullanılarak (%62,6) yapıldığı, hasta güvenliği uygulamalarının bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlaması, tıbbi hataların önlenmesi ve hasta bakımının standardize edilmesinde bir avantaj olduğu şeklinde yorumlandığı (%96,5) bulundu. Çalışmada hemşirelerin, çalıştıkları acil birimlerdeki hasta güvenliği uygulamalarını (%53,8) ve hasta güvenliğine yönelik yapılan gözlemleri (%51,5) yeterli buldukları, hemşirelerin acil birim deneyim süreleri ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar ($p=0,007$) ve kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi ($p=0,006$) arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Sonuç olarak, acil

hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarının yeterli olduğu, bu bağlamda acil birimlerde hasta güvenliğini artırmaya yönelik “Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi” geliştirilmesi ve uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil Hemşiresi, Acil Birim, Hasta Güvenliği, Bilgi, Uygulama, Tıbbi Hata.



2. ABSTRACT

KNOWLEDGE AND PRACTICES RELATED TO PATIENT SAFETY OF THE EMERGENCY NURSES

Knowledge and practices for patient safety concerning prevention of errors which may arise at emergency departments within the context of emergency health services is important. This importance result from the need for providing quality and secure health services. Emergency departments are very risky units in terms of patient safety. This study, was designed and implemented as a descriptive study to determine the knowledge and practices of the emergency nurses regarding to patient safety, with the aim of establishing the international standards for the provision of patient safety, establishing application standards on the basis of structuring in all health institutions, and proposing solutions using international guidelines and protocols for each target. The study was carried out at the emergency departments of four hospitals which are located in Antalya. In the study, survey method was used as data collection method. The population of the study is consisted of 207 emergency nurses. Questionnaires obtained from a total of 171 nurses which is the whole sample were evaluated. Thus, 82.6% of the study population was reached. The data obtained were analyzed statistically using the SPSS (v. 22.0) package program. In this study, it was found that 95.9% of the emergency nurses were aware of the practices related to patient safety, that 57.3% of them were served in the planning of patient safety practices, that were the most knowledgeable about precautions against patient falls (91.8%) and drug errors (84.2%), that medical error reports were made using the event notification form (62.6%), that patient safety practices were interpreted as an advantage to provide convenience to maintenance and treatment practices, prevention of medical errors and standardization of patient care (96.5%). In the study, it was determined that the nurses found that it was sufficient for patient safety practices (53.8%) and observations made on patient safety (51.5%) in emergency departments they work and there was an advanced significant difference ($p < 0,01$) between the nurses' emergency department experience and the medical errors they

frequently encountered ($p=0,007$) and the medical error reporting system they used ($p=0,006$). As a result, it was found that the knowledge and practices of the emergency nurses regarding to patient safety were sufficient and in this context, it can be suggested that development and implementation of “Emergency Department Security Checklist” to increase patient safety in emergency departments.

Key Words: Emergency Nurse, Emergency Department, Patient Safety, Knowledge, Practice, Medical Error.



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetleri sırasında istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi ve hataların hastada yarattığı sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasına odaklı yeni bir sağlık bakım kavramıdır. 1990'lara kadar önlenemez tıbbi hataların sıklığı yeterince bilinmezken, günümüzde tıbbi hatalar nedeni ile ölen ya da zarar gören pek çok hasta olduğu bildirilmektedir (1). Tıp Enstitüsü (IOM), sağlık bakım hizmetlerinin hastaya sunumu sırasında meydana gelen tıbbi hataların, her yıl 98.000 hastanın ölümüne neden olduğunu belirtmektedir (2).

Acil sağlık hizmetleri sunan acil birimler, hasta güvenliği açısından çeşitli özellikleri nedeniyle riskli, aynı zamanda ihmalin gerçekleşmemesi gerektiği birimlerdir (1). Henneman ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, acil birimde yapılan tıbbi hataların %33'ünün hemşireler, %22'sinin ise asistan hekimler tarafından yapıldığı; aynı zamanda bu hataların %47'sinin çalışanlar tarafından iyileştirildiği ve bu iyileştirmenin %60 oranında hemşireler tarafından gerçekleştirildiği bildirilmektedir. Dolayısıyla acil hemşireleri, acil birimlerde oluşabilecek hataların tanımlanması, değerlendirilmesi ve hastaya zarar vermesinin önlenmesinde önemli bir meslek grubudur (3).

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilecek durumların belirlenmesinde, hataların ortaya çıkmasının engellenmesi ve azaltılmasında strateji geliştirmek oldukça önemlidir. Hasta güvenliğinin ana hedefi, basit hataların zaman içerisinde hastaya zarar vermesini engelleyerek, düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (1).

Acil birimlerdeki hasta güvenliğini değerlendirmede önemle üzerinde durulan alanlardan biri de triaj sürecidir. Acil hemşiresi, bu süre içerisinde hastalara uygulayacağı triaj yöntemleri ile hastanın durumundaki değişikliklere derhal

müdahale edilmesini sağlayarak güvenli hasta bakımının sürdürülmesini sağlayarak, zarar görmesini engelleyebilir (1).

Tıbbi hatalar, çoğunluğunun önlenabilir olduğu belirtilen, sağlık hizmeti sunumunda bir aksama sonucu oluşan beklenmeyen ve kasıtsız sonuçlardır (4). Acil birimlerde sıkça karşılaşılan tıbbi hatalar şunlardır:

Hasta kimliklendirme hataları; tanı ve tedavi aşamalarının tümünde meydana gelebileceği gibi, hastaların sedatize, disoryante ya da duyuşsal kaybının olması, hastanın hastane içinde başka bir birime transfer edilmesi veya odasının/ yatağının değiştirilmesi sırasında da gelişebilir (5).

İletişim hataları; tıbbi hataların en önemli nedenleri arasında gelmektedir. İletişim yetersizlikleri ve aksaklıkları nedeniyle, sağlık hizmeti sunulurken yapılan hatalar, sakatlıklara ve ölümlere neden olabilecek kadar önemli bir sorundur. Sağlık çalışanları arasındaki etkili iletişim, sağlık riskleri ve çözümleri konusunda bilinci artırırken, hasta bakımına ilişkin önemli kararların doğru anlaşılmasını sağlar (6).

İlaç hataları; hasta güvenliğini doğrudan etkileyen en yaygın hata türüdür (7).

Hastane infeksiyonları; hastaneye başvuru sırasında enkübasyon döneminde olmayan, hastaneye kabul sonrası gelişen/taburcu olduktan sonra ortaya çıkan infeksiyonlardır (8).

Hasta düşmeleri; acil birimlerde sıkça karşılaşılan tıbbi hatalar arasındaki düşme sonucu yaralanmalar, acil hemşirelerinin çoğunlukla karşılaştığı yakınma ve şikayet nedenlerinden biridir (1).

Uygun olmayan veya Yanlış malzeme kullanımına bağlı hatalar; hasta sonuçlarını doğrudan etkileyerek tedavi ve bakımın yanlış yönlendirilmesine neden olabilir (1). Tıbbi cihaz kazalarının en önemli nedenleri; hatalı/kusurlu cihazların kullanımı, tıbbi cihaz seçiminin yanlış olması, kalibrasyonun, bakımın ve kullanıcı eğitiminin yetersiz olması, yeni teknolojilerin kullanımında tecrübe ve bilgi eksikliğidir (7).

Sağlık hizmetlerinde gerçekleşen hataları tanımlamak, bu hatalara bağlı zararları önlemede ve azaltmada etkin yöntem hataların rapor edilmesi ve analizidir

(9). Tıbbi hatalarla ilgili olay bildirimleri, kalite yönetim birimlerine yapılmalı; kalite yönetim birimleri tarafından düzeltici ve önleyici faaliyetler zamanında başlatılmalıdır (10).

Acil birimlerde güvenliğin sağlanması ve sürdürülmesine ilişkin önlemlerin alınması; risk faktörlerinin belirlenmesi, hasta güvenliği kültürü geliştirilmesi amacına dönük multidisipliner çalışmaların başlatılmasını, stratejiler geliştirilmesini gerekli hale getirmektedir. Aynı zamanda, acil birimlerde önlenemez tıbbi hataların yaygınlığı, bu hataları önlemeye ilişkin hemşirelik uygulamalarının sınırlılığı üzerinde durulmasını gerektirmektedir (1). Bigham ve ark. (2012) tarafından yapılan bir araştırmada, olumsuz olaylar ve ilaç hataları (22 makale), klinik karar (13 makale), iletişim (6 makale), kara taşıtı güvenliği (9 makale), hava aracı güvenliği (6 makale), tesis taşıma (16 makale) ve entübasyon (16 makale) olmak üzere hasta güvenliğini araştıran uluslararası bilimsel yayınlara rastlandığı bildirilmektedir (11). Acil birimler, hasta güvenliği açısından riskli birimler olmasına karşın ülkemizde konu ile ilgili literatürün sınırlı olduğu izlenmektedir (1).

Hasta güvenliği toplumlar açısından farklı uygulamalar ile karakterizedir. Bu noktada, yanlış uygulamaların raporlandırılması, ölçümü ve tanımlanmasında ortak bir terminolojiye ve standardizasyona gereksinim duyulduğundan, ulusal ve uluslararası çalışmalar yapılması gerekmektedir (12).

Hasta güvenliği, hemşirelik bakımının temel öğelerinden biridir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN), hasta güvenliğinin artırılması amacıyla profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele edilmesi, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyetinin sağlanması, sağlıklı klinik uygulamaların gerçekleştirilmesi, sağlıklı bakım ortamı olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması yönünde hasta güvenliğine odaklı bilimsel bilginin geliştirilmesi ve desteklenmesi gereğine inanılmaktadır (13). ICN, hasta güvenliğini; hemşirelik uygulamalarının ve kaliteli sağlık hizmetinin temeli olarak göstermektedir (14).

Hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin uluslararası hedeflerin, tüm sağlık kuruluşlarında yapılandırılması temelinde uygulama standartlarının oluşturulması, her bir hedefe yönelik uluslararası rehber ve protokollerden yararlanarak çözüm önerilerinin oluşturulması gereğinden hareketle bu alışma, Antalya'da bulunan dört hastanenin acil birimlerinde çalışan hemşirelerin, acil hastalarının güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla planlandı.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil birimler, farklı nedenlerle başvuruda bulunan hastaların hızla bakıldığı, yaşamsal nitelikteki kararların anında verildiği ve ölümlerin yüksek oranda gerçekleştiği birimlerdir (15). Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Tebliğ’de, “Acil birim hizmetleri: Kronik bir hastalığın akut atağı, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri, beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, komplikasyon, morbidite, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil birimde görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, hayati tehlikesini ortadan kaldıracak tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması, ileri tanı ve tedavisi için diğer hizmetlere devrine kadar yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır (16). Diğer bir tanımla, acil birim, uzmanlaşmış bir ekip ile yılın her günü ve günün her saati hizmet veren, acil birime başvuran hastanın şikâyetlerini öncelikli olarak ve hızla çözebilecek bir alt yapıya ve temel sorunu belirleyerek tedavi edecek donanıma sahip, gözlem ve kısa süreli tedavi gerektiren, vakalara müdahaleyi geciktirmeden veren bütüncül bir sistemdir (17).

4.1.1. Acil Birim Hemşireliği

Acil birim hemşiresi; sağlık kuruluşlarının en yoğun, stresli ve karmaşık birimi olan, hayat fonksiyonlarının devamlılığının hedeflendiği, acil müdahale gerektiren hastaların değerlendirildiği, bakım ve tedavinin yapıldığı tanı konulmamış acil bakım gereksinimi olan her hastaya gerekli hemşirelik bakımı uygulayıcısıdır (17).

Amerika’da Anita Dorr ve Judith Kelleher, acil hemşireliğinin önemini vurgulayan bir kuruluş olmasının gerekli olduğu ile ilintili bir savla yola çıkarak,

1970 yılında Acil Birimi Hemşireler Birliği (EDNA)'ni kurdular (18). Daha sonra 1985 yılında ismi Acil Hemşireleri Birliği (ENA) olarak değişen bu kuruluş tarafından, acil hemşirelerinin profesyonel yetki uygulamalarına ilişkin standartlar geliştirildi (19). 1975 yılında hazırlanan Acil Hemşireliği Uygulama Standartları, EDNA ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından uygulamaya geçirildi (20).

Amerika'da Sertifikalı Acil Hemşiresi (CEN) Programı, 1980'li yıllarda başlayan ve günümüzde halen devam eden, katılımcıya dört yıl boyunca geçerli olan ve yenilenmesi için sınava tekrar girmeyi öngören bir sertifika programıdır. Ülkemizde SB Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yürütülen Acil Hemşireliği Sertifika Programı ile acil birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmış, sertifikalara 5 yıl geçerlilik tanınmıştır (20).

Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCAHO) tarafından acil hemşirelerinin görevleri;

- Tüm girişimleri ve uygulamaları etik kurallara göre yapma,
- Hastanın sağlık öyküsü, tıbbi özgeçmişi konusunda bilgi alma ve kayıt etme,
- Uygun fiziksel muayeneyi yapma ve kayıt etme,
- Birincil tanılamaya ilişkin olarak uygun radyografik ve laboratuvar test ve uygulamalarını isteme, laboratuvar örnekleri alma ve gönderme,
- Hayati bulguları ölçme ve değerlendirme,
- Hasta bakım planı hazırlama,
- Acil girişimde bulunma, şeklinde tanımlanır (21).

Resmi Gazete'de SB tarafından yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te, acil birim hemşiresinin, bir hemşirenin sorumluluk, yetki ve görevlerinin yanında diğer sorumluluk, yetki ve görevleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (22):

1. Hemşirelik Bakımı:

- Hastanın acil birime kabulünü sağlar.

- Hastaların monitorize (EKG, solunum, SpO₂, vücut sıcaklığı, arteriyel kan basıncı) ederek, izler, değerlendirir, sonuçları kaydeder ve anormal durumları raporlar.
- Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçları kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
- Aynı anda acil birimde bulunan vakalar arasındaki öncelikleri belirler.
- Yatışına karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne uygun olarak naklini gerçekleştirir.
- Periferik IV kateter takar, kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisi uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda/üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder.
- İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder.
- Hastaların beslenme (enteral ve parenteral beslenme) gereksinimlerini belirler, uygun hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve mobilize eder.
- Sıvı-elektrolit dengesine yönelik gerçek ve olası sorunları dikkate alarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar ve kaydeder.
- Hastaların solunumsal sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir.
- Pacemakerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.
- Acil birim hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurarak, psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir.

- Acil birimin feksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi yönünde gerekli önlemleri (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek, vb.) alır/alınmasını sağlar.
- Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar, morga naklini sağlar ve yakınlarına destek olur (22).

2. Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılım:

- Hekim tarafından gerçekleştirilen girişimsel uygulamalara katılır; hemşirelik işlevlerini yerine getirir.
- Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.
- Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Ünitelerde hekimin bulunmadığı durumlarda ve ileri yaşam desteği sertifikası olup, sertifikasının geçerlilik süresi dolmamış ise, temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.
- Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örnekleri toplar, laboratuvara gönderir, sonuçları takip eder, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.
- Hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda transfere eşlik eder (22).

4.2. Acil Birimlerde Hasta Güvenliği

4.2.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetleri sırasında istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi ve hastada yarattığı sorunların azaltılması veya ortadan kaldırılmasına odaklı bir sağlık bakım kavramıdır (1). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve

çalışanları tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak tanımlanır (23). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA) hasta güvenliğini, “sağlık hizmeti alan bir veya birden fazla hastanın, beklenmeyen veya istenmeyen bir olay karşısında en az zararı almasına yönelik oluşturulan uygulama” olarak tanımlamaktadır (7).

Hasta güvenliği, ciddi bir küresel halk sağlığı sorunudur. Tahminler, gelişmiş ülkelerde 10 hastadan birinin sağlık bakımı alırken zarar gördüğünü göstermektedir. Hasta güvenliği, iyi hasta bakımının temelidir. Hasta güvenliği ve iyi kalite birbiriyle ilişkilidir. Hasta güvenliği, hem hastalar ve hem de sağlık çalışanları açısından önemlidir (24).

Dünya genelinde hasta güvenliği ile ilgili bir görüş birliği olmaması, hasta güvenliği ile ilgili kavramların tanımlanması yönünde çalışmaların başlamasına yol açarak, hasta güvenliğine ilişkin kavramlar, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanmıştır (25). Bu tanım kapsamındaki terim ve deyimler;

Hasta; sağlık bakımı alan kişi,

Sağlık bakımı; sağlığı sürdürmek, gözlemek, korumak ve düzeltmek için kişiler veya toplum tarafından alınan hizmetler,

Güvenlik; tehlikelerden uzak kalma durumu,

Tehlike; riske yol açacak veya riski arttıracak hareket veya durum,

Hasta güvenliği; hastayı, sağlık bakımı ile ilgili olası zararlardan korumak,

Olay (hasta güvenliği olayı); hastanın zarar görmesi şeklinde sonuçlanan veya zarar görmesine sebep olan durum,

Hata; yapılan bir planın yanlış uygulanması veya yanlış bir plan yapılması,

İhlal; bir operasyonun işleyişinden veya kuralından bilinçli olarak sapma durumu,

Risk; kaza oluşma ihtimali,

Ters olay; hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan kaza,

Zarar; vücudun yapısının bozulması veya işlev göremez hale gelerek sağlığa zarar veren bir etkinin olması,

Kıl payı; hastaya zarar vermeyen kaza durumu, şeklinde açıklanmaktadır (25).

Sağlık hizmetlerinde gelişmeler yaşandıkça ve haklar öğrenildikçe, sağlık hizmeti sunumundaki kalite ve çeşitlilik giderek öne çıkmaktadır. Hasta güvenliği, öne çıkan bu konulardan en önemlisidir. Bu kavram, sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (26). Sağlık hizmetlerinin “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının engellenmesi ve tıbbi hataların önlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler bu sorumluluğu yerine getirirken, ilgili bilgi ve becerilere sahip olmalı, uygulamaya geçirdiği bilgi ve becerilerini hasta güvenliği yönünde kullanarak, olumlu bir tutuma dönüştürmelidir (27).

ICN'nin 2007 temasında olumlu çalışma ortamı üzerinde durulmuş, karmaşık yapıya sahip sağlık kuruluşlarında hataların kaçınılmaz olduğu, sağlık bakımı hizmetlerinde oluşan hataların doğrudan insan sağlığını/yaşamını etkilediği ve bazen ciddi sonuçlara yol açtığı ifade edilmiştir. Bu nedenle, hasta güvenliğinin, sağlık çalışanlarının öncelikli konuları arasında yer alması gerektiği vurgulanmaktadır (17). Basit hataların hastaya zarar vermesini engellemek, hasta ve yakınlarını ruhsal ve bedensel olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturmak, hastaya ulaşmadan önce hataların belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almak adına önemlidir (5).

4.2.2. Hasta Güvenliğinin Amacı

Hasta güvenliğinde hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziksel ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek olan ortamların oluşturulması yoluyla güvenlik sağlanmalıdır. Hasta güvenliğinde temel hedef; sağlık hizmetleri sunumu sırasında tıbbi hataları engelleyerek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak ve hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (17).

Tıbbi hata, hastaya sunulan sağlık hizmetleri sırasında ortaya çıkan herhangi bir olumsuzluğun nedeni olup, beklenmedik sonuç olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hatalar; yanlış işleme, ihmale ve doğru işleme yanlış uygulamaya bağlı tıbbi hatalar

olarak sınıflandırılabilir (7). Hastaya verilen sağlık bakımı süresince uygulanan tedavinin başarısını etkileyen her türlü istenmeyen olumsuz olaylar hasta güvenliğini tehdit eder. Tıp biliminin ilk ve en temel öğretilerinden birisi de “önce zarar verme“ ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda sunulan sağlık hizmeti, öncelikle sağlık çalışanlarının ve hastaların güvenliğine odaklanır. Ancak, sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen tıbbi hatalar, hasta güvenliğini olumsuz etkileyerek hastaların zarar görmesine yol açabilir (5).

Hasta güvenliğinin amacı, süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek biçimde ortaya çıkmasının engellenmesi yönünde yeni tasarımlara olanak sağlamak, hataların hastaya ulaşmadan önce tespit edilmesini, bildirilmesini ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır. Hataların yalnız %1'i yetkisi bulunmayan çalışanlardan kaynaklanmaktadır. Diğer %99'u ise, görevlerini iyi yapan, iyi niyetli kişilerin yaptığı hatalardır (9). Hasta güvenliğinde, oluşabilecek hataların önceden belirlenmesini ve hataların düzeltilmesini sağlayacak önlemlerin alınması için sağlık hizmeti veren kişilere, hasta veya hasta yakınlarına fiziksel ve psikolojik olarak güvende olabilecekleri bir ortam oluşturulmalıdır (7).

4.2.3. Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü

IOM, “Hata İnsana Özgüdür” başlıklı raporunda hastaların, sağlık hizmeti süreçlerinde aktif katılımcı olarak görülmesi gerektiğini önerir. Hastaların ve ailelerin güvenliğine katkı sağlayan çeşitli yöntemlerden ve çeşitli organizasyonların varlığından söz edilmektedir. Bu organizasyonlar, hastaların kendi güvenliklerini sağlarken katılımcı olmaları gerektiği yönünde önerilerde bulunmaktadır (28).

4.2.4. Hasta Güvenliğinde Uluslararası Organizasyonlar

Dünya Hasta Güvenliği İttifakı (WAPS): 2004 yılında WHO ve üye ülkeler, hasta güvenliği konularına odaklanmak üzere WAPS'yi kurdu. Birlik, hasta güvenliği gelişiminin sağlanması ve tüm WHO üye ülkelerinde, hasta güvenliği uygulamaları için gerekli olan siyasi bağlılığı ve farkındalığı artırıcı çalışmalar

yapmaktadır. Birlik, sürekli olarak, dünya çapında hasta güvenliğinin gelişimini sağlamak üzere teknik konuları kapsayan ve düzenli programlar açmaktadır (29, 30).

Uluslararası Ortak Komisyon (JCI): 1951 yılında kurulan ve misyonu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini, uluslararası akreditasyon, eğitim ve danışmanlık hizmetleri yoluyla uluslararası düzeyde arttırmak olan JCI, sağlık hizmetlerinde güvenliğin ve kalitenin sürekli olarak artırılması için çalışmaktadır (30, 31).

Evrensel Standartlar 1 (GS1): Sağlık sektörünün en yaygın tehditlerinden olan sahtecilik ve tıbbi hata sorunlarının çözümüne destek veren GS1, aynı zamanda farmasötik ürünlerin belirlenmesinde kullanılmaktadır (30).

Uluslararası Hastane Federasyonu (IHF): 1929 yılında kurulan IHF, dünya genelinde bir çok ülke tarafından desteklenen uluslararası bir sivil toplum örgütüdür. IHF, hastane ve sağlık organizasyonları arasındaki işbirliğinin ve iletişimin, özellikle de hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetinin yetersiz olduğu yerlerde sağlık çalışmalarının teşvik edilmesi adına çalışmalar yapmaktadır (30).

Tıbbi Kazalara Karşı Hareket (AvMA): Daha iyi bir hasta güvenliği oluşturulması yönünde teşvik edici olup, özellikle tıbbi kazalardan etkilenen kişilerin hukuki konularda desteklenmesi yönünde hizmet veren bir yardım derneği olan AvMA, tıbbi kazalarda kişilerin açıklama, destek ve gerektiğinde tazminatı hak ettiği görüşünden hareket etmektedir. Tıbbi kazalarla karşılaşan kişilere sosyal yardım hizmetleri ve yardım hattı aracılığıyla ücretsiz destek vermektedir (30).

Hasta Güvenliği Ortaklığı (p4ps): 2003 yılında kurulan ve Hasta Güvenliği Sağlayan Tüketiciler (CAPS) ilkeleri doğrultusunda hizmet veren p4ps, adil ve güvenli sağlık hizmetlerinin verilmesi yönünde çalışmalar yapmaktadır. p4ps, tüketici olanaklarının geliştirilmesi ve hasta güvenliği konularının sağlık çalışanlarının eğitim müfredatına girmesi yönünde hizmet etmektedir (30).

4.2.5. Hasta Güvenliğinde Ulusal Organizasyonlar

Hasta Güvenliği Derneği: Tıbbi hatalar ve sonucunda meydana gelen yaralanma ve sakat kalma gibi konularda çalışmaların yapılması amacıyla kurulmuştur. Hasta güvenliği konusundaki farkındalığın oluşumunda etkili olan Hasta Güvenliği Derneği, SB ile işbirliği içerisinde eğitim faaliyetleri sürdürmektedir (30). Ayrıca, geniş katılımlı uluslararası kongreler düzenleyerek küresel ölçekte bilgi paylaşımını sağlamaya çalışmaktadır (32).

Kanıt Dayalı Tıp Derneği: Kanıt dayalı tıp uygulamalarına yönelik çalışmaların sonuçlarının belirli bir merkezde değerlendirilmesi amacıyla kurulmuştur. Dernek, sağlık alanında kanıt dayalı kararların alınmasını, kanıt değeri düşük veya güncel olmayan tıbbi yaklaşımlarla hasta güvenliğinin tehdit edilmesini ve gereksiz maliyetlerin engellenerek ülke kaynaklarının korunmasını hedeflemektedir. Aynı zamanda, bu konularda çalışmalar yapan kişi ve kuruluşlara destek vermektedir (30).

Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği: Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği konularında politika geliştirmek, sağlık sektörüne yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek amacıyla kurulmuştur (30).

4.2.6. Türkiye’de Hasta Güvenliği

Ülkemizde uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, sağlık çalışanı ve hastanın güvenliğini tehlikeye atan olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Sağlık kuruluşlarının bildirim kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan ziyade kurumsal çabalarla gerçekleştiği göz önünde bulundurulmalıdır (33).

Hasta güvenliği kültürü bilinci, tüm hasta bakımı için temeldir. Hasta güvenliği kapsamında yer alan güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi kavramlarının kökenleri, örgüt kültürü ve örgüt iklimi gibi genel kavramlardır. Örgüt kültürünün bir

bileşeni olan hasta güvenliği kültürü, kurumun devam eden hasta güvenliği performansı ile ilgili olarak personelin tutum ve davranışlarını içerir ve etkiler (24).

Hasta güvenliği kültürünün kurumlarda oluşması ve gelişmesinde hizmet içi eğitimin önemi vurgulanmakta ve tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusunda sürekli olarak eğitilmelerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Hemşirelerin sadece %15,6'sının geçmişte hasta güvenliği kültürü ile ilgili eğitim aldığı saptanmış, hataların çoğunlukla hemşireler ve hekimler tarafından yapıldığı bilindiğinden, özellikle hemşirelerin ilaç hataları ve transfüzyon konularında eğitilmesinin önemi vurgulanmıştır (34).

4.2.7. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Uluslararası düzeyde hasta güvenliği ile ilgili gelişmeler yıllar öncesine dayansa da son yıllarda meydana gelen bilim ve teknolojideki ilerlemelerle birlikte hasta güvenliği çalışmaları hızla iyileştirilmekte ve geliştirilmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasında önemli role sahip bileşenlerden birisi de 2011 yılında güncellenen Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'dir (25). Bu hedefler;

Hedef 1- Hastanın Doğru Kimliklendirilmesi: Kimlik doğrulama süreçlerine, özellikle hastaya ilaç, kan veya kan ürünleri uygulanırken, klinik tanı amaçlı kan veya başka örnekler alınırken veya farklı tedavi veya işlemler uygulanırken, hastanın kimliğinin doğrulanması için kullanılan süreçlere yönelik işlemlerdir. İlgili işlemler; hastanın adı/soyadı, kimlik tanımlama numarası (protokol numarası), doğum tarihi, barkodlu bileklik veya diğer yöntemlerin en az ikisinin bulunmasını zorunlu kılmaktadır. Kimlik doğrulaması için hastanın oda numarası veya hastanedeki konumu kullanılmamalıdır (25).

Hedef 2- Etkili İletişimin Arttırılması: Telefonla veya sözel olarak alınan talimatların alınmasına yönelik süreç/işlem ve bu kapsamda bilgiyi alan kişi tarafından tamamlanan test sonucunun geri okunarak doğrulanması ve bu gerekliliğin oluşturulmasına yönelik bir politikanın belirlenmesidir (25).

Hedef 3- Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi: İlaç uygulama hatalarının, hasta güvenliğini sağlamada ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Sıklıkla görülen ilaç uygulama hataları; ilaç uygulaması öncesi alerjilerin sorgulanmaması, kaydedilmemesi, sözel istemlerin yazılı hale dönüştürülmemesi, benzer ilaçların uygulama sırasında karıştırılması, ilaçların yanlış şekilde dilüe edilmesi, enjektöre çekilen ilaçların ve ilaç bölmelerinin etiketlenmemesi sonucu yanlış ilaç uygulanması ve eksik/yetersiz kayıt sistemidir (25).

Hedef 4- Doğru-Taraf, Doğru-İşlem ve Doğru-Hasta Cerrahisi'nin Sağlanması: Doğru uygulamanın, doğru hastaya ve tarafa yapılmasını sağlamak üzere cerrahi uygulamaya başlamadan hemen önce “son kontrolü” içeren bir kontrol listesinin kullanılması önerilmektedir. Bu kontrol listesinde, uygulamaya başlamadan önce, gereksinim duyulan tüm kayıt ve ekipmanın var olduğunun, doğruluğunun ve uygunluğunun kontrol edilmesi; ameliyat yerinin işaretlenmesi; ameliyat sonrası kalan malzemelerin sayılması yer almaktadır (25).

Hedef 5- İnfeksiyona Bağlı Risklerin Azaltılması: Genel olarak kabul görmüş ve güncel el hijyeni konusundaki rehberlere uyulmasıdır. Kontrol önlemlerinin geliştirilerek uygulanması ve çalışanların planlı ve sürekli eğitimi enfeksiyonun önlenmesinde önem taşımaktadır (25).

Hedef 6- Düşme Kaynaklı Zarar Görme Risklerinin Azaltılması: Hastaların almış oldukları ilaçlara bağlı olarak düşme açısından taşıdığı riskin değerlendirilmesi ve tespit edilen riskleri ortadan kaldıracak veya azaltacak önlemlerin alınmasıdır (25).

İngiltere’de hastanelerin acil birimlerinde hasta güvenliğini arttırmak için kullanılmaya başlanan “Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi” (Emergency Department Safety Checklist), acil birimlerde temel bakımın standartlaştırılmasına ve iyileştirilmesine yardımcı olan, belirli bir sırada tamamlanması gereken gözlemleri, testleri ve tedavileri sistematik sunan bir listedir. Hekim, hemşire ve sağlık çalışanları açısından hatırlatıcı olan bu liste, zamana dayalı görevlerin çerçevesi kapsamında doğru bakımın sunumuna katkı sağlayabilir (35).

4.3. Hasta Güvenliğine Yönelik Uygulamalar

4.3.1. Tıbbi Hata Tanımı, Türleri ve Nedenleri

Tıbbi hatalar, sağlık hizmetleri sunumu sırasında bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuçlardır. Tıbbi hatalar nedeniyle, yıllık 8,8 ile 19,5 milyon dolar arasında ek maliyetin ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (4). Tıbbi hata, sağlık kurumlarının ve çalışanlarının yetersiz bilgi, beceri eksikliği, deneyimsizlik veya ilgisizlik sonucunda gerçekleştirdikleri, kabul gören uygulama standartlarının altında kalan tedavi ve işlemleri sonucunda, hastanın zarar görmesine, yaralanmasına veya ölümüne neden olan, çoğunlukla mesleki ihmalle ortaya çıkmış zararlıdır (10).

1991 yılında New York eyaletinde yapılan bir çalışma, hastaneye başvuran hastaların %3,7'sinde bir hata yapıldığını ve bunların yarısından fazlasının önlenemez olduğunu göstermiştir. IOM'nin 1999 yılında yayınladığı bir raporda, tıbbi hataların büyük boyutta olduğu vurgulanmaktadır. Bu rapora göre, Amerika'da yılda 44.000 ile 98.000 arasında kişi tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Aynı şekilde, her yıl Kanada'da 5.000 ile 10.000 arasında ve İngiltere'de 40.000 kişi tıbbi hatalar sonucunda hayatını kaybetmektedir. Almanya'da ise yılda meydana gelen 100.000 tıbbi hata sonucunda 25.000 kişi yaşamını kaybetmektedir (36).

Tıbbi hatalar, aktif hatalar ve gizli hatalar olmak üzere ilk kez Reason tarafından 1990 yılında sınıflandırılmıştır. Aktif hatalar, etkileri anında hissedilen ve sağlık çalışanları düzeyinde meydana gelen hatalar olarak tanımlanırken, gizli hatalar ise sağlık çalışanının kontrolü dışında oluşan ve tasarım yetersizliği, hatalı bakım, kötü idari karar ve zayıf yapılanmış kuruluşlar nedeniyle gerçekleşen hatalar olarak tanımlanmaktadır (37).

Tıbbi hatalar, aşağıdaki gibi iki şekilde sınıflandırılabilir (10):

Kök nedene bağlı hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak sıralanabilir.

Hata türü açısından yapılan hatalar; ilaç uygulama hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada yapılan hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar (kan transfüzyonu, düşmeler, hastane infeksiyonları) olarak sıralanabilir.

Tıbbi hatalar, genel olarak üç ana nedenle gelişmektedir. Bunlar (38):

İnsan faktörü; yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim eksikliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik olarak sıralanabilir.

Kurumsal faktörler; işyeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş, konularda yetersizlik, yanlış personel dağıtımı olarak sıralanabilir.

Teknik faktörler; yetersiz otomasyon, yetersiz-eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği ve integrasyon eksikliği olarak özetlenebilir.

Tıbbi hatalar, hastaya etkisine göre üç sınıfa ayrılabilir. Bunlar (39):

Vahim olay (sentinelevent); hastanın hastalığının veya altta yatan tıbbi durumunun doğal seyriyle ilişkili olmayan ve ölümlü veya önemli ve kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan beklenmedik bir durum olarak tanımlanmaktadır.

İstenmeyen olay (adversevent); sağlık hizmetinin, hastanın içinde bulunduğu durumdan veya altta yatan hastalıktan bağımsız olarak yol açtığı hasar/zarar olarak tanımlanmaktadır.

Direkten dönme-ramak kala olaylar (nearmiss); gerçekleşmemiş, gerçekleştiği halde hastaya zarar verme potansiyeli bulunan olay ve durumlardır.

4.3.2. Hasta Kimliklendirme

Hastanın doğru bilgiler ile kimliklendirilmesi, uluslararası hasta güvenliği ilkelerinin en önemli basamağıdır. Kimliklendirmenin temel amacı; sağlık hizmeti sunulan hastanın doğru tanımlanması ve sunulacak sağlık hizmetinin doğru hasta ile eşleştirilmesidir (9). Kimliklendirmede yapılan hatalar, hastaların sedatize, disoryante ya da duyuşsal kaybının olması, başka bir birime transfer edilmesi veya odasının/yatağının değiştirilmesi sırasında olabileceği gibi tanı ve tedavi aşamalarının tümünde de meydana gelebilmektedir (5).

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ’de, sağlık kuruluşlarında hasta kimliklendirmesi kapsamında yapılacak işlemler aşağıdaki gibidir:

- Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hasta kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili bir süreç oluşturulur.
- Tetkik, tedavi, cerrahi işlemler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamadan önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir.
- Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.
- Hasta kimlik tanımlama işlemlerinde kullanılan barkodlu kol bandında;
 - Protokol numarası (kalın ve büyük punto),
 - Hastanın T.C. kimlik numarası,
 - Hasta adı-soyadı,
 - Doğum tarihi (gün-ay-yıl),
 - Doğum yeri,
 - Hekimin adı, soyadı bulunmalıdır.
- Hasta kimlik doğrulamada ise hasta adı ve soyadına ek olarak T.C. kimlik numarası, doğum tarihi ya da protokol numarasından biri kullanılır.
- Hasta yatışlarında dört ayrı renkte kol bandı kullanılır. Renkli kol bandı uygulamasında;
 - Normal hastalar için beyaz barkodlu kimlik doğrulama kol bandı,
 - Alerjik hastalar için kırmızı,
 - Aynı birimde aynı isimli hasta için lacivert,
 - Bulaşma riski olan hastalıklar için sarı renk kullanılması,
 - Alerji ve bulaşma riski olan hastalar için beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılması zorunludur (40).

4.3.3. Etkin İletişim

Acil birimlerde iletişimin, özellikle yaşlı hastalarla iletişimin nasıl sağlandığı ile ilgili veriler, hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde önemli bir araçtır (1).

İletişim yetersizlikleri, tıbbi hataların en önemli nedenleri arasında gelmektedir. İletişim yetersizlikleri nedeniyle yapılan hatalar, hasta bakımında sakatlıklar ve ölümler gibi büyük sonuçları olabilecek kadar önemli bir sorundur. Etkili iletişim, hasta bakımı sunarken alınan önemli kararların doğru anlaşılmasını sağlar, sağlık riskleri ve çözümleri konusunda bilinci artırır (6).

Tıbbi hataların bir diğer nedeni olarak da ekip üyeleri arasındaki iletişim sorunları ile ekipler arası koordinasyon sorunları gösterilmektedir. Hasta bakımının güvenliğini ve sürekliliğini sağlamak için, hastanın özel bilgilerinin bir bakım verenden diğerine veya örgütlenmiş bir yapıdan diğerine etkileşimli bir şekilde devredildiği çağdaş etkileşim sürecine “handoff” denir. Handoff’un uygulandığı üniteler/alanlar arasında ambulanslar da yer alır. Handoff süreci; sağlık personelinin nöbet ve vardiya değişimlerinde, hastaların klinik değiştirme süreçlerinde ve diğer transfer durumlarında (ambulans ile başka bir tesise nakil) uygulanabilir (9).

Sağlık hizmeti sunanlar arasındaki iletişimin güçlendirilmesi için kurumsal bir yaklaşım geliştirilmelidir (1). İletişim hatalarının engellenmesinde;

- Hastaların iletişimi engelleyebilecek sorunlarının tespit edilmesi ve yazılı dökümünün yapılması,
- Sağlık hizmeti sunanlar arasında etkili iletişimin sağlanması amacı ile hasta bilgilerinin mutlaka yazılı olması,
- Sözel/telefon talimatları ile ilgili yöntemlerin belirlenerek kurum çalışanlarına bildirilmesi,
- Hastanede kullanılan kısaltmaların herkes tarafından bilinmesi ve ortak dil oluşturulması,
- Hasta bakımı ve sonuçlarıyla ilgili bilgilerin, vardiya değişiminde, vardiyalar arasında, birimler arasında ve nakiller sırasında tüm sağlık çalışanları ile paylaşılması,
- Hastanın bakımına ilişkin bilginin, hasta ile beraber nakledilmesi,
- Doğru ve etkili iletişim için hasta ve ailesinin güveninin kazanılması, önemlidir (1).

4.3.4. İlaç Güvenliği

WHO'ya göre ilaç, fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün şeklinde tanımlanmaktadır (41). İlaç hatası, hasta güvenliğini doğrudan etkileyen en yaygın hata türü olup, Amerika'da İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) tarafından "ilacın sağlık çalışanının, hastanın ve üreticinin kontrolü altında olmasına rağmen hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenemez bir olay" olarak tanımlanmaktadır (7). İlaç uygulama hataları, ilaçların uygulanması esnasında, belirlenen ilkelere uyulmaması sonucunda gerçekleşen yanlış uygulamalar olarak tanımlanabilir (42). IOM'nin 2000 yılında yayınladığı bir rapora göre; Amerika'da her yıl 7000 hasta önlenemez ilaç hatası nedeniyle yaşamını yitirmektedir. IOM tarafından yayınlanan "İlaç Hatalarının Önlenmesi" (Preventing Medication Errors) başlıklı başka bir rapora göre ise; Amerika'da her yıl 1.5 milyon önlenemez ilaç hatası gerçekleşmektedir (9). İlaç uygulama hataları, ilacın istem yapılma aşamasından uygulamadan sonraki etkilerinin takibi de dahil, çok geniş bir zaman diliminde gerçekleşmektedir. İlaç uygulama hatalarına, yanlış zamanda uygulama/uygulamayı unutma, yanlış dozda uygulama, yanlış ilacı uygulama, uygun teknikle hazırlamama, uygulamayı kaydetmeme ve etkileşime giren ilaçları aynı anda uygulama olarak örnekler verilebilir (42).

İlaç uygulama hataları, hata kaynağı olarak görülebilecek kişiler dikkate alındığında, aşağıdaki gibi üç başlık altında sınıflandırılabilir (43):

Hekim kaynaklı hatalar; hekimin uygun ilacı belirleme ve bunu istem ya da reçete şeklinde belirtmesi aşamalarında oluşmaktadır. Bunlardan bazıları:

- Hastalığın gerektirdiği ilacın reçetelenmemesi (örn; viral infeksiyon için antibiyotik yazılması),
- İlacın hastaya göre seçilmemesi (örn; çocuk hastada siprofloksasin kullanılması),

- İlaç dozunun hastaya göre ayarlanmaması (örn; böbrek yetersizliği olan hastada radyoopak madde dozunun azaltılmaması),
- İlaç seçiminde var olan başka hastalıkların dikkate alınmaması (örn; iskemik kalp hastasında antigripal ilaç reçetelenmesi),
- İlaç uygulanma zamanı ve koşullarının dikkate alınmaması (örn; aspirinin tok karna alınması konusunda uyarı yapılmaması),
- Birden fazla ilaç reçetelenmesi durumunda etkileşimin dikkate alınmaması (örn; digoksin ve potasyum azaltıcı diüretiklerin bir arada kullanılması),
- İstemin okunaksız yapılması,
- İstemin yazılı yapılması yerine sözlü, telefon ya da başka aracı kullanılarak yapılması (örn; ilaçların hemşire yerine hasta bireye ya da bireyin yakınına söylenmesi)
- İlaç değişimi sırasında eski ilaçlar hakkında bilgi verilmemesi (örn; hasta bireyi lisinopril kullanırken ramiprile geçilmesi ancak aynı etki mekanizmasına sahip olduğu hâlde bireyin her ikisini kullanması),
- İlacın yanlış yolla kullanılması (örn; lösemili bir hastada intravenöz verilmesi gereken vinkristinin intratekal reçete edilmesi),
- Standart olmayan kısaltmaların kullanılması (örn; ANTS takibi ya da IU ve IV'nin karıştırılması),
- Çok sayıda ilacın isteme dâhil edilmesi,
- Kullanılması gereken ilacın kullanılmaması (örn; akut miyokard infarktüsü sonrasında kontrendikasyon olmadığı hâlde beta bloker kullanılmaması), şeklinde sıralanabilir (43).

Bu hataların nedenleri ise;

- Hekimin hastayı yeterince tanımaması (örn; rotasyon nedeniyle hekimin değişmesi),
- Yorgunluk ve konsantrasyon eksikliği (örn; nöbet sonrası göreve devam etme),
- İş yükünün fazla olması (örn; hekim başına düşen hasta sayısının fazla olması),
- Bilgi eksikliği, olabilir (43).

Hasta birey kaynaklı hatalar; bireye bilgi verilmesine ve ilacın doğru reçetelenmesine rağmen yapılan hatalardır. Bu hatalar:

- Reçete edilmeyen ilacın kullanılması (örn; viral infeksiyonda hastanın kendi kendine antibiyotik başlaması),
- Reçete edilen ilacın kullanılmaması (örn; kolesterol düşürücü ilacın kullanılmaması),
- İlacın yanlış doz, zaman veya koşullarda kullanılması (örn; tansiyon ilacının 24 saatte bir yerine aklına geldikçe, ihtiyaç duyuldukça alınması),
- İlacın erken kesilmesi (örn; antibiyotiğin ateş düşünce kesilmesi), olabilir (43).

Bu hataların nedenleri ise;

- Hasta bireyin yaşlı, çocuk olması ya da zihinsel yetersizliği bulunması,
- Kronik hastalığa bağlı olarak bıkkınlık içinde olması,
- Hastalığını inkâr etmesi,
- Tedavinin önemini kavramamış olması,
- Hastanın ilaç uygulaması konusunda yeterli bilgilendirilmediği halde bunu sağlık çalışanına iletmemesi, olabilir (43).

Hemşire kaynaklı hatalarda; istemin alınması, ilaçların temini, hazırlanması ve hastaya uygulanması ile ilgili sorumlulukları yer alır. Çoğu ilaç uygulama hatalarında, öncelikle hemşirelerin güçlüklerle karşılaştığı bildirilmektedir. İlaç uygulama hatalarının çoğunluğunun uygulama evresinde olması, bu durumu desteklemektedir. Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hatalarına;

- Yanlış ilaç verilmesi (örn; hastaya siprofloksasin yerine siprolam verilmesi),
- İlacın yanlış dozda verilmesi (örn; morfinin sulandırılmadan verilmesi sonucu yüksek dozda uygulanması),
- İlacın yanlış yolla verilmesi (örn; intramuskuler verilmesi gereken benzatin penisilinin intravenöz verilmesi),
- İlacın yanlış zamanda verilmesi (örn; yemekten sonra verilmesi gereken aspirinin birey aç iken verilmesi),

- İlacın yanlış hızla verilmesi (örn; intravenöz metoprololün yavaş infüzyonla verilmesi gerekirken bolus verilmesi),
- İlacın yanlış hastaya verilmesi (örn; yoğun bakımda kan basıncını yükseltici adrenalinin hipotansif hasta yerine hipertansif hastaya verilmesi),
- İlacın hiç verilmemesi (örn; unutulması),
- Uygulanan ilacın kayıt edilmemesi,
- Uygulanan ilacın etkisinin gözlenmemesi, şeklinde örnekler verilebilir (43).

Hemşirelerden kaynaklanabilecek bu hataların bazıları, istemlerin okunaksız olması gibi hekim kaynaklı hataları devam ettirici nitelikte olabilir. Bu hataların nedenleri ise;

- İş yükünün fazla olması (örn; hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması ya da normal olduğu hâlde hastaların ağır olması),
- İlaç uygulamasının kesintiye uğraması (örn; uygulama sırasında başka hastaların soru sorması),
- Aynı anda çözülmesi gereken kişisel problemlerinin olması, işe yoğunlaşamama,
- Yeni mezun olması ve deneyimsizlik (örn; stajyer hemşire olması),
- Hasta bireyin yeni olması (örn; böbrek yetersizliği olduğu halde, tetkikler tamamlanmadığı için henüz saptanamamış olması),
- İlacın yeni olması (örn; pulmoner hipertansiyonlu hastaya bosenan reçetelenmesi),
- Görev ya da nöbet değişimi sırasında hastaların tanıtılmamış olması,
- İstem yapan ile iletişimin yetersiz olması,
- İstem anlaşılamaz olması (örn; okunaksız olması),
- İstemlerin kaybolması (örn; ilaç temini sırasında istem formlarının unutulması),
- İstem yazılı yapılmaması (örn; telefon aracılığıyla yapılan istemler),
- İlaç uygulamaları ile ilgili bilgi yetersizliği, olabilir (43).

Acil birimlere kabul edilen her 100.000 hastanın 78'inde ilaç uygulama hatası rapor edildiği bildirilmektedir (44). Acil birimlerde çalışan hemşirelerin en çok ilaç uygulamaları sırasında hata yaptıkları, bu hataların ise uygun olmayan doz olduğu ve ilaç dozu atlama olduğu bildirilmektedir. İlaç ve IV solüsyon uygulamaları acil birimdeki hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde önemle üzerinde durulan alanlardan biridir (1). İlaç hataların önlenmesinde:

- Acil birimde benzer görünümde veya isimde olan, çoklu dozları bulunan, hazırlanması ve uygulanması sırasında dikkat gerektiren tüm ilaç çeşitlerinin ve ilaçlarla ilgili uyarıların eczacı ile birlikte gözden geçirilerek taşınabilir kartlara yazılması,
- İsimleri, okunuşları ve görünümleri benzer ilaçların ayrı yerlerde saklanması/depolanması,
- Yüksek riskli ilaçların kullanımı ve depolanmasıyla ilgili özel protokollerin hazırlanması (insulin, heparin, potasyum klorür, kemoterapötik ajanlar, narkotikler vb.),
- Yeni ve az sıklıkta kullanılan ilaçlar ile ilgili bilgilendirmelerin yapılması,
- Hemşirelere, işe başlarken ve çalıştıkları süre içinde belirli aralıklarla ilaç uygulama ve izleme konularında eğitim verilmesi,
- Hastane eczanesinin 24 saat açık bulundurulması ya da eczane kapalı iken ilaçları temin etme yönteminin belirlenerek tüm ekibin durumdan haberdar edilmesi,
- Acil birimde ilaç tedavisinin en uygun şekilde verilmesi açısından Bilgisayara Dayalı Birim Doz İlaç Yönetim Sisteminin kurulması,
- Narkotik ilaçlarının çift kilit altında tutulması, kayıp ve hırsızlıktan korunması,
- Acil ilaçların hazır bulundurulması,
- İlaç uygulamalarında 8 doğru ilkesine dikkat edilmesi (Doğru hasta, doğru zaman, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt, doğru yanıt),
- Çift istem kontrolü yapılması,
- İlaçların hasta adına paketlenmesi,
- Hastanın yatış öncesi kullandığı ilaçların tespit edilmesi,

- Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar konusunda hastanın eğitilmesi,
- İlaç-ilaç, ilaç-gıda etkileşimlerinin izlenmesi,
- İlaç yan etkilerinin gözlenmesi,
- Tüm ilaç ve enjeksiyonların etiketlenmesi,
- Uzun süre ile kullanılacak olan ilaç flakonlarının (örn: İnsülin) üzerine açılma tarihi, saati ve hemşirenin adının kaydedilmesi ve
- İlaçların uygun ortamda saklanması, önemlidir (1).

İlaç hatalarının azaltılması için hekimlere, hemşirelere ve kurumlara büyük görevler düşmektedir. Hemşire ilaç uygulamasının gerçekleştirilmesi sürecinde, hasta bireyin izlemi açısından da önemli roller üstlenmektedir. Bu açıdan, hemşirelerin hasta eğitimi rollerinin önemi artmaktadır (43). Hemşire açısından hataları azaltmaya yönelik;

- Yazılı prosedürler oluşturulmalı,
- Yapılan hatalar kaydedilmeli,
- İstemleri yazılı ya da elektronik ortamda alınmalı,
- Hastayı ilaç ve uygulaması konusunda eğitmeli,
- İlaç dozu hesaplama becerilerini geliştirmeli,
- İlaç uygulama hataları ile ilgili makaleleri yakından takip etmeli,
- Diğer sağlık çalışanlarıyla ve hastalarla etkin iletişim kurmalı,
- İstemini doğru okunduğundan emin olmalı,
- Hastanın hangi ilaçlara alerjisi olduğu, mevcut ve eşlik eden hastalıklarının hangi ilaçları kullanmaya sakınca oluşturduğunu bilmeli,
- İlaç uygulamalarında 8 ilkeye dikkat edilmelidir:
 - Doğru hasta,
 - Doğru ilaç,
 - Doğru doz,
 - Doğru zaman,
 - Doğru yol,
 - Doğru ilaç şekli,
 - Doğru kayıt,
 - Doğru yanıt.

- Yukarıdaki 8 ilkeye aykırılık istemden kaynaklanıyor ise hekim uyarılmalı,
- Uygulamaya yoğunlaşmayı engelleyen etmenlerden uzak durulmalı,
- Hasta bireye ilaç uygulamayı etkileyecek fiziksel ve laboratuvar özellikler bilinmeli,
- İlacın etkileri bilinmeli ve beklenmeyen bir etki oluştuğunda derhal hekim uyarılmalıdır (43).

4.3.5. Sağlık Bakımı Kaynaklı İnfeksiyonun Azaltılması

Hastane infeksiyonu, hastaneye başvuru sırasında enkübasyon döneminde olmayan, hastalar hastaneye yatırıldıktan sonra gelişen ya da hastanede gelişmesine karşın bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkan infeksiyonlardır. Gelişmiş ülkelerde hastanede yatarak tedavi gören hastaların %5-10'unda hastane infeksiyonu görülürken, bu sorunun gelişmekte olan ülkelerde %25'e kadar çıktığı bildirilmektedir (8). Amerika'da her yıl yaklaşık olarak 32 milyon kişinin hastaneye yatırıldığı, bunlardan yaklaşık olarak 2 milyonunda hastane infeksiyonu geliştiği ve bu olguların 90 bin kadarının kaybedildiği belirtilmektedir. Hastane infeksiyonlarının yarattığı ek maliyetin yaklaşık olarak 3,5 milyar dolar olduğu ve hastanede kalış süresinin ise hasta başına 7-10 güne uzadığı bildirilmektedir. WHO verilerine göre, hastanede yatarak tedavi gören yaklaşık her 10 hastadan birinde hastane infeksiyonu ortaya çıkmaktadır (45).

Hastane infeksiyonlarının ortaya çıkmasına neden olan başlıca risk faktörleri (46);

Hastanede yapılan girişimsel tedavi uygulamaları: Özellikle ameliyat ve diğer girişimsel işlemler gibi vücut içine doğrudan yapılan müdahalelerde el, araç, tıbbi alet, uygulama ortamı ve yara yeri temizliğinin yeterli düzeyde sağlanmaması,

Temizlik kurallarına dikkat edilmemesi: Sağlık çalışanlarının, hastan ve yakınlarının kişisel el ve vücut temizliklerine dikkat etmemesi, hastane binasının ve tüm araç ve gerecin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin yeterli

olmaması, mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetlerinde gerekli temizlik kurallarına uyulmaması,

Fiziksel yetersizlikler: Hastane binası ve tesisat sisteminin, hijyenik bir tedavi-bakım hizmeti sunulmasına imkân vermemesi,

Personel yetersizliği: Hasta yoğunluğuna göre, tedavi, bakım ve temizlik hizmetlerinde çalışan hastane personelinin sayısı ve nitelik olarak yetersiz olması, şeklinde sınıflanabilir (46).

Hastane infeksiyonları; hastanede kalış süresinin uzamasına, morbidite ve mortalitede artışa, yaşam kalitesinde bozulmaya, işgücü ve üretkenlik kaybına ve ekonomik kayıplara yol açabilir (45).

Tüm dünyada 1.4 milyondan fazla insanın hastanelerde edinilmiş infeksiyonlar nedeniyle yaşamsal tehlike altında olduğu tahmin edilmektedir. İnfeksiyon kontrolü ve önlenmesi sağlık uygulamalarının en zor alanlarından biri olup, infeksiyon oranlarındaki artış, sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için büyük bir tehdittir. Sağlık bakımı ile ilişkili infeksiyonların azaltılması, kurumsal bir yaklaşım gerektirir (1).

İnfeksiyonların kontrolü ve önlenmesinde;

- İnfeksiyon kontrol prosedürlerinin geliştirilerek uygulanması,
- Sağlık çalışanların planlı ve sürekli eğitimi,
- Kanamalı hastaların yönetimi, kan ve vücut sıvıları ile temasta gerekli önlemlerin alınması,
- Bulaşıcı hastalığı olanlara yönelik önlemlerin alınması,
- Damlacık ve hava yolu ile temas izolasyonu açısından uyarı levhalarına yer verilmesi,
- Kan ve kan ürünlerinin, infekte atıkların, vücut sıvılarının, keskin uçlu atıkların ve iğnelerin yok edilmesi,
- İlaç alışkanlığı olan, immün sistemi baskılanan veya diğer nedenlerle yüksek risk altındaki hastalara özellikle dikkat edilmesi, gereklidir (1).

4.3.6. Hasta Güvenliği Açısından Düşme

Hasta düşmeleri, Amerika'da 65 yaş ve üzerindeki bireylerde ölümcül olmayan yaralanmaların en yaygın nedenidir. Hastaların %7'sinde düşme bildirildiği ve düşme sonucu hastaların üçte birinde bir veya daha fazla yaralanma meydana geldiği belirtilmektedir. Hasta düşmelerinin acil birimlerde sıkça karşılaşılan tıbbi hatalar arasında olduğu bildirilmektedir (1).

Geriye dönük olarak yapılan incelemelerde, düşen hastaların %26'sının tekrar düştüğu ve bunlarında %9'unun tekrar ikiden fazla düştüğu bildirilmektedir. Hasta düşmeleri ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunun, riskleri tanımlamaya yönelik olduğu, yaşlı hastalarda düşmelerin daha fazla sayıda raporlandığı üzerinde durulmaktadır (47).

Düşme riskini artıran faktörler arasında hastane ortamının yabancı olması, vücut aktivitelerindeki değişimler, yaşlılarda demans, görme ve işitme kaybı, bireyin fiziksel engele sahip olması, fiziksel ve zihinsel yetersizlikler, narkotik, sedatif, insülin vb. ilaç kullanımındır (48). Hastaların düşebilecekleri yerler sıklıkla hasta yatağı ve çevresi olup, buna koridor, banyo ve tuvalet de eklenebilir. Ancak, sıklıkla hasta nakli (%37), sandalyeye oturma (%20) ve yürüme (%15) sırasında düşme gerçekleşebilir (5).

Hasta düşmelerinin önlenmesinde;

- Düşme risklerinin belirlenmesi ve düşme riski bulunan hastaların belirlenmesi,
- Düşmelerin önlenmesi amacıyla uyarıların kullanılması ve gerekli önlemlerin alınması,
- Düşmelerin izlenmesi ve bildirilmesi,
- Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi,
- Güvenli ekipman kullanılması,
- Hastaların sedyeye, sedyenin ise bulunduğu yere güvenli bir şekilde sabitlenmesi, olası en düşük pozisyonda tutulması,

- Sedye ve yatakların parmaklıklarının kaldırılması,
- Hastaya, yardım ışığı ya da zilin yerinin gösterilmesi,
- Tedavi sürecinin, düşme riski oluşturan özellikleri açısından izlenmesi, gerekli önlemlerin alınması, konu ile ilgili hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi,
- Oryantasyonu olmayan, bilinci bulanık hastaların yakından izlenmesi ve yalnız bırakılmaması, önemlidir (1).

4.3.7. Kan Transfüzyonlarına Yönelik Güvenliğin Sağlanması

Ülkemizde HBV taşıyıcılığının ortalama %5 ve HCV taşıyıcılığının ortalama %1 olduğu düşünülürse, transfüzyonla bulaşma riskinin bu infeksiyonlar açısından oldukça yüksek olduğundan söz edilebilir (49). Elde edilen kanın, standartlara uygun olarak bileşenlerine ayrılması, uygun koşullarda taşınması ve saklanması, mikrobiyolojik testlerinin güvenilir test malzemeleri ile standartlara uygun olarak yapılması, kan grubu tayini ve çapraz karşılaştırma gibi immüno-hematolojik testlerin, standartlara uygun ve güvenli malzeme ve yöntemler kullanılarak yapılması transfüzyon güvenliğinde önemlidir (50). Yapılan bir çalışmada, ilaç hatalarının %26 düzeyinde olmasına rağmen %3'ünün ölüme yol açtığı, transfüzyon hatalarının ise %2 düzeyinde görüldüğü halde iki transfüzyon hatasından birinin ölüme yol açtığı bildirilmiştir (51).

Transfüzyona başlanmadan önce aşağıdaki kontroller yapılmalıdır:

- Hastanın kimliği kan torbası etiketinden kontrol edilmeli ve hasta kimliği hastanın kendisine sorularak, yatak başı izlem kâğıdından ve varsa bilek bandından bakılarak doğrulanmalıdır.
- Alıcı ve vericinin kan grubu uygunluğu, kanın son kullanma tarihi, çapraz karşılaştırma sonucu, AIDS, hepatit vb. hastalık testlerinin sonuçları, hastanın dosya numarası ve hekim istemi kontrol edilmelidir (8).

Kan transfüzyonu yapılırken;

- Gerekli kontroller iki sağlık personeli tarafından yapılmalı,

- Kan torbasının üzerindeki isim, kan grubu ve kanın son kullanma tarihi, çapraz karşılaştırma ve bulaşıcı hastalık test sonuçları kontrol edilmeli,
- Bu kontrollerden sonra hasta yatak başı çapraz karşılaştırma çalışılmalı ve uygun ise kan transfüzyonuna başlanmalı,
- Yapılan tüm kontroller hastanın gözlem formuna ve sağlık kuruluşunun hazırladığı kan transfüzyon formuna kaydedilmelidir (8).

4.3.8. Yanlış veya Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar

Yanlış veya uygun olmayan malzemelerin kullanılması, hasta sonuçlarını doğrudan etkileyerek tedavi ve bakımın yanlış yönlendirilmesine neden olabilir. Yapılan bir çalışmada acil hemşirelerinin, hataların %11'inin malzeme yetersizliğinden kaynaklandığını belirttikleri kaydedilmektedir (1). Tıbbi cihaz seçiminin yanlış olması, hatalı veya kusurlu cihazların kullanımı, kalibrasyon, bakım ve kullanıcı eğitiminin yetersizliği, yeni teknolojilerin kullanımında deneyim eksikliği, tıbbi cihaz kazalarının en önemli nedenlerindedir. Kullanılacak cihazın işlevselliği, acil durumlarda kullanıma hazır olması, yansıra sterilizasyonu ve kalibrasyonu yapılmış olmalıdır (7).

Yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesinde;

- Tıbbi cihazların düzenli bir şekilde bakım ve kalibrasyonlarının yaptırılması,
- Kullanılan sarf malzemelerin son kullanma tarihlerine dikkat edilmesi,
- Sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi,
- Yeterli araç, gereç ve sarf malzemesinin temin edilmesi,
- Uygun boyutlarda malzemeler seçilmesi, önemlidir (1).

4.3.9. Tıbbi Hataların Raporlanması

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların tanımlanmasını ve bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesinin engellenmesini sağlayan en önemli

yöntem, tıbbi hataların raporlanması ve analizidir (9). Tıbbi hataların ve nedenlerinin belirlenmesindeki engellerden birisi de sağlık çalışanlarının cezalandırılmalarına ilişkin korkuları ve hukuksal yaptırımlar nedeniyle hataları bildirmekten ve hastalara açıklamaktan kaçınmalarıdır (4). Hemşirelerin ilaç hatalarını bildirmemelerinin %76,9 oranında yöneticinin tepkisinden korku, %61,4'ünün iş arkadaşlarının tepkisinden korku nedeniyle gerçekleştiği, %52,9 oranında ise hatanın yeterince önemli bulunmadığı yönünde gerçekleştiği bildirilmektedir. Hemşirelerin %43,9'unun ilaç hatalarının %25'ini bildirdiği gösterilmiştir. Hataların bildirilmemesi nedenlerine bakıldığında; hemşirelerin %86'sının korktuğu, %57,9'unun hatayı ciddi bulmadığı ve %25'inin hatanın yaratacağı tepkiden korktuğu izlenmektedir (9).

Tıbbi hata bildirimleri kalite yönetim birimlerine yapılmalı, düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır (10). Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) Versiyon 4'te, raporlama ile ilgili bölüm aşağıdaki gibidir:

- Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Güvenlik raporlama sistemi kurulmalıdır.
 - Olay bildirimleri, kalite yönetim birimine yapılmalıdır.
 - Kalite yönetim birimi, olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletmelidir.
 - Komiteler, olay bildirimini ile ilgili kök neden analizi yapmalıdır.
 - Düzeltici/önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
 - Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetler, kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
- Bildirimi yapılacak olaylar asgari;
 - İlaç güvenliği,
 - Transfüzyon güvenliği,
 - Cerrahi güvenlik, olmalıdır.
- Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili gerektiğinde, düzeltici/önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
- Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir (52).

4.3.10. Tıbbi Hataların Önlenmesi İçin Alınacak Önlemler

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların en aza indirilmesi için bazı iyileştirme önerilerinde bulunmaktadır (39). Bu öneriler üç başlık altında incelenebilir:

İlaç yan etkilerinin bilgisayar sistemleri ile izlenmesi: Daha güvenli ilaç kullanımını sağlamak için hastanelerde tüm ilaç kullanımının bilgisayar sistemleri ile izlenmesidir. Bu sistemin bir parçası olarak ilaç yan etki izleme programlarının geliştirilmesi ön görülmektedir.

Tanıya dayalı testlerin tekrarlanmasında hatırlatıcı sistemlerin geliştirilmesi: Bazı tanıya dayalı testlerin hastanın tanı ve tedavisinde belli aralıklar ile tekrarlanması gerekebilir.

Standart protokoller: Bilgisayar sistemi ile uygulanan protokoller, mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaktadır (39).

Tıbbi hataların önlenmesi için bir takım hata azaltma stratejileri geliştirilmiştir (47). Leape ve ark. tarafından geliştirilen bazı stratejiler aşağıda sıralanmaktadır:

Hafızaya güvenin azaltılması: Kısa süreli bellek üzerine dayalı bir sistemden arındırılmalıdır. Sağlık hizmetleri süreçleri kontrol listeleri (checklist), protokollerle ve bilgisayara dayalı karar verme mekanizmalarıyla birleştirilmelidir.

Bilgiye erişimin artırılması: Kurum içinde çalışanların gereksinim duydukları yer ve zamanda bilgiye ulaşmalarını kolaylaştıracak yollar yaratılmalıdır.

Hata geçirmez süreçler: Olasılık varsa, kritik kararların alınması süreçleri ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Bilgisayara dayalı karar mekanizmalarının kullanılması sağlanmalıdır.

İşlerin standardizasyonu: İşler farklı zamanlarda farklı kişiler tarafından yapılıyor da olsa standardize edildiğinde, hata oranının azaldığı bildirilmektedir.

İşlerin el değiştirmesinin azaltılması: Hataların çoğu malzeme, bilgi, kişi, emir ya da arzın taşınması sırasında gerçekleşir. Değişimin azalması hataları azaltacaktır. Kurumlarda olabildiğince mikro işlerin aynı kişi tarafından yapılması sağlanmalıdır (47).

İngiliz, Amerikan ve Finlandiya'lı hemşirelerle yapılan bir çalışmada, ekip çalışmasında hatalara neden olan olası faktörlerin, hata yapma korkusu, ekibin bozulması, fazla çalışma süresi ve iş stresi olduğu, bu nedenle ekipte sorumluluk paylaşımı, koordine ekip çalışması ve eksiksiz kayıt tutma ile hataların önlenebileceği belirlenmiştir. İletişim ve haberleşim akışındaki sorunlar ve ağır iş yükünün, ekip performansı ve hasta güvenliğinde olumsuz etki yarattığını bildirilmektedir (53).

Sağlık hizmeti, birçok ekibin birlikte çalışması ile sunulmaktadır. Tıbbi hataların önlenmesinde, ekip çalışmasına verilen önem arttırılmalıdır (54). Sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının yararları şunlardır:

- Sağlık personelinin iş tatminini artırır.
- Hasta bakımının kalitesini artırır.
- Hasta memnuniyetini artırır.
- Sağlık kuruluşunun maliyetini düşürür.
- Sağlık ekibi üyeleri daha kapsamlı rolleri oldukları için.
- Ekip üyelerinin, karar alma ve sorumlulukların paylaşımını geliştirir.
- Personel gelişimini ve iletişimini artırır.
- Değişime daha hızlı cevap vermeyi sağlar.
- Daha iyi bir çalışma ortamı oluşturur.
- İdari uygulamalara daha az gereksinim duyulur.
- Sinerji oluşturur (54).

Sağlık çalışanlarının iş doyumunun artması tıbbi hata yapma oranlarını da azaltacaktır (8). IOM, tıbbi hataların önlenmesi için:

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

- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün yaratılması, şeklinde önerilerde bulunmuştur (8).

Acil birimlerde tıbbi hataların iyileştirilmesine yönelik hemşirelik stratejileri incelendiğinde, üçe ayrıldığı izlenebilir. Bunlar;

Tıbbi hataların tanımlanması ile ilgili stratejiler;

- Gözlem yapma,
- Oluşabilecek hataları öngörme/tahmin etme,
- Hataları önlemek için ikili kontrol yöntemi uygulama,
- Bileşenlerden oluşan bütünün farkında olma,
- Araştırmalara/deneyimlere dayalı bilgiyi kullanmadır.

Tıbbi hataların durdurulmasındaki stratejiler;

- Hasta sözcülüğü yapma/hasta savunucusu olma,
- Yardım önerme,
- Belirsizlikleri ortadan kaldırma, netleştirme,
- Sözel iletişimi doğru şekilde yönlendirme,
- Uygulamayı yapmadan önce hatanın fark edilmesi durumunda işi yavaşlatıp/erteleyerek doğru uygulamayı bulmaya yönelmedir.

Tıbbi hataların düzeltilmesindeki stratejiler ise;

- Sağlık ekiplerinin hasta güvenliğine yönelik ortak karar almalarını sağlamada gereksinilen liderlik özelliğine sahip olmalarıdır (54).

ANA'nın sağlık bakımında sürekliliğin sağlanması için önerdiği sekiz standarttan birisi de güvenli bakım ortamının sağlanmasında ergonomik tasarım ilkelerinin uygulanmasıdır (55). Bu açıdan bakıldığında, hasta güvenliğini olumsuz etkileyen fiziksel ölçütlerin belirlenerek ergonomik tasarımlarının gerçekleştirilmesi, böylelikle hastalar ve çalışanlar açısından güvenli ortamın oluşturulması sağlanmalıdır. Hasta odalarının düşmelere karşı tasarlanması, ilaç uygulama alanlarında yeterli aydınlatmanın olması hasta güvenliği açısından sağlanması gereken fiziksel ergonomik tasarıma örnek olarak verilebilir. Özellikle, hemşirelerin daha çok hastalarla etkileşimde bulunmaları, çalışma koşullarına ilişkin ortamın iyileştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Etkin bir hasta güvenliği, hemşirelerin çalışma

koşullarının geliştirilmesiyle sağlanabilmektedir (56). Aynı zamanda, tıbbi hataların sistemselsel olarak düzeltilmesi üzerine odaklanması temeldir (57).

4.4. Acil Birimlerde Kontrol Listesinin Uygulanması

İngiltere genelindeki hastanelerin acil birimlerinde hasta güvenliğini artırmak için “Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi” (Emergency Department Safety Checklist) kullanılmaya başlanmıştır. Yoğun dönemlerde hasta güvenliğini sağlamak üzere tasarlanan Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi, Batı İngiltere Hasta Güvenliği İşbirliği ve Sağlık Vakfı (THF)’nin desteğiyle Üniversite Hastaneleri Bristol (UH Bristol) Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) Vakfı tarafından geliştirilmiş ve kontrol edilmiştir. Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi, acil birimlerde temel bakımın standartlaştırılmasına ve iyileştirilmesine yardımcı olarak, tamamlanması gereken gözlemleri, testleri ve tedavileri sistematik hale getirir. Yoğun çalışan hekim, hemşire ya da sağlık personeli açısından hatırlatıcı olup, zamana dayalı görev çerçevesinde doğru bakımı verilebilir (35). Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi, küçük yakınmaları olanlar dışındaki her hasta için tanımlanan görevlerin zaman bazlı bir çerçevesidir. Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi, herhangi bir alandaki herhangi bir sağlık personeli tarafından tamamlanabilir. Tanımlayıcı olup, tüm temel bakım öğelerini içerir (58).

Yoğunluk, acil birim personelinin güvenli bakım hizmeti verme becerisi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İnme, kalp krizi ve sepsis hastaları gibi ciddi hastalıkların tanınmasında ve tedavisinde gecikmeler sonucu oluşan olumsuzluklar yaygındır. Acil birimdeki personel yetersizlikleri, acil birimlerde eğitimli olmayan personele güvenme zorunluluğu ile sonuçlanmıştır. Personelin sürekli kesintilerle karşı karşıya kalması sonucu, temel bakım öğelerinin sağlanmasında bir ihmal riski söz konusudur. Bu da özellikle yoğun hasta şartlarında kötüleşen hastanın belirlenmesi ve temel bakım verilmesinin zorluğunu ortaya koymaktadır. Acil Birim Güvenliği Kontrol Listeleri’nin standardizasyonu ile hasta güvenliği ve bakımında iyileştirmeler sergilendiği görülmüştür. Bu nedenle UH Bristol ekibi, acil birim güvenliği kontrol listesini geliştirmiştir. Geliştirme ve kontrol sürecini izleyen

dönemde, kamu ve hasta temsilcilerinden alınan girdiler sonucunda, Kasım 2014'te UH Bristol yetişkin acil birimi tarafından "Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi" tanıtılmış ve yetişkin acil birime her yıl başvuran yaklaşık 14.000 hasta için kullanılmıştır (58).

UH Bristol NHS Vakfı'nda Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi'nin kullanımı öncesi ve sonrası performans göstergelerinde %5-%25 oranında artış kaydedilmiştir (58). Kalite standartlarını iyileştirmeyi amaçlayan bu listede:

- Temel klinik bakım gelişimi,
- Klinik olay sayısında azalma,
- Nakillerde verimlilik,
- Belgelemede daha fazla verimlilik,
- Performansta artış,
- Bozulmanın önceden tanınması yoluyla olası zararların azaltılması,
- Bölge çapında gelişmiş güvenlik,
- İletişimde gelişme,
- Ekip moralinde gelişme,
- Hasta ve personel geri bildiriminde gelişim, kaydedilmiştir (58).

"Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi" ile sağlanan iyileştirmeler:

Nicel İyileştirmeler;

- Zaman açısından kritik şartların yönetiminde iyileşme,
- Klinik olarak kötüleşen hastaların daha erken tanınması ve kurtarılması,
- Hastaların acil birimlerde doğru bakım yöntemlerinden yararlandırılmaları, yönündedir.

Nitel İyileştirmeler ise;

- Hastanede kalış süresinde azalma,
- Acil birim ve ambulans ekiplerine iyi desteklenmiş personel,
- Nakil kalitesinde gelişme kaydedilmesi ve
- Uygun bakım sürekliliğinin sağlanması, yönündedir (58).

UH Bristol'de Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi'nin yürürlüğe girmesinden bu yana, durumu ciddiyyetini koruyan hastaların tanınamaması veya bakımın sunumunda gecikme yaşanmasıyla ilgili bir veriye rastlanmamıştır. Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi, hemşirelik ve tıbbi görevlerin basit bir zamana temelli çerçevesidir. Kontrol listesi, hastaların izleminde gereksinilen gözlemleri, testleri ve tedavileri zaman çizelgesinde sistematik bir şekilde raporlamaktadır. Kontrol listesi, yoğun çalışanlar açasından hatırlatıcıdır. Böylece, herhangi bir hekim, hemşire veya sağlık personeli birime katılabilir ve doğru bakımı sağlayabilir. Bu şekilde kontrol listelerinin kullanılması yoluyla, hastalar için iyileştirilmiş sonuçlar elde edilmekte, sistem için oluşacak risklerde bir azalma sağlanabilmektedir (58).

Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi'nin, acil birimlerde uygulanırken, özellikle çalışanların uzmanlık alanları, yerel demografik bilgileri ve diğer çevresel faktörleri göz önünde bulundurulacak şekilde özel olarak yapılandırılmış olması gerekmektedir. Her acil birim, Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi kapsamını belirlemelidir. Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi'nin geliştirilmesi ve uygulanmasından önce, acil birim klinik vaka'larının kapsamlı incelemesinin yapılması önerilmektedir (58).

4.5. Acil Birimlerde Hasta Güvenliğinin Sağlanması ve Sürdürülmesinde Acil Birim Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları

Acil birimlerdeki hataların belirlenmesi ve önlenmesinde acil hemşiresi, diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha önemli bir konuma sahiptir. Acil birimlerde yapılan hataların rapor edilmesine yönelik bir çalışmada, acil birimlerde yapılan tıbbi hataların %47'sinin çalışanlar tarafından düzeltildiği ve bu düzeltmenin %60'ının hemşireler tarafından gerçekleştirildiği bildirilmektedir (3).

Hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde acil birim hemşireleri;

- Triağ, acil durumlara hazırlık, invaziv ve noninvaziv ventilasyon, temel yaşam desteği, beklenmedik, kontrol edilemeyen kriz durumlarında ve acil durumlarda krize müdahale ile ilgili gerekli becerilere sahip olmalı,

- Hastayı bir bütün olarak ele almalı, hastalık, yaralanma ve yaş grubu özelliklerini de dikkate alarak uygulamalarını yapmalı,
- Acil birimlerde hasta güvenliğini geliştiren uygulamaları ve araştırmaları yapma konusunda gerekli bilgi, beceri ve isteğe sahip olmalı,
- Hasta güvenliğine ilişkin farkındalığı arttırmak üzere gerekli eğitim programlarını hazırlamalı, desteklemeli ve bu programlara katılmalı,
- Yapılan hataları saklamamalı, çalışanları ve meslektaşlarını olası hatalara karşı uyarmalı, hata durumlarını rapor etmeleri konusunda cesaretlendirmeli ve bu konularda gerekli donanıma sahip olmalı,
- Hasta güvenliğine ilişkin faaliyetlere ve kurumun geliştireceği standart, kod ve rehber geliştirme faaliyetlerine katılmalı,
- Kurumda güvenlik kültürü oluşturabilmesine ilişkin çalışmalara katılmalı ve bu konuda strateji geliştirmelidir (1, 17).

Acil birimlerde geçici, kısa süreli, yeterli bilgi ve beceri donanımı olmayan hemşireler çalıştırılmamalı, yeni başlayan hemşireler için uyum programları uygulanmalı, uygun sayıda kalifiye hemşire çalıştırılmasını sağlamalı ve sürekli eğitim programları planlanmalıdır. Hemşirelerin mesai saatleri 12 saati geçmeyecek Şekilde planlamalı, hasta güvenliği ile ilgili uygulamalarda yararlı olabilecek tıbbi araç-gereçlerin standardizasyonu sağlanmalıdır. Oluşan hatalarda bireyi suçlama ve cezalandırma yerine, sistem yaklaşımı benimsenmelidir (1, 17).

Acil birimler hasta güvenliği açısından oldukça risklidir. Hataların nlenmesinde, hasta güvenliğine yönelik hemşirelik bilgi ve uygulamalarının önemi, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti verme gereksiniminden kaynaklanmaktadır (1). Acil Sağlık Hizmetleri (EMS) ortamına özgü hasta güvenliğine yönelik tehditler ve bu tehditleri hafifleten müdahaleleri tanımlamada araştırmaların yapılması gerektiği bildirilmektedir (11). Bu duruma katkı sağlamak hedefi doğrultusunda gerçekleştirilen bu çalışmanın amacı, hastanelerin acil birimlerinde çalışan hemşirelerin, acil birime başvuran hastaların güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemektir.

5. METOT VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Değişkenleri

Hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin uluslararası hedeflerin, tüm sağlık kurumlarında yapılandırılması temelinde uygulama standartlarının oluşturulması, her bir hedefe yönelik uluslararası rehber ve protokollerden yararlanarak çözüm önerilerinin oluşturulması gereğinden hareketle bu araştırma, acil hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve uygulandı.

Bağımlı Değişkenler: Acil birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüşleri.

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kadrosu, acil birim deneyim süresi, mesleki eğitim programlarına katılım durumu, planlamada görev alma durumu, hastalarla iletişim sorunu yaşama durumu.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ekim 2017 - Ocak 2018 tarihleri arasında, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Antalya Kepez Devlet Hastanesi ve Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi acil birimlerinde yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 95, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde 50, Antalya Kepez Devlet Hastanesi'nde 42 ve Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi'nde 20 olmak üzere acil birimlerde görev yapan toplam 207 hemşire, araştırmanın evrenini oluşturdu.

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 10, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde 5, Antalya Kepez Devlet Hastanesi'nde 18 ve Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi'nde 2 olmak üzere toplam 35 hemşire çeşitli nedenlerden dolayı (izinli/anket uygulamasını kabul etmeyen) anket çalışmasına katılmadı. Bir hemşireden elde edilen anket, yanlış doldurulduğu için değerlendirmeye alınmadı. Bunların dışında, araştırmanın örneklemini oluşturan 93'ü hemşire, 29'u sağlık memuru, 25'i ebe ve 24'ü acil tıp teknikeri/teknisyeni kadrosundaki toplam 171 hemşireden elde edilen anketler değerlendirmeye alındı (N=171). Böylece, evrenin %82,6'sına ulaşıldı.

5.4. Verilerin Toplanması

Çalışmada, veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanıldı. Çırpı ve ark. (2009) tarafından oluşturulan anket formu (26) araştırmacı tarafından geliştirildi (EK-1) ve hemşirelerin doldurması sağlanarak veriler toplandı.

Çırpı ve ark. (2009) tarafından 2008 yılında geliştirilen anket formunun birinci bölümünde bulunan, katılımcıların tanıtıcı ve mesleki özelliklerini, hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşlerini, mesleki alanda en çok karşılaşılan mesleki hataları ve bildirim uygulamalarını belirlemek amacıyla oluşturulan toplam 13 soruluk hemşire-ebe bilgi formundaki (26) bazı sorular çıkartılarak/değiştirilerek ve araştırmacı tarafından yeni sorular eklenerek toplam 26 sorudan oluşan hemşire bilgi formu hazırlandı. Ayrıca, referans anket formunun ikinci bölümünde bulunan, hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının etkinliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuş 12 maddeli, 4'lü likert tipi ölçme aracı (26), 4 madde daha eklenerek ve tüm maddeler Evet-Hayır olmak üzere iki seçenekli olacak şekilde geliştirilerek yeniden düzenlendi (EK-1).

Araştırmacı tarafından literatür ışığında geliştirilen anket formunun birinci bölümünde 1-14. sorular hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorular, 15-19. ve 24-26. sorular hemşirelerin acil birimlerde hasta güvenliği uygulamalarına yönelik bilgilerine ilişkin sorular, 20-23. sorular hemşirelerin acil birimde karşılaşılan tıbbi

hata türlerinin nedenlerine yönelik bilgilerine ilişkin sorular olmak üzere toplam 26 sorudan oluşan hemşire bilgi formu bulunmaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde ise 1-11. sorular hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının yararlarına yönelik görüşlerine ilişkin sorular, 12-16. sorular hemşirelerin çalıştıkları acil birimde hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşlerine ilişkin sorular olmak üzere toplam 16 sorudan oluşan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşlerini belirleme formu bulunmaktadır (EK-1).

Verilerin toplanması sırasında zaman sınırlaması olmaksızın, anket formlarının doldurulması ortalama 6-7 dakika sürdü. Hastanelerin acil birim sorumlu hemşireleri ile yüz yüze görüşüldü. Acil birimde görev yapan hemşirelerin, nöbet usulü çalışmaları dolayısıyla, anket formlarını birim sorumlu hemşiresi kanalıyla doldurmaları sağlandı.

Verilerin toplanmasında kullanılacak formun anlaşılabilirliğini test etmek üzere Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi acil biriminde görev yapan 18 hemşire ile yüz yüze görüşülerek pilot çalışma yapıldı ve 18 hemşire örnekleme katıldı. Pilot çalışma sonrası anket formunda değişikliğe gerek duyulmadı. Verilerin toplanması sürecinde toplam 207 adet anket formu dağıtıldı ve 171 adet anket formu elde edildi. Çeşitli nedenlerle (izinli/anket uygulamasını kabul etmeyen/eksik doldurma) anket çalışmasına 36 hemşire katılmadı.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket program kullanılarak istatistiksel olarak analiz edildi. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine, hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarına, karşılaşılan tıbbi hata türlerinin nedenlerine yönelik bilgilerine ilişkin veriler, sayı, yüzdelik ve ortalama kullanılarak; tanıtıcı özellikleri ile hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılmasına ilişkin veriler ise, ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edildi.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için ilk olarak Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından onay alındı. Çalışmanın kurumlarda uygulanabilmesi için bir dilekçe (EK-2) ile Medipol Üniversitesi'ne başvuruda bulunularak gerekli yazılı izinlerin (EK-3) alınması sağlandı. Ayrıca, araştırmaya katılacak olan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onayları alındı. Araştırmada katılımcıların kimlik bilgileri istenmedi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmanın Antalya ili merkez ve çevre ilçelerindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Antalya Kepez Devlet Hastanesi ve Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi acil birimlerinde çalışan hemşireler ile sınırlı olması nedeniyle elde edilen verilerin farklı kurumlarda çalışan tüm acil birim hemşirelerine genellenemeyeceği, anket çalışması için izin taleplerine olumlu cevap vermemelerinden dolayı özel hastanelerde çalışma yapılamaması nedeniyle elde edilen sonuçların özel hastanelerde görev yapan acil birim hemşirelerine genellenemeyeceği bu araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Araştırmamızda veri toplama süresince acil birimlerin yoğun ve hemşirelerin nöbet usulü çalışması nedeniyle hemşirelere ulaşım konusunda güçlük yaşandı. Ayrıca hemşirelerin iş yükü, araştırma için zaman ayırmalarını güçleştirdi.

6. BULGULAR

6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.1’de yer almaktadır.

Tablo 6.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=171)

Özellikler	n	%
Yaş Grupları (35,52±9,36) (20-56 yaş aralığı)		
25 yaş ve altı	35	20,5
26-35 yaş	51	29,8
36-45 yaş	57	33,3
46 yaş ve üzeri	28	16,4
Cinsiyet		
Kadın	115	67,3
Erkek	56	32,7
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	51	29,8
Ön Lisans	45	26,3
Lisans	72	42,1
Lisansüstü	3	1,8
Kadrosu/Unvanı		
Ebe	25	14,6
Hemşire	93	54,4
Acil Tıp Teknikeri/Teknisyeni	24	14,0
Sağlık Memuru	29	17,0
Acil Birimde Çalışma Süresi		
1-12 ay	51	29,8
1-5 yıl	72	42,1
6 yıl ve üzeri	48	28,1
Mesleki Eğitim Programlarına Katılımları*		
Kardiyopulmoner resüsitasyon sertifika programı	131	76,6
Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programları	120	70,2
Yılda bir kere acil hemşireliğine ilişkin bilimsel programlar	117	68,4
İçeriğinde hasta güvenliği olan acil hemşireliği sertifika programı	109	63,7
Triyaj sertifika programı	94	55,0
Hasta Güvenliğine İlişkin Bilimsel Programlara Son Katılım Zamanı		
0-3 ay önce	76	44,4
4-6 ay önce	31	18,1
6 aydan fazla	23	13,5
Hiç katılmadım	41	24,0
Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamalardan Haberdar Olma		
Evet	164	95,9
Hayır	7	4,1

Hasta Güvenliği Uygulamalarının Planlanmasında Görev Alma		
Evet	98	57,3
Hayır	73	42,7
Acil Birime Başvuran Hastalarla İletişim Sorunu Yaşama		
Evet	98	57,3
Hayır	73	42,7

* Evet-Hayır olmak üzere iki seçenekli sorulardır. Evet seçeneğine ait veriler gösterilmektedir.

Hemşirelerin yaş ortalaması $35,52 \pm 9,36$ olup, %33,3'ünün 36-45 yaş grubunda (n=57) olduğu saptandı. %67,3'ünün kadın (n=115) ve %42,1'inin lisans mezunu (n=72) olduğu belirlendi. Yarısından fazlasının (%54,4) hemşire kadrosunda (n=93) yer aldığı ve %42,1'inin acil birimde deneyim süresinin 1-5 yıl arasında olduğu (n=72) belirlendi (Tablo 6.1).

Hemşirelerin mesleki eğitim programlarına katılımları incelendiğinde; %76,6'sının Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) sertifika programına (n=131), %70,2'sinin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına (n=120), %68,4'ünün yılda bir kere acil hemşireliğine ilişkin bilimsel programlara (n=117), %63,7'sinin içeriğinde hasta güvenliği olan acil hemşireliği sertifika programına (n=109) ve %55'inin triyaj sertifika programına (n=94) katıldığı belirlendi. %44,4'ünün hasta güvenliğine ilişkin bilimsel programlara en son 0-3 ay öncesinde katıldığı (n=76) belirlendi. %95,9'unun hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan haberdar olduğu (n=164), %57,3'ünün hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev aldığı (n=98) ve %57,3'ünün acil birime başvuran hastalarla iletişim sorunu yaşadığı (n=98) belirlendi (Tablo 6.1).

6.2. Hemşirelerin Acil Birimlerde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan hemşirelerin acil birimlerde hasta güvenliği uygulamalarına yönelik bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 6.2’de yer almaktadır.

Tablo 6.2: Hemşirelerin Acil Birimlerde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Bilgilerinin Dağılımı (N=171)

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hasta Güvenliğine Yönelik Alınan Önlemler*				
Hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler	157	91,8	14	8,2
İlaç hatalarına yönelik alınan önlemler	144	84,2	27	15,8
Hastane infeksiyonlarına yönelik alınan önlemler	140	81,9	31	18,1
Kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler	134	78,9	37	21,1
Sık Karşılaşılan Tıbbi Hatalar				
Bakım hataları	64	37,4	107	62,6
İlaç hataları	59	34,5	112	65,5
İnfeksiyon hataları	22	12,9	149	87,1
Kimlik doğrulama hataları	20	11,7	151	88,3
Transfüzyon hataları	6	3,5	165	96,5
Tıbbi Hataların Bildirim Yolu				
Sorumlu Hemşire	162	94,7	9	5,3
Mesai arkadaşım	5	2,9	166	97,1
Hastane yönetimi	3	1,8	168	98,2
Kendi kendime çözüyorum	1	0,6	170	99,4
Tıbbi Hata Bildirim Sistemi				
Olay bildirim formu	107	62,6	64	37,4
Sorumlu hemşireye sözel bildirim	48	28,1	123	71,9
Sorumlu hekime sözel bildirim	11	6,4	160	93,6
Bildirimde bulunmadan düzeltmek	5	2,9	166	97,1
Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Fiziksel Koşullar*				
Gürültünün olması	132	77,2	39	22,8
Sıcaklığın uygun olmaması	126	73,7	45	26,3
Zeminin uygun olmaması	122	71,3	49	28,7
Yürüyüş alanlarının dar olması	62	36,3	109	63,7
Tuvaletlerin uygun olmaması	50	29,2	121	70,8
Elektrik düzeneğinin uygun olmaması	46	26,9	125	73,1
Merdiven basamaklarının yüksek olması	41	24,0	130	76,0
Diğer	25	14,6	146	85,4

Tıbbi Hataların Önlenmesinde Bireysel Yaklaşımlar**				
Kanıt dayalı bilgileri kullanması	137	80,1	34	19,9
İkili kontrol yöntemini kullanması	126	73,7	45	26,3
Hatayı fark edip doğru uygulamaya yönelmesi	96	56,1	75	43,9

*Birden fazla seçeneğin işaretlendiği sorulardır.

** Evet-Hayır olmak üzere iki seçenekli sorulardır.

Hemşirelere çalıştıkları acil birimlerde hasta güvenliğine yönelik alınan önlemler sorulduğunda; %91,8'i hasta düşmeleri (n=157), %84,2'si ilaç hataları (n=144), %81,9'u hastane infeksiyonları (n=140) ve %78,9'u kimlik doğrulama hatalarına (n=134) yönelik önlemler alındığını belirttikleri saptandı. Hemşirelerin %37,4'ünün bakım (n=64), %34,5'inin ilaç (n=59), %12,9'unun infeksiyon (n=22), %11,7'sinin kimlik doğrulama (n=20) ve %3,5'inin transfüzyon hatalarını (n=6) sık karşılaştığı tıbbi hatalar olarak belirttikleri saptandı. Hemşirelerin %94,7'sinin karşılaştıkları tıbbi hataları sorumlu hemşire (n=162) aracılığıyla bildirdiği belirlendi. Tıbbi hata bildirim sistemi olarak hemşirelerin %62,6'sının olay bildirim formu (n=107), %28,1'inin sorumlu hemşireye sözel bildirim (n=48), %6,4'ünün sorumlu hekime sözel bildirim (n=11) ve %2,9'unun bildirimde bulunmadan düzeltmek (n=5) yolunu tercih ettikleri belirlendi (Tablo 6.2).

Hemşirelere acil birimlerde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen fiziksel koşulların neler olduğu sorulduğunda; %77,2'sinin gürültünün olması (n=132), %73,7'sinin sıcaklığın uygun olmaması (n=126) ve %71,3'ünün zeminin uygun olmaması (n=122) yanıtını verdikleri belirlendi. Hemşirelerin %80,1'i kanıt dayalı bilgileri kullanmasının (n=137), %73,7'si ikili kontrol yöntemini kullanmasının (n=126) ve %56,1'i hatayı fark edip doğru uygulamaya yönelmesinin (n=96) tıbbi hatalara yönelik bireysel olarak aldıkları önlemler olduğu belirlendi (Tablo 6.2).

6.3. Hemşirelerin Acil Birimde Karşılaşılan Tıbbi Hata Türlerinin Nedenlerine Yönelik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan hemşirelerin acil birimde karşılaşılan tıbbi hata türlerinin nedenlerine yönelik bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 6.3’de yer almaktadır.

Tablo 6.3: Hemşirelerin Acil Birimde Karşılaşılan Tıbbi Hata Türlerinin Nedenlerine Yönelik Bilgilerinin Dağılımı (N=171)

Hata Türleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
İlaç Hataları*				
İlaç etkileşiminin dikkate alınmaması	114	66,7	57	33,3
İlacın yanlış zamanda verilmesi	108	63,2	63	36,8
İlacın yanlış hastaya verilmesi	61	35,7	110	64,3
İlacın kayıt edilmemesi	60	35,1	111	64,9
Yanlış ilaç verilmesi	57	33,3	114	66,7
İlaç etkisinin gözlenmemesi	53	31,0	118	69,0
İlacın yanlış dozda verilmesi	43	25,1	128	74,9
İlacın yanlış yolla verilmesi	36	21,1	135	78,9
Kimlik Doğrulama Hataları*				
Müşahede odasına alınmadan yapılması	116	67,8	55	32,2
Sağlık profesyonellerinin eğitim almamış olması	58	33,9	113	66,1
Kimliklendirme bilgilerinin hastalara verilmemesi	53	31,0	118	69,0
Kimlik doğrulamanın hasta yakını olmadan yapılması	51	29,8	120	70,2
Transfüzyon Hataları*				
Transfüzyon esnasında yeterince gözlem yapılmaması	115	67,3	56	32,7
Hekim isteminin kontrol edilmemesi	66	38,6	105	61,4
Hastaya aydınlatıcı bir açıklamanın yapılmaması	66	38,6	105	61,4
Kan ürününün uygunluğu ile hasta kimlik bilgilerinin karşılaştırılmaması	47	27,5	124	72,5
Transfüzyon öncesinde hastanın yaşam bulgularının kayıt edilmemesi	38	22,2	133	77,8
İnfeksiyon Konusuna İlişkin Hatalar*				
El hijyenine dikkat edilmemesi	143	83,6	28	16,4
Hasta ve yakınlarının enfeksiyon önlemleri hakkında bilgilendirilmemesi	99	57,9	72	42,1
Kronik hastalığı olan bireylerin bakım uygulama hatalarının bulunması	52	30,4	119	69,6
Acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması	43	25,1	128	74,9
Acil birimde enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması	37	21,6	134	78,4

*Birden fazla seçeneğin işaretlendiği sorulardır.

Hemşirelere ilaç hatalarının nedenleri sorulduğunda; %66,7'sinin ilaç etkileşiminin dikkate alınmaması (n=114), %63,2'sinin ilacın yanlış zamanda verilmesi (n=108), %35,7'sinin ilacın yanlış hastaya verilmesi (n=61), %35,1'inin ilacın kayıt edilmemesi (n=60), %33,3'ünün yanlış ilaç verilmesi (n=57), %31'inin ilaç etkisinin gözlenmemesi (n=53), %25,1'inin ilacın yanlış dozda verilmesi (n=43) ve %21,1'inin ilacın yanlış yolla verilmesi (n=36) olarak belirttikleri saptandı (Tablo 6.3).

Hemşirelere kimlik doğrulama hatalarının nedenleri sorulduğunda; %67,8'inin müşahede odasına alınmadan yapılması (n=116), %33,9'unun sağlık profesyonellerinin eğitim almamış olması (n=58), %31'inin kimliklendirme bilgilerinin hastalara verilmemesi (n=53), %29,8'inin kimlik doğrulamanın hasta yakını olmadan yapılması (n=51) olarak belirttikleri saptandı (Tablo 6.3).

Hemşirelere transfüzyon hatalarının nedenleri sorulduğunda; %67,3'ünün transfüzyon esnasında yeterince gözlem yapılmaması (n=115), %38,6'sının hekim isteminin kontrol edilmemesi (n=66), %38,6'sının hastaya aydınlatıcı bir açıklamanın yapılmaması (n=66), %27,5'inin kan ürününün uygunluğu ile hasta kimlik bilgilerinin karşılaştırılmaması (n=47) ve %22,2'sinin transfüzyon öncesinde hastanın yaşam bulgularının kayıt edilmemesi (n=38) olarak belirttikleri saptandı (Tablo 6.3).

Hemşirelere infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenleri sorulduğunda; %83,6'sının el hijyenine dikkat edilmemesi (n=143), %57,9'unun hasta ve yakınlarının infeksiyon önlemleri hakkında bilgilendirilmemesi (n=99), %30,4'ünün kronik hastalığı olan bireylerin bakım uygulama hatalarının bulunması (n=52), %25,1'inin acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması (n=43) ve %21,6'sının acil birimde infeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması (n=37) olarak belirttikleri saptandı (Tablo 6.3).

6.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararlarına Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının yararlarına yönelik görüşlerine ilişkin bulgular Tablo 6.4’de yer almaktadır.

Tablo 6.4: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararlarına Yönelik Görüşlerinin Dağılımı (N=171)

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları				
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.	165	96,5	6	3,5
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	143	83,6	28	16,4
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	136	79,5	35	20,5
Hemşirelere zaman kazandırır.	154	90,1	17	9,9
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.	164	95,9	7	4,1
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.	165	96,5	6	3,5
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.	160	93,6	11	6,4
Hasta memnuniyetini artırır.	143	83,6	28	16,4
Çalışan memnuniyetini artırır.	138	80,7	33	19,3
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.	165	96,5	6	3,5
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.	162	94,7	9	5,3

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının avantajlarına yönelik görüşleri incelendiğinde; en fazla bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlaması, tıbbi hataları önlemede ve hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkili olması görüşlerinde birleştikleri belirlendi (%96,5; n=165). %95,9’unun riskleri belirleme ve önlem almada etkili olmasını (n=164), %94,7’sinin hastaya verilen bakımın kalitesini arttırmasını (n=162), %93,6’sının bilgi ve becerilerini etkin olarak kullanmasını sağlamasını (n=160) ve %90,1’inin zaman kazandırmasını (n=154) diğer avantajlar olarak belirttikleri saptandı (Tablo 6.4).

En fazla dezavantaj olarak belirtilen görüşler incelendiğinde; %20,5’inin tüm hastalara eşit bakım ve tedavi olanağı sağlamadığını (n=35), %19,3’ünün çalışan

memnuniyetini arttırmadığını (n=33), %16,4'ünün ise hastaya yapılacak işlemleri bütüncül olarak görmeye yardımcı olmadığını ve hasta memnuniyetini arttırmadığını belirttikleri saptandı (n=28) (Tablo 6.4).



6.5. Hemşirelerin Çalıştıkları Acil Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan hemşirelerin çalıştıkları acil birimde hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşlerine ilişkin bulgular Tablo 6.5’de yer almaktadır.

Tablo 6.5: Hemşirelerin Çalıştıkları Acil Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşlerinin Dağılımı (N=171)

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarının Özellikleri				
Birimdeki hasta güvenliği uygulamaları yeterlidir.	92	53,8	79	46,2
Birimdeki hasta güvenliğine yönelik yapılan gözlemler yeterlidir.	88	51,5	83	48,5
Birimdeki hasta güvenliği uygulamaları tıbbi hataları öngörmede etkilidir.	159	93,0	12	7,0
Birimde tıbbi hataları önlemek için ikili kontrol yöntemi kullanılmaktadır.	155	90,6	16	9,4
Birimdeki hasta güvenliği uygulamalarında araştırmalara/deneyimlere dayalı bilgi kullanılmaktadır.	157	91,8	14	8,2

Hemşirelerin çalıştıkları acil birimde hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin %93’ünün hastaya yönelik oluşabilecek tıbbi hataları öngörmede etkili olduğunu belirttiği (n=159), %91,8’inin araştırmalara/deneyimlere dayalı bilgiyi kullandığı (n=157), %90,6’sının ikili kontrol yöntemini kullandığı (n=155), %53,8’inin uygulamaları (n=92) ve %51,5’inin yapılan gözlemleri (n=88) yeterli bulduğu belirlendi (Tablo 6.5).

6.6. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüşleri ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6.6 ile Tablo 6.17 arasında yer almaktadır.

Tablo 6.6: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması (N=171)

Özellikler	35 yaş altı		35 yaş ve üzeri		X^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
İnfeksiyon Konusuna İlişkin Hataların Nedenleri						
El hijyenine dikkat edilmemesi	73	84,9	70	82,4	0,200	0,655
Hasta ve yakınlarının infeksiyon önlemleri hakkında bilgilendirilmemesi	52	60,5	47	55,3	0,469	0,493
Kronik hastalığı olan bireylerin bakım uygulama hatalarının bulunması	28	32,6	24	28,2	0,377	0,539
Acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması	28	32,6	15	17,6	5,050	0,025
Acil birimde infeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması	25	29,1	12	14,1	5,637	0,018
İlaç Hatalarının Nedenleri						
İlaç etkileşiminin dikkate alınmaması	60	69,8	54	63,5	0,749	0,387
İlacın yanlış zamanda verilmesi	62	72,1	46	54,1	5,936	0,015
İlacın yanlış hastaya verilmesi	36	41,9	25	29,4	2,887	0,089
İlacın kayıt edilmemesi	34	39,5	26	30,6	1,502	0,220
Yanlış ilaç verilmesi	33	38,4	24	28,2	1,977	0,160
İlaç etkisinin gözlenmemesi	31	36,0	22	25,9	2,065	0,151
İlacın yanlış dozda verilmesi	26	30,2	17	20,0	2,378	0,123
İlacın yanlış yolla verilmesi	21	24,4	15	17,6	1,179	0,277

Hemşirelerin yaş grupları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması” ($p=0,025$; $p<0,05$) ve “acil birimde infeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması” ($p=0,018$; $p<0,05$) görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. 35 yaş altında olan hemşirelerin 35 yaş ve üzerinde olanlara göre bu iki görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaş grupları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların diğer nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

Hemşirelerin yaş grupları ile ilaç hatalarının nedenlerinden “ilacın yanlış zamanda verilmesi” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,015$; $p<0,05$). 35 yaş altında olan hemşirelerin 35 yaş ve üzerinde olanlara göre bu görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaş grupları ile ilaç hatalarının diğer nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.6).



Tablo 6.7: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Cinsiyetin Karşılaştırılması (N=171)

Özellikler	Kadın		Erkek		X ²	p
	n	%	n	%		
Hasta Güvenliğine Yönelik Alınan Önlemler						
Hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler	109	94,8	48	85,7	4,120	0,042
İlaç hatalarına yönelik alınan önlemler	101	87,8	43	76,8	3,452	0,063
Hastane infeksiyonlarına yönelik alınan önlemler	94	81,7	46	82,1	0,004	0,949
Kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler	96	83,5	38	67,9	5,420	0,020
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	110	95,7	55	98,2	0,730	0,359
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	94	81,7	49	87,5	0,913	0,339
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	88	76,5	48	85,7	1,955	0,162
Hemşirelere zaman kazandırır.	103	89,6	51	91,1	0,095	0,757
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	109	94,8	55	98,2	1,130	0,269
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	111	96,5	54	96,4	0,001	1,000
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	107	93,0	53	94,6	0,160	0,487
Hasta memnuniyetini artırır.	91	79,1	52	92,9	5,182	0,023
Çalışan memnuniyetini artırır.	90	78,3	48	85,7	1,343	0,246
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	111	96,5	54	96,4	0,001	1,000
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	110	95,7	52	92,9	0,590	0,333

*Fisher exact chi-square test.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler” (p=0,042; p<0,05) ve “kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler” (p=0,020; p<0,05) seçenekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kadın hemşirelerin, erkek hemşirelere göre bu iki görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliğine yönelik alınan diğer önlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 6.7).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hasta memnuniyetini artırır” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,023; p<0,05). Erkek hemşirelerin, kadın hemşirelere göre bu görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 6.7).

Tablo 6.8: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması (N=171)

Özellikler	SML/ÖL		LİS/LÜST		X ²	p
	n	%	n	%		
Hasta Güvenliğine Yönelik Alınan Önlemler						
Hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler	84	87,5	73	97,3	5,416	0,020
İlaç hatalarına yönelik alınan önlemler	72	75,0	72	96,0	13,965	0,000
Hastane infeksiyonlarına yönelik alınan önlemler	72	75,0	68	90,7	6,963	0,008
Kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler	66	68,8	68	90,7	11,928	0,001
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	90	93,8	75	100	4,858	0,029
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	84	87,5	59	78,7	2,399	0,121
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	85	88,5	51	68,0	10,914	0,001
Hemşirelere zaman kazandırır.	87	90,6	67	89,3	0,078	0,779
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	89	92,7	75	100	5,702	0,016
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	93	96,9	72	96,0	0,095	0,536
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	90	93,8	70	93,3	0,012	0,576
Hasta memnuniyetini artırır.	85	88,5	58	77,3	3,863	0,049
Çalışan memnuniyetini artırır.	83	86,5	55	73,3	4,657	0,031
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	92	95,8	73	97,3	0,280	0,464
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	90	93,8	72	96,0	0,428	0,384

*Fisher exact chi-square test.

SML/ÖL: Sağlık Meslek Lisesi/Ön Lisans.

LİS/LÜST: Lisans/Lisansüstü.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler” arasında istatistiksel olarak ($p=0,02$; $p<0,05$), hastane infeksiyonlarına ($p=0,008$; $p<0,01$) ve kimlik doğrulama hatalarına ($p=0,001$; $p<0,01$) yönelik alınan önlemler arasında ileri düzeyde ve “ilaç hatalarına yönelik alınan önlemler” arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,000$; $p<0,001$). Lisans/lisansüstü (LİS/LÜST) mezunu hemşirelerin, sağlık meslek lisesi/ön lisans (SML/ÖL) mezunu hemşirelere göre hasta güvenliğine yönelik alınan tüm önlemlere katılma oranının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6.8).

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar” ($p=0,029$; $p<0,05$), “riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir” ($p=0,016$; $p<0,05$), “hasta

memnuniyetini arttırır” ($p=0,049$; $p<0,05$) ve “çalışan memnuniyetini arttırır” ($p=0,031$; $p<0,05$) seçenekleri arasında istatistiksel olarak, “bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar” seçeneği arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). LİS/LÜST mezunu hemşirelerin, SML/ÖL mezunu hemşirelere göre bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlaması ve riskleri belirleme ve önlem almada etkili olması görüşlerine katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. SML/ÖL mezunu hemşirelerin, LİS/LÜST mezunu hemşirelere göre bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlaması, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırması görüşlerine katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.8).

Tablo 6.9: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Kadrolarının Karşılaştırılması (N=171)

Özellikler	Hemşire		Diğer Kadrolar*		X ²	p
	n	%	n	%		
Hasta Güvenliğine Yönelik Alınan Önlemler						
Hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler	88	94,6	69	88,5	2,413	0,143
İlaç hatalarına yönelik alınan önlemler	85	91,4	59	75,6	7,921	0,005
Hastane infeksiyonlarına yönelik alınan önlemler	82	88,2	58	74,4	5,453	0,020
Kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler	79	84,9	55	70,5	5,212	0,022

* Ebe, Acil Tıp Teknikeri/Teknisyeni, Sağlık Memuru.

Hemşirelerin kadroları ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “ilaç hatalarına yönelik alınan önlemler” seçeneği arasında ileri düzeyde ($p=0,005$; $p<0,01$), “hastane infeksiyonlarına yönelik alınan önlemler” ($p=0,02$; $p<0,05$) ve “kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler” ($p=0,022$; $p<0,05$) seçenekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hemşire kadrosunda bulunanların, diğer kadrolarda bulunanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin kadroları ile hasta güvenliğine yönelik alınan diğer önlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.9).

Tablo 6.10: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Acil Birimde Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması (N=171)

Özellikler	1 yıl ve altı		1 yıl üzeri		X^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Sık Karşılaşılan Tıbbi Hatalar						
Bakım hataları	27	52,9	37	30,8	10,030	0,007
İlaç hataları	17	33,3	42	35,0		
İnfeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları	7	13,7	41	34,2		
Tıbbi Hata Bildirim Sistemi						
Olay bildirim formu	24	47,1	83	69,2	7,469	0,006
Diğerleri	27	52,9	37	30,8		

Hemşirelerin acil birim deneyim süreleri ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,007$; $p<0,01$). 1 yıl ve altında çalışan hemşirelerin, 1 yıl üzerinde çalışanlara göre bakım hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ve infeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.10).

Hemşirelerin acil birim deneyim süreleri ile kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,006$; $p<0,01$). 1 yıl üzerinde çalışan hemşirelerin, 1 yıl ve altında çalışan hemşirelere göre olay bildirim formunu kullanma oranlarının daha yüksek ve diğer hata bildirim sistemlerini kullanma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.10).

Tablo 6.11: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sertifika Programına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Evet		Hayır		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	128	97,7	37	92,5	2,457	0,141
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	109	83,2	34	85,0	0,072	0,788
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	103	78,6	33	82,5	0,283	0,595
Hemşirelere zaman kazandırır.	121	92,4	33	82,5	3,322	0,069
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	128	97,7	36	90,0	4,640	0,053
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	129	98,5	36	90,0	6,498	0,027
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	123	93,9	37	92,5	0,099	0,497
Hasta memnuniyetini artırır.	109	83,2	34	85,0	0,072	0,788
Çalışan memnuniyetini artırır.	109	83,2	29	72,5	2,255	0,133
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	130	99,2	35	87,5	12,468	0,003
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	125	95,4	37	92,5	0,524	0,353

*Fisher exact chi-square test.

Hemşirelerin CPR sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “tıbbi hataları önlemede etkilidir” seçeneği arasında istatistiksel olarak ($p=0,027$; $p<0,05$) ve “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” seçeneği arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,003$; $p<0,01$). CPR sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre bu iki görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin CPR sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Tablo 6.12: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Hizmet İçi Eğitim Programlarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Evet		Hayır		X ²	p
	n	%	n	%		
Sık Karşılaşılan Tıbbi Hatalar						
Bakım hataları	46	38,3	18	35,3	12,268	0,002
İlaç hataları	49	40,8	10	19,6		
İnfeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları	25	20,8	23	45,1		
Tıbbi Hata Bildirim Sistemi						
Olay bildirim formu	81	67,5	26	51,0	4,170	0,041
Diğerleri	39	32,5	25	49,0		
İnfeksiyon Konusuna İlişkin Hataların Nedenleri						
El hijyenine dikkat edilmemesi	102	85,0	41	80,4	0,555	0,456
Hasta ve yakınlarının infeksiyon önlemleri hakkında bilgilendirilmemesi	72	60,0	27	52,9	0,732	0,392
Kronik hastalığı olan bireylerin bakım uygulama hatalarının bulunması	39	32,5	13	25,5	0,831	0,362
Acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması	24	20,0	19	37,3	5,661	0,017
Acil birimde infeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması	25	20,8	12	23,5	0,153	0,695
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	120	100	45	88,2	14,631	0,001
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	100	83,3	43	84,3	0,025	0,874
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	97	80,8	39	76,5	0,418	0,518
Hemşirelere zaman kazandırır.	115	95,8	39	76,5	14,987	0,000
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	120	100	44	86,3	17,174	0,000
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	119	99,2	46	90,2	8,507	0,009
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	117	97,5	43	84,3	10,339	0,003
Hasta memnuniyetini artırır.	100	83,3	43	84,3	0,025	0,874
Çalışan memnuniyetini artırır.	101	84,2	37	72,5	3,102	0,078
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	120	100	45	88,2	14,631	0,001
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	118	98,3	44	86,3	10,438	0,003

*Fisher exact chi-square test.

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,002$; $p<0,01$). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre ilaç hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ve infeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.12).

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,041$; $p<0,05$). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre olay bildirim formunu kullanma oranlarının daha yüksek ve diğer hata bildirim sistemlerini kullanma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.12).

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile enfeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,017$; $p<0,05$). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre bu görüşe katılma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi. Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile enfeksiyon konusuna ilişkin hataların diğer nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.12).

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar” ($p=0,001$; $p<0,01$), “tıbbi hataları önlemede etkilidir” ($p=0,009$; $p<0,01$), “hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar” ($p=0,003$; $p<0,01$), “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” ($p=0,001$; $p<0,01$) ve “hemşirelik bakımının kalitesini arttırır” ($p=0,003$; $p<0,01$) seçenekleri arasında ileri düzeyde, “hemşirelere zaman kazandırır” ve “riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir” seçenekleri arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,000$; $p<0,001$). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.12).

Tablo 6.13: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Yılda Bir Bilimsel Programlara Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Evet		Hayır		X ²	p
	n	%	n	%		
Sık Karşılaşılan Tıbbi Hatalar						
Bakım hataları	45	38,5	19	35,2	9,486	0,009
İlaç hataları	47	40,2	12	22,2		
İnfeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları	25	21,3	23	42,6		
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	114	97,4	51	94,4	0,977	0,323
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	96	82,1	47	87,0	0,671	0,413
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	95	81,2	41	75,9	0,631	0,427
Hemşirelere zaman kazandırır.	108	92,3	46	85,2	2,093	0,148
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	114	97,4	50	92,6	2,208	0,209
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	117	100	48	88,9	13,473	0,001
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	112	95,7	48	88,9	2,870	0,103
Hasta memnuniyetini artırır.	99	84,6	44	81,5	0,265	0,607
Çalışan memnuniyetini artırır.	96	82,1	42	77,8	0,433	0,510
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	116	99,1	49	90,7	7,709	0,012
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	114	97,4	48	88,9	5,413	0,029

*Fisher exact chi-square test.

Hemşirelerin yılda bir bilimsel programlara katılım durumları ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (p=0,009; p<0,01). Yılda bir bilimsel programlara katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre ilaç hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ve infeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.13).

Hemşirelerin yılda bir bilimsel programlara katılım durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “tıbbi hataları önlemede etkilidir” seçeneği arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (p=0,001; p<0,01). Hemşirelerin yılda bir bilimsel programlara katılım durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” (p=0,012; p<0,05) ve “hemşirelik bakımının kalitesini artırır” (p=0,029; p<0,05) seçenekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Yılda bir bilimsel programlara katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha

yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin yılda bir bilimsel programlara katılım durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.13).



Tablo 6.14: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Acil Hemşireliği Sertifika Programına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Evet		Hayır		X ²	p
	n	%	n	%		
Sık Karşılaşılan Tıbbi Hatalar						
Bakım hataları	41	37,6	23	37,1	9,212	0,010
İlaç hataları	45	41,3	14	22,6		
İnfeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları	23	21,1	25	40,3		
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	107	98,2	58	93,5	2,488	0,127
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	89	81,7	54	87,1	0,586	0,355
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	88	80,7	48	77,4	0,267	0,606
Hemşirelere zaman kazandırır.	100	91,7	54	87,1	0,953	0,329
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	107	98,2	57	91,9	3,907	0,060
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	107	98,2	58	93,5	2,488	0,127
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	103	94,5	57	91,9	0,430	0,362
Hasta memnuniyetini artırır.	91	83,5	52	83,9	0,004	0,948
Çalışan memnuniyetini artırır.	88	80,7	50	80,6	0,000	0,989
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	108	99,1	57	91,9	5,963	0,024
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	105	96,3	57	91,9	1,531	0,188

*Fisher exact chi-square test.

Hemşirelerin hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılma durumları ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,01$; $p<0,05$). Hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre ilaç hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ve infeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.14).

Hemşirelerin hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,024$; $p<0,05$). Hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılan hemşirelerin bu görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.14).

Tablo 6.15: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Triyaj Sertifika Programına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Evet		Hayır		X ²	p
	n	%	n	%		
İnfeksiyon Konusuna İlişkin Hataların Nedenleri						
El hijyenine dikkat edilmemesi	86	91,5	57	74,0	9,427	0,002
Hasta ve yakınlarının infeksiyon önlemleri hakkında bilgilendirilmemesi	50	53,2	49	63,6	1,894	0,169
Kronik hastalığı olan bireylerin bakım uygulama hatalarının bulunması	32	34,0	20	26,0	1,302	0,254
Acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması	22	23,4	21	27,3	0,337	0,562
Acil birimde infeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması	25	26,6	12	15,6	3,027	0,082
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	92	97,9	73	94,8	1,176	0,252
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	75	79,8	68	68,3	2,246	0,134
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	77	81,9	59	76,6	0,728	0,394
Hemşirelere zaman kazandırır.	90	95,7	64	83,1	7,539	0,006
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	92	97,9	72	93,5	2,055	0,152
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	94	100	71	92,2	7,591	0,007
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	91	96,8	69	89,6	3,644	0,055
Hasta memnuniyetini artırır.	80	85,1	63	81,8	0,334	0,563
Çalışan memnuniyetini artırır.	76	80,9	62	80,5	0,003	0,956
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	94	100	71	92,2	7,591	0,007
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	92	97,9	70	90,9	4,116	0,045

*Fisher exact chi-square test.

Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “el hijyenine dikkat edilmemesi” görüşü arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,002$, $p<0,01$). Triyaj sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre bu görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların diğer nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.15).

Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hemşirelere zaman kazandırır” ($p=0,006$; $p<0,01$), “tıbbi hataları önlemede etkilidir” ($p=0,007$; $p<0,01$) ve “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” ($p=0,007$; $p<0,01$) görüşleri arasında ileri

düzeyde anlamlı fark bulundu. Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hemşirelik bakımının kalitesini arttırır” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,045$; $p<0,05$). Trijaj sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.15).



Tablo 6.16: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Planlamada Görev Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Evet		Hayır		X ²	p
	n	%	n	%		
Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararları						
Bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar.*	98	100	67	91,8	8,348	0,005
Hemşirelik bakımının bütüncül olmasını sağlar.	81	82,7	62	84,9	0,159	0,690
Bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar.	82	83,7	54	74,0	2,419	0,120
Hemşirelere zaman kazandırır.	95	96,9	59	80,8	12,138	0,000
Riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir.*	98	100	66	90,4	9,798	0,002
Tıbbi hataları önlemede etkilidir.*	98	100	67	91,8	8,348	0,005
Hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar.*	98	100	62	84,9	15,782	0,000
Hasta memnuniyetini artırır.	79	80,6	64	87,7	1,522	0,217
Çalışan memnuniyetini artırır.	83	84,7	55	75,3	2,349	0,125
Hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir.*	98	100	67	91,8	8,348	0,004
Hemşirelik bakımının kalitesini artırır.*	98	100	64	87,7	12,753	0,000
Tıbbi Hata Bildirim Sistemi						
Olay bildirim formu	70	71,4	37	50,7	7,687	0,006
Diğerleri	28	28,6	36	49,3		
Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarının Özellikleri						
Birimdeki hasta güvenliği uygulamaları yeterlidir.	53	54,1	39	53,4	0,007	0,932
Birimdeki hasta güvenliğine yönelik yapılan gözlemler yeterlidir.	51	52,0	37	50,7	0,031	0,861
Birimdeki hasta güvenliği uygulamaları tıbbi hataları öngörmeye etkilidir.	97	99,0	62	84,9	12,653	0,000
Birimde tıbbi hataları önlemek için ikili kontrol yöntemi kullanılmaktadır.	96	98,0	59	80,8	14,487	0,000
Birimdeki hasta güvenliği uygulamalarında araştırmalara/deneyimlere dayalı bilgi kullanılmaktadır.	96	98,0	61	83,6	11,537	0,001

*Fisher exact chi-square test.

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar” (p=0,005; p<0,01), “riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir” (p=0,002; p< 0,01), “tıbbi hataları önlemede etkilidir” (p=0,005; p<0,01) ve “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” (p=0,004; p<0,01) görüşleri arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hemşirelere zaman kazandırır”, “hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar” ve “hemşirelik bakımının kalitesini

arttırır” görüşleri arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,000$; $p<0,001$). Hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev alan hemşirelerin, almayanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.16).

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,006$; $p<0,01$). Görev alan hemşirelerin, almayanlara göre olay bildirim formunu kullanma oranlarının daha yüksek ve diğer hata bildirim sistemlerini kullanma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.16).

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile çalıştıkları acil birimdeki hasta güvenliği uygulamalarının özelliklerinden “birimdeki hasta güvenliği uygulamaları tıbbi hataları öngörmede etkilidir” ve “birimde tıbbi hataları önlemek için ikili kontrol yöntemi kullanılmaktadır” görüşleri arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,000$; $p<0,001$). Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile çalıştıkları acil birimdeki hasta güvenliği uygulamalarının özelliklerinden “birimdeki hasta güvenliği uygulamalarında araştırmalara/ deneyimlere dayalı bilgi kullanılmaktadır” görüşü arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev alan hemşirelerin almayanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile çalıştıkları acil birimdeki hasta güvenliği uygulamalarının diğer özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.16).

Tablo 6.17: Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Hastalarla İletişim Sorunu Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Evet		Hayır		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Hasta Güvenliğine Yönelik Alınan Önlemler						
Hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler	89	90,8	68	93,2	0,303	0,582
İlaç hatalarına yönelik alınan önlemler	78	79,6	66	90,4	3,683	0,055
Hastane infeksiyonlarına yönelik alınan önlemler	78	79,6	62	84,9	0,804	0,370
Kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler	71	72,4	63	86,3	4,735	0,030

Hemşirelerin hastalarla iletişim sorunu yaşama durumları ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,030$; $p<0,05$). Hastalarla iletişim sorunu yaşamayan hemşirelerin iletişim sorunu yaşayan hemşirelere göre bu görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin hastalarla iletişim sorunu yaşama durumları ile hasta güvenliğine yönelik alınan diğer önlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.17).

7. TARTIŞMA

7.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (13). Temel hedef; sağlık hizmeti sunumu sırasında hata oluşumunu engelleyen, hastayı hataların olası zararlarından koruyan ve hata olasılığını ortadan kaldıran bir sistemin kurulmasıdır (59). Çalışmada, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (Tablo 6.1) incelendiğinde;

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 35,52 yıl olup, çoğunluğunun (%33,3) 36-45 yaş grubunda olduğu saptandı. Hemşirelerin büyük bir kısmını (%67,3) kadın hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğunun (%42,1) lisans mezunu olduğu görülmektedir. Yarısından fazlasının (%54,4) hemşire kadrosunda yer aldığı, büyük bir kısmının (%42,1) acil birimde deneyim süresinin 1-5 yıl arasında ve küçük bir kısmının (%29,8) acil birimde deneyim süresinin 1 yıl ve altında olduğu belirlendi. Hemşirelerin %76,6'sının CPR sertifika programına, %70,2'sinin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına, %68,4'ünün yılda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin bilimsel programlara, %63,7'sinin içeriğinde hasta güvenliği olan acil hemşireliği sertifika programına ve %55'inin triyaj sertifika programına katıldıkları görülmektedir (Tablo 6.1).

Aynı zamanda, hemşirelerin %44,4'ünün hasta güvenliğine ilişkin bilimsel programlara en son 0-3 ay öncesinde katıldığı ve %24'ünün hasta güvenliğine ilişkin bilimsel programlara hiç katılmadığı görülmektedir. Hemşirelerin tamamına yakınının (%95,9) hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan haberdar olduğu ve yarısından fazlasının (%57,3) hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev

aldığı belirlendi. Çalışmada yer alan hemşirelerin yarısından fazlasının (%57,3) acil birime başvuran hastalarla iletişim sorunu yaşadığı belirlendi (Tablo 6.1).

Bulut ve ark. (2013)'nin yaptıkları çalışmada, katılanların %97,2'sinin kadın, %46,5'inin lisans mezunu olduğu bulunmuştur (60). Çerçi (2014)'nin yaptığı çalışmada, katılanların %89'unun kadın, %45,4'ünün lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (61). Durmaz (2016)'ın yaptığı çalışmada, katılanların %83,7'sinin kadın, %62,2'sinin lisans mezunu olduğu bulunmuştur (7). Kıymaz (2015)'in yaptığı çalışmada, katılanların %66,5'inin kadın, %32'sinin lisans mezunu olduğu bulunmuştur (62). Özdemir (2014)'in yaptığı çalışmada, katılanların %76,9'unun kadın, %32,2'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (5). Kavlu ve Pınar (2009)'ın yaptıkları çalışmada, katılanların %33,9'unun lisans mezunu olduğu bulunmuştur (15). Cebeci ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada, katılanların yaş ortalamasının 34,4 yıl ve %88,2'sinin kadın olduğu belirlenmiştir (51). Balık (2014)'in yaptığı çalışmada ise, katılanların %70,4'ünün kadın, %43,4'ünün lisans mezunu ve %36,5'inin acil birim deneyim sürelerinin 1 yıldan az olduğu bulunmuştur (17). Bu çalışmada olduğu (Tablo 6.1) gibi incelenen çalışmalarda da katılanların büyük bir kısmını kadın hemşirelerin oluşturduğu, yarısına yakınının lisans mezunu olduğu, yarısından azının acil birimde deneyim süresinin 1 yıl ve altında olduğu ve yaş ortalamalarının benzer olduğu görülmektedir. Bu açıdan, çalışmadaki demografik bilgiler, Bulut ve ark. (2013), Çerçi (2014), Durmaz (2016), Kıymaz (2015), Özdemir (2014), Kavlu ve Pınar (2009), Cebeci ve ark. (2012), Balık (2014)'in yaptıkları çalışmalarla uyum göstermekte ve desteklemektedir.

Çırpı ve ark. (2009)'nin yaptıkları çalışmada, katılanların %93,3'ünün hasta güvenliği uygulamalarından haberdar olduğu bulunmuştur (26). Bu çalışmada olduğu (Tablo 6.1) gibi Çırpı ve ark. (2009)'nin yaptıkları çalışmada da katılanların tamamına yakınının hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan haberdar olduğu görülmektedir. Bu açıdan, çalışmadaki demografik bilgiler, Çırpı ve ark. (2009)'nin yaptıkları çalışmalarla uyum göstermekte ve desteklemektedir.

7.2. Hemşirelerin Acil Birimlerde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Bilgileri

Son yıllarda tıbbi hatalar nedeniyle çok sayıda ölüm ve yaralanma meydana gelmekte ve bu durum, bakım kalitesinin düşmesine ve tedavide gecikmelere neden olmaktadır (62). Özata ve Altuncan (2010) tarafından hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesine yönelik yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %10,4'ünün hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir tıbbi hata ile karşılaştığı belirtilmiştir (36). Ersun ve ark. (2013) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, tıbbi hata ile karşılaşma oranı %61 olarak belirlenmiştir (13). Çalışmada, hemşirelerin acil birimlerde hasta güvenliği uygulamalarına yönelik bilgilerine ilişkin bulgular (Tablo 6.2) incelendiğinde;

Çalışmaya katılan hemşireler, en çok hasta düşmelerine (%91,8) ve ilaç hatalarına (%84,2) yönelik önlemler alındığını belirtmektedirler (Tablo 6.2). Bulut ve ark. (2013) tarafından yapılan bir araştırmada ise, hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastaların düşme riskini değerlendirmediklerinin görüldüğü, dolayısıyla hasta düşmelerine yönelik önlem almaya ihtiyaç duyulmadığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, hemşirelerin hasta düşmesi ile karşılaşma durumları incelendiğinde; %42,5'inin en az bir kez hasta düşmesi ile karşılaştığı belirlenmiş ve hemşirelerin %71,3'ü hastaların düşme riskini değerlendirmediklerini, düşme riskini değerlendiren hemşirelerin %28,8'i değerlendirmeyi yatış anında, %51,9'u hastanın durumuna göre yaptıklarını belirtmişlerdir (60). Çalışmadan elde edilen bulgular ile Bulut ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmanın sonuçları uyumlu değildir. Hastane ortamında hasta düşmelerini önlemeye yönelik girişimlerin uygulanması düşmeleri azaltabilir. İlaç hatalarının en sık karşılaşılan tıbbi hata olduğu da göz önüne alınırsa, bu çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarına yönelik bilgilerinin yeterli olduğu söylenebilir. Yine de hastane ortamında düşmeleri önlemek için özel bir değerlendirme yapılması gerekir.

Çalışmada, hemşirelere sık karşılaşılan tıbbi hatalar sorulduğunda, bakım hatalarının (%37,4) ve ilaç hatalarının (%34,5) en sık karşılaşılan tıbbi hatalar olduğu

görülmektedir (Tablo 6.2). Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin, %47 oranıyla ilaç uygulama hatalarını uygulamalarda karşılaştıkları hatalar arasında ilk sırada ifade ettikleri izlenmektedir. İlaç uygulama hatalarının, hemşirelerin karşılaştıkları hatalar arasında ilk sıralarda yer aldığı belirtilmiştir (26). İngiltere’de 2001 yılında ilaç uygulama hataları nedeniyle yaklaşık 1200 kişinin yaşamını yitirdiği ve bu durumun son on yıl içinde %500 oranında arttığı görüldüğü belirtilmiştir (63). Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar, Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan araştırmanın sonuçları ile paralellik gösterdi. Bu doğrultuda, çalışmaya katılan hemşirelerin, ilaç uygulama hatalarını en sık karşılaştığı tıbbi hata olarak belirtmeleri beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada, hemşirelerin %94,7’sinin karşılaştıkları tıbbi hataları sorumlu hemşire aracılığıyla bildirdikleri belirlendi (Tablo 6.2). Ersun ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin hatalı uygulama bildirimlerini %21,9 oranıyla başhemşirelere, %31,3 oranıyla sorumlu hemşirelere ve %46,8 oranıyla klinik sorumlu hekimine sözel olarak bildirdikleri ifade edilmiştir (13). Dolayısıyla, bu çalışmanın bulguları ile Ersun ve ark. (2013)’nin çalışma sonuçları uyumlu değildir.

Tıbbi hata bildirim sistemi olarak hemşirelerin %62,6’sının olay bildirim formu kullanıldığını belirttiği, %28,1’inin sorumlu hemşireye sözel bildirim yolunu tercih ettikleri saptandı (Tablo 6.2). Yapılan bir çalışmada, katılımcılar hatalı uygulama bildirimlerini, ilk sırada %60 oranıyla olay bildirim formu doldurarak, ikinci sırada ise %40 oranıyla birim sorumlu hemşirelerine bildirerek yaptıklarını ifade etmişlerdir (26). Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan araştırmanın sonuçları, bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Buna karşın, Gündoğdu ve Bahçecik (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, ülkemizde raporlama sayısının yeterli olmadığı ve çalışanların olay bildirim raporlarını vermemelerinin nedeni olarak “personel yaptığı hataların siciline işleyeceğinden endişe duyar” maddesi olduğu belirtilmiştir (64). Dolayısıyla, Gündoğdu ve Bahçecik (2012)’in çalışma sonuçları, bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu değildir. Tıbbi hataların bildirimlerinin yapılması, hataları önlemeye yönelik uygulamaların

başında gelmektedir. Özellikle bildirimler sırasında nedenlerinin de ifade edilmesi, bunların ortadan kaldırılarak hataların tekrarlanmasını önlemek açısından önemlidir. Bu çalışmada, bildirimlerin büyük bir oranda olay bildirim formuyla yapıldığının ifade edilmesi istendik bir sonuçtur.

JCAHO'nun 2006 yılında yayımladığı ve ulusal hasta güvenliği hedeflerinden birisi olan düşme sonucunda hastanın zarar görme riskinin azaltılması hedefi, hastanelerde hasta güvenliğinin sağlanmasında ergonomik düzenlemelerin önemine işaret etmektedir (56). Çalışmada, hemşirelere acil birimlerde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen fiziksel koşulların neler olduğu sorulduğunda; %77,2'sinin gürültünün olması, %73,7'sinin sıcaklığın uygun olmaması ve %71,3'ünün zeminin uygun olmaması yanıtını verdikleri görülmektedir (Tablo 6.2). Bu çalışmada elde edilen bulgular, JCAHO'nun hasta güvenliği hedeflerinden birisi olan düşme sonucunda hastanın zarar görme riskinin azaltılması hedefi ile örtüşmemektedir.

Çalışmada, hemşirelerin %80,1'inin kanıta dayalı bilgileri kullanmasının, %73,7'sinin ikili kontrol yöntemini kullanmasının ve %56,1'inin hatayı fark edip doğru uygulamaya yönelmesinin tıbbi hatalara yönelik bireysel olarak aldıkları önlemler olduğunu belirttikleri görülmektedir (Tablo 6.2). Genellikle zorunlu raporlama programları, hatayı kimin yaptığını bildirmeyen kişiyi cezalandırılmaktadır. Bu nedenle, uygulayıcıların ancak gönüllü raporlama programları ile özgürce bildirimde bulunmaları sağlanabilmektedir. Zorunlu raporlama programlarında, tıbbi hataların, uygulayıcıların yeterliliğinin bir ölçüsü olarak kullanılabilmesi yanlış inancı nedeniyle hata bildirimleri sınırlı kalabilmektedir (57). Cebeci (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, acil birimlerde tıbbi hataların iyileştirilmesine yönelik hemşirelik stratejileri arasında "araştırmalara/deneyimlere dayalı bilgiyi kullanma", "hataları önlemek için ikili kontrol yöntemi uygulama" ve "uygulamayı yapmadan önce hatanın fark edilmesi durumunda işi yavaşlatıp/erteleyerek doğru uygulamayı bulmaya yönelme" tıbbi hataların tanımlanmasındaki ve durdurulmasındaki stratejiler olarak belirtilmiştir (1). Bu doğrultuda, bu çalışmadan elde ettiğimiz bulgular, Cohen (2000) ve Cebeci (2010) tarafından yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir.

7.3. Hemşirelerin Acil Birimde Karşılaşılan Tıbbi Hata Türlerinin Nedenlerine Yönelik Bilgileri

Tıbbi hatalar, sağlık alanında tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir öneme sahiptir. Çünkü, hasta bakımında hemşireler doğrudan görev aldıkları için yaptıkları tıbbi hatalar, hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir (65). İlaç hataları, hastane infeksiyonları, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların, hasta güvenliği açısından en sık karşılaşılan hataların başında geldiği belirtilmiştir (13). Acil hemşirelerinin çalışma şartlarının ağır olması, yaşanan yoğun stres, kritik hastalarla karşılaşılması ve uyulması gereken prosedürlerin çokluğu, hata yapma olasılıklarını arttırdığından dolayı hasta güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması konularındaki en önemli uygulama, tıbbi hata türleri ve nedenlerin belirlenmesidir (62). Çalışmada, hemşirelerin acil birimde karşılaşılan tıbbi hata türlerinin nedenlerine yönelik bilgilerine ilişkin bulgular (Tablo 6.3) incelendiğinde;

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %66,7'sinin ilaç etkileşiminin dikkate alınmamasını ve %63,2'sinin ilacın yanlış zamanda verilmesini ilaç hatalarının nedenleri olarak belirttikleri görülmektedir (Tablo 6.3). Tıbbi hataların %19,4'ünü ilaç uygulama hataları oluşturmaktadır (66). Barker ve ark. tarafından Amerika'daki 36 hastanede yapılan bir araştırmada, en sık görülen ilaç uygulama hatalarının ilacın yanlış zamanda uygulanması, ilacın atlanması/uygulanmaması, ilacın yanlış dozda uygulanması ve istem yapılmayan ilacın uygulanması olduğu bildirilmiştir (26). Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun, ilacın yanlış zamanda verilmesini ilaç hatalarının nedenlerinden biri olarak belirtmesi, literatürü desteklemektedir.

Çalışmada, hemşirelere kimlik doğrulama hatalarının nedenleri sorulduğunda; %67,8'inin müşahede odasına alınmadan yapılması şeklinde görüş bildirdiği izlendi (Tablo 6.3). Gürlek ve ark. (2015) tarafından yapılan bir araştırmada, acil birim hastalarına, ayaktan hasta olmaları nedeniyle kimlik bilekliği prosedürünün uygulanmadığı bildirilmiştir (67). Bu durumu, çalışmaya katılan hemşirelerin, kimlik

doğrulama hatalarının en büyük nedeni olarak gözlem odasına alınmadan kimliklendirmenin yapılması ile ilgili görüşleri açıklamaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelere transfüzyon hatalarının nedenleri sorulduğunda; %67,3'ünün transfüzyon sırasında yeterince gözlem yapılmaması olarak görüş belirttiği bulundu (Tablo 6.3). Göktaş ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin tamamına yakınının (%92) transfüzyon öncesi yaşam bulgularını kontrol ettiği gözlenmiştir. Elde edilen bu bulgu ile transfüzyon reaksiyonlarını saptamada hemşirelerin olumlu tutum sergiledikleri düşünülmekte ve çalışmaya katılanların 135'inin (%70,3) ilk 15 dakika; 154'ünün (%80,2) transfüzyon bitene kadar 30 dakikada bir yaşam bulgularını aldığı, elde edilen bu sonucun literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görülmüştür (68). Kan transfüzyonu sırasında komplikasyonların erken dönemde tanınması amacıyla transfüzyon öncesi, sırası ve sonrasında hemşirenin hastada gelişebilecek komplikasyonların belirtilerini yakından izlemesi önemlidir. Dolayısıyla, transfüzyon hatalarının nedenlerinden birisinin de transfüzyon sırasında yeterince gözlem yapılmaması olduğu değerlendirilebilir. Bu bağlamda, Göktaş ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmanın sonuçları ile bu çalışmadan elde edilen bulguların uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %83,6'sının el hijyenine dikkat edilmemesini ve %57,9'unun hasta ve yakınlarının enfeksiyon önlemleri hakkında bilgilendirilmemesini enfeksiyon konusuna ilişkin hataların başlıca nedenleri olarak belirttikleri görülmektedir (Tablo 6.3). Çerçi (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, katılanların %84,3'ü hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en etkili yöntemin el hijyeni olduğunu belirtmişlerdir (61). Hastane enfeksiyonları, günümüz modern tıbbının en önemli problemlerindedir. Hastaların %5 ile %15'inde hastane enfeksiyonu gelişir. Bu enfeksiyonların %30'u, enfeksiyon kontrol önlemleri ile önlenebilir. El hijyeni, hastane enfeksiyonlarını önlemede tek başına en etkili faktördür (69). Bu çalışmada elde edilen bulgular, Usluer ve ark. (2006) ve Çerçi (2014) tarafından yapılan araştırmaların sonuçları ile uyum göstermektedir.

7.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarının Yararlarına Yönelik Görüşleri

Hasta güvenliği açısından hataların bildirimlerinin yapılması, tıbbi hataları önlemeye yönelik hasta güvenliği uygulamalarının başında gelmektedir. Bildirimler sırasında, özellikle nedenlerin de ifade edilmesi, bu hataların ortadan kaldırılarak tekrarlanmasını önlemek açısından önemlidir (13). Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının yararlarına yönelik görüşlerine ilişkin bulgular (Tablo 6.4) incelendiğinde;

Çalışmaya katılan hemşirelerin en fazla bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlaması, tıbbi hataları önlemede ve hasta bakımının standardize edilmesinde etkili olduğu ile ilgili görüşlerde birleştikleri saptandı (%96,5) (Tablo 6.4). Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %74,6'sının hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek ve hasta bakımında standart oluşturmak amacıyla alınan önlemlerin tamamı olarak nitelendirdiği ve %96,9'unun hasta güvenliği uygulamalarının gerekli olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (26). Bu çalışmada elde edilen bulgular ile Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada elde edilen bulgular uyum göstermektedir.

7.5. Hemşirelerin Çalıştıkları Acil Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşleri

Hatalı uygulamaların bildirimlerine, yürütülen kalite çalışmaları kapsamında önemli derecede yer verilmektedir (13). Çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları acil birimde hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşlerine ilişkin bulgular (Tablo 6.5) incelendiğinde;

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %53,8'inin birimdeki hasta güvenliği uygulamalarını ve %51,5'inin birimdeki hasta güvenliğine yönelik yapılan gözlemleri yeterli bulduğu görülmektedir (Tablo 6.5). Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği

uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına bakıldığında, %72,3 oranıyla hasta güvenliği uygulamalarının etkinliğini iyi olarak nitelendirdikleri belirtilmiştir (26). Çalışmada elde edilen bulgular, ırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada elde edilen bulgular ile uyum göstermektedir.

7.6. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle Tanıtıcı zelliklerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin tıbbi hata ile karşılaşma oranları farklılık göstermekle birlikte tıbbi hata türleri ve nedenleri birbirine benzerlik göstermektedir (13). Mayo ve Duncan (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, 983 hemşirenin %46,5'inin ilaç hatası yaptığı bildirilmiştir (70). Young ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada, ilaç hata oranı %28,2 olarak bulunmuş ve ilaç uygulama hata türleri, %70,8 yanlış zaman, %12,9 yanlış doz, %11,1 doz atlaması, %3,5 fazla doz ilaç verilmesi, %1,5 istem yapılmamış ilaç verilmesi ve %0,2 yanlış ilaç verilmesi olarak sıralanmıştır (71). Leape ve ark. (1995) tarafından ilaç hatası nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, doz hataları, uygulama sıklığından kaynaklanan hatalar ve verilif yolları ile ilgili hatalar ilk üç sırada verilmiştir (66). Madegowda ve ark. (2007) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, ilaç hatalarının yanlış doz (%16,7), ilaç (%10,0), zaman (%9,2), hasta (%7,5), sıklık (%1,7), solüsyon (%1,7) ve yol (%0,8) ile ilgili olduğu belirtilmiştir (72). Ersun ve ark. (2013) tarafından yapılan bir araştırmada ise, hemşirelerin %27,7'sinin daha önce ilaç hatası yaptığı, yapılan ilaç hatası türünün %67,8'inin yanlış doz ilaç uygulaması olduğu, %41,5'inin ilaç dozlarını tekrar hesapladığı ve %47,4'ünün ilaç hatasına yeni personel veya yetersiz deneyimin neden olduğu belirtilmiştir (13). Bu çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüşleri ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde;

Hemşirelerin yaş grupları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması” ($p=0,025$; $p<0,05$) ve “acil birimde infeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması” ($p=0,018$; $p<0,05$) görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hemşirelerin yaş grupları

ile ilaç hatalarının nedenlerinden “ilacın yanlış zamanda verilmesi” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,015$; $p<0,05$) (Tablo 6.6). Çalışmada, 35 yaş altında olan hemşirelerin 35 yaş ve üzerinde olanlara göre bu görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelerin yaş grupları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların ve ilaç hatalarının diğer nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.6). Ertem ve ark. (2009) tarafından retrospektif tipte yapılan bir çalışmada, 01 Ocak 2000 ile 31 Aralık 2007 tarihleri arasında, arşivine internet aracılığı ile ulaşılabilen 18 gazete incelenmiş, tarama sonucunda hatalı tıbbi uygulamalarla ilgili 172 haber örnekleme üzerinde inceleme yapılmıştır. İncelenen tıbbi hataları yapan kişilerin %12,2’sini hemşirelerin oluşturduğu belirlenmiştir. Hatalı tıbbi uygulamaların %19,2’sinin tedbirsizlik, %17,4’unun yanlış tedavi, %11,6’sının dikkatsizlik, %10,5’inin yanlış tanı, %8,7’sinin de yanlış ilaç uygulamaları şeklinde olduğu saptanmıştır. Mevcut hataların %62,1’inin bilgi eksikliği-meslekte acemilikten kaynaklandığı ve tıbbi hataların %49,4’unun ölümle sonuçlandığı belirlenmiştir. Hatanın uygulandığı klinik alana bakıldığında ise %6,4’ünün acil birimlerde gerçekleştiği izlenmiştir (73). Hatalı tıbbi uygulamalara genellikle tedbirsizlik, yanlış tedavi, dikkatsizlik, yanlış tanı ve yanlış ilaç uygulamalarının neden olduğu düşünüldüğünde, bu hataların bilgi eksikliği ve meslekte acemilikten kaynaklandığı söylenebilir. Hemşirelerin deneyimleri arttıkça, meslekte acemilikten kaynaklanan tıbbi hataların ortaya çıkma olasılığının azalması beklenmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmada elde edilen bulgular ile Ertem ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada elde edilen bulgular uyum göstermektedir.

Ülkemizde hemşirelik mesleği geleneksel anlayışla, yakın zamana kadar yalnızca kadınların oluşturduğu bir meslek grubu idi. Ancak, değişen sosyo-politik şartlarla son yıllarda hemşirelik okullarına erkek öğrenciler de kabul edilmeye başlandığından, öğrenci sayısının yaklaşık %25-30’unu erkek öğrenciler oluşturmaktadır (74). Çalışmada, hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden hasta düşmelerine ($p=0,042$; $p<0,05$) ve kimlik doğrulama hatalarına ($p=0,020$; $p<0,05$) yönelik alınan önlemler arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark bulundu. Hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliğine yönelik alınan diğer önlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.7). Kadın hemşirelerin, erkek hemşirelere göre hasta düşmelerine ve kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hasta memnuniyetini artırır” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,023$; $p<0,05$). Hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.7). Erkek hemşirelerin, kadın hemşirelere göre “hasta memnuniyetini artırır” görüşüne katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hasta güvenliğinin sağlanmasında özellikle hasta düşmelerinin önlenmesinde, gerekli olan fiziksel gücün erkek hemşirelerce daha fazla uygulandığı göz önünde bulundurulduğunda ve bunun hasta memnuniyetini arttırdığı düşünüldüğünde, bu çalışmaya katılan erkek hemşirelerin, kadın hemşirelere göre hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından birisi olan “hasta memnuniyetini artırır” görüşüne katılma oranının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyleri ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler” arasında istatistiksel olarak ($p=0,02$; $p<0,05$), hastane infeksiyonlarına ($p=0,008$; $p<0,01$) ve kimlik doğrulama hatalarına ($p=0,001$; $p<0,01$) yönelik alınan önlemler arasında ileri düzeyde ve “ilaç hatalarına yönelik alınan önlemler” arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 6.8). Bu çalışmada, LİS/LÜST mezunu hemşirelerin, SML/ÖL mezunu hemşirelere göre hasta güvenliğine yönelik alınan tüm önlemlere katılma oranının daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlaması ($p=0,029$; $p<0,05$), riskleri belirleme ve önlem almada etkili olması ($p=0,016$; $p<0,05$), hasta ($p=0,049$; $p<0,05$) ve çalışan ($p=0,031$; $p<0,05$) memnuniyetini arttırması seçenekleri arasında

istatistiksel olarak, bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlaması seçeneği arasında ise ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.8). Çalışmada, LİS/LÜST mezunu hemşirelerin, SML/ÖL mezunu hemşirelere göre hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar” ve “riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir” görüşlerine katılma oranlarının daha yüksek olduğu bulundu. Buna karşın, SML/ÖL mezunu hemşirelerin, LİS/LÜST mezunu hemşirelere göre hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından bireylere eşit bakım ve tedavi olanağı sağlaması, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırması görüşlerine katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin kadroları ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “ilaç hatalarına yönelik alınan önlemler” seçeneği arasında ileri düzeyde ($p=0,005$; $p<0,01$), hastane infeksiyonlarına ($p=0,02$; $p<0,05$) ve kimlik doğrulama hatalarına ($p=0,022$; $p<0,05$) yönelik alınan önlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hemşirelerin kadroları ile hasta güvenliğine yönelik alınan diğer önlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.9). Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %74,6’sı hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı olarak nitelendirmiş ve %96,9’u güvenlik uygulamalarının gerekli olduğunu ifade etmiştir (26). Bu çalışmada elde edilen bulgular ile Çırpı ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada elde edilen bulgular uyum göstermektedir. Çalışmada, hemşire kadrosunda bulunanların, diğer kadrolarda bulunanlara göre hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlere ilişkin görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğunun görülmesi, hemşirelerin hasta güvenliği konusunun önemi hakkındaki farkındalıklarının bir göstergesidir.

Acil birimlerde hemşirelerle ilgili hata alanlarının sırası ile; ilaç uygulamaları ile ilgili hatalar, hasta düşmeleri, laboratuvara gönderilen materyallerdeki hatalar ve gecikmeler, iletişim hataları, hasta kimliğini tanımlama hataları, ekipman yetersizliği, ilaç tedavisi dışındaki hemşire uygulama hataları olduğu belirtilmiştir

(1). Pham ve ark. (2011) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, acil birimlere kabul edilen her 100.000 hastanın 78'inde ilaç uygulama hatası rapor edildiği belirlenmiştir (44). Rapor edilen ilaç hatalarının yarısı önlenabilir hatalardır (1). Hemşirelerin acil birim deneyim süreleri ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,007$; $p<0,01$) (Tablo 6.10). Buna göre bu çalışmada, acil birimde 1 yıl ve altında çalışan hemşirelerin, 1 yıl üzerinde çalışanlara göre bakım hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ancak enfeksiyon, kimlik doğrulama ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelerin acil birim deneyim süreleri ile kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,006$; $p<0,01$) (Tablo 6.10). Bu çalışmada, acil birimde 1 yıl üzerinde çalışan hemşirelerin, 1 yıl ve altında çalışan hemşirelere göre olay bildirim formunu kullanma oranlarının daha yüksek ve diğer hata bildirim sistemlerini kullanma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi. Ülkemizde, hata yapılması durumunda ceza sisteminin uygulanması ve sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün olmaması nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda çeşitli nedenlerle (ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb.) istekli davranmadıkları görülmektedir (64). Bu çalışmada, acil birimde çalışma süresi arttıkça olay bildirim formunu kullanma oranının da arttığı görülmekte olup, olay bildirim formu kullanılarak rapor edilen ilaç hatalarının, önlenabilir tıbbi hatalar olmasında hemşirelerin acil birim deneyimi önemli bir rol oynamaktadır.

Hemşirelerin CPR sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “tıbbi hataları önlemede etkilidir” seçeneği arasında istatistiksel olarak ($p=0,027$; $p<0,05$) ve “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” seçeneği arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,003$; $p<0,01$). Hemşirelerin CPR sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.11). Bu çalışmada, CPR sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre hasta güvenliği uygulamalarının

yararlarından tıbbi hataları önlemede ve hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkili olması görüşlerine katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,002$; $p<0,01$) (Tablo 6.12). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre ilaç hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ve enfeksiyon, kimlik ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Biçer ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin eğitim öncesindeki ilaç güvenliği, kan ve kan ürünlerinin saklanması, hazırlanması ve uygulanması konularındaki bilgi düzeylerinde artış olduğunun görüldüğü bildirilmiştir. Bu bağlamda, hemşirelerin ilaçların verilmesi ve uygulanmasına ilişkin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi ile hata olasılıklarını en aza indirecekleri düşünülmektedir (34). Bu çalışmada elde edilen bulgular ile Biçer ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,041$; $p<0,05$) (Tablo 6.12). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre olay bildirim formunu kullanma oranlarının daha yüksek ve diğer hata bildirim sistemlerini kullanma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile enfeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,017$; $p<0,05$). Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları

ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların diğer nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.12). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olmasının infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden birisi olduğu görüşüne katılma oranlarının daha düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar” ($p=0,001$; $p<0,01$), “tıbbi hataları önlemede etkilidir” ($p=0,009$; $p<0,01$), “hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlar” ($p=0,003$; $p<0,01$), “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” ($p=0,001$; $p<0,01$), “hemşirelik bakımının kalitesini arttırır” ($p=0,003$; $p<0,01$) seçenekleri arasında ileri düzeyde, “hemşirelere zaman kazandırır” ve “riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir” seçenekleri arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,000$; $p<0,001$). Hemşirelerin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.12). Ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre hasta güvenliği uygulamalarının yararlarına ilişkin tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Biçer ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını önemli gördükleri ve kurumda gerçekleştirilen çalışan ve hasta güvenliği hizmet içi eğitim programı ile hemşirelerin hasta güvenliği uygulamaları konusundaki farkındalıklarının ve bilgilerinin arttığı saptanmıştır (34). Bu çalışmada elde edilen bulgular ile Biçer ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin yılda bir bilimsel programlara katılım durumları ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,009$; $p<0,01$) (Tablo 6.13). Yılda bir bilimsel programlara katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre ilaç hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ve

enfeksiyon, kimlik ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin yılda bir bilimsel programlara katılım durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “tıbbi hataları önlemede etkilidir” seçeneği arasında ileri düzeyde ($p=0,001$; $p<0,01$), “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” ($p=0,012$; $p<0,05$) ve “hemşirelik bakımının kalitesini artırır” ($p=0,029$; $p<0,05$) seçenekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hemşirelerin yılda bir bilimsel programlara katılım durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.13). Yılda bir bilimsel programlara katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre hasta güvenliği uygulamalarının yararlarına ilişkin tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılma durumları ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,01$; $p<0,05$) (Tablo 6.14). İlaç hatalarının, hastanelerde en sık karşılaşılan, hasta güvenliğini en çok tehdit eden hatalardan olduğu ve değişen oranlarda görülen ilaç hatalarının %26, test-tedavi ve prosedür hatalarının %6 oranında olduğu belirtilmiştir. Hemşireler tarafından bildirilen hataların %47 olduğu, bunun %33’ünü ilaç ve transfüzyon hatalarının oluşturduğu belirlenmiştir (34). Hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre ilaç hataları ile karşılaşma oranlarının daha yüksek ve enfeksiyon, kimlik ve transfüzyon hataları ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,024$; $p<0,05$). Hemşirelerin hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı

($p>0,05$) (Tablo 6.14). Hasta güvenliği içerikli acil hemşireliği sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkili olması görüşüne katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “el hijyenine dikkat edilmemesi” görüşü arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,002$, $p<0,01$). Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların diğer nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.15). Triyaj sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “el hijyenine dikkat edilmemesi” görüşüne katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından hemşirelere zaman kazandırması ($p=0,006$; $p<0,01$), tıbbi hataları önlemede ($p=0,007$; $p<0,01$) ve hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında ($p=0,007$; $p<0,01$) etkili olması görüşleri arasında ileri düzeyde ve hemşirelik bakımının kalitesini artırması görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,045$; $p<0,05$). Hemşirelerin triyaj sertifika programına katılma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.15). Acil birimlerdeki hasta güvenliğini değerlendirmede önemle üzerinde durulan alanlardan birisi detriyaj sürecidir. Sürekli hasta ile birlikte olan acil hemşiresi, bu süre içerisinde hastalara uygulayacağı triyaj yöntemleri ile hastanın durumundaki değişikliklere derhal müdahale edilmesini sağlayarak güvenli hasta bakımının sürdürülmesini ve hastanın zarar görmesini engelleyebilir (1). Bu çalışmada, triyaj sertifika programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara göre hasta güvenliği uygulamalarının yararlarına ilişkin tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, bu çalışmada elde edilen bulgular, Cebeci (2010) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile uyum göstermekte ve literatürü desteklemektedir.

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlaması ($p=0,005$; $p<0,01$), riskleri belirleme ve önlem almada ($p=0,002$; $p<0,01$), tıbbi hataları önlemede ($p=0,005$; $p<0,01$) ve hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında ($p=0,004$; $p<0,01$) etkili olması görüşleri arasında ileri düzeyde; hemşirelere zaman kazandırması, hemşirelik bilgi ve becerisini etkin olarak kullanmayı sağlaması ve hemşirelik bakımının kalitesini artırması görüşleri arasında ise çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,000$; $p<0,001$). Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının diğer yararları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.16). Çalışmada, hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev alan hemşirelerin, almayanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,006$; $p<0,01$) (Tablo 6.16). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin sadece %3,5'inin tüm ilaç hatalarının raporlandığına ve yönetici hemşirelerin ve hekimlerin ilaç hatalarının hemşireler tarafından eksik bildirildiğine inandıkları belirlenmiştir. Çalışanlar işe ve ihmale bağlı hataları bildirmemektedirler. İlaç hatası, en fazla eksik bildirilen hatadır. Hastanın zarar görmeyeceği düşünülen her hata eksik bildirilebilmektedir. Tersine, doz aşımalarıyla sonuçlanan hatalar en fazla rapor edilen hatalardır. Çünkü, bu hatalar ölümle sonuçlanabilmektedir (63). Hemşireler, ramak kala engellenen hataları önemsemediklerini, yöneticilerden geri bildirim alamadıklarını ve çeşitli nedenlerle hataları bildirmediklerini belirtmişler (75). Hemşireler tarafından raporlamanın az olmasının sebepleri arasında, bilinmeyen/bilinen fakat zararsız olduğuna inanılan hatalar, eleştirilme endişesi, raporlama sürecindeki zorluk gibi sistem faktörleri sayılmıştır. Ayrıca, hemşirelerin %14'ü olay raporlarının güvenilir ve geçerli olduğuna inanmadıklarını, %14'ü de olay raporlarını tamamlamanın zaman aldığını ve bu bildirim olası istenmeyen olayları önleyebileceğine inanmadıklarını vurgulamıştır (76). Hemşireler ve yönetici hemşireler, aynı zamanda, kendi birimlerinin itibarı açısından endişelenmişlerdir

(70). Bu çalışmada, hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev alan hemşirelerin, almayanlara göre olay bildirim formunu kullanma oranlarının daha yüksek ve diğer hata bildirim sistemlerini kullanma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular, İntepeler ve Dursun (2012), Evans ve ark. (2006), Blegen ve ark. (2004) ve Mayo ve Duncan (2004) tarafından yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile uyum göstermemekte ve literatürü desteklememektedir. Bu durum, hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında acil birim hemşirelerinin etkin bir şekilde görev almalarının, hasta güvenliğinin sağlanması açısından son derece önemli olduğu sonucunu göstermektedir.

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile çalıştıkları acil birimdeki hasta güvenliği uygulamalarının özelliklerinden “birimdeki hasta güvenliği uygulamaları tıbbi hataları öngörmede etkilidir” ve “birimde tıbbi hataları önlemek için ikili kontrol yöntemi kullanılmaktadır” görüşleri arasında çok ileri düzeyde ($p=0,000$; $p<0,001$), “birimdeki hasta güvenliği uygulamalarında araştırmalara/deneyimlere dayalı bilgi kullanılmaktadır” görüşü arasında ise ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile çalıştıkları acil birimdeki hasta güvenliği uygulamalarının diğer özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.16). Çalışmada, hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev alan hemşirelerin, almayanlara göre tüm görüşlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmada, hemşirelerin hastalarla iletişim sorunu yaşama durumları ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,030$; $p<0,05$) (Tablo 6.17). Bu çalışmaya katılan hemşirelerden hastalarla iletişim sorunu yaşamayan hemşirelerin, iletişim sorunu yaşayan hemşirelere göre bu görüşe katılma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin hastalarla iletişim sorunu yaşama durumları ile hasta güvenliğine yönelik alınan diğer önlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.17). Cebeci (2010)'ye göre etkili iletişim; belirsizlik taşımayan ve alıcı tarafından anlaşılabilir, doğru zamanlı, kesin, tam, hataları azaltan ve hasta bakımında iyileşmeyle sonuçlanan iletişim olup acil birimlerde iletişimin, özellikle yaşlı hastalarla iletişimin nasıl sağlandığı, hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde önemli bir araçtır (1). JCI, beklenmedik olayların %65'inin kötü iletişim nedeniyle gerçekleştiğini belirtmiştir. Bundan dolayı, hasta güvenliği hedeflerine "etkin iletişimin geliştirilmesi" maddesini eklemiştir (6). Aynı şekilde, JCAHO'ya göre iletişim hataları, istenmeden hastaya verilen zararların önde gelen nedenidir ve tüm olumsuz olayların %70'inin altındadır. Sağlık hizmetlerinde iletişim ve ekip çalışmasındaki hatalar, sıklıkla tıbbi yaralanmalara neden olur (24). Hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde iletişim, önemli bir rol oynamaktadır. Kurumsal bir yaklaşımın geliştirilmesi için iletişimin önemi hakkında acil birim hemşirelerine gerekli eğitimlerin verilmesi ve iletişim hatalarının engellenmesine yönelik önlemlerin alınmasının sağlanması gerekmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin uluslararası hedeflerin, tüm sağlık kurumlarında yapılandırılması temelinde uygulama standartlarının oluşturulması, her bir hedefe yönelik uluslararası rehber ve protokollerden yararlanarak çözüm önerilerinin oluşturulması gereğinden hareketle, acil hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan ve uygulanan bu araştırma, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin acil birimlerinde çalışan 171 hemşire ile gerçekleştirildi. Çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

- Yaş aralığının 20-56 yıl ve yaş ortalamasının 35,52±9,36 yıl olduğu,
- %67,3'ünün kadın olduğu,
- %54,4'ünün hemşire kadrosunda olduğu,
- %76,6'sının CPR sertifika programına, %70,2'sinin ayda en az iki kere acil hemşireliğine ilişkin hizmet içi eğitim programlarına, %68,4'ünün yılda bir kere acil hemşireliğine ilişkin bilimsel programlara, %63,7'sinin içeriğinde hasta güvenliği olan acil hemşireliği sertifika programına ve %55'inin triyaj sertifika programına katıldığı,
- %95,9'unun hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan haberdar olduğu,
- %57,3'ünün hasta güvenliği uygulamalarının planlanmasında görev aldığı,
- %57,3'ünün acil birime başvuran hastalarla iletişim sorunu yaşadığı, bulundu (Tablo 6.1).
- En çok hasta düşmelerine (%91,8), ilaç hatalarına (%84,2), hastane infeksiyonlarına (%81,9) ve kimlik doğrulama hatalarına (%78,9) yönelik önlemler konusunda bilgili oldukları; karşılaştıkları tıbbi hataları sorumlu hemşire aracılığıyla bildirdikleri (%94,7) ve tıbbi hata bildirim sistemi olarak olay bildirim formunu tercih ettikleri (%62,6),

- Bildirimlerin büyük bir oranda (%62,6) olay bildirim formuyla yapıldığının ifade edildiği, bulundu (Tablo 6.2).
- İlaç etkileşiminin dikkate alınmamasını (%66,7), ilacın yanlış zamanda verilmesini (%63,2), kimlik doğrulamanın müşahede odasına alınmadan önce yapılmasını (%67,8), transfüzyon sırasında yeterince gözlem yapılmamasını (%67,3), el hijyenine dikkat edilmemesini (%83,6), hasta ve yakınlarının infeksiyon önlemleri konusunda bilgilendirilmemesini (%57,9) tıbbi hata türlerinin nedenleri olarak bildikleri bulundu (Tablo 6.3).
- En sık, bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlaması, tıbbi hataları önlemede etkili olması ve hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkili olması açısından olumlu buldukları belirlendi (%96,5) (Tablo 6.4).
- Hasta güvenliği uygulamalarının, hastaya yönelik oluşabilecek tıbbi hataları öngörmede etkili olduğunu (%93) belirttikleri,
- Araştırmalara/deneyimlere dayalı bilginin (%91,8) ve ikili kontrol yönteminin (%90,6) kullanıldığını belirttikleri,
- Hasta güvenliği uygulamalarını (%53,8) ve hasta güvenliğine yönelik yapılan gözlemleri (%51,5) yeterli buldukları, belirlendi (Tablo 6.5).
- Yaş grupları ile infeksiyon konusuna ilişkin hataların nedenlerinden “acil birimin fiziksel alt yapısının yetersiz olması” ($p=0,025$; $p<0,05$), “acil birimde infeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmaması” ($p=0,018$; $p<0,05$) ve ilaç hatalarının nedenlerinden “ilacın yanlış zamanda verilmesi” ($p=0,015$; $p<0,05$) görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.6).
- Cinsiyetleri ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “hasta düşmelerine yönelik alınan önlemler” ($p=0,042$; $p<0,05$), “kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler” ($p=0,020$; $p<0,05$) ve hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “hasta memnuniyetini artırır” ($p=0,023$; $p<0,05$) seçenekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.7).

- Kadroları ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden ilaç hatalarına ($p=0,005$; $p<0,01$) yönelik alınan önlemler arasında ileri düzeyde, hastane infeksiyonlarına ($p=0,02$; $p<0,05$) ve kimlik doğrulama hatalarına ($p=0,022$; $p<0,05$) yönelik alınan önlemler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.9).
- Acil birim deneyim süreleri ile sık karşılaştıkları tıbbi hatalar ($p=0,007$; $p<0,01$) ve kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi ($p=0,006$; $p<0,01$) arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.10).
- Hasta güvenliği uygulamalarını planlamada görev alma durumları ile hasta güvenliği uygulamalarının yararlarından “bakım ve tedavi uygulamalarına kolaylık sağlar” ($p=0,005$; $p<0,01$), “riskleri belirleme ve önlem almada etkilidir” ($p=0,002$; $p<0,01$), “tıbbi hataları önlemede etkilidir” ($p=0,005$; $p<0,01$), “hemşirelik bakım standartlarının oluşturulmasında etkilidir” ($p=0,004$; $p<0,01$) görüşleri ve kullandıkları tıbbi hata bildirim sistemi ($p=0,006$; $p<0,01$) arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.16).
- Hastalarla iletişim sorunu yaşama durumları ile hasta güvenliğine yönelik alınan önlemlerden “kimlik doğrulama hatalarına yönelik alınan önlemler” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,030$; $p<0,05$) (Tablo 6.17).

Genel olarak, acil hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamaları yeterlidir.

8.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Acil hemşirelerinin, hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarını olumlu yönde geliştirecek mesleki eğitim programlarının düzenlenmesi, katılımlarının teşvik edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması,

- Hastanelerin acil birimlerinde görevlendirilecek hemşirelerin, mesleki eğitim programlarına katılan ve sertifika sahibi hemşireler arasından seçilmesine özen gösterilmesi,
- Hastaneler bazında yürütölen kalite çalışmaları dâhilinde, hatalı uygulamaların bildirimlerine önemli derecede yer verilmesi; özellikle olay bildirim formlarının kullanılması ve bunun kurum kültürü haline getirilmesi,
- Hasta güvenliğinin sağlanması, özellikle hasta düşmelerinin önlenmesinde, gerekli olan fiziksel gücün erkek hemşirelerce daha fazla uygulandığı göz önünde bulundurulduğunda ve bunun hasta memnuniyetini arttırdığı düşünöldüğünde, acil birimlerde erkek hemşirelerin yada fiziksel gücü bu duruma uygun bayan hemşirelerin görevlendirilmesi,
- Acil birimlerde hasta güvenliğini artırmak için “Acil Birim Güvenliği Kontrol Listesi” geliştirilmesi ve uygulanması,
- Hastanelerde kurumsal bir yaklaşımın geliştirilmesi için iletişimin önemi hakkında acil birim hemşirelerine gerekli eğitimlerin verilmesi ve iletişim hatalarının engellenmesine yönelik gerekli tedbirlerin alınmasının sağlanması,
- LİS/LÜST mezunu hemşirelerin, SML/ÖL mezunu hemşirelere göre hasta güvenliğine yönelik alınan tüm önlemlere katılma oranının daha yüksek olduğu belirlendiğinden, acil birimlerde LİS/LÜST mezunu hemşirelerin öncelikli olarak görevlendirilmesi,
- Çalışmanın farklı illerdeki daha büyük örneklem gruplarında karşılaştırmalı olarak yapılması,
- Farklı birimleri de ele alan karşılaştırmalı çalışmaların yapılması, önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Cebeci F. Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2(1); 57-63, 2010.
2. Henneman EA, Blank FS, Gawlinski A, Henneman PL. Strategies Used By Nurses To Recover Medical Errors In An Academic Emergency Department Setting. Appl Nurs Res. 19(2); 70-7, 2006.
3. Henneman PL, Blank FS, Smithline HA, Li H, Santoro JS, Schmidt J, et al. Voluntarily Reported Emergency Department Errors. Journal of Patient Safety. 1(3); 126-132, 2005.
4. Yücesan A, Alkaya SA. Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. Dicle Tıp Dergisi. 44(1); 26, 2017.
5. Özdemir H, Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama. Afyon Kocatepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.12, s.34, s.83, Afyonkarahisar, 2014.
6. Kaymakçı ŞÖ. Ameliyathanede Hemşirenin Görevleri: Ekip Çalışması ve İletişim s.152 İçinde: Öztürk R, Günaydın M, Esen Ş, Perçin D, Özbayır T, Zenciroğlu D, editörler. 2. Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı. İstanbul, 2014.
7. Durmaz G, Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yeditepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.7-8, s.13, s.19, İstanbul, 2016.
8. Güven M, Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları. Beykent Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.36, s.45-46, s.50, İstanbul, 2014.
9. Tansüyer T, Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Gazi Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.8-9, s.43, s.45-47, s.70, s.72, Ankara, 2010.

10. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2(2); 82-83, 2015.
11. Bigham BL, Buick JE, Brooks SC, Morrison M, Shojania KG, Morrison LJ. Patient Safety In Emergency Medical Services: A Systematic Review of The Literature. Prehospital Emergency Care. 16(1); 20-35, 2012. doi: 10.3109/10903127.2011.621045.
12. WHO., World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005, 20.03.2018, http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, 2005.
13. Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 29(2); 33-45, 2013.
14. WHPA., Health Professionals Call for Priority on Patient Safety, 23.04.2018, <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>, 2002.
15. Kavlu İ, Pınar R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 29(6); 1544, 2009.
16. SB., Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 16 Ekim 2009a. Sayı: 27378, Ankara.
17. Balık H, Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.3-4, s.7-8, s.21, s.24-25, İstanbul, 2014.
18. Akyolcu N. Dünden Bugüne Acil Hemşireliği. İ. Ü. F. N. Hem. Dergisi. 15(60); 173-178, 2007.
19. Orkun N, Eşer İ, Çelik GG. Acil Hemşireliği Tarihi. İnönü Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 5(1); 16-25, 2017.
20. Tarhan MA, Akın S. Triyaj Uygulamalarında Hemşirelerin Rollerini. Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 3(2); 170-174, 2016.
21. Gürlek Ö, Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirelerden Beklentileri. Afyon Kocatepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.24, Afyon, 2005.

22. SB., Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910, Ankara.
23. Özmen S, Başol O. Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği s.81-97 İçinde: Kırılmaz H, editör. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı 1. Ankara, 2010.
24. Burström L. Patient Safety In The Emergency Department: Culture, Waiting, and Outcomes of Efficiency and Quality. Acta Universitatis Upsaliensis Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations From The Faculty of Medicine. 1009; 13-15, 2014.
25. Türk S, Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. Medipol Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.6-10, İstanbul, 2015.
26. Çırpı F, Merih Y, Kocabay M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2(3); 26-34, 2009.
27. Carroll VS. Is Patient Safety Synonymous With Quality Nursing Care? Should It Be? A Brief Discourse. Q Manage Health Care. 14(4); 229-233, 2005.
28. Altındış, S., Hasta Güvenliğini Sağlamada Hastanın Rolü, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 10, 18.03.2018, <http://www.sdplatform.com/Dergi/252/Hasta-guvenligini-saglamada-hastanin-rolu.aspx>, 2009.
29. WHO., The Launch of the World Alliance for Patient Safety, 24.03.2018, <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>, 2004.
30. Yetginlioğlu Ö, Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Selçuk Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.49-51, Konya, 2009.
31. JCI., History of The Joint Commission, 24.03.2018, https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx, 2017.
32. Bulun, M., Hasta Güvenliği Derneği, 24.03.2018, <http://www.haberler.com/hasta-guvenligi-derneği-baskani-dr-bulun-hasta-haberi/>, 2009.

33. Yalçın Ş, Acar A. Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi s.12-26 İçinde: Kırılmaz H, editör. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı 1. Ankara, 2010.
34. Biçer EK, Güçlüel Y, Neymen A, Yiğit Ş. Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 10(1); 17-20, 2013.
35. NHS., Emergency Department Checklist To Be Rolled Out Across England, 08.05.2018, <https://www.nbt.nhs.uk/news-media/latest-news/emergency-department-checklist-be-rolled-out-across-england>, 2017a.
36. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi. 8(2); 101-103, 2010.
37. Saygın T, Keklik B. Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 17(2); 99-100, 2014.
38. Akalın HE. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 5(3); 143, 2005.
39. Cengiz C, Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru Tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri ve Bir Üniversite Hastanesi Uygulaması. Gazi Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.27-28, Ankara, 2014.
40. SB., Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29 Nisan 2009b. Sayı: 27214, Ankara.
41. Sayek F. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya s.42 İçinde: Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları - 2010. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2011.
42. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Paranteral İlaç Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi. 47(3); 175, 2005.
43. Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 28(2); 218-221, 2008.
44. Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National Study on The Frequency, Types, Causes, and Consequences of

Voluntarily Reported Emergency Department Medication Errors. J Emerg Med. 40(5); 485-492, 2011.

45. Çelik D, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan, Hastane Personelinin, Hastane İnfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması. Afyon Kocatepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.2-3, Afyon, 2005.
46. Ersoy S. Hastane Temizlik Çalışanlarının Hastane İnfeksiyonları ve Korunma İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Erciyes Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.7, Kayseri, 2012.
47. İşlek E, Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması. Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.32-33, s.38-39, Ankara, 2009.
48. Hendrich, A., Inpatient Falls: Lessons From The Field, Patient Safety and Quality Healthcare, 26-30, 24.03.2018, <http://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>, 2006.
49. Acar N, Akalın H, Karakoç A, Koçak N, Otağ F, Merdanoğulları E. Kan Merkezi-Klinik İlişkisi, Sorunlar ve Çözümleri. Damla Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği Bülteni. (27); 9, 1998.
50. Uluhan R. Güvenli Kan. Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi. 21(Ek-2); 145, 2007.
51. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(3); 188-196, 2012.
52. SHKS-Hastane., Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Yönetim Hizmetleri Bölümü, 24.03.2018, <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3582,ek1shkshastaneversiyon4pdf.pdf?0>, 2016.
53. Özsayın F, Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumları. Ege Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.28, İzmir, 2015.
54. Çelen Ö, Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir

Uygulama. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Doktora Tezi, s.39-40, Ankara, 2011.

55. Garcia, A., Standards To Protect Nurses From Handling and Mobility İnjuries, Current Topics In Safe Patient Handling and Mobility, 11-12, 24.04.2018, https://americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/07/ant9-Patient-Handling-Supplement-821a_LOW.pdf, 2014.
56. Aydemir İ, Yaşar GY. Ergonomik Tasarımın Sağlık Çalışanları ve Hasta Güvenliğine Etkisi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 3(3); 177, 2016.
57. Cohen MR. Why Error Reporting Systems Should Be Voluntary. BMJ. 320; 728-729, 2000.
58. NHS., Implementing the Emergency Department Safety Checklist, 08.05.2018, https://www.weahsn.net/wp-content/uploads/ed_safety_checklist_toolkit.pdf, 2017b.
59. Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı s.411 İçinde: 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri. Antalya, 2007.
60. Bulut S, Türk G, Şahbaz M. Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 16(3); 163-169, 2013.
61. Çerçi S, Hastane İnfeksiyonları ve Hemşirelerin Hastane İnfeksiyonlarının Önlenmesine İlişkin Bilgi Düzeyleri (Kırklareli Örneği). Beykent Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.65, İstanbul, 2014.
62. Kıymaz D, Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Ondokuz Mayıs Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.71, Samsun, 2015.
63. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(2); 130-131, 2012.
64. Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(2); 119-128, 2012.

65. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 288(16); 1987-1993, 2002.
66. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. System Analysis of Advers Drug Events. *JAMA*. 274(1); 35-43, 1995.
67. Gürlek Ö, Kanber NA, Khorshid L. Hastanelerde Kimlik Tanımlayıcı Bileklik Kullanımına İlişkin Uygulamaların ve Hasta Görüşlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 12(3); 195-203, 2015.
68. Gökaş S, Yıldız T, Koşucu SN, Urcanoğlu ÖB. Kan Transfüzyonunda Hemşirelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *IAAOJ, Health Science*. 3(2); 10-20, 2015.
69. Usluer G, Esen Ş, Dokuzoğuz B, Ural O, Akan H, Arcagök C ve ark. İzolasyon Önlemleri Kılavuzu. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*. 10(Ek-2); 7, 2006.
70. Mayo AM, Duncan D. Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need To Know For Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*. 19(3); 209-217, 2004.
71. Young HM, Gray SL, McCormick WC, Sikma SK, Reinhard S, Trippett LJ, Christlieb C, Allen T. Types, Prevalence and Potential Clinical Significance of Medication Administration Errors In Assisted Living. *J Am Geriatr Soc*. 56(7); 1199-1205, 2008.
72. Madegowda B, Hill PD, Anderson MA. Medication Errors In A Rural Hospital. *MEDSURG Nursing*. 16(3); 175-180, 2007.
73. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*. 84(1); 1-10, 2009.
74. Kızılcı S, Mert H, Küçükgüçlü Ö, Yardımcı T. Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Öz Etkililik Düzeyinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 8(2); 96, 2015.
75. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and Barriers To Incident Reporting: A Collaborative Hospital Study. *Quality and Safety In Health Care*. 15; 39-43, 2006. doi: 10.1136/qshc.2004.012559.

76. Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M, Armstrong G. Patient and Staff Safety: Voluntary Reporting. *American Journal of Medical Quality*. 19(2); 67-74, 2004.



10. EKLER

10.1. EK-1: Anket Formu

Bu çalışma, hastanemizin acil servisinde hasta güvenliğine yönelik yapılan uygulamalar dâhilinde çalışanlarımızın farkındalık durumlarını belirlemek ve uygulamaları gelen geri-bildirimler dâhilinde iyileştirmek için planlanmıştır. Çalışmada, '**Acil Servisteki Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Uygulamaların Etkinliğinin ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi**' amaçlanmaktadır. Anket formunda isminiz sorulmamaktadır. Lütfen boş soru bırakmayınız. Katılımınız için teşekkürler.

AYŞE NUR ALTINOK İNCE

HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz?
a) Kadın b) Erkek
3. Eğitim durumunuz nedir?
a) Sağlık Meslek Lisesi b) Ön-lisans c) Lisans d) Yüksek Lisans/Doktora
4. Kadronuz nedir?
a) Ebe b) Hemşire c) ATT d) Sağlık Memuru
5. Ayda en az 2 kez acil hemşireliği kapsamındaki hizmet-içi programlara katılır mısınız?
a) Evet b) Hayır
6. Yılda en az 1 kez acil hemşireliğine ilişkin bilimsel programlara (kongre, konferans, seminer vs.) katılır mısınız?
a) Evet b) Hayır
7. İçeriğinde hasta güvenliği olan bir acil hemşireliği sertifika programına katıldınız mı?
a) Evet b) Hayır
8. Bu güne kadar bir Triaj sertifika eğitim programına katıldınız mı?
a) Evet b) Hayır

9. Acil servislerde hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamaları konulu bilimsel programlara en son ne zaman katıldınız?
- a) 0-3 ay önce
 - b) 4-6 ay önce
 - c) 7 ay-1 yıl önce
 - d) 1 yıldan fazla
 - e) Hiç katılmadım
10. Ne kadar süredir acil birimde hemşire olarak çalışmaktasınız?
- a) 1-12 ay
 - b) 1-5 yıl
 - c) 5-10 yıl
 - d) 10 yıl üzeri
11. Bu güne kadar CPR sertifika eğitim programına katıldınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
12. Çalıştığınız birimde hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamalarından haberdar mısınız?
- a) Evet
 - b) Hayır
13. Acil birimde hasta güvenliği uygulamalarının planlanması aşamasında görev aldınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
14. Acil birime başvuran/yatan hastalarla iletişim sorunu yaşıyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
15. Acil servisteki hemşirelik hizmetlerine ait hasta güvenliği uygulamaları nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a) Hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalar
 - b) İlaç hatalarını önlemeye yönelik uygulamalar
 - c) Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalar
 - d) Hasta kimlik hatalarını önlemeye yönelik uygulamalar

16. Sizce, acil biriminizde hastalara yönelik sıkça karşılaştığınız hatalı uygulamalar hangi alandadır? (Tek seçenek işaretleyiniz)
- a) İlaç uygulama hataları
 - b) Hasta kimlik hataları
 - c) Kan tranfüzyon hataları
 - d) Hastane enfeksiyonları risk uygulamaları (talimatlara uygun çalışmama, el hijyenine dikkat etmeme vb.)
 - e) Bakım uygulama hataları
17. Acil birimde hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bu durumu kime iletiyorsunuz?
- a) Sorumlu hemşire
 - b) Hastane yönetimi
 - c) Mesai arkadaşım
 - d) Kendi kendime çözüyorum
18. Acil serviste hatalı hemşirelik uygulamalarında nasıl bir bildirim sistemi kullanıyorsunuz? (Tek seçenek işaretleyiniz)
- a) Servis sorumlu hemşiresine sözlü bildirim
 - b) Servis sorumlu hekimine sözlü bildirim
 - c) Bildirimde bulunulmadan hata düzeltilmeye çalışılır
 - d) Olay bildirim formu doldurulur
19. Sizce, acil biriminizde fiziki ortamdan kaynaklanan hasta güvenliğini etkilediğini düşündüğünüz olumsuz koşullar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a) Uygun olmayan elektrik düzeneği
 - b) Uygun olmayan zemin
 - c) Uygun olmayan termal sistem (fazla sıcak yada soğuk)
 - d) Ortamda gürültü oluşturacak birçok faktörün bulunması (kullanılan cihazların sesi, insan kalabalığı)
 - e) Yürüyüş alanlarının dar olması
 - f) Merdiven basamakların yüksek olması ve korkuluklarının bulunmaması
 - g) Hastalara uygun olmayan tuvalet yapısı
 - h) Diğer

- 20.** Sizce, acil biriminizde ilaç uygulamalarından kaynaklanan hasta güvenliğini etkilediğini düşündüğünüz hatalar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a) Yanlış ilaç verilmesi
 - b) İlacın yanlış hastaya verilmesi
 - c) Acil serviste uygulanan ilacın kaydedilmemesi
 - d) İlacın yanlış yolla verilmesi (İ.M. verilmesi gereken ilacın İ.V. ile verilmesi)
 - e) İlacın yanlış dozda verilmesi
 - f) Hasta bireyin yaşlı olması, zihinsel yetersizliğinin bulunması nedeniyle ilacını yanlış zamanda alması
 - g) Uygulanan ilacın etkisinin gözlenmemesi
 - h) Birden fazla ilaç uygulanması durumunda hastanın yaşının ve ilaç etkileşiminin dikkate alınmaması
- 21.** Sizce, acil biriminizde hasta kimliğine ilişkin hasta güvenliğini etkilediğini düşündüğünüz hatalar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a) Acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin hastanın kimliğinin kontrolü ve tanımlanması üzerine eğitim almamış olmaları
 - b) Hastalar için acil serviste kimlik doğrulamanın müşahede odasına alınmadan uygulanması
 - c) Hastalarda acil serviste kimlik doğrulama işleminin hasta yakını olmadan yapılması
 - d) Acil serviste uygulanan kimliklendirme ile ilgili bilgilerin hastalara verilmemesi
- 22.** Sizce, acil biriminizde kan transfüzyonlarına ilişkin hasta güvenliğini etkilediğini düşündüğünüz hatalar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a) Transfüzyon yapılırken hastalara yeterince gözlem yapılmaması
 - b) Hastaya verilen kan miktarı ve kan bileşeni ile ilgili hekim isteminin kontrol edilmemesi
 - c) Transfüzyona başlamadan önce hastanın vücut ısısı, kan basıncı, nabız ve solunum sayısının kayıtlara geçirilmemesi
 - d) Kan bileşimindeki uygunluk raporu ile hastanın kimlik bilgilerinin karşılaştırılmaması
 - e) Hastaya transfüzyon ile ilgili aydınlatıcı bir açıklamanın yapılmaması

23. Sizce, acil biriminizde hastane enfeksiyonları konusunda hasta güvenliğini etkilediğini üşündüğünüz hatalar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a) Kronik hastalığı olan hastaların bakım uygulama hataları
 - b) El hijyenine dikkat etmeme
 - c) Acil servisin fiziki yapısının hastane enfeksiyonları ile mücadele açısından yetersiz olması
 - d) Acil serviste hastalara yönelik enfeksiyon kontrol ilkelerinin uygulanmaması
 - e) Hasta ve hasta yakınlarının hastane enfeksiyonları hakkında yeterince bilgilendirilmemeleri
24. Çalıştığınız acil birimde hiç bugüne kadar hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyen hataları gidermede araştırmalara/deneyimlere dayalı bilgiyi kullandınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
25. Çalıştığınız acil birimde hiç bugüne kadar hataları önlemek için ikili kontrol yöntemi uyguladınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
26. Çalıştığınız acil birimde hastaya ilişkin bir uygulamayı yapmadan önce hatayı fark ettiğinizde, uygulamayı yavaşlatıp/erteleyerek doğru uygulamayı bulmaya yöneldiniz mi?
- a) Evet
 - b) Hayır

SORULAR	Evet	Hayır
1. Hasta güvenliği uygulamaları, bakım-tedavi uygulamalarımıza kolaylık sağlar mı?		
2. Hasta güvenliği uygulamaları, hastaya yönelik yapılacak işlemleri bütüncül olarak görmenize yardımcı olur mu?		
3. Hasta güvenliği uygulamaları, tüm hastalara eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar mı?		
4. Hasta güvenliği uygulamaları, çalışmalarınızda size zaman kazandırır mı?		
5. Hasta güvenliği uygulamaları, bakımlarınızda hastaya yönelik riskleri önceden belirleme ve önlem almada etkili olur mu?		
6. Hasta güvenliği uygulamaları, hastaya yönelik oluşabilecek tıbbi hataları önlemede etkili olur mu?		
7. Hasta güvenliği uygulamaları bilgi ve becerilerinizi etkin olarak kullanmanızı sağlar mı?		
8. Hasta güvenliği uygulamaları, hasta memnuniyetini artırır mı?		
9. Hasta güvenliği uygulamaları, çalışan memnuniyetini artırır mı?		
10. Hasta güvenliği uygulamaları, hasta bakımında standart oluşturmanızda etkili olur mu?		
11. Hasta güvenliği uygulamaları, hastalara verdiğiniz bakımın kalitesini artırır mı?		
12. Acil servisinizdeki hasta güvenliği uygulamaları yeterli mi?		
13. Acil servisinizdeki hasta güvenliği uygulamalarına yönelik yapılan gözlemler yeterli mi?		
14. Acil servisinizdeki hasta güvenliği uygulamaları, hastaya yönelik oluşabilecek hataları öngörme/tahmin etmede etkili olur mu?		
15. Hataları önlemek için ikili kontrol yöntemini, acil servisinizdeki hasta güvenliği uygulamalarında uyguluyor musunuz?		
16. Acil servisinizdeki hasta güvenliği uygulamalarında araştırmalara/ deneyimlere dayalı bilgiyi yeterince kullanıyor musunuz?		

TEŞEKKÜRLER

10.2. EK-2: İzin Dilekçesi

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe Nur ALTINOK İNCE'nin üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından onaylanmış olan "Acil Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" isimli tez çalışması kapsamındaki uygulamasını Ekim 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Antalya Kepez Devlet Hastanesi, Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi, Antalya Serik Devlet Hastanesi, Antalya Korkuteli Özel Medi Yaşam Hastanesi ve Antalya Özel Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi'nde yapabilmesi için izin alınması hususunda;

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



23/10/2017

Prof.Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN

EK: 1- Etik Kurulu Kararı
2- Anket Soruları

10.3. EK-3: Kurum İzinleri



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.40530
Konu : Ayşe Nur ALTINOK İNCE
Anket Çalışması

30/10/2017

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe Nur ALTINOK İNCE'nin, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Acil Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları*" isimli tez çalışması kapsamındaki uygulamasını Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında Hastanemiz Acil Servisi'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ
Müdür

EK:
-Etik Kurul Kararı(3 Sayfa)
-Anket(6 Sayfa)

DAĞITIM:
-Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
-Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
-Antalya Kepez Devlet Hastanesi
-Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi
-Antalya Serik Devlet Hastanesi
-Antalya Korkuteli Özel Medi Yaşam Hastanesi
-Antalya Özel Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Neslin EMEKLİ tarafından 30.10.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 322F5653X3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
1701/08171637 - 81266704 - 774 99 - E 20254



Sayı : 81266704-774.99
Konu : Anket Çalışması

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 30/10/2017 tarihli ve 81266704-40530 sayılı yazı

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ayşe Nur ALTINOK İNCE' nin "Acil Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" isimli yüksek lisans tezine ait anket çalışmasını hastanemiz Acil Tıp Kliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL
Hastane Yöneticisi / Başhekim

Varlık Mh. Kazım Karabekir Cd. Muratpaşa / ANTALYA

Faks No:

e-Posta: derya.mangan@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Akademik Kurul D. MANGAN Tel :
0242 2494400 Dahili : 4217

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f3c6dfac-903f-4130-a0b7-c579fabc61d2 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Derya MANGAN

Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0242 2494400 /



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Serik Devlet Hastanesi

ANTALYA SERİK DEVLET HASTANESİ - ANTALYA SERİK
DEVLET HASTANESİ



00059032173

Sayı : 97736758/044
Konu : Ayşe Nur ALTINOK İNCE Anket
Çalışması

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İLGİ: 06.11.2017 tarih 97736758-0 sayılı yazınıza istinaden,

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe Nur ALTINOK İNCE'nin, "Acil Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" isimli tez çalışması kapsamındaki anket uygulaması başvurunuz Antalya İl Sağlık Müdürlüğü bilgisi dahilinde olmadığı için Hastane yöneticiliğimiz tarafından uygun görülmemiştir.

Gereğini arz ederim.

Uz.H. Yusuf KARA
Hastane Yöneticisi

serik devlet hastanesi

Faks No:

e-Posta: hatice.eggekaya@saglik.gov.tr İnt.Adresi: haticeeggekaya@hotmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4ba4d3c7-aa94-4bcc-8ac3-273a01558db9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:HATİCE EGE KAYA

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0242 7221340

09.11.2017

T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Sayı : 2017/ *847*
Konu : Ayşe Nur ALTINOK İNCE Anket Çalışması Hk.

İlgi:31034136-302.08.01-E-40524 sayılı ve 30.10.2017 tarihli yazınız

İlgili yazınıza istinaden öğrenciniz Ayşe Nur ALTINOK İNCE'nin anket çalışmasını Özel ASV Yaşam Hastanemizde yapması hastane yönetimince kabul edilmemiştir. Bilgilerinize sunulur.

Dr. Yasemin ZENNECİOĞLU

Mesul Müdür Yard.

ÖZEL AKDENİZ SAĞLIK VAKFI (ASV) YAŞAM HASTANESİ
Dr. Yasemin ZENNECİOĞLU
Mesul Müdür Yard. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Diyadiniz: 0 242 212 07 77

ÖZEL AKDENİZ SAĞLIK VAKFI (ASV) YAŞAM HASTANESİ
Gebizli Mah. 1116 Sok. No: 4 Muratpaşa / ANTALYA Tel: 0 242 212 07 77

☎ 0 850 777 0 777

☎ 444 77 44

www.yasamhastaneleri.com

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.35549
Konu : Etik Kurulu Kararı

06/10/2017

Sayın Ayşe Nur ALTINOK İNCE

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Acil Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Haneî ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Haneî ÖZBEK tarafından 06.10.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 305713EEXD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADESOYADI	Ayşe Nur Altınok İnce			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	DİL
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	02.10.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	02.10.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 385	Tarih: 04/10/2017		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "öybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlsanur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet HİKMET ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe Nur	Soyadı	ALTINOK İNCE
Doğum Yeri	Köyceğiz	Doğum Tarihi	18/10/1980
Uyruğu	T.C.	E-mail	nura_1980_10@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

Mezuniyet	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ABD	2011
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksek Okulu	2007
Lise	Marmaris 70. Yıl Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	1999

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre
1	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd.	Korkuteli Devlet Hastanesi	2017-Halen
2	Sorumlu Hemşire	Korkuteli Devlet Hastanesi	2016-2017
3	Hemşire	Korkuteli Devlet Hastanesi	2014-2016
4	Eğitim Hemşiresi	Bandırma Ağız ve Diş Sağ. Merk.	2012-2014
5	Hemşire	Bandırma Devlet Hastanesi	2002-2012
6	Hemşire	Bezmi Alem Valide Sultan E.A.H.	2001-2002

Yabancı Dilleri

Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Sınavlar

Sınav Adı	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	64,36548	65,55150	62,73393

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Word	İyi
Microsoft Excel	İyi
Microsoft Power Point	Çok İyi

Sertifikaları

Sertifika Adı	Yılı
Hasta Hakları Eğitici Eğitimliği Sertifikası	2013
Kişisel İmaj Yönetimi Eğitim Sertifikası	2012
Beden Dili ve İletişim Eğitim Sertifikası	2012
İlk Yardım Eğitimi Eğitimliği Sertifikası	2010
Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Sertifikası	2008

Katılım Belgeleri

Katılım Belgesi Adı	Yılı
9. Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu Katılım Belgesi	2013
2. Uluslararası Sağlık Bilişim Zirvesi Katılım Belgesi	2013
Tamamlayıcı Beslenme ve İzlem Protokolleri Katılım Belgesi	2010
Acil Obstetrik ve Y. Doğan Bakım Dest. Pers. Uyum Eğt. Katılım Belgesi	2009
Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı Temel Eğitimi	2009
GATA 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri Katılım Belgesi	2007
Hastanelerde Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitim Projesi Katılım Belgesi	2006