



T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ  
KÜLTÜRÜ ALGILARININ BELİRLENMESİ:  
AFYONKARAHİSAR'DA BİR UYGULAMA

Hatice ÖZDEMİR

CERRAHİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç Dr. Yeliz CİĞERCİ

Tez No:

2014- AFYONKARAHİSAR

T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ  
KÜLTÜRÜ ALGILARININ BELİRLENMESİ:  
AFYONKARAHİSAR'DA BİR  
UYGULAMA**

**Hatice ÖZDEMİR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ**

**AFYONKARAHİSAR-2014**

## KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03/06/2014

Doç. Dr. İbrahim KILIÇ

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ  
Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK  
Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice Özdemir'in  
" Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi:  
Afyonkarahisar' da Bir Uygulama " başlıklı tezi 04.06.2014 saat 16:00... da  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca  
değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Kağan ÜÇOK

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, rehberlik ve desteğini aldığım değerli danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Yeliz Ciğerci' ye,

Tez jürisi değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. İbrahim Kılıç'a ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Pakize Özyürek' e

Çalışmalarım süresince her zaman yanımda olan çalışma arkadaşlarım Hemşire Songül Arslantürk, Hemşire Sibel Güney ve Acil Tıp Teknisyeni Yusuf Akkan'a

Araştırmaya katılan tüm cerrahi hemşirelerine, tez çalışmalarım sırasında her zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen büyüğünden küçüğüne, ailemin tüm fertlerine ve hayatı beraber omuzladığım yegane yaşam sebebim oğlum Onur'a

TEŞEKKÜR EDERİM

Hatice ÖZDEMİR

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>Kabul ve Onay</b> .....	i
<b>Önsöz</b> .....	ii
<b>İçindekiler</b> .....	iii
<b>Tablolar</b> .....	iv
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1.Hasta Güvenliği ve Sağlık Hizmetleri.....	1
1.2. Tıbbi Hatalar.....	7
1.2.1. Kimliklendirme.....	12
1.2.2.Etkin İletişimin Sağlanamaması.....	14
1.2.3. İlaç Hataları.....	16
1.2.4. Cerrahi Hatalar.....	23
1.2.5. Enfeksiyonlar.....	28
1.2.6. Hasta Düşmeleri.....	31
1.2.7. Yanlış ve Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı.....	34
1.2.8. Hastada Yabancı Cisim Unutulması.....	36
1.2.9. Hasta Transferi.....	36
1.3. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları.....	38
1.4. Hasta Güvenliği Kültürü.....	43
1.5. Amaç.....	56
<b>2.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	57
<b>3.BULGULAR</b> .....	60
3.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	60
3.2. Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısına İlişkin Bulgular.....	67
3.3 Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	76
<b>4.TARTIŞMA</b> .....	82
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	90
<b>ÖZET</b> .....	92
<b>SUMMARY</b> .....	94
<b>KAYNAKLAR</b> .....	96
<b>EKLER</b> .....	106

**TABLolar**

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 3.1.1:</b> Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı.....	60
<b>Tablo 3.1.2:</b> Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı .....	61
<b>Tablo 3.1.3:</b> Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	61
<b>Tablo 3.1.4:</b> Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	61
<b>Tablo 3.1.5:</b> Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	62
<b>Tablo 3.1.6:</b> Katılımcıların Görev Yaptıkları Birimlere Göre Dağılımı.....	62
<b>Tablo 3.1.7:</b> Katılımcıların Görev Yaptığı Birimlerdeki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	62
<b>Tablo 3.1.8:</b> Katılımcıların Görev Yaptığı Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	63
<b>Tablo 3.1.9:</b> Katılımcıların Kadro Durumlarına Göre Dağılımı.....	63
<b>Tablo 3.1.10:</b> Katılımcıların Kıdem Yıllarına Göre Dağılımı.....	64
<b>Tablo 3.1.11:</b> Katılımcıların Gelir Durumlarını Değerlendirme Biçimlerine Göre Dağılımı.....	64
<b>Tablo 3.1.12:</b> Katılımcıların Mesai Durumlarına Göre Dağılımı.....	64
<b>Tablo 3.1.13:</b> Katılımcıların Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	65
<b>Tablo 3.1.14:</b> Katılımcıların İşlerinden Memnun Olma Düzeylerine Göre Dağılımı.....	65
<b>Tablo 3.1.15:</b> Katılımcıların Hastalarla Etkileşim/Temas İçerisinde Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	66
<b>Tablo 3.1.16:</b> Katılımcıların Son 12 Ayda Rapor Ettikleri Olay Sayılarına Göre Dağılımı.....	66
<b>Tablo 3.1.17:</b> Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Birimlerini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı.....	67
<b>Tablo 3.2.1:</b> Hasta Güvenliği Kültürü Algısına İlişkin Alt Ölçeklere Ait Bazı İstatistikler.....	67
<b>Tablo 3.2.2:</b> Katılımcıların Çalıştıkları Birimleri Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler.....	69
<b>Tablo 3.2.3:</b> Katılımcıların Yöneticileri Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler.....	71
<b>Tablo 3.2.4:</b> Katılımcıların Birimdeki İletişimi Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler.....	72

<b>Tablo 3.2.5:</b> Katılımcıların Raporlanmış Olayların Sıklığını Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler.....	74
<b>Tablo 3.2.6:</b> Katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Genel Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler.....	75
<b>Tablo 3.3.1:</b> Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Çalıştıkları Kuruma Göre Karşılaştırılması.....	77
<b>Tablo 3.3.2:</b> Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	77
<b>Tablo 3.3.3:</b> Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	79
<b>Tablo 3.3.4:</b> Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	80
<b>Tablo 3.3.5:</b> Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılması.....	81

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Hasta Güvenliği ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. Sağlık hizmeti, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi hizmetlerdir (Resmi Gazete, 1961).

Hasta, sağlık bakımı alan kişi olarak; sağlık bakımı ise, sağlığın düzeltilmesi, korunması, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için bireyler ve toplum tarafından alınan hizmetler olarak tanımlanmıştır. Güvenlik, tehlikeden uzak olma halidir. Tehlike ise, riske götürebilecek ya da riski artırabilecek hareket, etmen ya da koşuldur. Hasta güvenliği, sağlık bakımı ile ilişkili olarak hastanın gereksiz zarar veya olası zarar görme durumundan uzak olması şeklinde tanımlanmıştır. Olay (hasta güvenliği olayı), hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durumdur. Hata; yanlış bir plan yapılması veya planlanmış bir eylemin yanlış yürütülmesidir. İhlal etme, bir işlemin sürecinden, standardından veya kurallarından kasıtlı olarak sapmadır. Hata ve ihlallerin her ikisi de gerçekte olay meydana gelmesi de riski artıran durumlardır. Risk, bir olayın meydana gelebilme ihtimalidir. Ters olay (advers event), hastada bir zararın meydana gelmesini doğuran olaydır. Zarar, vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır. Zarar, hastalık, yaralanma, acı, sakatlık ve ölüm hallerini içerir ve fiziksel, sosyal veya psikolojik olabilir. Kılıpayı (near-miss), çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır (WHO, 2007; Filiz,2009).



Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır (Akalm, 2010). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansına (National Patient Safety Agency) göre, hasta güvenliği; hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için raporlanması ve analizi, geliştirilen çözümlerin uygulanması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme sürecidir (Gözlü ve Kaya, 2012). Hastanelerde, yönetsel etkinliğinin bir göstergesi olarak, tıbbi hizmetlerin kalitesi, enfeksiyon hızı, komplikasyon oranı, hatalı antibiyotik kullanım oranı ve hasta güvenliği gibi ölçütler kullanılmaktadır (Özgülbaş, 2001; Taş ve ark., 2013).

Sağlık hizmetleri, genellikle sağlıklı insanlar ve hastalar için yararlıdır; ancak bazen zararlı da olabilir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında ya da sonrasında beklenmeyen/istenmeyen olaylar ve etkiler meydana gelebilir. Sağlık hizmetleri ile ilgili istenmeyen olaylar büyük çoğunlukla hastanelerde meydana gelir. Ancak istenmeyen olaylar ve tıbbi hatalar yalnızca hastanelerle sınırlı değildir; hekim muayenehanelerinde, yataksız sağlık kuruluşlarında, eczanelerde hatta hastaların evlerinde bile ortaya çıkabilir. İstenmeyen olaylar kimi zaman bir işlemin yanlış uygulanmasından doğabileceği gibi, kimi zaman da bir uygulamanın yerine getirilmemesinden kaynaklanabilir. Bu nedenle, sağlık hizmeti üretim sürecinin (sağlığın korunması ve geliştirilmesine ilişkin uygulamalardan, erken tanı/tanı konması, tedavi ve rehabilitasyona kadar pek çok aşamayı içerir) her aşaması istenmeyen olaylar için potansiyel bir alan ve zaman dilimi olarak değerlendirilmelidir (Sayek, 2010).

Bireyin taleplerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikayetleri ve

yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine yol açmıştır. Hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak, hizmeti verenlerin öncelikli konusu olmalıdır. Hasta güvenliği konusu son yıllarda büyük önem kazanmaya başlamıştır (Kohn et al, 2000; Filiz, 2009).

Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Bal, 2006; Göl, 2007; Sezgin, 2007; Gökdoğan ve ark., 2009; Güven, 2007)

Bir sağlık kuruluşunun, hastaların güvenliğini sağlamasından daha önemli bir şey yoktur. Bu yüzden sağlık sektörü yöneticilerinin asli görevlerinden birisi hasta güvenliğini arttırmak olmalıdır.Yapılan çalışmalarda,hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil,sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır (Alan ve ark., 2013)

Teknoloji çağı olarak tanımlanan 21. yüzyıl tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da hizmet algısını değiştirmiştir. Hasta ve yakınları sağlık hizmeti sunumunda sadece tıbbi hizmetlerde değil aynı zamanda hasta bakımı alanında da daha iyi hizmet almak istemektedirler. Bugün gelinen noktada sağlık kurumları nitelikli sağlık hizmeti verebilmek için altı temel unsuru yerine getirmek zorundadırlar. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi amaçlanan konu başlıkları aşağıda sıralandığı gibidir:

- Hasta güvenliği: Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma,
- Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgilere ve kanıta dayalı, tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi,

- Hasta odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ile tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,
- Zamanın verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesini önleendiği bir sistem,
- Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önleendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu,
- Eđit dağılım: Sunulan sağlık hizmeti kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyo-ekonomik farklılıklara bakılmaksızın eđit olması (Akalin, 2005; Gürkán ve Pirim, 2009)

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (Zorlutuna, 2008; şen ve ark., 2009).

Kohn ve arkadaşları (2000) Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute Of Medicine) tarafından 1999 yılında yayınlanan raporda, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalar ortaya konmuş ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiştir (Erdağı, 2013).

Hasta güvenliği, tüm sağlık ekip üyelerinde olduğu gibi temel sağlık bakımının da unsurlardandır. Hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dâhil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek

sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanılmaktadır ( Çırpı ve ark., 2009).

Hasta güvenliği, sağlık alanında kalitenin önemli bir unsurunu oluşturmaktadır. Sağlık kurumları sürekli iyileştirme faaliyetlerine odaklanmaktadır. Sürekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılmasında güvenlik kültürü önemli bir yer tutmaktadır. Güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Bir kurumun güvenlik kültürü; söz konusu kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda; karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır ( Tütüncü ve ark., 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ekim 2007'de Cenevre'de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl Dünya'da tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar sebebiyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (WHO 2007; Filiz, 2009).

Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) (IOM) hasta güvenliği konusunu 21. Yüzyıl Sağlık Sunumu öncelikleri arasında en başa almıştır. IOM 21. Yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi gereken konuları sıralarken, sağlık sistemlerinin

- **Güvenli** (hastalara yardım ederken zarar vermemesi),
- **Etkili** (bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu ile sağlık hizmetinin eksik ya da gereksiz kullanımının önlenmesi),

- **Hasta odaklı** (hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda davranılması ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilmesi),
- **Zamanında** (gerek olduğunda hizmete ulaşılabilmesi ve beklemlerin sağlığa zarar vermesinin önlenmesi),
- **Verimli** (hem malzeme, hem de insan gücü israfının önlenmesi ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulması)
- **Eşit ve hakkaniyetli** (hizmet kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit) olması gerektiğini bildirmiştir. Bunlar herkes ve her ülke için doğru ilkelerdir. Muhtemelen en önemlisi, hizmetin güvenli olması, iyilik yapmak isterken zarar vermemesidir ( Sayek, 2010; IOM, 2001; Filiz, 2009).

Hastaya verilen hizmet süresince uygulanan tedavi ve bakımın başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuz ya da istenmeyen olay hasta güvenliğini tehdit eder. Tıp biliminin ilk ve en temel öğretilerinden biri “Önce Zarar Verm” ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda kurgulanan sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmaktadır. Ancak; sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, hasta güvenliğini ve bakım sonuçlarını olumsuz etkileyerek hastaların zarar görmesine neden olabilmektedirler (Aydın, 2008; Uzun, 2009).

Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2.9 ve %3.7 bulunmuştur. Bunların %58 ve %53’ü önlenabilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Tıbbi hataların maliyetinin 37.6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenbilir hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasındadır (Öztürk, 2008).

## 1.2. Tıbbi Hatalar

Hasta güvenliğini tehdit eden unsurları, hastaya verilen hizmet süreçlerinin tamamında uygulanan, tedavinin başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuzluk olarak tanımlamak mümkündür. Bu süreç, hastanın sağlık kurumu ile ilk temasından tedavisinin sonlanacağı ana kadar devam eden zaman dilimini kapsamaktadır. Yapılan araştırmalarda hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil, sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır (Zorlutuna, 2008; Şen ve ark., 2009).

Tıbbi hatalar; planlanan bir işin amaçlanan şekilde tamamlanamaması ve amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanmasıdır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)'nın tanımları ise; sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamının neden olduğu, yani kasıtsız beklenmeyen sonuçlardır (Güven, 2007).

Tıbbi hatalar Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almakta ve motorlu taşıt kazaları, meme kanseri ve AIDS e bağlı ölümlerden önce gelmektedir (Kohn ve ark 2000). New York'ta ve Utah' ta hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı sırasıyla % 3.7 ve % 2.9 bulunmuştur. Bunların % 58 ve % 53'ü önlenemez tıbbi hatalar olarak tanımlanmış ve % 13,6'sı ve % 6,6'sının ölümlerle sonuçlandığı bildirilmiştir (Brennan ve ark 1991, Leape ve ark 1991). Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde ABD'de hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hata sebebi ile her yıl en az **44.000**, belki de **98.000** hastanın öldüğü öngörülmektedir (Kohn et al., 2000; Filiz, 2009).

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalar bir yandan hasta güvenliğini tehdit ederken diğer yandan da sağlık çalışanına ciddi yasal yükümlülükler getirmektedir. Ulusal ve uluslararası pek çok kuruluş, hasta güvenliği açısından; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu ve azaltılması için önlemler almaktadır (Ersan, 2013).

IOM (2000) raporunda hata, istenmeyen olay ve önlenemez istenmeyen olay tanımları yapılmıştır. “Hata”, önceden planlanan bir eylemin, tamamen istenen sonucu vermemesi (işlemde hata) veya hedefe ulaşmak için yapılan planın yanlış olması (planlama hatası) şeklinde tanımlanabilir. Hata, teşhis aşamasından başlayarak tedavi ve önleyici bakım sürecinin her aşamasında oluşabilir. Her hata zarar vermez. “İstenmeyen olay” hastanın içinde bulunduğu durumdan değil de yapılan tıbbi bir girişimden dolayı oluşan yaralanma olarak tanımlanmıştır. Hataya bağlı istenmeyen olay “önlenemez istenmeyen olaydır” (IOM, 2000: 28). “Near miss” ise, istenmeyen bir olay oluşturabilecek ciddi bir olayın, şans eseri hastaya zarar vermemesidir (WHO, 2005; Güleç ve Gökmen, 2009).

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (Özata ve Altuncan, 2010).

Tıbbi hata; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır. Hatalı tıbbi uygulamalar tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik ve yetersizlik, özen eksikliği ile emir ve yönetmeliklere uymamak sonucunda ortaya çıkmaktadır. Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre üçe ayrılır;

- İşleme bağlı hatalar,

- İhmale bağlı hatalar ve
- Uygulamaya bağlı hatalar.

Sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilen tıbbi hataların oluşmasına ortam hazırlayan başlıca nedenler ise şunlardır;

- İlaç hataları,
- Yanlış taraf girişimi,
- Hastane enfeksiyonları,
- Hatalı tanı koyma,
- Sistem yetersizliği,
- Düşmeler,
- Hasta kayıtlarının hatalı yapılması,
- İletişim hataları ( Ersan, 2013).

Tıbbi hatalar ve istenmeyen olayların oluşma nedenleri;

**İnsan kaynaklı hatalar:** Kişilerin sebep olduğu bireysel hatalardır.

**Sistem hataları:** Sistemde olan bir eksikliğin veya yanlışın sonucunda oluşan hatalardır. Sistemde var olan bir hata kişilerin hatasıyla sonuçlanır. Örnek: hekim ve hemşirelerin yoğun çalışma saatleri veya kişi başına düşen hasta sayısının fazla olması (iş yükü fazlalığı) hastaya yanlış ilaç verilmesine yol açabilir.

**Altyapı veya malzeme eksiklerine bağlı hatalar:** Hastane altyapısının iyi olmaması sonucu elektrik veya güç kaynaklarının kesilmesi ya da iletişimde kopma istenmeyen olaylara sebebiyet verebilir.

**Hastane içinde veya dışında oluşan ihtiyaçlar sonucu oluşan hatalar:** Hastanenin bir bölümündeki çalışan eksikliğini diğer bir bölümden eleman alarak kapatma gibi planlama hataları sonucu istenmeyen olaylar oluşabilir (Mc Fadden ve Stock, 2006; Güleç ve Gökmen, 2009).

Dünyanın her bölgesinde görülen ve hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalar, bütün dünya için önemli bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde tıbbi hataların genellikle kayıt altına alınması hasta güvenliğini tehdit eden



unsurların daha iyi bilinmesini ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte, gelişmemiş ya da gelişmekte olan ve altyapı ve araç-gereç yönünden yoksul ülkelerde, güvenilir olmayan sağlık hizmeti arzı, düşük kalitede ilaç ve tıbbi malzemelerin kullanılması, atık yönetiminde ve enfeksiyon kontrolündeki yetersizlikler, personelin düşük motivasyon ya da yetersiz teknik becerileri nedeniyle tedavi ve bakımda gösterdiği düşük performans, ciddi boyutlara ulaşan yetersiz finansman sorunları ve yaşamsal işlemlerin yükselen maliyetleri gibi konuların tümü hasta güvenliğini tehdit etmekte ve hastalarda olumsuz olayların daha da yüksek düzeylerde ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bunların yanı sıra teknolojiye hızlı gelişmeler, teknolojinin uygunsuz kullanımı ve personelin yetersiz eğitimi de sağlık hizmetlerinde hastalarda istenmeyen olumsuz olaylara neden olabilmektedir (WHO; Uzun, 2009).

Hastaneye yatışlarda tıbbi hatalardan dolayı ölüm oranları değişik Batı Dünyası kaynaklarına ve araştırmalarına göre % 0,2 ile % 0,5 arasında olduğu hesap edilmektedir. Bu oran % 1'e kadar çıkabilmektedir! 2008 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerine 6,2 milyon, üniversite hastanelerine 1,4 milyon, özel hastanelere 2,315 milyon olmak üzere Türkiye'de toplam 9,9 milyon hasta hastaneye yatmıştır. 9,9 milyon yatışı batı rakamlarındaki en düşük hastane ölüm riski olan 0.002 ile çarparsak 2008 yılında **18,950** kişinin hastalıklarından dolayı değil, sistem sorunları nedeniyle hastanelerde ölmüş olabileceğini varsayabiliriz. 0,005 çarpanını kullanırsak **49,500**, % 1 çarpanını kullanırsak **99,000** ölüm sayısına ulaşırız. IOM raporunda ABD'de yılda 44,000-98,000 kişinin tıbbi hatalardan öldüğü varsayılmaktadır. Nüfus oranlı bakarsak da 306 milyon ABD vatandaşı karşılık 71,5 Türkiye vatandaşı olduğuna göre (%23.37), aynı tıbbi hizmet, aynı risk ve oranlar varsayımıyla Türkiye'de yılda **10,280-22,900** ölüm olabileceği sonucuna varabiliriz (Sayek, 2010).

Literatürde hasta güvenliği ihlalleri/tıbbi hataların sonuçları:

- Mortalite ve morbidite,

- Yatış süresinde uzama,
- Hasta ve hasta yakınlarına verdiği rahatsızlık (en hafif tanımı ile),
- Hukuksal sorunlar olarak belirtilmektedir (Pronovost et al., 2005; Şen ve ark., 2009).

Tıbbi hatalar, hata türü açısından dokuz grup altında incelenebilir. Bunlar; kimliklendirme, etkin iletişimin sağlanamaması, ilaç hataları, cerrahi hatalar, enfeksiyonlar, hasta düşmeleri, yanlış ve uygun olmayan malzeme kullanımı, hastada yabancı cisim unutulması ve hasta transferidir ( Aydın, 2007; Aydın, 2009; Güven, 2007; Alan, 2013).

Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International) (JCI) Uluslararası Hastane Standartları kullanarak akredite edilen bütün kurumlarda 1 Ocak 2008 tarihinden itibaren uygulanması gereken Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedeflerini açıklamıştır. ‘Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedefleri’ nin amacı hasta güvenliğinde spesifik iyileştirmelerin artırılmasıdır. Hedefler sağlık bakımındaki problemleri alanları aydınlatır ve bu problemler için kanıt ve uzman temelli çözüm yolları tanımlar. İyi bir sistem tasarımının sağlık bakımının yüksek kaliteli ve güvenli ulaştırılmasında esas olduğunu kavramak yoluyla; hedefler mümkün olduğunca sistem boyutunda çözümlere odaklanmaktadır. Hedefler bir standart, niyet ifadesi ve ölçülebilir element içermek yoluyla diğer standartlarla aynı anlayışta yapılandırılır.

Hedefler:

Hedef 1: Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi,

Hedef 2: Etkili İletişimin Arttırılması,

Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi,

Hedef 4: Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisi’ nin Sağlanması,

Hedef 5: Sağlık Bakımı İlihtili Enfeksiyonların Azaltılması,

Hedef 6: Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılmasıdır (İnanır ve Serbest, 2009).

### 1.2.1. Kimliklendirme

Kimliklendirmede amaç, hizmet sunulacak hastanın doğru tanımlanması ve sunulacak hizmetin o hastayla doğru eşleştirilmesidir. Kimliklendirme hataları, tanı ve tedavinin tüm aşamalarında meydana gelebileceği gibi, hastaların sedatize, disoryante ya da duyuşal kaybı olması, hastanın hastane içinde servisi, yatağı ya da odasının değişimi gibi durumlarda olabilmektedir. Sağlık bakım uygulamalarında hastanın tanımlanması için, hastanın oda ya da yatak numarası dışında en az iki tanımlayıcının kullanılması gerekmektedir (Kaymakçı, 2001; Yıldırım, 2005; Alan, 2013).

Kurum hasta kimliklendirilmesinin iyileştirilmesi için bir yaklaşım geliştirilmelidir. Bu hedefin amacı iki ayaklıdır; birincisi; hizmeti ya da tedaviyi alan insanın doğru insan olduğunun güvenilir bir biçimde belirlenmesi, ikincisi; hizmetin ya da tedavinin doğru insana gittiğinin belirlenmesidir (İnanır ve Serbest, 2009).

Politika ve prosedürler özellikle ilaç, kan ya da kan ürünleri verilen; klinik test için kan ya da diğer numuneler alınan; ya da diğer tedaviler ve prosedürler uygulanan hastaların kimliklendirme sürecinin iyileştirilmesinde kullanılır. Politika ve prosedürler hasta adı soyadı, kimlik numarası, doğum tarihi, barkodlu bir bileklik ya da diğer yollardan en az iki tanesiyle hastanın kimliklendirilmesini gerektirmektedir. Hastanın oda numarası veya yeri kimliklendirme için kullanılamaz. Politika ve prosedürler ayaktan bakım veya diğer ayaktan bakım hizmetleri, acil bölümü ya da ameliyathane gibi farklı alanlarda iki farklı kimliklendirme yolunun kullanılmasını ifade etmektedir. Komadaki hastanın kimliklendirilmesi de kapsama alınmalıdır (İnanır ve Serbest, 2009).

Yatışı yapılan her hasta için BEYAZ, alerjik hastalar için KIRMIZI, doğum sonrası erkek bebeklere MAVİ, kız bebeklere PEMBE renkli, aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı takılır. Bebeğin kol bandında, anne adı ve soyadı, bebeğin doğum tarihi ve annenin protokol numarası bulunur (Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı, 2013; Sevinç ve Tekin, 2013).

Kimlik doğrulaması ne zaman yapılır?

- Herhangi bir girişim veya tedaviden önce,
- Hastanede benzer isimde bir hasta var ise,
- Hasta kimliğinin bilinmediği durumlarda,
- Hasta transfer aşamasında,
- Taraf işaretlemesi sırasında,
- Hastanın ameliyathaneye kabulünde,
- Time-out uygulaması sırasında,
- Hastanın ameliyathaneden teslimi sırasında (İnanır ve Serbest, 2009).

Hasta doğru kimliklendirilmesinin ölçülebilir elementleri;

1. Hasta kimliklendirmesinin doğruluğu ifade eden politika ve prosedürler geliştirmek için iş birliği süreci kullanılır.
2. Politika ve prosedürler hasta oda numarası veya yeri içermeyen iki hasta kimliklendirme yolu gerekmektedir.
3. Hastalar ilaç, kan veya kan ürünleri verilmeden önce kimliklendirilir.
4. Hastalar klinik test için kan ya da diğer numuneleri vermeden önce kimliklendirilir.
5. Hastalar tedaviden ve uygulamalardan önce kimliklendirilir (İnanır ve Serbest, 2009).

### 1.2.2. Etkin İletişimin Sağlanamaması

İletişim, iletilen bilginin hem gönderici hem de alıcı tarafından anlaşıldığı ortamda bilginin bir göndericiden bir alıcıya aktarılma sürecidir. Organizmaların çeşitli yöntemlerle bilgi alışverişi yapmalarına olanak tanıyan bir süreçtir. İletişim, tüm tarafların üzerinden bilgi alışverişi yapılacak ortak bir dili anlamalarına ihtiyaç duyar. İnsanoğlu, hayatın her alanında iletişim içinde bulunur. İletişim sadece bireyler arasında değil, toplum içinde de gerçekleşir. Sözlü, sözsüz, yazılı gibi farklı iletişim tipleri vardır. İletişim sırasında kullanılan araçlar da farklı olabilir, teknolojik araçların kullanılmasıyla sadece yüz yüze değil, uzaktan da iletişim mümkün olmaktadır. Araştırmalar göstermiştir ki, günümüzde iş hayatındaki başarının % 85' i haberleşmeye dayanmaktadır. Buna ek olarak, incelemeler göstermektedir ki, iş hayatındaki hataların % 70' i de genelde kusurlu haberleşmeden kaynaklanmaktadır. Ayrıca iş hayatındaki kayıpların % 80' i kötü haberleşmelere dayanmaktadır (Sayek, 2010).

İletişim hataları, tıbbi hatalar içinde en sık rastlanan ancak en az dikkat edilen hatalardır. İletişim hataları yöneltme ve eğitim hataları olduğu kadar, kültürel etnik özellikler ile sosyo-ekonomik faktörlerden de etkilenir. Yapılan çeşitli araştırmalarda doktor: “Benim zamanım değerli” ve “Hastanın bilgiyi kavrama düzeyi düşüktür” mantığı ile hastasına yeterli zaman ayırmadığı, iletişimi önemsemediği ortaya çıkmıştır. Hastalar ise “Cahil görünmemek için” soru sormadıkları için tanı ve tedavi konusunda bilgisiz kalmakta ancak bu konuda da yeterli bilgiyi vermedikleri için doktorları suçlamaktadırlar. ABD’ de sigorta şirketleri erkek doktorlar için daha fazla ödeme yaptıkları, diğer bir deyişle, kadınların iletişiminin daha iyi olduğu ve haklarında daha az dava açıldığı ortaya çıkmıştır. Okuryazarlık ve eğitim düzeyi ne olursa olsun, hiç kimsenin “Cahil” diye, hastayı reddetme hakkı yoktur (Ovalı, 2010).

Kurum bakım verenler arasındaki iletişimin arttırılması için bir yaklaşım geliştirmelidir. Etkili iletişim; doğru zamanlı, kesin, tam, belirsizlik taşımayan ve alıcı tarafından anlaşılan, hataları azaltan ve hasta bakımında iyileşmeyle sonuçlanan iletişimdir. İletişim elektronik, sözlü ya da yazılı olabilir. Hataya en çok neden olan iletişim sözel olarak verilen ve yasalar izin veriyorsa telefonla bildirilen hasta orderlarından kaynaklanmaktadır. Diğer bir hataya neden olan iletişimse klinik laboratuvarın aranarak hasta sonuçlarının öğrenilmeye çalışılması gibi raporların dönüşü ile ilgili hatalardan kaynaklanmaktadır (İnanır ve Serbest, 2010).

İletişim becerileri, kişiler arası etkileşim sürecinde kendini tanıma, karşıdakini anlama, dinleme ve değerlendirme açısından önemlidir ve insan insana bir ilişki süreci olan hemşireliğin temelini oluşturmaktadır. Bu bakımdan hemşirelik eğitim ve uygulamalarında, klinik becerilerinin yanı sıra iletişim becerisinin öğrenilmesi ve öğretilmesi de, son yılların en ilgi çekici konularından birisi halini almıştır (Dil, 2013).

Etkili iletişimin ölçülebilir elementleri;

1. Sözel ve telefon orderlarının doğru olmasını tarifleyen politika ve prosedürlerin geliştirilmesi için bir işbirliği süreci kullanılır,
2. Sözlü ya da telefonla alınan order ve test sonuçlarının tamamı, alan tarafından yazılı olarak kaydedilir,
3. Sözlü ya da telefonla alınan order ve test sonuçlarının tamamı, alan tarafından karşı tarafa tekrar okunur,
4. Order ya da test sonucu orderı ya da test sonucunu veren kişi tarafından doğrulanır (İnanır ve Serbest, 2009).

### 1.2.3. İLAÇ HATALARI

İlaç;

a) Vücuttaki hücrelerin temel fizyolojik ve kimyasal süreçlerini değiştiren kimyasallardır,

b) Tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan, saf bir kimyasal maddeye ya da ona eşdeğer olan bitkisel ya da hayvansal kaynaklı, standart miktarda aktif madde içeren karışıma **ilaç** denir (Karahana, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün ilaç tanımı ise, fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün şeklindedir (Sayek, 2010).

ABD ilaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (NCCMERP), ilaç hatasını, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına neden olan önlenebilir bir olay olarak tanımlamaktadır (Sayek, 2010).

ABD' de her yıl 770.000 hasta ilaç hatalarına maruz kalmakta ve bunlardan en az 7000' i ölmektedir. Her 5 dozun birinde ilaç hatası meydana gelmektedir. IOM 2004 yılı raporuna göre 2000-2002 yılları arasında her yıl 195.000 kişi önlenebilir ilaç hatalarından dolayı ölmüştür. 2005 yılında verilen ilaçların 1/3' i birbirine benzeyen ilaç isimlerinden ortaya çıkan karışıklıktan dolayı yanlış verilmiştir. Yanlışlıkların % 29' u eczacı hatası, % 10' u ise hemşire hatasıdır. Bazı ülkelerde, hastaların % 67' den fazlası reçetelerine yazılmış ilaçlarla ilgili bir veya daha fazla hataya-yanlışlığa maruz kalmış, % 46' dan fazlasında ise kabul veya taburcu olma işlemlerinde yeni ilaçlar yazılırken ilaçla tedavi hataları meydana gelmiştir (Uzun, 2009).

İlaç hatalarıyla ilişkili bazı faktörler şunlardır:

- İlaç isim benzerliği veya ambalaj benzerliği,
- Sık kullanılmayan ilaçlar,
- Sık kullanılan ve alerjiye yol açabilen ilaçlar (örn. antibiyotikler, narkotikler, nonsteroid antiinflamatuarlar...),
- Kullanım uygunluğunun test edilmesi gereken ilaçlar (örn. lityum, varfarin, digoksin).

Karmaşık (komplex) ilaç dozlarının uygulandığı yoğun bakım üniteleri, acil üniteleri gibi bölümlerde ilaç hataları görülme riski daha da artmaktadır. Hastanın ölümüyle sonuçlanan ilaç hatalarının çoğunda yanlış doz (% 41), yanlış ilaç (% 16) ve yanlış veriliş yolu (% 10) yer almaktadır. Bu hataların sebeplerine bakıldığında sözel ya da yazılı iletişim bozukluğunun ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İsim benzerliği okunmuş benzerliği olan ilaçlar özellikle sözel direktiflerle ilişkili hatalara yol açmaktadır. İlaçların görünüş ve ses benzerliğinden dolayı isim karışıklığı, ilaç etiketleme hatası ve bilgi eksikliği hataya yol açan diğer sebepler arasındadır (Phillips et al., 2001; Filiz, 2009).

İlaçlar hasta tedavi planının bir parçası olduğundan, hasta güvenliğinin sağlanması için uygun yönetilmeleri kritik öneme sahiptir. Sıklıkla ifade edilen ilaç güvenliği konusu yüksek yoğunluklu elektrolitlerin dikkatsiz kullanılmasıdır (örneğin potasyum klorür, potasyum fosfat, sodyum klorür ve magnezyum sülfat). Bu hata çalışanın hasta bakım ünitesine doğru oryante edilmediğinde ya da acil vakalarda ortaya çıkar. Bu vakaları azaltmanın ya da ortadan kaldırmanın en etkili yolu yüksek yoğunluklu elektrolitlerin hasta bakım ünitesinden kaldırılmasıdır. Kurum yanlış uygulamanın yapılabileceği hasta bakım alanlarında bu elektrolitlerin bulunmamasıyla ilgili işbirliği içerisinde bir plan geliştirir. Acil servis, ameliyathane gibi elektrolitlere gereksinim duyulan alanlarda ihtiyaç belirlenerek yanlış uygulamaya engel olacak şekilde bu elektrolitlerin nasıl doğru etiketlenebileceğini ve depolanabileceğini politika ve prosedürlerle tanımlanır (İnanır ve Serbest, 2009).



İlaç hataları, hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata tipidir. İlaç uygulaması, birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilmekte ve hatalar, bu sürecin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilmektedir (Valizadeh et al., 2008; Alan, 2013).

Yüksek riskli ilaçlardan, heparin ve insülin gibi görünüşü benzer ilaçların, hasta bakım alanlarında birbirine yakın raflarda bulundurulması, sözlü telefonla veya yazılı hekim direktiflerinde okunmuş ve ses benzerliği nedeniyle ilaçların yanlış yorumlanıp karıştırılması, ilaç güvenliğinde önemli ilaç hata nedenlerindedir. Yine telefonla verilen sözel direktifler, ilaç direktif hatalarının en sık nedenleri arasındadır ve gerek çevresel koşullar gerekse direktiflerin alınması sırasında ilacın, dozunun yanlış anlaşılması nedeniyle hatalar meydana gelebilmektedir (Oğuz, 2007; Küçükakça, 2013).

İlaç hatalarının ölçülebilir elementleri;

- Yüksek yoğunluklu elektrolitlerin yer, etiket ve depolama bilgilerini içeren politika ve prosedürlerin geliştirilmesi için işbirliği süreci kullanılır,
- Klinik olarak gereksinim duyulmadıkça ya da politikalar tarafından izin verilen durumlar dışında yüksek yoğunluklu elektrolitler hasta bakım ünitelerinde bulundurulmaz (İnanır ve Serbest, 2009).

İlaç uygulama hatalarının önlenmesinde, özellikle yaşamı ciddi anlamda tehlikeye sokabilecek, ölüme neden olabilecek yüksek riskli ilaç güvenliği ile ilgili uygulamaların belirlenip, ilaç güvenliğine yönelik hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek gereklidir (İntepeler ve Dursun, 2012; Küçükakça, 2013).

İlaç kullanımına bağlı tıbbi hataların önlenmesi gerek kurumsal düzeyde ve gerekse ulusal ölçekte ilaca bağlı tıbbi hataları önlemek için eğitim ön plana çıkmaktadır. “Akılcı ilaç kullanımı” eğitiminin öğrenciye akılcı ilaç kullanımı becerisi ve tutumunu kazandıracak şekilde bir staj halinde verilmesi, son derece önemlidir. Bunun haricinde bu eğitimi almadan mezun olmuş ve özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren pratisyen hekimler ile aile hekimlerine, bu hekimleri çok büyük ölçüde bünyesinde barındıran sağlık bakanlığı tarafından meslek içi eğitim kapsamında eğitimler verilmesi gerekmektedir. Yalnız bu eğitim, sadece bir kere verilen eğitim olarak düşünülmemeli, bültenlerle ve uzaktan eğitim araçları kullanılarak sürekli eğitim halinde verilmelidir. Hekimin optimal koşullarda ve sayıda hasta ile karşılaşması da, akılcı ilaç kullanımı konusunda tutumunu pekiştirici bir rol oynayacaktır. Bunun yanında hastanelerde tüm ilaç kullanımının ve ters etkilerinin bilgisayar sistemiyle izlenmesi, kurum ölçeğinde ilaç kullanımına bağlı hataların önlenmesinde oldukça etkili bir rol oynayacaktır. Yapılan bir çalışmada, bilgisayarlı ilaç verme (order) sisteminin yaşama geçmesiyle üç yıllık bir periyotta ilaçlar için tavsiye edilen maksimum güvenli dozun aşılmasının %80’den daha fazla azaldığı bildirilmiştir (Bates et al., 2003; Melli, 2013).

İlaçlar sadece bölüm sağlık çalışanlarının ulaşabileceği şekilde, güvenli alanlarda stoklanır. İlaçlar belirli aralıklarla sayılmalı, SKT kontrol edilmelidir. Narkotikler kilit altında tutulmalı ve belli aralıklarla (günde iki kez) sayılmalıdır. Diğer önemli uygulamalar;

- İlaçlar emniyetli, temiz, sıcaklık, ışık ve nem düzeyi uygun ortamlarda ve kilitli bölümlerde saklanmalıdır,
- Hastanelerde oda sıcaklığı; 19-23 °C, oda nemi % 40-70, buzdolabı sıcaklığı 2-8 °C, buzlanma seviyesi 0,5 cm, derin dondurucu sıcaklığı -80 °C olmalıdır,
- Her vardiya başında sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı ve kaydedilmelidir,
- Soğuk zincir ilaçları uygun şartlarda saklanmalıdır,
- İlaçlar ve solüsyonlar kurum tarafından belirlenen şekilde etiketlenmelidir,

- Depolamalar yanlış ilaç uygulamasını engelleyecek şekilde yapılmalı, ilaçlar alfabetik olarak sıralanmamalıdır. Görünüm ya da isim olarak benzer ilaçlar birbirine yakın bölmelerde bulundurulmamalıdır,

- Aynı kutu ya da bölmede birbirinden farklı ilaç veya aynı ilacın farklı dozu bulundurulmamalıdır,

- Serum şişeleri kırılma durumu nedeniyle altta kalan malzemelere zarar vermemesi için en alt raflarda saklanmalıdır,

- Hastaları ilaçları odalarında bırakılmaz, hemşirelerin kontrolü altında/kilitli olarak saklanmalıdır (İnanır ve Serbest, 2009).

İlacı uygulamadan önce, hastanın adı-soyadı, protokolü veya doğum tarihi doğrulanmalı, isim bileziği kontrol edilmelidir. Hastanın hangi ilaçlara alerjisi olduğu, mevcut ve eşlik eden hastalıklarının hangi ilaçları kullanmaya sakınca oluşturduğu bilinmelidir. Hastaya ilaç verildikten sonra oluşabilecek yanlıkların önlenmesi için, ilacı veren hemşire, hemşire gözlem kağıdına ilacın uygulandığı saati yuvarlak içine alarak kendi adını ve soyadını yazmalıdır. Bir ilacın rengi, koyuluğu normalden farklı ise bu ilaç kullanılmamalı, hiçbir zaman başkası tarafından hazırlanmış ilaç, hastaya verilmemeli, ilacı mümkünse her hastaya bakımından sorumlu hemşire vermelidir (Aygin ve Cengiz, 2011; Küçükakça, 2013).

### **İlaç Hatalarının Önlenmesi Nasıl Sağlanır?**

- Yüksek riskli ilaçların tanımlanması,
- İlaçların uygun ortamlarda saklanması,
- Order kontrol sürecinde eczacıların aktif rol alması,
- Uygun teknikle ve mümkünse eczacı tarafından ilacın hazırlama,
- İlaçların hasta adına paketlenmesi,
- Tüm hazırlanmış ilaç ve enjeksiyonlara etiket yapıştırılması,

- İnsülin gibi uzun süreli kullanılacak flakonların üzerine açılma tarihi, saat ve kullanıcının kaydedilmesi,
- Hastanın yatış öncesi kullandığı ilaçların tespiti,
- Doğru hasta, doğru zaman, doğru ilaç ve doğru doz (8 doğru) uygulaması,
- İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerinin takibi,
- İlaç yan etkilerinin gözlemlenmesi (TÜFAM),
- Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar konusunda hastanın eğitilmesi (Sayek, 2010).

İlacın isteminden uygulamasına kadar takip edilmesi gereken basamaklar

- Hastanın öyküsü (alerjileri, kullandığı ilaçlar, supplementler, bitkiler vb.) eksiksiz alınmalıdır,
- Hastanın daha önce kullandığı ilaçlar, hastanede kullanacağı ilaçlar ile uyumlandırılmalı,
- Hastanın kimliği ve alerji durumu kol bandından kontrol edilmeli,
- İstemler bilgisayar üzerinden olmalı ve gerekli her bilgiyi içermeli,
- Sözel ilaç istemlerinden mümkün olduğunca kaçınılmalı,
- İlaç hazırlarken sessiz zaman kuşağı oluşturulmalı,
- İlaç ile ilgili gerekli bilgiler önceden edinilmeli,
- Kayıtların doğruluğu ve bilgilerin bir yerden başka bir yere geçirilmesi esnada hata ya da eksik olmaması için çift kontrol yapılmalı,
- İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı, Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır,
- İlacın hazırlanması ve uygulanmasında doğru ilkelere dikkat edilmesi,
- Kemoterapik ilaçlarda olduğu gibi otokopi ya da fotokopi ile çoğaltılan ilaç protokollerinin okunaklı olduğundan emin olunmalı,
- İlacın tam adı kullanılmalı; jenerik ismi, ticari ismine tercih edilmelidir,
- İlacın dozu ile ilgili bilgiler (mikrogram, mg, gram vb.) tam olmalı, gereksiz ya da yanlış anlaşılmaya yol açacak kısaltmalar kullanılmamalıdır.

- İlaç dozu 1 mg/ünite/gram vb. den az ise mutlaka önüne sıfır, sonrası nokta işareti konulmalıdır. Örneğin 0.1 mg doğru yazılış şeklidir,
- İlacın dozu tam sayı olarak belirlenmiş ise arkasına nokta ve sıfır konulmamalıdır,
- Eğer ilaçlar küsuratlı çıkıyorsa kendisine en yakın ve uygun doza yuvarlanmalıdır. Örneğin Cisplatin dozu 126.4 mg hesaplandı ise 125 mg yazılması daha uygun olacaktır,
- Tüm doktor istem ve diğer kayıtlarda ilaç ile ilgili tam tarih bilgileri; gün, ay ve yıl olarak yazılmalıdır,
- Hastanın isteminde boy, kilo ve vücut yüzey alanına ilişkin bilgiler olmalı ve güncellenmelidir,
- İlaç istemi yazılırken ampul formundaki ilaçların mutlaka dozu belirtilmeli ve sadece "...x ampul" şeklinde yazılmamalıdır,
- Eğer verilen ilaç ile birlikte laboratuvar testlerinin takip edilmesi gerekiyorsa, güncel bilgiler dikkate alınarak düzenlemeler yapılmalıdır,
- İlaçların uygulama yolları ve intra venöz solüsyonların uygulanma sürelerinin listesi olmalıdır,
- İki hemşire ile ilacın kontrol edilmesi yararlı görülmektedir. Ancak her zaman hataları önleyemediği de bilinmelidir,
- İlaç uygulamaları esnasında dikkatin dağılması ve kesintileri önleyecek düzenlemelere yönelik çalışmalara gereksinim vardır,
- İlaçların belirlenen saatinden önce ve sonra en fazla 15 dakikalık sapmalar kabul edilebilmektedir,
- İlaç uygulandıktan sonra beklenen etki ve yan etkiler açısından hasta izlenmelidir,
- Hastaların ilaçlar konusunda eğitimi sağlanmalı ve kendi sorumluluklarını almalarına yönelik farkındalık oluşturulmalıdır,
- Adverse bir durum geliştirse farmakovijilans sorumlusu tarafından TÜFAM'a bildirim yapılmalıdır. Türkiye Farmakovijilan Merkezi (TÜFAM) (Karahana, 2011).

#### **1.2.4. Cerrahi hatalar**

Geçmişte cerrahi, hem kanama ve enfeksiyon gibi doğrudan komplikasyonlar açısından, hem de anestezi uygulamalarının yüksek riskli olması nedeni ile oldukça tehlikeli olabilmekteydi. Her iki alandaki güvenlikle ilgili büyük gelişmeler sayesinde, cerrahi girişimler bugün çok daha güvenli ve anestezi ilişkili ölümler çok daha nadirdir. Cerrahi, anestezi ve post-operatif bakım konusundaki gelişmeler, safra kesesi, apendisit gibi genellikle cerrahi yolla tedavi edilen hastalıkların mortalitesini ciddi oranda azaltmıştır (İnanır ve Serbest, 2009).

Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarıcı oluşumu, Dünya Sağlık Örgütü' nün tüm dünyada cerrahi işlemlerden kaynaklanan ölümleri azaltma çabalarının bir parçası olarak Dünya Hasta Güvenliği İttifakı tarafından kurulmuştur. Bu oluşumun amacı, politik taahhüdü ve klinik hedefleri, yetersiz anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenemez cerrahi enfeksiyonları ve çalışma ekibi arasındaki yetersiz iletişim de dâhil olmak üzere, önemli güvenlik sorunlarına yönlendirmektir. Bu sorunların bütün ülkelerde ve ortamlarda ortak olduğu, ölümcül ve önlenemez sorunlar olduğu saptanmıştır (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2011).

#### **Güvenli cerrahi için 10 temel amaç;**

1. Doğru hastaya ve doğru yere ameliyat yapılması.
2. Ağrıyı ortadan kaldırırken anestezi madde verilmesine bağlı zararı önleyecek yöntemlerin kullanılması.
3. Havayolu tıkanmalarına ya da solunum durmalarının tanınması ve böyle durumlara karşı etkin biçimde hazırlıklı bulunulması.
4. Aşırı kan kaybı riskinin belirlenmesi ve buna karşı hazırlıklı olunması.
5. Hasta için risk oluşturacak alerji ya da ilaç reaksiyonlarına yol açılmaması.

6. Ameliyat yapılan yerde enfeksiyon riskini en aza indirecek yöntemlerin kullanılması.
7. Ameliyat yerinde gazlı bez, havlu ya da alet unutulmaması.
8. Patolojiye gönderilmek üzere alınan örneklerin güvenliğinin sağlanması ve doğru işaretleme yapılması.
9. Hastayla ilgili önemli bilgilerin ameliyat ekibi arasında etkili biçimde değişiminin ve iletişiminin sağlanması.
10. Hastanelerin ve halk sağlığı sistemlerinin cerrahi kapasite, cerrahi hacmi ve sonuçları konusunda sürekli çalışacak bir gözlem sistemi kurması (Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi, 2008).

2004 yılında 56 ülkeden alınan verilere göre, dünyada her 25 kişiden birine cerrahi işlem uygulandığı görülmüştür. DSÖ raporlarına göre, dünya genelinde yıllık olarak 234 milyon cerrahi işlem yapılmaktadır. Tahmini olarak yılda 63 milyon insanın, travmatik yaralanmalar nedeniyle; 31 milyon insanın kötü huylu tümörler nedeniyle ve 10 milyon insanın da kadın doğum hastalıklarıyla ilgili olarak bir cerrahi işlem yaşadığı belirtilmektedir. Türkiye’ de 2007 yılı verilerine göre, 2 milyon 256 bin büyük, 1 milyon 308 bin orta ve bir milyon 585 bin küçük ameliyat yapılmıştır. Hastanede yatan hastaların % 3-16’ sını, yanlış girişimlerin etkilediği ve bunların neredeyse yarısının önlenilebilir olduğu bilinmektedir. Cerrahi güvenlik ile ilgili bilgilerdeki artışa rağmen, bu olayların yarısı cerrahi bakımlar sırasında gelişmektedir. Cerrahi işlemlere bağlı gelişen komplikasyonların oranını belirlemek, gelişmekte olan ülkelerdeki kayıt oranının yetersiz olması nedeni ile güvenilir olmamakla birlikte, majör komplikasyonlarının, yatarak cerrahi tedavi alan hastalarda % 3-22 ve ölüm oranının % 0.4-0.8 olduğu belirtilmektedir. Her yıl neredeyse yedi milyon cerrahi hastası, ciddi komplikasyonlar yaşamakta ve bunların bir milyonu cerrahi işlem sırasında ya da hemen sonrasında ölmektedir (Yavuz, 2010; Yavuz, 2013).

Doğru-taraf, doğru-uygulama ve doğru-hasta cerrahisi' nin sağlanması için kurum bir yaklaşıml geliştirir. Doğru-Taraf, doğru-prosedür ve doğru-hasta cerrahisi sağlık kurumlarında rahatsız edici bir sıklıkta ortaya çıkmaktadır. Bu hatalar cerrahi ekibin üyeleri arasındaki etkisiz ya da yetersiz iletişimden, taraf işaretlemeye hastanın katılmamasından ve yer doğrulama prosedürlerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Ek olarak, yetersiz hasta değerlendirmesi, yetersiz tıbbi kayıt gözden geçirmesi, cerrahi ekip arasındaki yeterli iletişimi desteklemeyen bir kültür yapısı, okunaksız el yazısı problemleri ve kısaltmaların kullanılması bu duruma katkı sağlayan faktörlerdir. Kurumlar bu rahatsız edici problemlerin ortadan kaldırılması için işbirliği içerisinde politika ve prosedürler geliştirilmelidir. JCI 'Yanlış-Taraf, Yanlış-Prosedür, Yanlış-Hasta Cerrahisi' ni Önleme Evrensel Protokolü'' gibi kanıta dayalı uygulamalar kullanılır (İnanır ve Serbest, 2009).

Güvenli cerrahi, hasta ameliyathaneye gelmeden önce daha klinikte iken başlaması gereken bir kavramdır. Bu düşünceden yola çıkarak DSÖ' nün "Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir" ifadesi ile belirttiği izni ile liste Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire başkanlığı tarafından revize edilmiş ve "**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**" adı ile dört bölüm olarak düzenlenerek uygulamaya sunulmuştur. Oluşturulan kontrol listesinde her bölüm için belirlenen ayrı bir kontrol sorumlusu olması kurumların bu listeyi uygulatma sürecinde uyumu artırmaktadır. Klinikten ayrılmadan önce ve ameliyat sırasında kontrol listesini uygulamak için bir kişi listedeki kutuların doldurulmasından sorumlu olmalıdır. Bu belirlenmiş kontrol listesi koordinatörü, çoğgunlukla söz konusu iş çevriminde herhangi bir hemşire olabilir, ancak ameliyata katılan herhangi bir klinisyen ya da sağlık görevlisi de olabilir. Kontrol listesi, cerrahi tedaviyi, her bir girişimin normal seyrine özgü zaman dilimine karşılık gelen dört ayrı aşamaya bölmektedir:

1. Klinikten ayrılmadan önceki periyot (Klinikten Ayrılmadan Önce),
2. Anestezinin verilmesinden önceki periyot (Anestezi vermeden Önce),



3. Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki periyot (Ameliyat Kesisinden Önce),

4. Yaranın kapanması sürecindeki ya da kapanmasının hemen sonrasındaki ancak hastanın ameliyathaneden çıkarılmasından önceki periyot (Ameliyattan Çıkmadan Önce) (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2011).

Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, anestezi verilmeden önceki 'Giriş', cilt kesisi yapılmadan önceki 'Ara' ve hastanın ameliyathaneden çıkarılmadan önceki 'Çıkış' evresine ait soruların bulunduğu tek sayfalık bir formdan oluşuyor. Formun 1. bölümünde, hastanın kimlik bilgileri ile ameliyat yeri ve yapılacak işlemin hasta tarafından onaylandığını belirten bilgiler bulunuyor. Ameliyat yerinin işaretlenip işaretlenmediği, anestezi güvenlik kontrolünün tamamlandığı, hastaya takılan cihazların çalıştığının kontrolünü kapsayan soruların yanı sıra "Hastanın bilinen alerjisi var mı?", 'Zor entübasyon/aspirasyon riski var mı?' ve '500 mililitreden fazla (çocuklarda 7 mililitre) kan kaybı riski var mı?" sorularının yanıtlanması gerekiyor.

Formun 2. bölümünde de şu soruların yanıtlanması isteniyor:

- Ekibin tüm üyelerinin adlarını ve rollerini bildirdiler mi?
- Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire (hastayı, ameliyat yerini ve işlemi) sözel olarak onayladı mı?
- Beklenen kritik olaylar cerrah, anestezi ekibi ve hemşire ekibi tarafından gözden geçirildi mi?
- Son 1 saat içinde koruyucu antibiyotik uygulaması yapıldı mı?
- Gerekli görüntüleme tetkikleri ortaya konuldu mu?

Formun 3. bölümünde ise hemşire ve ameliyat ekibinden sözlü olarak, "Yapılan işlemin adının yazıldığı; alet, spanç ve iğne sayımlarının doğru olduğu; alınan materyalin nasıl işaretlendiği; cerrahi, anestezi görevlisinin ve hemşirenin hastanın derlenme odasındaki bakımı ve tedavisi konusunda dikkate değer noktaları gözden geçirdiği konularında onay alındığı" gibi sorulara cevap isteniyor (Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi, 2008).

Evrensel protokolda bulunan temel süreçler şunlardır;

- Ameliyat tarafının işaretlenmesi
- Ameliyat öncesi doğrulama süreci ve
- Ameliyata başlamadan önce ekip tarafından hasta, taraf ve girişim doğrulanmasının (son kontrol) yapılması

Ameliyat tarafı işaretlenmesine hasta da katılmalı ve karışıklık yaratmayacak şekilde işaretlenmelidir. İşaret kurum içinde kullanılan ve tanınan şekilde olmalı, ameliyatı gerçekleştirecek kişi tarafından yapılmalı, hastanın bilinci yerindeyken ve uyanıkken yapılmalı, eğer mümkünse hasta hazırlandıktan ve örtüldükten sonra da görünebilir olmalıdır. Cerrahi taraf; yana doğru olanlar, çoklu yapılar (parmaklar, ayak parmakları, lezyonlar) ya da çoklu düzeyler (omurilik) gibi bütün vakalarda işaretlenir (İnanır ve Serbest, 2009).

Ameliyat öncesi doğrulama sürecinin amacı;

- Doğru taraf, uygulama ve hastanın doğrulanması,
- İlgili bütün doküman, görüntü ve çalışmaların mevcut olduğundan, doğru etiketlendiğinden ve görüntülendiğinden emin olma,
- Gerekli özel cihaz ve/veya implantların mevcut olduğunun doğrulanmasıdır (İnanır ve Serbest, 2009).

Ameliyathaneler, hastanede ana trafikten uzak konumlandırılmalıdır. Derleme odası ameliyathaneye bitişik olmalıdır. Merkezi depo, patoloji, radyoloji, kan bankası ve yoğun bakımlara yakın olmalıdır. Ameliyathane içinde temiz ve kirli alanlar sınırlarla ayrılmalıdır. Trafik kontrolü 3 bölüm kullanılarak sağlanmalıdır.

Bölüm 1: Kısıtlanmamış alan içinde;

- Giriş ve çıkış
- Preoperatif alan
- Giyinme odaları

- Bekleme salonu
- Ofisler

Bölüm 2: Yarı kısıtlanmış alan içinde;

- Temiz ve steril malzeme depolama alanları,
- Temizlik odası,
- Sterilizasyon ünitesi dekontaminasyon bölümü
- Hazırlık ve uyanma odası
- Araç gereçlerin dağıtım ve kullanım üniteleri
- Sınırlı alanlara giden koridorlar
- Ameliyathaneye giriş bölümü
- Soyunma odaları ve dinlenme alanları

Bölüm 3: Kısıtlanmış alan içinde;

- Ameliyat salonu
- Sterilizasyon Ünitesi
- Scrup lavaboların bulunduğu yarı steril alan

Ameliyat sırasında ihtiyaç duyulabilecek araçların depolanma alanlarını içerir (İnanır ve Serbest, 2009).

### **1.2.5. Enfeksiyonlar**

Hastane enfeksiyonları; Hastalar hastaneye başvurduktan sonra gelişen ve başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan veya hastanede gelişmesine rağmen bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlar, genellikle hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra ve taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içinde oluşan enfeksiyonlardır (Öztürk, 2008).

Eski tanıma göre hastane enfeksiyonları veya nozokomiyal enfeksiyonlar, yeni ifade şekliyle sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (healthcare-associated infections) hastaneye yatan hastaların en sık karşılaştığı komplikasyonlardır. Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Prevention and Control) (CDC) verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hastaneye yatan hastaların yaklaşık %5-10'unda sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon gelişmekte ve bu enfeksiyonlar her yıl yaklaşık 100.000 hastanın ölümüne neden olmaktadır. Harvard Medical Practice Study II'nin sonuçlarına göre tek başına cerrahi alan enfeksiyonları, hastanelerde en sık meydana gelen istenmeyen olaylar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon ve buna bağlı komplikasyon gelişme riski özellikle yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda yüksektir. Bu nedenle enfeksiyon kontrolü hasta güvenliğini yakından ilgilendiren kritik bir başlıktır (Sayek, 2010).

Çok sayıda hasta bireyin bulunduğu sağlık kurumlarında, çok çeşitli ve çok sayıda mikroorganizma bulunmaktadır. Bunların birçoğu tehlikelidir. Enfeksiyonların yayılımını önlemek için, bir hastada kullanılacak tüm donatı ve aletlerin üzerindeki biyolojik yükün kabul edilebilir bir seviyeye indirilmesi gerekmektedir. Hastanın yakın alanında da mikroorganizma oranı düşük olmalıdır (Erbil, 2009).

İnfeksiyon kontrolü, hasta güvenliği konuları arasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Tüm dünyada %5-15 oranında görülmekte olan sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonlar, tıbbi hatalar arasında kabul edilmektedir. Söz konusu enfeksiyonların üçte birinin önlenmesi konunun önemini daha da arttırmaktadır (Güven, 2007).

Hastanelerden edinilen enfeksiyonlardan dünyada 1.4 milyondan fazla insanın zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar (BİE)

dünya çapında meydana gelmekte ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeleri etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde, hastaların %5-10' u bir veya daha fazlası enfeksiyona maruz kalmakta ve %15' i ile %40' ının bundan etkilenecek kritik bakıma kabul edildikleri düşünülmektedir. Olay yerindeki kaynak azlığında ise enfeksiyon oranı %20' yi aşmaktadır (Uzun, 2009).

Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemidir. Ülkemizde hastane enfeksiyonlarının görülme sıklığı % 1.0 - 16.5 arasında değişmektedir (Atasoy, 2009).

Enfeksiyon kontrolü ve önleme çoğu sağlık uygulamalarının en zorlayıcı yanısıdır ve yükselen enfeksiyon oranları sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için büyük bir endişe kaynağıdır. Kateter bağlantılı üriner sistem enfeksiyonları, kan transfüzyonuna bağlı enfeksiyonlar, akut veya kronik akciğer enfeksiyonları (sıklıkla mekanik ventilasyona bağlı) sağlık bakımının uygulanmasında yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Bunların ve diğer enfeksiyonların önlenmesinde en temel uygulama el hijyeninin sağlanmasıdır. Uluslar arası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri DSÖ, ABD CDS ve diğer çeşitli ulusal ve uluslar arası kurumlarda mevcuttur. Kurum yayınlanmış ve kabul edilmiş mevcut el hijyeni rehberlerinin benimsenmesi ve kurum içinde kullanılması için prosedürler geliştirmelidir (İnanır ve Serbest, 2009).

Tıbbi malzemeler, direk olarak hastaların üzerinde veya içinde kullanılır. Bunların ya dekontamine edilmiş ya da sterilize edilmiş olmaları gerekir. Ancak birçok nedenden dolayı bunlar, dekontaminasyon veya sterilizasyondan önce temizlenmelidirler. Doğru temizleme ile tüm görünür kir ve biyolojik yükün büyük bir kısmı uzaklaştırılır. Medikal aletlerin üzerinde, özellikle bir hastanın yarısı için kullanılacaklarsa, hiç mikroorganizma olmaması gerekir. Aletler ve materyaller üzerinde bırakılan herhangi bir kir ve yabancı madde (steril bile olsa), yara yolu ile bir hastaya geçecek olursa çok tehlikeli komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Vücut,

vücuda giren her yabancı maddeyi reddetme eğilimindedir. Bu durum, iyileşmenin gecikmesi ve hastanın daha fazla acı çekmesi ile sonuçlanabilir. Eğer böyle bir kir partikülü operasyon sırasında kan akımına girerse son derece tehlikeli olabilir (Erbil, 2009).

Atıkların toplanması, atılması ve depolanmasında, atıklardan kaynaklanan enfeksiyon riskinin azaltılmasında, kesici ve delici aletlerle yaralanmaların önlenmesinde, çevreye ve topluma olan yıkıcı etkilerin azaltılması için gerekli kurallar belirlenmelidir. Kurum içindeki prosedür Çevre ve Orman Bakanlığı' nın atıkların kontrolü ile ilgili yönetmeliklerine uygun olarak uygulanmalıdır. Evsel nitelikli atıklar (siyah poşet), ambalaj atıkları (mavi poşet), cam atıklar (mavi poşet), kırılmış flakon ve şişeler (plastik sarı kutu), enfekte ve patolojik tıbbi atıklar (uluslar arası biyotehlike amblemi olan 'DİKKAT - TIBBİ-ATIK' yazılı kırmızı renkli poşet ile çift torbalama), kesici delici atıklar (delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde uluslar arası biyotehlike amblemi olan 'DİKKAT - KESİCİ VE DELİCİ TIBBİ ATIK' yazılı plastik sarı kutu), tehlikeli atıklar-farmasötik ve sitotoksik atıklar (sağlam, sızdırmaz kap ve konteyner, üzerinde uyarı etiketi yazılı), piller-aküler, radyoaktif atıklar (kurşun çöp kutusunda) uygun atık kaplarına atılmalı ve uygun konteynerlerle taşınmalıdır (İnanır ve Serbest, 2009).

#### **1.2.6. Hasta Düşmeleri**

Yataklı Tedavi kurumlarında teşhis ve tedavi süreçleri boyunca hastaların güvenliğinin sağlanması tüm sağlık çalışanı ve yöneticilerinin en büyük isteğidir. Kurumsal güvenilirliğin ve tercih edilebilirliğin bir etkeni olan hasta güvenliğinin sağlanmasında alınacak yönetsel kararlar ve uygulamalar büyük önem taşımaktadır. Hastanelerde güvenli ortamın sağlanması, hastayı ikincil yaralanmalardan korumak

için önemlidir. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi özellikle hareket ve denge sorunları olan hastalarda önem kazanır. Hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanmaların nedeni kaza ile düşmelerdir (Savcı ve ark., 2009; Pekuslu ve ark., 2013).

Düşmeler hastanede yatan hastaların yaralanmalarındaki önemli bir bölümünü oluşturur. Hizmet verdiği nüfus, sağladığı hizmetler ve tesisler bağlamında kurum hastaların düşme riskini hesaplamalı ve düşme riski önlemek için harekete geçmeli ve meydana gelecek bir düşme sonunda yaralanma riskini azaltmalıdır. Değerlendirme; düşme hikayesini, kullanılan ilaçların ve alkol kullanımının gözden geçirilmesini, yürüyüş biçimi ve denge durumunu ve hasta tarafından kullanılan yürüteçleri içerebilir (İnanır ve Serbest, 2009).

Düşmelere neden olan faktörler, bireysel ve çevresel faktörler olarak 2 ye ayrılmıştır. Düşmeyi etkileyebilecek bireysel risk faktörleri: yürüme ve denge bozuklukları, hipotansiyon, baş dönmesi, önceki düşme hikayesi, psiko-aktif ilaç kullanımı, korku, beceri azalması, nörolojik ve kas yetersizlikleri, demans ve görme bozuklukları, çevresel risk faktörleri ise; ıslak zemin, kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunacak destek yerlerin olmaması, yetersiz aydınlatma, yerde ve çevrede sabit olmayan objelerin varlığı, uygun olmayan ayakkabı kullanımı olduğu belirtilmiştir (Işık ve ark., 2006; Çeçen ve Özbayır, 2011).

Hastane girişlerinde, koridorlarda ve merdivenlerde döşeme olarak kullanılan malzemeler genelde çok kaygan oluyor. Özellikle ıslak olmaları halinde ciddi tehlike oluşturuyorlar. Çözüm olarak dış girişlere paspas konulabilir, kaymayan malzemeler tercih edilebilir, merdiven basamaklarının uçlarına plastik, metal ya da kauçuk şerit ilave edilebilir. Temizlik sonrası tuvaletler 5-10 dakika kapatılabilir, bu mümkün değilse “Dikkat! Islak Zemin!” uyarısı kapılarda bulundurulabilir. Çünkü hastaneye gelen hemen hemen hiçbir hastanın kafasında bu riskler yer almadığı için hasta,

risklere karşı tedbir de almaz. Bu tedbirleri hastane yönetiminin alması beklenir (Çakır, 2009).

Hastaların hastane ortamında düşmesinin tamamen önlenemeyeceği ancak uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir. Bu anlamda, en yaygın yaklaşımın, öncelikle hastalarda düşmeye eğilimi belirleyen risk düzeyinin tanımlanması olduğu görülmektedir. Risk faktörlerini araştıran çalışmalar incelendiğinde, düşmeye neden olan çok sayıda risk faktörü olduğu görülmektedir. Aynı zamanda, son 20 yıl içinde düşme riskini tanılayan farklı model, ölçekler ya da skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Hastanın kabulü ile başlayan tanılama aşamasında bir model, ölçek ya da skorlama sisteminden yararlanılarak düşme riskinin belirlenmesi, gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemlerin zamanında alınmasını sağlarken aynı zamanda hastanın zarar görmesini de engelleyecektir (Savcı ve ark., 2009; Pekuslu ve ark., 2013).

Hasta odaları ve koridorlarının yeterli aydınlatılması sağlanır. Yer zemini kaygan olmamalı ve ıslak bırakılmamalıdır. Odada ve koridorlarda gereksiz ve uygunsuz şekilde ekipmanlar bırakılmamalıdır. Hasta ve yakınlarına hastanelerde düşmelerden korunma hakkında bilgi verilmelidir. Bakım/işlem yapılmadığında yatak en düşük seviyede tutulur ve yatak kenarları kaldırılır. Sandalye ve yatak her zaman kilitli pozisyonda tutulur. Çağrı zili/ışığı hastanın ulaşabileceği yere yerleştirilir. Hastanın kaymayan terlik giymesi sağlanır. Lavaboda acil durumlar için çağrı ipleri bulunmalıdır (İnanır ve Serbest, 2009).

Hastanelerde güvenli ortamın sağlanarak sürdürülmesi ile hastayı ikincil yaralanmalardan korumak hemşirenin en önemli yasal ve etik sorumluluklarından biridir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına yönelik usul ve esaslar hakkında tebliğ yayınlanmıştır. Hasta güvenliği hedefleri kapsamında düşmelerin önlenmesine yönelik işlemler belirlenmiştir.



Bunlar;

• Düşme riski bulunan hastalar Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme formunun doldurulması esasında belirlenir.

- Risk alanlarının belirlenmesi,
- Düşmelerin takibinin ve belirli aralıklarla analizinin yapılması,
- Personellerin hasta transferleri konusunda eğitilmesi,
- Gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması (27214 Sayılı Resmi Gazete, 2009; Pekuslu, 2013).

Hastaların düşebilecekleri yerler en sık hasta yatağı ve çevresinde görülmekle birlikte, koridorda, banyo ve tuvalette de düşmeler yaşanmaktadır (Lambert et al., 1998; Çapacı, 2007; Berke ve Eti Aslan, 2010). Ancak sıklıkla düşmeler hasta nakli (% 37), sandalyeye oturma (% 20) ve yürüme (% 15) sırasında yaşanmaktadır (Çapacı, 2007; Berke ve Eti Aslan, 2010).

### **1.2.7. Yanlış ve Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı**

Tıbbi hatalara yol açan önemli kaynaklardan birisi de hastanelerdeki cihazlardır. Bu gruptaki hatalar cihazların doğru kullanılmamasından, cihazların hatalı olmasından veya ayarlarının düzgün olmamasından kaynaklanan hatalar olmaktadır. DSÖ tarafından 2005 yılında yayınlanan bir raporda gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi cihazların % 50' sinden fazlasının düzgün çalışmadığı belirtilmektedir (Bulun, 2007; Güleç ve ark., 2009).

Sağlık hizmetlerinde ölçüm güvenilirliğinin sağlanması doğru teşhis, doğru tedavi ve tedavide olumlu sonuçlar getirir. Tıbbi cihazların düzgün çalışmadığı durumlarda ise hastalar risk altında bulunmaktadır. Bu gibi tehlikeli durumların

önüne geçmek için cihazların, kontrollerinin ve kalibrasyonlarının yapılması gerekmektedir. Bu durum hem hasta hem de cihazı kullanan kişi için önemlidir. Günümüzde, hızla gelişen teknoloji ile birlikte ürün ve hizmette rekabet edebilir bir kalite seviyesini yakalamak işletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri bakımından büyük önem taşımaktadır. Kalibrasyon, kaliteli sağlık hizmeti sunulması, hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve çevrenin güvenliğini sağlamak için önemli ve gereklidir (Güleç ve ark., 2009).

Tıbbi cihaz kazalarının başlıca nedenleri; hatalı veya kusurlu cihazların kullanımı, tıbbi cihazların hatalı kullanımı, kullanıcı eğitiminin yetersiz olması, tıbbi cihaz seçiminin ve bakım/kalibrasyonlarının yetersiz olması, yeni teknolojilerin kullanımında tecrübe ve bilgi eksikliği olarak sayılabilir. Bu nedenlerden birinin veya birkaçının hastane tarafından ihmali, tıbbi hatalara yol açmaktadır (Ülgen, 2009; Alan, 2013).

Cihazların kullanımı eğitim almış yetkin sağlık çalışanları, temizliği tıbbi cihazların kullanım talimatına göre bu konuda eğitim almış ve yetkin çalışan tarafından yapılmalıdır. Cihazlar temiz, şarjda, bekleme modunda, tıbbi atıklardan uzak, dengede ve yer seviyesinden uzak tutulmalıdır. Her bölümde bulunan cihazların envanteri tutulmalı ve her nöbet tesliminde kontrol edilerek teslimi yapılmalıdır. Dökülebilecek sıvılar cihazlardan uzak yerde bulundurulmalı, cihazların üzerine su veya diğer sıvılar bırakılmamalıdır. Cihazların gerekli bakım ve kalibrasyonu ilgili biyomedikal departmanı tarafından yapılmalıdır. Kan ve diğer vücut sıvıları ile bulaş durumunda ve sıkı temas izolasyonunda olan hastalarda kullanılan cihazlar dezenfektanlarla temizlenmeli, hasta odasında sürekli kullanılan cihazlar düşmeyecek şekilde sabitlenmelidir (İnanır ve Serbest, 2009).

### **1.2.8. Hastada Yabancı Cisim Unutulması**

Cerrahi müdahaleler, başlangıçlarından hastanın ameliyathaneden çıkarılmasına kadar ve devam eden süreçte meydana gelen komplikasyonların değerlendirilmesiyle neticelendirilen hassas bir sürece sahiptir. Bu süreçte yapılabilecek en ufak hata ve hata sonucu hastada meydana gelebilecek zararlar, müdahaleye iştirak eden hekim ve diğer sağlık personelleri kaynaklı hasta hakkı ihlaline ve aynı zamanda cezai ve tazmini sorumluluğa neden olabilecektir. Cerrahi müdahale esnasında vücutta yabancı cisimlerin unutulması da doğrudan, bahsedilen durumlardan bir tanesidir. Hatta sık karşılaşılsa da kamuoyunda diğer cerrahi hatalardan daha fazla ilgi çekmekte, neredeyse meydana gelen her olgu basında yer alabilmektedir (Yılmaz, 2013).

Vücutta yabancı cisimlerin unutulması, genel olarak büyük ve karmaşık cerrahi müdahalelerde görülme eğilimi göstermekle beraber literatürde dış çekimlerin de dahi görüldüğü belirtilmektedir (Tunalı ve ark., 2007). Cerrahi müdahale esnasında kullanılan her türlü materyalin vücut içerisinde unutulma riski vardır ancak, cerrahi spançlar ve gaz kompresler vücut içerisinde en çok unutulmuş ve unutulmaya müsait tıbbi materyallerdir (Choi et al., 1998; Yılmaz, 2013).

### **1.2.9. Hasta Transferi**

En fazla hata yapılan alanlardan birisi, hasta devirleridir. Hasta devirleri, bakım düzeyi değişiklikleri yapıldığı zaman, geçici nakiller sırasında, taburculukta, hizmet sunucu değişikliği (nöbet, rotasyon vb) olduğu zaman gündeme gelmektedir. Bu devirler sırasında, hataları en aza indirmek için standart bilgiler verilmelidir. Bu bilgiler arasında hastanın kimlik, protokol no, doğum tarihi, Doktor Adı, hastanın

tanısı ve son durumu, yapılan son işlemler, durum ve tedavi değişiklikleri ile durumda ve tedavide beklenen değişiklikler, izlenmesi gerekenler belirtilmelidir. Nöbet dışındaki devirler kayda geçirilmelidir. Devir notları yazılırken ifadeler net olmalı, farklı anlaşılabilir kısıltmalar kullanılmamalı, etkili iletişim teknikleri kullanılmalı, soru sorulmalı ve birimler arası raporlama standardize edilmelidir. Taburcu edilen hastaya bilgi verilmeli ve telefonla takip edilmelidir (Ovalı, 2010).

Taşıma işlemi sırasında hastanın genel durumuna uygun taşıma aracının seçilmemesi, transferin sağlanacağı cihaz ve aletlerin kullanılabilirliğinin kontrol edilmemesi, hasta kimlik bilgisinin kontrol edilmemesi, taşıma sırasında hastanın devamlı gözlenmemesi ve transfer sırasında oksijen tüpü kullanıyor ise, tüpün dolu olmasına ve düşmemesine dikkat edilmemesi, transfer sırasında gerekli olan malzeme ve ilaçların temin edilmemesi, hasta transferinin yetkin bir sağlık çalışanı tarafından yapılmaması, hastada mevcut olan kataterlere özen gösterilmemesi ve hastanın düşmemesi için gerekli önlemlerin alınmaması, güvenli hasta transferini engellemektedir (Yıldırım, 2008; Alan, 2013).

Ambulansla taşıma sırasında dikkate alınacak tek parametre “bir an önce yetişelim” mantığı olmamalıdır. Aynı zamanda keskin dönüşlerde ani duruş ve kalkışlarda hastanın kendini kontrol edip edemeyeceği hesaba katılarak taşıma yapılmalı, hasta sedyeye, sedye de ambulansa sabitlenmelidir. Ayrıca ambulans şoförü ne taşıdığıнын bilincinde olacak bir mesleki eğitime sahip olmalıdır (Çakır, 2009).

Sedyeye taşımalarda ise hastalar sedyeye sabitlenmeli ve özenle taşınmalıdır. Aksi takdirde sedyeden düşerek ölenler ve ağır yaralananlar, haberlere bile konu olmaktadır. Yine bina içinde hasta ameliyata veya röntgene götürülürken çok dikkatli olunmalı. Çünkü koridorlar çok kalabalık ve bu insanların bazıları özürü, bazıları çocuk, bazıları kendini kontrol edemeyecek durumda ve çoğunun kafasında sadece

kendi derdi var. Başkasına dikkat etme gibi bir hassasiyet taşımayabiliyor. Sedyeler ve sandalyeler ile hastayı taşıyan kişinin bu durumu dikkate alarak, yani sadece taşıdığı hastaya değil, başkalarına da zarar vermeyecek bir özenle işini yapması gerekir. Koridorlarda keskin dönüşlerin olduğu köşelerde küresel aynalar konularak, buralardaki çarpışmalar önlenir (Çakır, 2009).

### **1.3. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları**

Hastane Toplam Kalite anlayışı çerçevesinde baktığımızda; hasta memnuniyetinin tatmin edici olması kalite standartları açısından oldukça önemli bir kriterdir. Kuşkusuz hasta memnuniyeti açısından en önemli unsurlardan biri de çalışanların güler yüzlü, kaliteli ve çözümcül yaklaşımlarıdır. Çalışanların memnuniyetlerinin artırılması, hasta memnuniyetini de arttıracak dolaylı olarak da hastalarda kurumla ilgili olumlu bir bakış açısı oluşturacaktır. Bu doğrultuda bakıldığında çalışan memnuniyeti, hastane performansında ve hastaların memnuniyetinde büyük rol oynar. Bu nedenle kurumsal bir kalite ve sürekli iyileşme isteniyorsa öncelikli olarak çalışan memnuniyetinin yüksek oranlarda olması gerekir. Çalışan memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla uygulanan en objektif yöntem çalışan memnuniyet anketi değerlendirmesidir. Anket sonuçlarının iyi irdelenmesi, çalışanlarla paylaşılması ve buna yönelik iyileştirme çalışmalarının en kısa zamanda başlatılmasıyla çalışanların iş yaşamlarındaki sorunlarına daha net çözümler oluşturulabilir. Çalışan memnuniyet anketinin düzenli olarak yapılması ve sonuçlarının zaman içindeki gelişmelerinin değerlendirilmesi kurum içi güven ortamının geliştirilmesine yardımcı olur. Zamanında müdahale de sürekli iyileştirme çalışmalarına ivme kazandırır (Karakoç ve ark., 2008).

Güvenilir bir sağlık hizmetinin sunulmasının ve iyileştirilmesinin önünde önemli engeller vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Maksimum performans sınırlarının zorlanması
- Profesyonel otonomi
- Sanatkar yaklaşımından takım oyuncusu yaklaşımına geçişte zorlanma
- Güvenlilik stratejilerinin sistematik yaklaşımları içermek zorunda oluşu
- Profesyonel kural ve yasaların karmaşıklığı
- Sağlık hizmetinin çok karmaşık hale gelmesi
  - Hoşgörü kültürü eksikliği
  - İnkâr
  - Profesyonel otorite
  - Kendini beğenmişlik, durumdan memnun olma
  - Hata yapmaya karşı gösterilen tepki
  - Korku
- Konu ile ilgili eğitim yetersizliği
- Hataların rapor edilmesinin hiçbir şeyi değiştirmeyeceği algılaması (Sayek, 2010).

Çalışma koşulları göz önünde tutulduğunda gece çalışma, çok erken ya da çok geç iş başı yapma, hafta sonu çalışma, yemek saatlerinin kullanılmaması gibi özel risk etmenlerine sahiptir. Bunun yanında bulaşıcı hastalıklar gibi biyolojik riskler, ilaçlar, anestetik gazlar, dezenfektanlar ve diğer kimyasal maddeler, çevresel etkenlerden kaynaklanan kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, radyasyon gibi fiziksel riskler ve psikolojik riskler de söz konusudur (Atasoy ve Aksoy, 2008).

Çalışma saatlerinin uzun olması, bir hemşirenin bakım vermekle yükümlü olduğu hasta sayısının fazla olması, acil servis gibi yorucu bölümlerde çalışma ve buna benzer etmenler, dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açmaktadır (Kuğuoğlu ve ark., 2009).

Yoğun teknoloji kullanımı, hizmet sürecindeki çok sayıdaki değişken, sağlık çalışanları arasındaki iletişim nedeniyle sağlık bakım kurumları oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık bakım kurumlarındaki bu karmaşık yapı, yaşamsal hatalara, eksikliklere sonuçta hasta güvenliği ile ilişkili sorunlara yol açabilmektedir. Tıbbi hata “hastalığın yönetimi ya da altında yatan hastalık ya da durumdan daha çok, sağlık bakım profesyonellere bağlı gelişen zarar ya da yaralanma” olarak tanımlanmaktadır (World Health Profession Alliance, 2002; Esatoğlu ve Akbulut, 2007; WHO, 2007; Gökdoğan ve ark., 2009).

Hasta memnuniyetinde hemşirenin yeri tartışılmazdır. Hemşire yetersizliğinin vs. gibi nedenlerle hemşirelerin motivasyonu düşmesi sonucu hastaların memnuniyeti düşmektedir. Bu araştırmada 2006 yılı Ekim ayında hasta memnuniyetinin düşmesi büyük göstergedir 2005 yılından sonra hasta memnuniyetinde düşüşün devam etmesi tadilat nedeniyle hemşirelerin yerlerinin sık olarak değiştirilmesinden rahatsızlık olmaları ve bunu hizmetlerine aksatmaları nedeniyle oluşmuştur (Türker ve ark., 2009).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını şu şekilde belirtmiştir:

- Hastaların ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmeleri,
- İstenmeyen olayların derhal ilgili makamlara rapor edilmesi,
- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişimin güçlendirilmesi,
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetleri yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini arttırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyonla mücadele programlarının teşvik edilmesi,

- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi faaliyetleri yürütülmesi (ICN 2006; Filiz, 2009).

**Hemşireler**, JCI Hasta Güvenliği Hedefleri'nin hastanesinde uygulanmasından da sorumlulardır. Bu hedefler üzerinden hemşirelik uygulamaları için bazı örnekler vermek gerekirse;

- Hastanın Kimliğinin Doğrulanması: Hemşireler, yapılan her tedavi uygulamasından önce hastaya adını, soyadını, gün-ay-yıl olarak doğum tarihini sorarak kimliğini doğrular ve kimlik bilekliğinden protokol numarasını kontrol eder.

- Sağlık Çalışanları Arasında Etkin iletişim: Örneğin, gastroenteroloji biriminde işlem sırasında doktor hemşireye sözel order verebilir. Hemşire orderi uygulamadan önce bu bilgileri ilgili forma yazar ve doktora geri okuma yaparak doğruluğunu teyit eder.

- Yüksek Riskli ilaçların Güvenliğinin Sağlanması: Yüksek riskli bir ilaç hazırlanırken, örneğin narkotik-analjezik olan Aldolan, doktor tarafından order edilir. 2 hemşire ilaç hatalarını azaltmak için birlikte order kontrolü yapar, ilacı hazırlar ve uygular.

- Doğru Hasta, Doğru işlem, Doğru Taraf Cerrahisinden Emin Olmak: Hemşirenin de dahil olduğu işlem ekibi bir kontrol listesi kullanarak time out (mola) uygulaması yapar.

- Sağlık Bakımından Kaynaklı Enfeksiyonların Azaltılması: El hijyeni kılavuzları kullanarak hastanenin tüm bölümlerinde uygulanması sağlanır.

- Hastaların Düşmelerden Kaynaklı Zarar Görme Riskinin Azaltılması: Hemşireler gerekli protokolleri takip ederek hastaların düşme riskini azaltır (Sayek, 2010).

Hemşire eksikliği, hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Diplomalı hemşirelerin (RN) eksikliği hasta güvenliği için ciddi tehlikeler barındırmaktadır. Araştırmaya dayalı resmi ve hastane yönetimi verilerinde



“yetersiz hastane hemşiresi ve mortaliteyi içeren olumsuz hasta sonuçlarındaki artış arasında ilişki” olduğu belirlenmiştir (Shipman ve Hooten, 2008; Şen ve ark., 2009).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çalışma koşullarına çıkarılan yönetmelik ve genelgelerde hemşirelerin çalışma sürelerine ilişkin 8 saatlik vardiya ya da 08-08 saatleri ile 16-08 saatleri arasında 24 ve 16 saatlik nöbet tutma şeklinde çalışabilecekleri bildirilmektedir. Uzun saatler kesintisiz çalışma ve nöbetler, iş yoğunluğunu ve dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engelleyebilmekte ve buna bağlı tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Hasta güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin uzun saatler boyunca çalışması gösterilmiştir (Sayek, 2010).

Kurumda insan kaynaklarına ilişkin politikalar ve uygulamalar yetersizse, çalışanların sayısı çok az ve çalışma biçimi hakkında bilgileri yoksa, oryantasyonu tam değilse, uygun eğitim almamışsa, motivasyonu düşükse ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmemişse tıbbi hatalar ve hasta güvenliği açısından sorunlara yol açabilmektedir (Olden ve Mccaughrin, 2007; Gökdoğan ve ark., 2009).

Sağlık kurumlarında çalışan sağlığı ve güvenliği uygulamaları ve bu konuda bilinç oluşturulması çalışmaları son yıllarda sürekli gündemde olmuştur. Sağlık kuruluşları hizmet özelliği bakımından çok farklı unsurları bir arada içerir. Bunlar; ağır malzemelerin taşınması, Elektrikli-elektronik cihazlar, kimyasal, radyoaktif, biyolojik maddeler, çeşitli bürolar, depolar, sterilizasyon ünitesi, iş geriliminin yoğun olarak yaşanması, kesici-delici aletlerle yapılan uygulamaların fazla olması, yoğun çalışma temposu, çamaşırhane, mutfak vb. destek uygulamaların yer alması, alışveriş merkezlerini hatırlatan kalabalıklardır. Bu unsurlardan dolayı sağlık kuruluşları kompleks yapılardır ve birçok tehlikeyi bünyesinde barındırır. Bu riskler/ tehlikeler fiziksel, kimyasal unsurlar, insan faktörüne bağlı unsurlar ve tedavi sürecine bağlı

riskler olarak sıralanabilir. Tüm çalışanlar buldukları birimlerde bu risklerle/ tehlikelerle karşı karşıyadır. Bu alanda hizmet alan ve hizmet verenlerin güvenliği ve sağlığı konusunun sürekli gözden geçirilmesi, iyileştirmelerin yapılması, sağlık kurumunun yegâne görevlerinden olmalıdır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında çok sayıda personel görevlidir ve kuruluşlar personelin sağlığının takibi ile sorumludur. Bu anlamda kuruluşlarda çalışan sağlığı ve güvenliği kültürü oluşturulması çalışmalarını son derece önemlidir. Gerek eğitimler, gerekse bilinç oluşturma bu doğrultuda olmalıdır (Yorgun, Atasoy, 2013). Çalışan sağlığı ve güvenliği kültürü ölçeği geliştirme çalışması ve uygulamaları (IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite kongresi, 2013).

#### **1.4. Hasta Güvenliği Kültürü**

“Kültür”, bir organizasyondaki ortak tutumlar, deneyimler, inançlar ve değerler bütünüdür ve kurumda işlerin nasıl yürütüldüğünü gösterir. Basitçe güvenlik kültürü, gelişmeye ihtiyaç duyulan konuları içeren, "Bizim, burada bir şeyleri yaparken kullandığımız yol" olarak tanımlanabilir (HRC, 2005; Clarke, 2006; Filiz, 2009).

Kültür, toplumların tarihlerinden devir aldıkları maddi ve manevi mirasların toplamıdır (Kongar, 1972). Geniş kapsamlı olarak bakıldığında kültür, bir toplumun tüm yaşam biçimidir. Toplumun duygu, düşünce ve hareketlerinden oluşan kalıplar, kültürü oluşturur. Kültür maddi ve manevi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İnsanın yarattığı bütün araç ve gereçler maddi kültüre; yine insanın yarattığı bütün anlamlı, değerler, kurallar manevi kültüre örnektir (Güçlü, 2003; Tütüncü ve ark., 2007).

Bir kurumun güvenlik kültürü; söz konusu kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye

ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Hasta güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır (Sayek, 2010).

Hasta güvenliği kültürü, “bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki yaklaşım ve yetkinliğini, aynı zamanda bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür” şeklinde ifade edilebilmektedir (Sammer et al., 2010; Erdağı, 2013). Güvenlik kültürü sadece yöneticinin güvenliğe yönelik taahhüdü, iletişim tarzı ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurullarla değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilgili olduğu söylenebilmektedir (Tütüncü ve ark., 2006). Hasta güvenliği kültürünün olması daha kaliteli hizmet sunmak için iyileştirme fırsatlarının ortaya çıkarılmasına dolayısıyla kalite yönetim sistemine katkıda bulunur. Etkin ve verimli uygulanan kalite yönetim sistemi de hasta güvenliğinin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kalite yönetim sistemi ile hasta güvenliği kültürü olumlu bir ilişki bulunmaktadır. Kalite yönetim sistemi hasta güvenliği kültürünü etkilemektedir (Taş ve ark, 2013).

Kurumsal (organizasyonel) kültür, tüm organizasyonu bir arada tutan tutkal, kompleks değerler manzumesidir. Hasta güvenliği kültürü de, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Kurumsal kültür basitçe, bir kurumda işlerin nasıl yürüdüğüdür. Diğer bir deyişle burada işler böyle yapılır şeklinde tanımlanabilir. İşlerin yapılış şekli eski üyeler tarafından yeni üyelere gösterilir. Kurumsal kültür inançlar, değerler, adetler, uygulamalar, öğrenilen işlemler ve paylaşılan ödüllerin tümü ile yoğrulmuştur. Kurumsal kültür kolay değiştirilebilecek bir değer değildir. Değişime kolay uyabilecek üyeler olabileceği gibi şiddetli direnç gösterecekler de vardır, hatta bazı kurumlarda bu grup çoğunlukta olabilir. Önemli olan kurumsal liderliğin bu değişimin ne kadar önemli olduğunu

önce kendisinin kabul etmesi, daha sonra da tüm kurumla bu değişimin gereğini ve neler getireceğini açık bir şekilde anlatması ve paylaşmasıdır (Sayek, 2010).

Hasta güvenliği konusundaki gelişmeler, medikal hataların yüksek sıklığını azaltmaya ihtiyaç duymaktadır ve sağlık bakım kurumlarının hepsinde güvenlik kültürünün kurulmasını içermelidir. Güvenlik kültürü dürüstlük, hata bildiriminde şeffaflık ve tıbbi hataların önlenmesine sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Medikal kültürün bu çeşidi hasta güvenliğinde gelişmelerin devam ettirilmesi için temel görev yapar ve medikal yanlış tedavi krizlerinden sürekli kurtulmayı sağlar (Dalton et al., 2008; Kara Eroğlu ve ark., 2009).

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir. Nitelikli sağlık personeli içerisinde doktorundan hemşiresine tüm sağlık ekip üyeleri yer almaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000).

Hasta bakımındaki güvenliği sağlamak için, yüksek güvenlik önlemleri ve kurumsal kültürdeki faktörler ele alınmalıdır. Çünkü hatalar sadece bireylerden değil, sistemden de kaynaklanmaktadır. Sistemdeki iyileştirmeler, hataların en aza indirilmesini sağlayacaktır. IOM' nin önerilerine yanıt olarak sağlık sağlık kuruluşlarında, hasta güvenliğinin yaygın sorunlarını azaltmak için kurumsal güvenlik kültürü geliştirme süreci başlamıştır (Leape et al., 2002; Erdağı, 2013).

IOM' nin raporunun yayınlanmasından sonra hataların önlenmesi ve verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması konusunda çok çaba harcandı. Ama en önemlisi, kültürel bir değişimin yaşanmasıdır. Suçlama ve cezalandırma kültürünün yerini anlayışla kabullenme ve düzeltme kültürü yer almaktadır. Hatalar daha çok konuşulmakta, kabullenilmekte, açıklanmakta ve özür dilenmektedir (Sayek, 2010).

Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. IOM' un tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili önerilerden birisi de sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün yaratılmasıdır. Hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında;

1. Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
2. Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,
3. Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,
4. Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
5. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitimin sağlanması gerekmektedir (Pronovost et al., 2004; İnanır ve Serbest, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (2006), Avrupa Komisyonu (2005), Avrupa Konseyi (2006) raporlarında da sağlık bakımında hasta güvenliği kültürünün önemi vurgulanmıştır. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğine ilişkin sorunların anlaşılması, saptanması, bu konuda uygulamalar geliştirilmesi, sınırlı kaynakların etkili bir şekilde kullanılması için hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi gerekmektedir. (Akalin, 2004; Erdağı, 2013).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünü ölçmenin faydaları: iyileştirme yapılacak alanları belirlemek, hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı arttırmak için

güvenlik kültürünü teşhis etmek, hasta güvenliği müdahalelerini yada programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek, içsel ve dışsal kıyaslama yapmak, istekleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek olarak sayılabilir (Nieva and Sorra, 2003; Erdağı, 2013).

Güvenlik merkezli bir kültür oluşturmak için; caydırıcı olmayan raporlama sistemi, hasta güvenliği merkezi oluşumu, sosyal güvenlik kurumu konusunda iyileştirme yapan kuruluşlara öncelik verilmesi, risk azaltma stratejileri olması, proaktif sistem analizi, süreç ve ekipmanların standardize edilmesi, yeterli ve etkin personel bulunması, etkili iletişim sağlanması, hasta katılım destek sistemi ve hasta merkezi, eğitim sürekliliği gerektiği bildirilmiştir (Fidan ve ark., 2011). Hasta güvenliği için yüksek risk aktivite saptanması, hata bildirim teşviki, riske açık uygulamalarda her düzeyde çözüm üretecek çevre yaratılması, kaynak ayrılması, açık iletişim, sürekli ve yoğun eğitim gerekliliği açıklanmıştır (Esen ve ark., 2011).

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak en önemlisi hastalara zarar vermemek için, hasta güvenliği çalışmaları arttırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması içinse gerek devlet gerekse özel kurumlar, üzerlerine düşen görevi yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturulmalı ve ülkenin (hastaların ve çalışanların), bu konudaki bilinci arttırılmalıdır (Budak, 2008; Erdağı, 2013).

Sağlıklı bir hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için göz önüne alınması gereken temel ilkeler şu şekilde sıralanabilir (Suresh et al., 2004).

1. Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumları saptamak,
2. Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak,
3. Zamanında ve israfı önleyerek verimli sağlık hizmeti sunmak

4. Bilgisayar programları, protokoller, kontrol listelerini yaygın olarak kullanarak sağlık personelinin belleklerine güvenerek karar vermelerinin önüne geçmek,

5. Hekimin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşmasını sağlamak,

6. Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığı ile düzenlemek,

7. Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemleri oluşturmak,

8. İntravenöz ilaç karışımlarını hasta başında değil, hastane eczanesinde hazırlamak,

9. Yüksek riskli ve nadir kullanılan ilaçlar ile ilgili özel protokoller hazırlamak,

10. Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak,

11. Tedavi işlemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek,

12. Cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak,

13. Yüksek riskli durumlarda işbirliği ile ortak çözüm oluşturmak,

14. Yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak üzere hekimlere eğitim vermek,

15. Tıp alanındaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği konusunda kamuoyu oluşturmak,

16. Okullarda ve sosyal ortamlarda, genel sağlık eğitimi programları yapmak,

17. Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek,

18. Hekimler için, tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar yapmak,

19. Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek,

20. Halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak,

21. Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak,

22. Ulusal yasalarda, tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması,

23. Yasaların, tıbbi hataların zararlarının ödenmesi için yöntemleri ve zarar kanıtlandığında ödenmesi gereken miktarları belirlemesi (Ovalı, 2010).

### 1.4.1. Hataların Raporlanması

Kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olan hasta güvenliğini sağlayabilmek için sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır (Sayek, 2010).

Tıbbi hataları önlemek amacıyla; kurumlarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması; hasta güvenliği konusunda gerek kurum içi gerekse mesleki eğitim programlarının artırılması; mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi gereklidir. Bunların yanı sıra, tüm personelin, yapılmış ve fark edilmiş hataları, korkmadan ve çekinmeden bildirmesinin zorunlu hale getirilmesi de hasta güvenliğini sağlamanın önemli uygulamalarından biridir (Uzun, 2009).

Hatanın bildirimi gerçekleştiğinde hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunda deneyimli kişilerce sorunun ortaya çıkış süreci izlenerek hatanın nasıl oluştuğu ve bu hatadaki insan faktörünün yeri saptanabilmektedir. Böylelikle sistemde hataya yol açan durumlar ortadan kaldırılarak hatanın tekrarı engellenebilecektir (Filiz, 2009).

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, bugün dünya genelinde öncelikli konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir. Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşire güvenliğine ilişkin yapılan bir çalışmada, kaza ve riskli durumların hemşireler tarafından çok düşük düzeyde rapor edildiği ve özel hastanelerde risk yönetimine ilişkin çalışmaların kamu hastanelerine göre daha iyi uygulandığı bildirilmektedir (Sezgin, 2007; Gökdoğan ve ark., 2009).



Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik, olumsuz olayların bilgilerini sunan "Gönüllü Bildirim" gibi bir raporlama sisteminin kurulması hatalardan ders çıkarmanın güzel bir yoludur. Yine de sağlık sistemindeki "Suçla ve Ayıpla" tarzındaki yaklaşım sebebiyle, genellikle raporlama/bildirim yapılmamaktadır. Yapılan raporlamalar ise sıklıkla sadece buzdağının görünen kısmı niteliğindedir (Sayek, 2010).

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklime benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi kaygısı taşımaktadırlar (Wolf et al., 2000). Bunun yanı sıra, hatanın tam olarak tanımlanması konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin desteğinin olmaması ve rapor hazırlamanın belirli bir çaba gerektirmesi de çalışanların hata raporu doldurmamasının nedenlerinden sayılabilir (Tütüncü ve ark., 2007; Çakır ve Tütüncü, 2009).

Hastanelerde ortaya çıkan hatalı olayları ortadan kaldırmak üzere kurulacak sistemli yaklaşımda; konuya ilişkin veri toplanması, araştırılması, sistemdeki sorunlara karşı stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda hataların korkmadan ve çekinmeden bildirildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır (Cooper, 2000; Pizzi et al, 2001; Gökdoğan ve ark., 2009).

Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu bağlamda hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevleri arasındadır (Fişek, 1989; Emiroğlu, 1994; Çırpı ve ark., 2009).

Sağlık hizmeti sunumu karmaşık bir yapıya sahiptir. Her gün hastalara yansıyan ya da yansıyabilecek birçok hata yaşanmaktadır. Bu hataların kayıt altına alınması, analiz edilmesi ve iyileştirilmeleri gereklidir. Olay bildirim sistemleri cezalandırma değil iyileştirme amaçlı kullanılır ve uygulanır. Bildirim yapılan alanda olay yaşandığı, bildirim yapılmayan alanlarda ise yaşanmadığı çözümlenmesi yapılamaz (İnanır ve Serbest, 2009).

Literatüre baktığımızda tıbbi hata bildirimlerinde doktorların katılımının az olmasından yakınılmaktadır. Raporlamadaki bariyerler genellikle, cezalandırılma korkusu, zaman kısıtlılığı, bildirim gerekliliği ve mekanizması hakkındaki belirsizliklerden kaynaklanmaktadır (Paul et al., 2008; Kara Eroğlu ve ark., 2009).

Bildirim eksikliği ve bilgi paylaşımı yokluğu hataların ve bunlara yol açan nedenlerin tespit edilememesi sonucunu verir. Böyle olunca hastalar tekrar tekrar aynı hatalar yüzünden hayatını kaybeder. Bu nedenle tıp hataları konusunda amaç cezalandırma değil, bozuk olan sistemlerin tamiri olmalıdır. Sonuçta hiç kimse isteyerek hata yapmaz, özellikle sağlık çalışanları insanlığı tedavi etmek amaçlı eğitim almış kişilerdir. Ve hata, çoğu zaman, kişide değil sistemdedir. Hataları düzeltmek hata raporlama düzeni kurmakla başlar. Hata yapanlar cezalandırılmayacaklarını bilmezlerse böyle bir sistem kurulamaz (Sayek, 2010).

Hasta güvenliği kültür sorunu olarak sağlık bakım kurumlarında suçlama kültürü de bulunmaktadır. Sağlık çalışanları suçlanma ve cezalandırılma korkusu içinde tıbbi hatalar ve güvenlik kültürü sorunlarını bildirmek ve tanımlamaktan kaçınmaktadır. Araştırmacılar, bu tip kültürün tıbbi hata ve hasta güvenliği açısından çoğaltıcı bir ortam olduğunu düşünmektedir (Henriksen ve Dayton, 2006; Gökdoğan ve ark., 2009).

Olayların bildirilmesindeki en büyük engellerden biri ne yazık ki yasalarımız. Yeni Ceza Kanunu' nun 280. maddesinin başlığı Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi' dir. Buna göre görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık hizmeti sırasında yapılan hatalı tıbbi uygulamalar istenmeden işlenmiş suç sayılır. Bu hataların bildirilmesi zorunludur. Bu zorunluluk hasta güvenliğini sağlama amacına tamamen ters düşmektedir. Hatalı tıbbi uygulamaların sağlık kurumlarında belirli kişilere bildirilmesi, raporlanması bu şekilde hataların nedeninin bulunarak tekrarlanması önlenebilir (Sayek, 2010).

Olay bildiriminin temel özellikleri:

- Bildirimlerin anonim olmaması gerekir. Anonim bildirimler şikayet olarak kullanılabilir ya da gerçeği yansıtmayabilir.
- Anonim olmasına rağmen gizlilik şarttır. Olayda geçen kişi ve birimler gizlilik esası ile gerekli olmadıkça paylaşılmaz.
- Olay araştırması yapılırken suçlamak ya da kesin hüküm vermek amaçlı değil öğrenmek amaçlı sorgulama yapılır.
- Hasta güvenliği bildirimlerinin devamlılığını sağlamak için bildirim yapan kişi cezalandırmaz. Olay içinde kurum için net ve bilinçli bir ihlal olmadıkça cezalandırılmadan uzak durulur.
- Olay bildirimini hızlıca yapılmalı ve zaman kaybedilmemelidir. Olay yeri incelemesi için zaman önemlidir.
- Sınıflandırma yöntemi kullanılmalı; ciddiyet ve tekrarlama riskine göre olaylar ayrı ayrı değerlendirilmelidir.
- Olay bildirimini yapan kişilere geri bildirimde bulunulmalı iyileştirme yapıldığının bilgisi verilmelidir.
- Tüm çalışanların olay bildiriminde bulunması sağlanmalıdır. Özellikle bildirimlerin büyük çoğunluğu hemşireler tarafından yapılmakta olup hekimlerin de olay bildirimini yapmasına yönlendirilmesi gerekir (Sayek, 2010).

### 1.4.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi

Tıbbi bir hataya - aslında herhalde her türlü hataya - geleneksel bakış açısı ve yaklaşım suçlama ve hesap sorma biçimindedir. Bunun bir yarar sağlamadığı, özellikle de yeni bir hatanın ortaya çıkmasını önlemediği açıktır. Daha da kötüsü, hataların çoğunlukla çok çalışan ve işini iyi yapmak için uğraşan, eğitimi, profesyonel insanlar tarafından yapıldığı göz önünde tutulursa, ne suçlamanın ve ceza vermenin; ne de — daha çok ya da — daha dikkatli alış demenin bir yararı olamayacağı da çok açıktır.

Kızmak ve suçlamak yerine hataya bir sistem sorunu olarak bakmak pek çok ilkesel sıkıntıyı da giderebilmektedir. Bunların arasında,

- İnsanın doğal olarak ve istemeden hata yaptığının kabullenilmesi,
- Karmaşık sistemlerde yalnızca (ameliyatı yapan cerrah, ilacı veren hemşire gibi) u uygulayıcının bir hata oluşturmak için genellikle yeterli olamayacağı, mekanizmanın daha karmaşık olduğu,
- Bir hata oluşması için sıklıkla aynı süreç üzerindeki birden çok sorunun üst üste gelmek zorunda olduğu ve
- Hatanın ortaya çıkması ya da sonuçlanmaması için yapılan hataları yakalayacak ve gerçekleşmeden önlem alacak sistemlerin kurulması gerektiği sayılabilir (Sayek, 2010).

Türkiye’de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Ancak kurumdan kuruma bildirim kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan ziyade kurumsal çabalar gösterildiği göz ardı edilmemelidir. Hasta güvenliği bilincini yaymak, kültür geliştirmek için ise

Türkiye’de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen dernekler kurulmuştur. Türkiye’deki devlet otoriteleri geçtiğimiz yıla kadar hasta güvenliğinden çok hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilmiştir. 2006 yılında Hasta Güvenliği Arama toplantıları yapılarak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda JCAHO ile Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı anlaşma neticesinde ise hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır (Kara Eroğlu ve ark., 2009).

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları sağlık sisteminin en önemli konularından birisi olmuştur. Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hatalarının en aza indirilebilmesi için toplumun da bilinçli bir hale getirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte toplumun hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hatalarını nasıl algıladığının değerlendirilmesi çok önem taşımaktadır. Değerlendirmeler sonucunda ne gibi önlemlerin alınması gerektiği belirlenecektir. Ancak sonuçlar ne olursa olsun, toplumun her iki konu ile ilgili bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi şarttır ve bunun sürekli yapılması gerekmektedir (Sayek, 2010).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünü omenin faydaları: İyileştirme yapılacak alanları belirlemek, hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı arttırmak için güvenlik kültürünü teşhis etmek, hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek, içsel ve dışsal kıyaslama yapmak, istekleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek olarak sayılabilir (Nieva and Sorra, 2003; Alan, 2013).

Hasta güvenliği kurulu tarafından bildirim yapılan olaylar gözden geçirilir. Bu aşamada olayın hasta üzerine etkisi ve tekrarlama olasılığı ayrı ayrı skorlanarak risk puanları belirlenir. İhtiyaç halinde bildirim yapan ya da olayı yaşayan kişi ile görüşülerek kapsamlı bilgi alınır. Bu çalışmaların sonucunda ise bildirim yani hataya yönelik olarak yapılacak iyileştirme çalışmasının türü belirlenir. Bildirimler hasta

güvenliği takımları ve kurulda tartışılarak çözüm üretilmesi sağlanır. İyileştirme yöntemi olarak kullanılan çalışmalar şunlardır:

1. Kök Neden Analizi (KNA): Gerçekleşmiş ya da risk skoru çok yüksek potansiyel bir hatanın temel nedenlerinin derinlemesine araştıran ve sorgulayan bir yöntemdir. Örn: yanlış taraf cerrahisinde iyileştirme yöntemi olarak kullanılır.

2. Hata Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA): Bir süreçte veya alt süreçlerde olabilecek potansiyel hataları araştırmaya yönelik proaktif bir araçtır.

3. Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al (PUKÖ): PUKÖ eğitimi almış tüm çalışanlar tarafından rahatlıkla yapılabilecek bir iyileştirme tekniğidir (İnanır ve Serbest, 2009).

Hasta güvenliği kültürü oluşturulması için öneriler;

1. Sağlık hizmetinde hatalara proaktif yaklaşım
2. Etik- şeffaflık ve açık sözlülük
3. Hataların belirlenmesi: sistem-kişisel
4. Hataların bildirilmesi ve izlenmesi
5. Hatalardan öğrenme-ders alma
6. Personel sayısı/dağılımı ve tıbbi hatalar
7. Teknoloji ve tıbbi hatalar
8. İletişim ve takım çalışmasına odaklanılmalı
9. Herkes kalite ve hasta güvenliğini iyileştirme konularında sorumluluk almalı
10. Güvenlilik iyileştirme girişimleri hedef-odaklı olmalıdır
11. Kültürün değişmesi yavaştır
12. İyileşmeler ölçülmeli ve dokümante edilmelidir
13. Hasta eğitimi
14. Kişilere değil, sisteme odaklanmalıyız
15. Zarar/hasar sistemdeki hataların sonucunda ortaya çıkmaktadır

16. Kişiler arası iletişime odaklanılmalıdır
  17. Endişemiz varsa söyleyelim
  18. Diğerlerinin sözlerini dinleyelim, duymak yetmez!
  19. İçinde çalıştığımız sistem için her türlü sorumluluğu kabullenelim.
- (İnanır ve Serbest, 2009).

Ülkemizde henüz tam olarak yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi yoktur. Ancak uluslar arası akreditasyon kurumları tarafından akredite edilen hastanelerde, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Hasta güvenliği bilincini yaymak ve kültürünü geliştirmek için yoğun çalışmalar yapılmakta, kongre ve toplantılar düzenlenmektedir. Hasta güvenliğinin aslında hastanın yararına gibi gözükse de hem hastanın hem de sağlık personelinin yararına olduğu unutulmamalıdır (Ovalı, 2010).

### **1.5. Amaç**

Bu araştırmanın amacı, Afyonkarahisar İl merkezinde faaliyet gösteren hastanelerde görev yapan cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesidir. Bu genel amaç çerçevesinde araştırmada aşağıdaki alt amaçlara ulaşılması hedeflenmektedir.

- Afyonkarahisar İl merkezinde görev yapan cerrahi hemşirelerinin bazı demografik özelliklerinin belirlenmesi,
- Afyonkarahisar İl merkezinde görev yapan cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesi,
- Afyonkarahisar İl merkezinde görev yapan cerrahi hemşirelerinin demografik özellikleri ile hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi (Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği amaca uygun istatistiksel yöntemler ile belirlenecektir.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması esastır. Genel olarak hasta güvenliği kültürüne yönelik hemşire algılarının belirlenmesi amacı taşıyan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, hasta güvenliği kültürü konusunda mevcut durumu cerrahi hemşireleri açısından ortaya koyacaktır. Hemşirelerin hastalar ile en yakın ilişkide olan sağlık personeli olması ve özellikle cerrahi servisinde hasta güvenliğinin önemi dikkate alındığında çalışmadan elde edilen sonuçların daha da önemli olacağı düşünülmektedir.

Diğer taraftan, yabancı literatürde hasta güvenliği kültürü konusunda pek çok çalışma yapılmış olsa da ulusal düzeyde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Özellikle cerrahi hemşireleri üzerinde uygulama gerçekleştirilen çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu bilgiler çerçevesinde çalışmanın literatüre katkısının yanı sıra hasta güvenliği kültürü konusunda hemşire algılarının belirlenerek bilişsel düzeyde mevcut durumun betimlenmesi sağlık kurumlarımız açısından alınması gereken önlemlere ilişkin de veri kaynağı oluşturabilecektir.

## **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma hasta güvenliği kültürüne ilişkin mevcut durumu ortaya koyması bakımından betimsel (descriptive) ve uygulamalı bir çalışma niteliindedir. Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır. Söz konusu anket temel olarak altı bölümden oluşmaktadır (EK-1). Birinci bölümde katılımcıların (cerrahi hemşirelerinin) bazı bireysel özelliklerini belirlemeye ve bazı değerlendirmelerine (raporlanan olay sayısı, hasta güvenliği derecesi) yönelik sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümde çalışılan birim, üçüncü bölümde yönetici, dördüncü bölümde iletişim, beşinci bölümde raporlanan olayların sıklığı ve altıncı



bölümde ise hastane ile ilgili cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesine yönelik sorulara (maddelere, yargılara) yer verilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture) 2004 yılında, Amerika’da, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Sorra and Nieva 2004). Anketin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Filiz (2009) tarafından yapılmış ve Cronbach's Alpha katsayısı  $\alpha=0.86$  olarak hesaplanmıştır. Ankette kullanılan ölçekler 5' li Likert tipi derecelendirmeye tabi tutulmuş olup, ölçeklerdeki maddelere ilişkin katılım düzeyleri “Hiç Katılmıyorum=1”, “Az Katılıyorum=2”, “Orta Düzeyde Katılıyorum=3”, “Çok Katılıyorum=4” ve “Tamamen Katılıyorum=5”; sıklık düzeyleri ise "Hiçbir Zaman=1", "Nadiren=2", "Bazen=3", "Çoğu Zaman=4" ve "Her Zaman=5" şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçeklerde olumsuz olan maddeler de yer aldığı için bulgular bölümünde olumlu ve olumsuz maddeler ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu çerçevede, olumlu maddelere ilişkin ortalama değerler 5'e doğru yaklaştıkça hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının da olumlu olduğu, olumsuz maddelere ilişkin ortalama değerler 5'e doğru yaklaştıkça ise hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının olumsuz olduğu değerlendirilmiştir. Diğer taraftan, ölçek genel ortalamalarının alınarak hasta güvenliği kültürü algısının ile bireysel özelliklere göre karşılaştırılmasında, ölçeklerdeki olumsuz olan maddeler ters puanlandırılarak analize tabi tutulmuştur.

Araştırmanın evreni, Afyonkarahisar İl merkezindeki hastanelerde görev yapan cerrahi hemşirelerinden oluşmaktadır. Afyonkarahisar İl merkezinde, Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Afyon Devlet Hastanesi, Özel Fuar Hastanesi ve Özel Park Hastanesi bulunmakta olup bu hastanelerin cerrahi servislerinde toplam 138 hemşire görev yapmaktadır. Araştırmada örneklem alınma yoluna gidilmemiş olup, hastanelerin cerrahi servislerinde görev yapan tüm hemşirelere ulaşılarak “tam sayım” yapılması planlanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıbbi Etik Kurulundan yazılı izin (EK-2 Sayı:94862910-129) alınmıştır. Çalışmanın uygulanabilmesi için,

Afyonkarahisar İl Kamu ve Özel Hastane Başhekimlikleri' nden gerekli yazılı izinler alınarak (EK-3), Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Afyon Devlet Hastanesi, Özel Fuar Hastanesi ve Özel Park Hastanesi cerrahi servislerine 16.12.2013-16.03.2014 tarihleri arasında 138 anket dağıtılmıştır. Buna göre, ilgili tarihlerde izinli olan veya anket uygulamasını kabul etmeyen 17 hemşire dışında toplam 121 hemşireden elde edilen anketler değerlendirmeye alınmıştır.

Verilerin SPSS 18.00 for Windows paket programında değerlendirildiği çalışmada, hemşirelerin bireysel özellikleri frekans ve yüzde dağılımları ile sunulmuş olup, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları ise frekans ve yüzde dağılımlarının yanı sıra aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ile betimlenmiştir. Bununla birlikte, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının bireysel özelliklere göre karşılaştırılmasında iki grup için t testi ve ikiden fazla grup için varyans analizi gibi parametrik testlerden yararlanılmıştır.

### 3.BULGULAR

Bu bölümde; öncelikle ankete katılan cerrahi hemşirelerinin bireysel özellikleri ve hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik bulgulara yer verilmiştir. Diğer taraftan, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının bireysel özelliklerine göre karşılaştırılması yapılmıştır.

#### 3.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara (hastanelere) göre dağılımı Tablo 3.1.1' de sunulmuştur.

**Tablo 3.1.1:** Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

Kurum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Özel Fuar Hastanesi	13	10,7
Özel Park Hastanesi	24	19,8
Afyon Devlet Hastanesi	38	31,4
AKÜ Tıp Fak. Hastanesi	46	38,0
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Tablo 3.1.1' e göre, katılımcı hemşirelerin %38' i AKÜ Tıp Fak. Hastanesi, %19,8' i Özel Park Hastanesi, %31,4' ü Afyon Devlet Hastanesi ve %10,7' si de Özel Fuar Hastanesi cerrahi servislerinde görev yapmaktadırlar.

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı Tablo 3.1.2' de sunulmuştur. Buna göre, hemşirelerin %47,9' u 25 ve daha düşük yaşlarda iken %52,1' i de 25 yaşın üzerindedir.

**Tablo 3.1.2:** Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
20 yaş ve altı	19	15,7
21-25 yaş	39	32,2
26-30 yaş	31	25,6
31-35 yaş	17	14,0
36 yaş ve üzeri	15	12,4
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 3.1.3' de verilmiş olup, %23,1' i erkek ve %76,9' u ise kadın hemşirelerden oluşmaktadır.

**Tablo 3.1.3:** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	28	23,1
Kadın	93	76,9
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 3.1.4:** Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bekar	73	60,3
Evli	48	39,7
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 3.1.4' de sunulmuş olup, %60,3' ü bekar, %39,7' si ise evlidir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 3.1.5' te sunulmuş olup, %48,8' i lise mezunu olup, %16,5' i önlisans, %32,2' si lisans ve %2,5' i de lisansüstü eğitime sahiptir.

**Tablo 3.1.5:** Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lise	59	48,8
Önlisans	20	16,5
Lisans	39	32,2
Lisansüstü	3	2,5
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Ankete katılan hemşirelerin görev yaptıkları birimler ve bu birimlerdeki çalışma sürelerine göre dağılımı Tablo 3.1.6 ve Tablo 3.1.7' de sunulmuştur.

**Tablo 3.1.6:** Katılımcıların Görev Yaptıkları Birimlere Göre Dağılımı

Birim	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cerrahi Servis	33	27,3
Yoğun Bakım	27	22,3
Ameliyathane	61	50,4
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 3.1.7:** Katılımcıların Görev Yaptığı Birimlerdeki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Süre	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-12 ay	33	27,3
13-24 ay	30	24,8
25-36 ay	27	22,3
37-48 ay	13	10,7
49 ay ve üzeri	18	14,9
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Tablo değerleri incelendiğinde, hemşirelerin %50,6' sının ameliyathane, %27,3' ünün cerrahi servis ve %22,3' ünün de yoğun bakımda görev yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 3.1.6). Diğer taraftan bu birimlerde 36 ay ve altında bir süredir görev yapan hemşirelerin oranı %74,4 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3.1.7).

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki çalışma sürelerine göre dağılımı da Tablo 3.1.8.' de sunulmuştur. Tablo 3.1.8' e göre, hemşirelerin %69,4' ü (yaklaşık üçte ikisi) 36 ay ve da az süredir buldukları kurumda görev yaptıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 3.1.8:** Katılımcıların Görev Yaptığı Kurumlardaki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Süre	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-12 ay	26	21,5
13-24 ay	23	19,0
25-36 ay	35	28,9
37-48 ay	19	15,7
49 ay ve üzeri	18	14,9
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcı hemşirelerin kadro durumlarına göre dağılımı Tablo 3.1.9' da ve kıdem yıllarına göre dağılımı da Tablo 3.1.10' da sunulmuştur.

**Tablo 3.1.9:** Katılımcıların Kadro Durumlarına Göre Dağılımı

Kadro Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadrolu Hemşire	64	52,9
Sözleşmeli Hemşire	57	47,1
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Buna göre, hemşirelerin %52,9' u kadrolu hemşire, %47,1' i sözleşmeli hemşire olarak görev yapmaktadırlar (Tablo 3.1.9). Diğer taraftan, hemşirelerin %52,1' inin kıdem yılları (çalışma süreleri) 4 yıl ve altındadır (Tablo 3.1.10).

**Tablo 3.1.10:** Katılımcıların Kıdem Yıllarına Göre Dağılımı

<b>Kıdem</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
2 yıldan az	26	21,5
2-4 yıl	37	30,6
5-7 yıl	36	29,8
8 yıl ve üzeri	22	18,2
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların gelir veya ekonomik durumlarını değerlendirme biçimlerine göre dağılımı Tablo 3.1.11' de sunulmuştur. Buna göre, hemşirelerin %11,6' sı çok kötü, %65,3' ü orta, %22,3' ü iyi ve %0,8' i de çok iyi şeklinde gelir/ekonomik durumlarını nitelendirmişlerdir.

**Tablo 3.1.11:** Katılımcıların Gelir Durumlarını Değerlendirme Biçimlerine Göre Dağılımı

<b>Gelir Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Çok İyi	1	,8
İyi	27	22,3
Orta	79	65,3
Kötü	14	11,6
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 3.1.12:** Katılımcıların Mesai Durumlarına Göre Dağılımı

<b>Mesai Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
08.00-16.00	58	47,9
16.00-08.00	10	8,3
08.00-16.00/16.00-08.00	44	36,4
08.00-08.00	9	7,4
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların mesai durumlarına/ şekillerine göre dağılımı Tablo 3.1.12' de sunulmuş olup, yaklaşık yarısı (%47,9) 08.00-16.00 saatleri arasında, %8,3' ü 16.00-

08.00 saatleri arasında ve %36,4' ü de her iki durumda (08.00-16.00/16.00-08.00) mesai yaptıklarını belirtmişlerdir. Aralıksız 24 saat görev yapanların oranı ise %7,4' tür.

Katılımcı hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre dağılımı Tablo 3.1.13' te sunulmuş olup, %11,6' sı 40 saati geçmediğini, %53,7' si 40-49 saat arası ve %34,7' si de 50 saat ve üzerinde çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 3.1.13:** Katılımcıların Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

<b>Haftalık Çalışma Süresi</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
40 saati geçmiyor	14	11,6
40-49 saat	65	53,7
50 saat ve üzeri	42	34,7
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 3.1.14:** Katılımcıların İşlerinden Memnun Olma Düzeylerine Göre Dağılımı

<b>Memnuniyet Düzeyi</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Hiç Memnun Değil	8	6,6
Az Memnun	33	27,3
Orta Düzeyde Memnun	72	59,5
Çok Memnun	7	5,8
Tamamen Memnun	1	0,8
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların işlerinden memnun olma düzeylerine göre dağılımı Tablo 3.1.14' te sunulmuştur. Buna göre, hemşirelerin %33,9' u işinden hiç memnun olmadığını veya az memnun olduğunu belirtirken çok veya tamamen memnun diyenlerin oranı %6,6' dır. Hemşirelerin %59,5' i de işlerinden orta düzeyde memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların buldukları görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde olma durumlarına göre dağılımı Tablo 3.1.15' te verilmiştir. Buna



göre, hemşirelerin %26,4' ü hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde olmadıklarını belirtirken, %73,6' sı hastalarla temas veya etkileşim içerisinde olduklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 3.1.15:** Katılımcıların Hastalarla Etkileşim/Temas İçerisinde Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Etkileşim/Temas	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	89	73,6
Hayır	32	26,4
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcı hemşirelerin son 12 ayda rapor yazıp idarecilerine verdikleri olay sayılarına göre dağılımı Tablo 3.1.16' da sunulmuş olup, %12,4' ü 1-2 olay, %2,5' i en az üç olay ve %85,1' i ise son 12 ayda hiç bir olay rapor etmediklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 3.1.16:** Katılımcıların Son 12 Ayda Rapor Ettikleri Olay Sayılarına Göre Dağılımı

Olay Sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	103	85,1
1-2 olay	15	12,4
En az 3 olay	3	2,5
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Katılımcı hemşirelerin hasta güvenliği konusunda birimlerini değerlendirme durumlarına göre dağılımı Tablo 3.1.17' de sunulmuştur. Buna göre, hemşirelerin %46,3' ü "mükemmel" ve "çok iyi" seçenekleri ile olumlu görüş bildirirken, %9,9' u "zayıf" veya "başarısız" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Birimlerindeki hasta güvenliğini "kabul edilebilir" düzeyde bulanların oranı ise %43,8 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 3.1.17:** Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Birimlerini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı

Değerlendirme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mükemmel	15	12,4
Çok İyi	41	33,9
Kabul Edilebilir	53	43,8
Zayıf	7	5,8
Başarısız	5	4,1
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

### 3.2. Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısına İlişkin Bulgular

Araştırmada, hasta güvenliği kültürü algısına ilişkin alt ölçeklerin iç tutarlık açısından güvenilirliğini test etmek amacıyla da Cronbach' s Alpha katsayıları ve aritmetik ortalamalarıyla standart sapma değerleri hesaplanmış elde edilen sonuçlar Tablo 3.2.1'de sunulmuştur.

**Tablo 3.2.1:** Hasta Güvenliği Kültürü Algısına İlişkin Alt Ölçeklere Ait Bazı İstatistikler

Alt Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha	$\bar{X}$	S.S.
Çalışılan Birim	18	0,857	3,37	0,59
Yöneticiler	4	0,735	3,09	0,78
İletişim	6	0,801	3,38	0,84
Raporlama	3	0,726	3,08	0,97
Genel Hasta Güvenliği	11	0,814	3,40	0,70

Tablo 3.2.1' e göre, alt ölçeklere yönelik hesaplanan Cronbach' s Alpha değerleri, çalışılan birim alt ölçeği için 0,857; yöneticiler alt ölçeği için 0,735; iletişim alt ölçeği için 0,801; raporlama alt ölçeği için 0,726 ve genel hasta güvenliği alt ölçeği için ise 0,814 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, alt ölçeklere yönelik

hesaplanan Cronbach's Alpha değerlerinin tamamının 0,70 değerinin üzerinde olduğunu göstermektedir.

Diğer taraftan, alt ölçeklere ilişkin aritmetik ortalama değerleri, çalışılan birim alt ölçeği için  $\bar{x}=3,37$ ; yöneticiler alt ölçeği için  $\bar{x}=3,09$ ; iletişim alt ölçeği için  $\bar{x}=3,38$ ; raporlama alt ölçeği için  $\bar{x}=3,08$  ve genel hasta güvenliği alt ölçeği için ise  $\bar{x}=3,40$  olarak hesaplanmıştır. Buna göre en düşük ortalama raporlama ve yöneticiler için bulunurken en yüksek ortalama ise genel hasta güvenliği, iletişim ve çalışılan birime ilişkin algılarda meydana gelmiştir. Bu değerlere göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarına ilişkin ortalama değerlerin 5'li Likert tipi derecelemede orta değer olan 3'ün üzerinde olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile cerrahi hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları orta düzeyde bulunmuştur. Bu da çok olumlu olmasa da genel olarak algı düzeyinin olumsuz olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Ankete katılan hemşirelerin çalıştıkları birimlere yönelik değerlendirmelerine ilişkin bulgular Tablo 3.2.2' de sunulmuştur. Tablo 3.2.2' deki bulgular incelendiğinde olumlu maddeler arasında cerrahi hemşireleri tarafından en olumlu bulunan maddeler "Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar" ( $\bar{x}=3,80$ ) ve "Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir" ( $\bar{x}=3,72$ ) maddeleridir. Buna karşılık en olumsuz yaklaşım gösterilen maddeler ise "Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur" ( $\bar{x}=2,31$ ) ve "Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir" ( $\bar{x}=2,75$ ) maddeleri olmuştur.

**Tablo 3.2.2:** Katılımcıların Çalıştıkları Birimleri Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Maddeler	KATILIM DÜZEYİ					$\bar{X}$	S.S.
	HİÇ	AZ	ORTA	ÇOK	TAM		
	%	%	%	%	%		
<b><i>Olumlu Maddeler</i></b>							
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	7,4	13,2	37,2	23,1	19,0	3,33	1,15
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	29,8	22,3	36,4	10,7	0,8	2,31	1,04
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	5,0	6,6	28,1	34,7	25,6	3,69	1,08
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	5,0	11,6	30,6	33,1	19,8	3,51	1,09
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	2,5	7,4	30,6	26,4	33,1	3,80	1,06
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	3,3	14,0	24,0	34,7	24,0	3,62	1,10
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissedebilirler.	9,1	17,4	23,1	27,3	23,1	3,38	1,27
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	19,8	20,7	33,9	15,7	9,9	2,75	1,23
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	3,3	9,1	31,4	33,1	23,1	3,64	1,04
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	5,8	10,7	43,8	26,4	13,2	3,31	1,02
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	2,5	14,0	30,6	20,7	32,2	3,66	1,14
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	9,1	6,6	23,1	25,6	35,5	3,72	1,27
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	6,6	12,4	36,4	25,6	19,0	3,38	1,13
<b><i>Olumsuz Maddeler</i></b>							
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	34,7	17,4	23,1	5,8	19,0	2,57	1,49
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	36,4	20,7	29,8	5,0	8,3	2,28	1,24
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	8,3	19,8	30,6	14,9	26,4	3,31	1,28
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	20,7	15,7	27,3	16,5	19,8	2,99	1,40
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	35,5	24,8	23,1	7,4	9,1	2,30	1,28

Tablo 3.2.2' deki olumsuz maddeler arasında cerrahi hemşireleri tarafından en olumlu bulunan maddeler "Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır" ( $\bar{X}=2,28$ ) maddesi olup, diğer maddelere göre olumsuz görüş bildirilen

madde ise "Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır" ( $\bar{x}=3,31$ ) maddesidir.

"Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar" maddesi için katılımcıların %9,9'unun "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları belirlenirken, yarısından fazlasının (%59,5) da "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları tespit edilmiştir. "Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir" maddesine hemşirelerin %15,7' si "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirirken, %61,1' i de "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu görüş bildirmişlerdir.

"Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur" maddesinde katılımcıların %52,1' inin "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları belirlenirken, sadece %11,5' inin "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları saptanmıştır. "Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir" maddesine katılımcıların %40,5' inin "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz, %25,6' sının da "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları tespit edilmiştir. "Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır" maddesine hemşirelerin %28,1' i "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirirken, %41,3' ü de "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu görüş bildirmişlerdir.

Katılımcıların yöneticilerine yönelik değerlendirmelerine ilişkin bulgular Tablo 3.2.3' de sunulmuştur.

**Tablo 3.2.3:** Katılımcıların Yöneticileri Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Maddeler	KATILIM DÜZEYİ					$\bar{X}$	S.S.
	HİÇ	AZ	ORTA	ÇOK	TAM		
	%	%	%	%	%		
<b>Olumlu Maddeler</b>							
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	16,5	19,0	32,2	19,8	12,4	2,93	1,25
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	11,6	14,9	41,3	22,3	9,9	3,04	1,11
<b>Olumsuz Maddeler</b>							
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	6,6	14,9	28,9	22,3	27,3	3,49	1,23
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	43,8	14,0	32,2	6,6	3,3	2,12	1,15

Tablo 3.2.3' deki bulgular incelendiğinde olumlu maddeler arasında cerrahi hemşireleri tarafından "Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır" ( $\bar{x}=3,04$ ) maddesi ve "Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder" ( $\bar{x}=2,93$ ) maddesi orta düzeyde ortalamaya sahiptir. Olumsuz maddelerde katılımcıların en olumlu algı içerisinde oldukları madde "Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir" ( $\bar{x}=2,12$ ) maddesi olup, en olumsuz görüş bildirilen madde de "Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister" ( $\bar{x}=3,49$ ) maddesi olmuştur.

Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır" maddesinde katılımcıların %35,5' inin "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları belirlenirken, %32,2' sinin de "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları saptanmıştır. "Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder" maddesinde

katılımcıların %26,5' inin "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz, %33,2' sinin de "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları belirlenmiştir.

"Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir" maddesinde katılımcıların %57,8' inin "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları, %9,9' unun da "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları belirlenmiştir. "Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister" maddesine katılımcıların %21,5' inin "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları, %49,6' sının da "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile durumu onayladıkları belirlenmiştir.

**Tablo 3.2.4:**Katılımcıların Birimdeki İletişimi Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Maddeler	SIKLIK DÜZEYİ					$\bar{X}$	S.S.
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		
	%	%	%	%	%		
<b><i>Olumlu Maddeler</i></b>							
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	4,1	9,1	34,7	36,4	15,7	3,50	1,00
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	2,5	11,6	27,3	34,7	24,0	3,66	1,05
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	1,7	6,6	27,3	38,0	26,4	3,81	,96
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	25,6	14,0	32,2	19,0	9,1	2,72	1,29
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	8,3	15,7	27,3	28,1	20,7	3,37	1,21
<b><i>Olumsuz Madde</i></b>							
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	25,6	13,2	32,2	15,7	13,2	2,78	1,34

Katılımcıların çalıştıkları birimlerdeki iletişim durumuna yönelik değerlendirmelerine ilişkin bulgular Tablo 3.2.4' de sunulmuştur.

Tablo 3.2.4' deki bulgulara göre, olumlu maddeler arasında hemşirelerin en olumlu algı içerisinde oldukları maddeler "Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir" ( $\bar{x}=3,66$ ) ve "Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz" ( $\bar{x}=3,50$ ) maddeleri olup, "Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder." ( $\bar{x}=2,72$ ) maddesi ise diğer maddelere göre olumsuz ve eleştirel bir yaklaşım sergilenen madde olmuştur.

Olumsuz madde olan "Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar" ( $\bar{x}=2,78$ ) maddesinde katılımcıların %38,8'inin "hiçbir zaman" ve "nadiren" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları belirlenirken, %28,9'unun da "çoğu zaman" ve "her zaman" seçenekleri ile durumu onayladıkları saptanmıştır.

"Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir" maddesinde katılımcıların %14,1' inin "hiçbir zaman" ve "nadiren" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları, %58,7' sinin de "çoğu zaman" ve "her zaman" seçenekleri ile olumlu bir yaklaşım içerisinde oldukları tespit edilmiştir. "Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz" maddesinde katılımcıların %13,2' sinin "hiçbir zaman" ve "nadiren" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları, %52,1' inin de "çoğu zaman" ve "her zaman" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları belirlenmiştir.

Katılımcıların çalıştıkları birimlerdeki raporlanmış olayların sıklığına yönelik değerlendirmelerine ilişkin bulgular Tablo 3.2.5' te sunulmuştur.



**Tablo 3.2.5:**Katılımcıların Raporlanmış Olayların Sıklığını Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Maddeler	SIKLIK DÜZEYİ					$\bar{X}$	S.S.
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		
	%	%	%	%	%		
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?	11,6	20,7	37,2	20,7	9,9	2,97	1,13
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	6,6	24,8	41,3	13,2	14,0	3,03	1,10
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	6,6	21,5	32,2	20,7	19,0	3,24	1,18

Tablo 3.2.5' teki bulgulara göre, hemşirelerin en yüksek ortalamadan başlamak üzere sırası ile raporlanmış olaylara ilişkin sorular "Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" ( $\bar{X}=3,24$ ), "Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" ( $\bar{X}=3,03$ ) ve "Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?" ( $\bar{X}=2,97$ ) şeklindedir.

"Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" sorusuna katılımcıların %28,1' inin "hiçbir zaman" ve "nadiren", %39,7' sinin de "çoğu zaman" ve "her zaman" yanıtı verdikleri belirlenmiştir. "Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" sorusuna katılımcıların %31,4' ü "hiçbir zaman" ve "nadiren", %27,2' si de "çoğu zaman" ve "her zaman" yanıtı vermişlerdir. Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?" sorusuna hemşirelerin %32,3' ü "hiçbir zaman" ve "nadiren", %30,6' sı ise "çoğu zaman" ve "her zaman" yanıtı vermişlerdir (Tablo 3.2.5).

Katılımcıların çalıştıkları birimlerdeki hasta güvenliğine yönelik genel değerlendirmelerine ilişkin bulgular Tablo 3.2.6' da sunulmuştur.

**Tablo 3.2.6:** Katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Genel Değerlendirmelerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Maddeler	KATILIM DÜZEYİ					$\bar{X}$	S.S.
	HİÇ	AZ	ORTA	ÇOK	TAM		
	%	%	%	%	%		
<b><i>Olumlu Maddeler</i></b>							
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	6,6	15,7	39,7	19,8	18,2	3,27	1,13
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	15,7	22,3	30,6	15,7	15,7	2,93	1,28
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	4,1	20,7	35,5	22,3	17,4	3,28	1,10
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	11,6	19,8	28,9	19,0	20,7	3,17	1,29
<b><i>Olumsuz Maddeler</i></b>							
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	22,3	23,1	28,9	13,2	12,4	2,70	1,30
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	33,1	17,4	27,3	10,7	11,6	2,50	1,35
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	39,7	22,3	20,7	11,6	5,8	2,21	1,25
Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	21,5	23,1	28,9	20,7	5,8	2,66	1,19
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	28,9	18,2	35,5	14,0	3,3	2,45	1,15
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.	23,1	22,3	30,6	12,4	11,6	2,67	1,28
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	41,3	31,4	16,5	4,1	6,6	2,03	1,16

Tablo 3.2.6' daki bulgular incelendiğinde olumlu maddeler arasında cerrahi hemşireleri tarafından en olumlu algı içerisinde olunan maddeler "Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor" ( $\bar{X}=3,28$ ) ve "Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır" ( $\bar{X}=3,27$ ) maddeleri olurken en olumsuz algı ise "Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır" ( $\bar{X}=2,93$ ) maddesine yönelik belirtilmiştir. Olumsuz maddelerde katılımcıların en olumlu algı içerisinde oldukları madde "Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir" ( $\bar{X}=2,03$ ), en olumsuz algı

içerisinde olan madde ise "Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz" ( $\bar{x}=2,70$ ) maddesidir.

Katılımcıların "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz algı oranları, "Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor" maddesi için %24,8; Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır" maddesi için %22,3 ve "Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır" maddesi için ise %38'dir. "Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir" maddesi için katılımcıların %72,7' sinin "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları belirlenirken, %10,7' sinin de "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile olumlu bir algı içerisinde oldukları saptanmıştır. "Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz" maddesi için katılımcıların %55,4' ünün "hiç katılmıyorum" ve "az katılıyorum" seçenekleri ile olumsuz bir algı içerisinde oldukları belirlenirken, %25,6' sının da "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri ile durumu onayladıkları tespit edilmiştir (Tablo 3.2.6).

### **3.3 Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının bireysel özelliklerine göre karşılaştırılması sonucunda farklılık bulunan değişkenlere ilişkin t testi ve varyans analizi sonuçları Tablo 3.3.1 ve Tablo 3.3.6 arasında sunulmuştur. Hasta güvenliği kültürü algısının çalışılan kuruma göre karşılaştırmasına yönelik varyans analizi sonuçları Tablo 3.3.1' de verilmiştir.

**Tablo 3.3.1:** Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Çalıştıkları Kuruma Göre Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Kurum	$\bar{X}$	SS	F	P
Çalışılan Birim	Özel Fuar H.	3,65	0,42	15,727	0,000***
	Özel Park H.	3,76	0,41		
	Devlet H.	3,02	0,55		
	AKÜ Tıp	3,13	0,56		
Yönetici	Özel Fuar H.	3,19	0,57	6,681	0,000***
	Özel Park H.	3,47	0,70		
	Devlet H.	2,79	0,83		
	AKÜ Tıp	2,90	0,76		
İletişim	Özel Fuar H.	3,48	0,82	6,895	0,000***
	Özel Park H.	3,83	0,69		
	Devlet H.	3,04	0,88		
	AKÜ Tıp	3,15	0,80		
Raporlama	Özel Fuar H.	3,25	0,56	6,629	0,000***
	Özel Park H.	3,50	1,04		
	Devlet H.	2,45	0,77		
	AKÜ Tıp	3,00	0,93		
Genel Hasta Güvenliği	Özel Fuar H.	4,00	0,50	12,412	0,000***
	Özel Park H.	3,72	0,63		
	Devlet H.	3,04	0,90		
	AKÜ Tıp	3,15	0,42		

\*\*\* $p < 0,001$

Tablo 3.3.1' deki analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı her bir alt ölçek için çalışılan kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p < 0,05$ ). Aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde, Özel Fuar Hastanesi ve Özel Park Hastanesi cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tüm alt ölçeklerde (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Afyon Devlet Hastanesi çalışanlarına göre daha olumludur. Diğer bir ifade ile devlet kurumları olan Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Afyon Devlet Hastanesi cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin özel hastanelerde çalışanlara göre daha olumsuz bir algı içerisinde oldukları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının yaşlarına göre karşılaştırmasına yönelik varyans analizi sonuçları Tablo 3.3.2' de sunulmuştur.

**Tablo 3.3.2:** Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Yaş Grubu	$\bar{X}$	SS	F	P
Çalışılan Birim	20 yaş ve altı	3,72	0,39	2,682	0,035*
	21-25	3,41	0,66		
	26-30	3,26	0,58		
	31-35	3,24	0,48		
	36 yaş ve üzeri	3,17	0,61		
Yönetici	20 yaş ve altı	3,55	0,57	2,232	0,070
	21-25	2,95	0,74		
	26-30	3,02	0,82		
	31-35	3,14	0,75		
	36 yaş ve üzeri	2,93	0,95		
İletişim	20 yaş ve altı	4,00	0,83	3,539	0,009**
	21-25	3,26	0,71		
	26-30	3,35	0,98		
	31-35	3,26	0,57		
	36 yaş ve üzeri	3,07	0,89		
Raporlama	20 yaş ve altı	3,52	0,95	3,380	0,012*
	21-25	3,33	1,12		
	26-30	2,74	0,67		
	31-35	2,76	0,82		
	36 yaş ve üzeri	2,91	0,97		
Genel Hasta Güvenliği	20 yaş ve altı	3,59	0,62	0,728	0,575
	21-25	3,44	0,62		
	26-30	3,27	0,77		
	31-35	3,39	0,31		
	36 yaş ve üzeri	3,30	1,07		

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

Tablo 3.3.2' deki bulgular, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlama ile ilgili algısı yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini ( $p<0,05$ ) ortaya koymaktadır. Hemşirelerin hasta güvenliği

kültürüne ilişkin yönetici ve genel hasta güvenliğine ait algıları ise yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ). Aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde, 20 yaş ve altındaki hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlama ile ilgili algısının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3.3.3:** Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Eğitim	$\bar{X}$	SS	F	P
Çalışılan Birim	Lise	3,60	0,50	10,722	0,000***
	Önlisans	3,18	0,59		
	Lisans	3,05	0,56		
	Lisansüstü	4,01	0,06		
Yönetici	Lise	3,28	0,74	5,513	0,002**
	Önlisans	3,05	0,79		
	Lisans	2,75	0,73		
	Lisansüstü	4,00	0,43		
İletişim	Lise	3,69	0,81	9,519	0,000***
	Önlisans	2,97	0,50		
	Lisans	3,03	0,83		
	Lisansüstü	4,38	0,19		
Raporlama	Lise	3,47	0,97	7,500	0,000***
	Önlisans	2,68	0,71		
	Lisans	2,68	0,90		
	Lisansüstü	3,11	0,19		
Genel Hasta Güvenliği	Lise	3,57	0,67	3,702	0,014*
	Önlisans	3,38	0,90		
	Lisans	3,12	0,54		
	Lisansüstü	3,75	0,41		

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$  \*\*\* $p<0,001$

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının eğitim durumlarına göre karşılaştırmasına yönelik varyans analizi sonuçları Tablo 3.3.3' te sunulmuştur.

Tablo 3.3.3' teki analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı her bir alt ölçek için eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde, önlisans ve lisans mezunu hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tüm alt ölçeklerde (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) daha düşük ortalamalara sahip oldukları yani hasta güvenliği kültürü konusunda daha eleştirel bir yaklaşım ve algı içerisinde oldukları belirlenmiştir.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının medeni durumlarına göre karşılaştırmasına yönelik t testi sonuçları Tablo 3.3.4' te sunulmuştur.

**Tablo 3.3.4:** Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Medeni Durum	$\bar{X}$	SS	t	P
Çalışılan Birim	Bekar	3,51	0,56	3,353	0,001**
	Evli	3,15	0,58		
Yönetici	Bekar	3,18	0,83	1,568	0,120
	Evli	2,95	0,69		
İletişim	Bekar	3,53	0,88	2,533	0,013*
	Evli	3,14	0,73		
Raporlama	Bekar	3,22	1,04	2,024	0,045*
	Evli	2,86	0,82		
Genel Hasta Güvenliği	Bekar	3,48	0,66	1,541	0,126
	Evli	3,28	0,74		

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

Tablo 3.3.4' teki analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlamaya yönelik algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterirken ( $p<0,05$ ), yönetici ve genel hasta güvenliğine yönelik algılarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Aritmetik ortalama değerlerine göre, evli olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlamaya yönelik algısının bekar hemşirelere göre daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının görev yaptıkları birime göre karşılaştırmasına yönelik varyans analizi sonuçları Tablo 3.3.5' te sunulmuştur.

**Tablo 3.3.5:** Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Eğitim	$\bar{X}$	SS	F	P
Çalışılan Birim	Cerrahi Servis	3,35	0,60	1,167	0,315
	Yoğun Bakım	3,52	0,68		
	Ameliyathane	3,31	0,54		
Yönetici	Cerrahi Servis	3,26	0,81	4,007	0,021*
	Yoğun Bakım	2,73	0,63		
	Ameliyathane	3,15	0,79		
İletişim	Cerrahi Servis	3,45	0,83	0,449	0,639
	Yoğun Bakım	3,45	0,89		
	Ameliyathane	3,30	0,84		
Raporlama	Cerrahi Servis	3,14	1,01	1,818	0,167
	Yoğun Bakım	3,34	1,25		
	Ameliyathane	2,92	0,78		
Genel Hasta Güvenliği	Cerrahi Servis	3,58	0,66	2,001	0,140
	Yoğun Bakım	3,23	0,88		
	Ameliyathane	3,37	0,61		

\* $p<0,05$



Tablo 3.3.5' teki analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısına ilişkin yönetici boyutundaki algısı görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık gösterirken ( $p<0,05$ ), çalışılan birim, iletişim ve genel hasta güvenliğine yönelik algılarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Aritmetik ortalama değerlerine göre, yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin yöneticilere yönelik algılarının cerrahi servis ve ameliyathanede görev yapan hemşirelere göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

Çalışmada, ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları diğer bireysel özelliklerine göre de karşılaştırılmış olup analizler sonucunda anlamlı farklılıklar gözlenmediği için bulgular bölümünde yer verilmemiştir.

#### **4.TARTIŞMA**

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır (Akalın, 2010). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansına (National Patient Safety Agency) göre, hasta güvenliği; hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için raporlanması ve analizi, geliştirilen çözümlerin uygulanması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme sürecidir (Gözlü ve Kaya, 2012). Hastanelerde, yönetsel etkinliğinin bir göstergesi olarak, tıbbi hizmetlerin kalitesi, enfeksiyon hızı, komplikasyon oranı, hatalı antibiyotik kullanım oranı ve hasta güvenliği gibi ölçütler kullanılmaktadır (Özgülbaş, 2001; Taş ve ark., 2013).

Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Bal, 2006; Göl, 2007; Sezgin, 2007; Gökdoğan ve ark., 2009; Güven, 2007).

Bir sağlık kuruluşunun, hastaların güvenliğini sağlamasından daha önemli bir şey yoktur. Bu yüzden sağlık sektörü yöneticilerinin asli görevlerinden birisi hasta güvenliğini arttırmak olmalıdır. Yapılan çalışmalarda, hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil, sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır (Alan ve ark., 2013).

Hastaya verilen hizmet süresince uygulanan tedavi ve bakımın başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuz ya da istenmeyen olay hasta güvenliğini tehdit eder. Tıp biliminin ilk ve en temel öğretilerinden biri “Önce Zarar Verme“ ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda kurgulanan sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmaktadır. Ancak, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, hasta güvenliğini ve bakım sonuçlarını olumsuz etkileyerek hastaların zarar görmesine neden olabilmektedirler (Aydın, 2008; Uzun, 2009).

Afyonkarahisar İl merkezinde faaliyet gösteren hastanelerde görev yapan cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmış ve Özel Fuar Hastanesi, Özel Park Hastanesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Afyon Devlet Hastanesi cerrahi servislerinde görev yapan 121 hemşireye uygulanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar çok önemli yer tutmaktadır. Tıbbi hataların dolayısıyla hasta güvenliğinin önemli bir kısmı bireysel hatalardan ziyade örgüt yapısı, çalışan sayısı ve teknik altyapı yetersizliği gibi sistemden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kalite yönetim sistemiyle tıbbi hatalar ve hasta güvenliği ilişkilidir (Taş ve ark., 2013). Yaptığımız çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda birimlerini genel olarak değerlendirmesi istenmiş olup yarısının olumlu bir yaklaşım içerisinde olduğu tespit edilirken yarısının da orta düzey veya zayıf, başarısız şekilde değerlendirme yaptığı tespit edilmiştir. Filiz (2009)' in yaptığı araştırmaya göre ise; çalışanlar “birimlerindeki hasta güvenliğinin derecesinin” en azından kabul edilebilir düzeyde olduğu görüşündedir. Yalçın ve Acar'ın çalışmasında (2010) hasta güvenliğinin Avrupa Birliği Ülkeleri tarafından oldukça ciddiye alınan bir konu olduğu fakat ülkemizde devlet otoritelerinin hasta güvenliğinden çok hasta şikayetlerine ve haklarına eğildiğini belirtmesi araştırmamızı desteklemektedir.

Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları beş boyutta (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) incelenmiş olup, her bir boyuttaki genel algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu da çok olumlu olmasa da genel olarak hasta güvenliği kültürüne ilişkin algı düzeyinin olumsuz olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda raporlama ve yöneticilere ilişkin algılarının diğer boyutlardan daha olumsuz olduğu gözlenmiştir (Tablo 3.2.1). Sağlık çalışanları arasında etkili iletişim önemlidir. Çalışanlar etkili iletişim becerisine sahip iseler takım çalışması ve işbirliği içinde uygun bilgileri zamanında paylaşabilirler. Etkili iletişimin gerçekleşmediği durumlarda hasta bakımı tehlikeye düşer ve sağlık çalışanları arasında iletişim çatışmaları yaşanabilir. Hiyerarşi farklılıkları, çelişkili roller ve sorumluluklar, belirsizlik ve güç mücadeleleri gibi durumlar iletişim çatışmalarına neden olabilir. Bunun sonucunda da sağlık çalışanları arasında uzlaşma, hasta güvenliği ve bakım kalitesi tehlikeye girebilir (Nazdam, 2009). Kumcağız ve arkadaşlarının (2010), yaptığı araştırmaya göre; hemşirelerin çalışma yılının genel iletişim beceri düzeylerini etkilediği, 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin iletişim

beceri düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin; çalışanların hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışması, hasta güvenliğinin, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilke olması, daha ciddi hataların oluşmamasının tesadüfe bağlanmaması, yöneticilerin, hasta güvenliğini geliştirilmesinde çalışanların önerilerini ciddiye alması, yöneticilerin tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelmemesi, çalışanların, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilmesi, raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendirilme yapılması, hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında durumun rapor edilme sıklığı, yönetimin faaliyetlerinin, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu göstermesi, hastane yönetiminin hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlaması ve hastanelerdeki nöbet değişimlerinin hastalar açısından problemlili olmaması **konularında daha olumlu bir algı içerisinde oldukları** saptanırken; iş yükünün üstesinden gelecek kadar personelin bulunması, yapılan hataların birimlerde pozitif değişikliklere yol göstermesi, bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu olması, yöneticilerin oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir etmesi, yöneticilerin kalite kaybı olsa bile daha hızlı çalışılmasını istemesi, çalışanların yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissedebilmesi, çalışanların bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkması, bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde durumun rapor edilmesi, birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliğinin olması ve hastane ünitelerinin birbirleriyle uyum içinde çalışması **konularında ise daha olumsuz bir algı ve yaklaşım içerisinde oldukları** tespit edilmiştir.

Dikkatli incelendiği zaman tıbbi hataların kişisel hatalardan çok sistemdeki eksiklikler veya yetersizlikler sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Bu nedenle

tıbbi hataların kişisel hatalar olarak kabul edilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çalışma koşullarına çıkarılan yönetmelik ve genelgelerde hemşirelerin çalışma sürelerine ilişkin 8 saatlik vardiya ya da 08-08 saatleri ile 16-08 saatleri arasında 24 ve 16 saatlik nöbet tutma şeklinde çalışabilecekleri bildirilmektedir. Uzun saatler kesintisiz çalışma ve nöbetler, iş yoğunluğunu ve dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engelleyebilmekte ve buna bağlı tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Hasta güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin uzun saatler boyunca çalışması gösterilmiştir (Rogers et al., 2004). Yalçın ve Acar'ın çalışmasında (2010) hasta güvenliğinin Avrupa Birliği Ülkeleri tarafından oldukça ciddiye alınan bir konu olduğu fakat ülkemizde devlet otoritelerinin hasta güvenliğinden çok hasta şikayetlerine ve haklarına eğildiğini belirtmişlerdir. Özata ve Altuncan (2010)' ın yaptığı araştırmaya göre; sağlık personellerinde hataya en çok yol açan ilk 5 neden arasında; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk olarak belirtilmiştir. Carter ve arkadaşları (2004) günlük 12,5 saat veya daha fazla çalışan hemşirelerde tıbbi hata oranını %6 olarak bulmuşlardır.

Hastaya zarar vermemiş olsa bile hataların bildirilmesi önemlidir. Böylece sistemdeki sorunlar belirlenerek ileride hastaya zarar verebilecek ciddi hataların önlenmesi sağlanabilir. Filiz (2009)' in yaptığı çalışmaya göre sağlık çalışanları tıbbi hataları çok düşük oranda (% 15) raporlamaktadır. Hastaya zarar verme ihtimali olan hatalar % 18 oranında raporlanırken, kıl payı atlatılan hatalar ve hastaya zarar verme ihtimali olmayan hatalar sağlık çalışanlarınca daha az önemsenmektedir. Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da hemşirelerin “neredeyse hata olacaktı” denilen durumları dikkate almadıkları görülmektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin, hastanın zarar görmesine yol açabilecek hataları dahi düşük oranda (% 23) raporladığı saptanmıştır. Yapılan çalışmada hemşirelerin son 12 ayda rapor ettikleri olay sayısının % 12,4 ile 1-2 olay olduğu görülmüştür (Tablo 3.1.16). Çalışma sonucu

literatür ile benzerlik göstermektedir ve bunun sebebinin raporlanan hatanın sonucunun bildiren kişinin ceza alması, yönetimin hata yapan kişi için oluşturacağı ön yargı gibi sebeplerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hataların daha kolay raporlanmasını sağlamak için elektronik raporlama sistemi oluşturulabilir. Hataların raporlanmamasının sebebi genellikle, kurumlarda hata yapanı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşım sergilenmesinden kaynaklanmaktadır. Filiz (2009)' in yaptığı araştırmaya göre; katılımcıların çoğu (%81) hata yaptıklarında cezalandırılacaklarını düşünmektedir. Çalışanlar, yöneticilerin hata ile ilgili olaya değil de hatayı yapan kişiye odaklanarak suçlayıcı bir tavır sergileyecekleri ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklanacağından endişe duymaktadır. Bu düşüncenin hakim olduğu kurumlarda hataların raporlanmaması beklenen bir durumdur. Ayrıca hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması ve hekim ve hemşirelerin yoğun iş yükü de bildirimini engellemektedir (Evans ve ark 2006).

Bu çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği konusundaki algıları bireysel özelliklerine göre t testi ve varyans analizi ile karşılaştırılmış olup bazı değişkenler arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Buna göre, Özel Fuar Hastanesi ve Özel Park Hastanesi cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği konularındaki algılarının Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Afyon Devlet Hastanesi çalışanlarına göre daha olumlu olduğu, bir başka ifade ile devlete bağlı hastanelerde görev yapan hemşirelerin özel hastanelerde çalışanlara göre daha olumsuz bir algı içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Gündoğdu ve Bahçecik (2012)' in yaptığı araştırma sonuçlarına göre de; kurumlara göre hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği derecesi konusunda değerlendirdiğinde; Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde çalışan hemşirelerin % 48,7' sinin kabul edilebilir; Özel Hastane'de çalışan hemşirelerin % 51'inin çok iyi, her iki kurumda çalışan hemşirelerin ise % 38,5'inin çok iyi ve % 35,8'inin kabul edilebilir yanıtını verdiği belirlenmiştir. Ülkemizde çalışma koşullarının yoğunluğu, kurumlar arası farklı çalışma şekillerinin

varlığı, yeterli kalifiye insan gücünün bulunmaması, bireylerin eşit fedakarlıkla çalışmamaları olduğu, düşünülmektedir.

Araştırmada, 20 yaş ve altındaki hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlama ile ilgili algısının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, önlisans ve lisans mezunu hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tüm alt ölçeklerde (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) daha eleştirel bir yaklaşım ve algı içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Gündoğdu ve Bahçecik (2012)' in yaptığı araştırmanın sonucunda; sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” ortalamasının önlisans mezunu hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek; yüksek lisans mezunu hemşirelerin “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalamasının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız Gündoğdu ve Bahçecik (2012) ve Gökdoğan, Yorgun ve Yapıcı' nın çalışması (2009) ile uyumluluk gösterirken, Oğuz'un çalışması (2007) ile uyumluluk göstermemektedir.

Evli olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlamaya yönelik algısının bekar hemşirelere göre daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucu, evli olan hemşirelerin aileye ilişkin sorumluluklarının bekar hemşirelerden daha fazla olmasına bağlanabilir.

Tablo 3.3.2'deki bulgular, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlama ile ilgili algısı yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kurumdaki görev süresi yükseldikçe hata raporlamaların artması çalışanların raporlama yapmaktan korkmamaları, kendilerini çalışmalarlarıyla kurumda tanıtmış olmaları ve özgüvenlerinin yüksek olmasını düşündürmektedir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin yönetici ve genel

hasta güvenliğine ait algıları ise yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde, 20 yaş ve altındaki hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlama ile ilgili algısının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada dikkat çekici önemli bir sonuçta, yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilere yönelik algılarının genel cerrahi ve ameliyathanede görev yapan hemşirelere göre daha olumsuz olmasıdır. Ülkemizde ve Dünyada sağlık hizmetlerini veren kişi sayısının az olması, yeterli sayıda istihdam sağlanamaması, yoğun bakım hemşireliğinin zor, deneyim ve tecrübe gerektirmesi, kalifiye çalışan sayısının az olması nedeni ile sık nöbete girme, shift usulü çalışma zorunluluğu getirmektedir. Bu zorluklar nedeni ile yoğun bakımlardaki hemşireler deneyim kazandıktan sonra, oryantasyon ve eğitimleri tamamlandıktan sonra uzun yıllar yoğun bakımda kalmak istememektedir ve bıkkınlık, yorgunluk ve tükenmişlikle ayrılmak ya da başka bölümlere geçmek istemektedirler. Bunun sonucunda, yoğun bakımlarda iş hayatına yeni başlamış, deneyimsiz ve tecrübesiz hemşirelerin sıklıkla çalışmasına yol açmaktadır. Yoğun bakımda çalışan sağlık hizmeti verenlerin sayısının azlığı, haftalık çalışma saatlerini artırmakta ve mesaili çalışma şeklinde 24 saat hizmet devamlılığı sağlanmaktadır. Personel sayısının gerek nitelik gerekse nicel olarak azlığı, fazla çalışma süreleri ile tıbbi hatalar ve hasta güvenliği arasında önemli bağlantı vardır (Uçar ve ark., 2013).



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi, öncelikle mevcut durumun ortaya konması ile mümkündür. Bu araştırma da betimleyici bir nitelik taşımakla birlikte Afyonkarahisar' daki hastanelerin cerrahi servislerindeki hasta güvenliği kültürüne ilişkin mevcut durumu ortaya koyması bakımından kesitsel bir özellikte taşımaktadır. Araştırma ile ortaya çıkan sonuçların ilgili kişi, kurum veya kuruluş yöneticilerinin hasta güvenliği kültürünü oluşturabilme çalışma ve çabalarına katkıda bulunabileceği ve hata bildirimlerinde daha şeffaf ve tıbbi hataların önlenmesinde daha düzenli yaklaşımların oluşturulmasının sağlanabilmesi açısından önemli görülmektedir. Bu yaklaşımla, hasta güvenliği konusunda farklı illerde yapılacak benzer çalışmaların literatüre katkı sunmasının yanı sıra ülkemizdeki mevcut durumu betimleyebilmesi ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulması bakımından hayati önemde olduğu değerlendirilmektedir.

Sağlık kurumlarımızda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının saptanması, konu hakkında bilişsel düzeyde bir betimleme yapılabilmesine olanak sağlayacaktır. Böylece hasta güvenliğine ilişkin eksiklerin ve/veya hataların bilişsel anlamda ortaya çıkması sağlanabilecektir. Bu kapsamda, araştırmada elde edilen sonuçlar çerçevesinde aşağıda belirtilen önerilere yer verilmiştir.

Hastanelerde;

- ✓ İş yükünün üstesinden gelecek kadar personelin bulunması,
- ✓ Yapılan hataların birimlerde pozitif değişikliklere yol göstermesi,
- ✓ Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusunun ortadan kaldırılması,

- ✓ Yöneticilerin oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir etmesi,
- ✓ Yöneticilerin kalite kaybı olsa bile daha hızlı çalışılmasını istememesi,
- ✓ Çalışanların yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissedebilmesi,
- ✓ Çalışanların bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkmaması,
- ✓ Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde durumun rapor edilmesi,
- ✓ Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliğinin olması ve
- ✓ Hastane ünitelerinin birbirleriyle uyum içinde çalışması gerekmektedir.

## 6.ÖZET

### **Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’ da Bir Uygulama**

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır. Hasta güvenliği kültürü de, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir.

Bu araştırmanın amacı, Afyonkarahisar İl merkezinde faaliyet gösteren hastanelerde görev yapan cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesidir. Araştırmanın evreni, Afyonkarahisar İl merkezindeki hastanelerde görev yapan cerrahi hemşirelerinden oluşmaktadır. Araştırmada örneklem alınma yoluna gidilmemiş olup, hastanelerin cerrahi servislerinde görev yapan tüm hemşirelere ulaşılarak “tam sayım” yapılmıştır. Buna göre, toplam 121 cerrahi hemşireden elde edilen anketler değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırma hasta güvenliği kültürüne ilişkin mevcut durumu ortaya koyması bakımından betimsel (descriptive) bir çalışma niteliğindedir. Veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmış olup bu çalışmada da Hasta Güvenliği Kültürü Hastane “Hospital Survey on Patient Safety Culture” anketi kullanılmıştır. Verilerin SPSS for Windows paket programında değerlendirildiği çalışmada, hemşirelerin bireysel özellikleri frekans ve yüzde dağılımları ile sunulmuş olup, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları ise frekans ve yüzde dağılımlarının yanı sıra aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ile betimlenmiştir. Bununla birlikte, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının bireysel özelliklere göre

karşılaştırılmasında iki grup için t testi ve ikiden fazla grup için varyans analizi gibi parametrik testlerden yararlanılmıştır.

Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları beş boyutta (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) incelenmiş olup, her bir boyuttaki genel algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bunun yanında devlete bağlı hastanelerde görev yapan hemşirelerin özel hastanelerde çalışanlara göre daha olumsuz bir algı içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Araştırmada, 20 yaş ve altındaki hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim, iletişim ve raporlama ile ilgili algısının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda bekar ve kırsal bölgede hayatını geçirenlerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışılan birim ve raporlamaya yönelik algısı daha olumludur. Yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilere yönelik algıları genel cerrahi ve ameliyathanede görev yapan hemşirelere göre daha olumsuzdur.

Sağlık kurumlarımızda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının saptanması, konu hakkında bilinçsel düzeyde bir betimleme yapabilmesine olanak sağlayacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Cerrahi hemşireleri; hasta güvenliği; hasta güvenliği kültürü.

## SUMMARY

### **Determining of Patient Safety Culture Perception of Surgeon Nurses: An Application in Afyonkarahisar**

Patient safety is known as a practice towards preventing errors, elimination of the injuries and death caused by health care itself. Patient safety culture as well, is the acceptance of making patient safety a top priority and a common value among the institution.

The purpose of this study is to detect the perception of the surgical nurses operating in the province of Afyonkarahisar over patient safety culture. Surgical nurses operating in the province of Afyonkarahisar are forming the population of our research. Sampling was not taken as our method but also a full census was conducted by reaching entire surgical nurses working in the surgical wing. According to this, questionnaires collected from 121 surgical nurses were assessed.

Our research may be defined as a descriptive study by revealing the current status about patient safety culture. "Hospital Survey on Patient Safety Culture" questionnaire is used to collect data. The data is analyzed within SPSS for Windows software programme and individual specifications of the nurses are submitted with frequency and percent distribution but also described with arithmetic average and standard deviation rates. Comparison for the patient safety culture perceptions affected by the individuality of the nurses, t-test is chosen for two groups and for over two groups analyses of variance method is chosen.

In this study, the perceptions of nurses over patient safety culture is overviewed in five dimensions (working unit, administration, communication, reporting and general patient safety); overall perception within each dimension is detected to be in moderate level. At the same time, nurses working in state hospitals are found in a more negative perception other than nurses working in private

hospitals. On the other side, nurses under the age of 20 are determined to have higher perception including the dimensions of working unit, communication and reporting on patient safety culture. Also nurses single and from the countryside are found to be more positive in the dimensions of working unit and reporting on patient safety culture. ICU (intensive care unit) nurses are found to have a more negative perception than nurses in general surgery and operating rooms.

In conclusion, detection of the perceptions on patient safety culture from nurses working in our medical agencies would allow a description on a cognitive level for the subject.

**Key words:** Surgical nurses, patient safety; patient safety culture

## KAYNAKLAR

- AKALIN, HE. (2004). Hasta Güvenliği Kùltürü: Nasıl Geliřtirebiliriz? *ANKEM Dergisi*, 18(2) 2: 12-13.
- AKALIN, H. ERDAL. (2010). Hasta Güvenliği Kùltürü, *Sağlıkta Nabız*, 7 (25): 10-13.
- ALAN, H. (2013). Hasta Güvenliği Kavramı ve Hasta Güvenliğinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları; *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* Kasım 2013; 6-7.
- ALAN, H., ER KORUCU, A., TERZIOĐLU, F. (2013). Hasta Güvenliğinin Öncelikli Konusu: Hasta Güvenliği Kùltürü; *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*,7: 6-7.
- ANKARA DIşKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ, Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı, 2013.
- ATASOY, A. (2009). Sandıklı Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarında El Hijyeni Uygulamalarının Belirlenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2, 19-21 Mart 2009, Antalya; 367-375.
- ATASOY, A., AKSOY, S. (2008). Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi.
- AYDIN, B. (2007). Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi.
- AYDIN, B. (2008). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği. Hasta Güvenliği Kongresi bildirileri 2008, Web adresi: [http://www.hastaguvenligikongresi.net/author\\_article\\_detail.php?id=1](http://www.hastaguvenligikongresi.net/author_article_detail.php?id=1).
- AYGİN, D., CENGİZ, H. (2011). İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. *şişli Eftal Hastanesi Tıp Bùlteni*, 45: 110-114.
- BEYEA, SUZANNE, (2006). “The National Patient Safety Goals: A focus for action” *AORN Journal*, Vol. 84, Issue 3, September. pp. 485-488. [www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.html).
- BAL, E. (2006). Akreditasyon İçinde Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği. <http://www.suvak.org.tr/> ;
- BATES, DW., GAWANDE, AA., N ENGL J MED. 20031; 348:2526-2534.

- BERKE D, ETİ ASLAN F. (2010). Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 4
- BİLGE, Y. (2013). Tıpta Uygulama Hatalarının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi. *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları*; 7-12.
- BUDAK, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 7: 54-57,
- BULUN, MUSTAFA. (2007). [www.medimagazin.com.tr/mm-dr-bulun-hasta-guvenligi-kulturuolusturmamiz-gerekli-h-42828.html](http://www.medimagazin.com.tr/mm-dr-bulun-hasta-guvenligi-kulturuolusturmamiz-gerekli-h-42828.html).
- CARTER DC. (2004). Adverse Events. *British Journal of Surgery* 2004; 91(7): 785-6.
- CHOİ, BI., KİM, SH., VU, ES., CHUNG, HS., HAN, MC., KİM, CW. (1998). Retained Surgical Sponge: Diagnosis With CT and Sonography. *AJR*. 150: 1047-1050, 1998
- CLARKE, SP. (2006). Organizational Climate and Culture Factors. Fitzpatrick JJ, Stone PW, Hinton-Walker P. *Annual Review Of Nursing Research*. Springer Publ; 2006: 258.
- COOPER, MD. (2000). Towards a Model of Safety Culture, *Safety Science*.
- ÇAKIR, Z. (2009). Hasta Gözüyle Hasta Güvenliği. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2*, 19-21 Mart 2009, Antalya; 145-151.
- ÇAPACI K (2007). İnmede Düşme ve Kırıklar. *Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi* 53(1): 7-10.
- ÇEÇEN, D., ÖZBAYIR, T. (2011). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. Cilt: 27 Sayı: 1 Yıl: 2011
- ÇIRPI, F., DOĞAN MERİH, Y., YAŞAR KOBABEY, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2*, 19-21 Mart 2009, Antalya; 85-94.
- DALTON, GEORGE, D., SAMAROPOULOS, XANTHIA, F., VE DALTON, AUGUSTINE C, (2008), "Improvements in the Safety of Patient Care Can Help end the Medical Malpractice Crisis in the United States", *Health Policy*, 86, pp. 153–162.
- DİL, S. (2013). Hemşirelik Eğitim ve Uygulamalarında İletişim Becerisinin Önemi. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* Kasım 2013, 7: 28-29.



- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (WHO). Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi, Web adresi:[www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguenlik/kuresel\\_hasta\\_guvenligi.doc](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguenlik/kuresel_hasta_guvenligi.doc),
- EMİROĞLU, N. (1994), “İş Sağlığı Hemşireliği”, *Türk Hemşireler Dergisi*, Cilt 44 No: 6; 35-38.
- ERBİL, H. (2009). Hasta Güvenliğinde Sterilizasyon İşlemlerinin Önemi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2, 19-21 Mart 2009, Antalya; 15-23
- ERDAĞI, S.(2013)Hasta Güvenliğinin Öncelikli Konusu: Hasta Güvenliği Kültürü. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*,7: 12-14.
- ERDEMİR, AD., ELÇİOĞLU, ÖŞ. (2000). Tıp Etiği Işığında Hasta Ve Hekim Hakları, Ankara: 25-32.
- ERSAN A. (2013). A.Ü.T.F. Uygulamada Tıbbi Hatalar ve Algoloji Hemşireliği.
- ESATOĞLU, E., AKBULUT, Y. (2007). Hasta Güvenliğinde İş Tasarımının Önemi ve Bir Model Önerisi. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongre Kitabı, Antalya.
- ESEN, H., DEMİREL, A., ÖNOL, HÇ., EVCİL, N., ERTUĞRUL, S. Hasta Güvenliği Bakımından Algı Düzeyinin Belirlenmesi. 3. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Azim Matbaacılık, Ankara 2011. s. 257-271.
- EVANS SM, BERRY JG, SMİTH BJ, ESTERMAN A, SELİM P, O’SHAUGHNESSY J, DEWİT M. (2006). Attitudes and Barriers to Incident Reporting: a Collaborative Hospital Study. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 39-43.
- FİDANCI, B.E., YILDIZ, D., KONUKBAY. D., AKBAYRAK. N., HATİPOĞLU, S. (2011). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Tıbbi Hastaya Eğilim Durumlarının Değerlendirilmesi 3. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Azim Matbaacılık, Ankara 2011. s.534-548.
- FİLİZ, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- FİŞEK, A. (1989), “TTB İşçi Sağlığı Etkinlikleri”, *Türk Tabipleri Birliği Haber Bülteni*; 12-14.
- GÜÇLÜ, N. (2003). Örgüt Kültürü. Kırgızistan Manas Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 147-159.
- GÖKDOĞAN, F., YORGUN, S., YAPICI, M., YILDIRIM, Y., ÖZDENER, S., MISIRLIOĞLU, N., ŞENTÜRK, E. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta

- Güvenliği ve Hemşireler. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2, 19-21 Mart 2009, Antalya; 96-104.
- GÖL, G. (2007). Bayındır Hastanelerinde Hasta Güvenliği Yöntemleri. I.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Kitabı, Antalya.
- GÜLEÇ, S., TOYGAR, E., YENİ, Ç., ASLAN, DALMIŞ, K., YAZGAN, M. (2009). Hastanelerde Kullanılan Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu ve Hasta Güvenliği. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2, 19-21 Mart 2009, Antalya; 152-165.
- GÜNDOĞDU, S., BAHÇECİK, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 2.
- GÜRKAN, A., PİRİM, Y. (2009). Hasta ve Çalışan Güvenliği Kapsamında Radyasyon Güvenliği Hizmet İçi Eğitim Programının Etkinliğine İlişkin Bir Örnek Olay Çalışması. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2, 19-21 Mart 2009, Antalya; 124-132.
- GÜVEN, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi 2007; 411-422.
- GÖZLÜ, KENAN VE KAYA, SIDIKA (2012), Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün değerlendirilmesi, 6. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı, Isparta: 175-182.
- GÜLEÇ, S., GÖKMEN, H. (2009) Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği: Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2 19-21 Mart 2009, ANTALYA; 166-178.
- GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ UYGULAMA REHBERİ “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” 2011.
- GÜVEN, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi 2007; 411-422.
- HENRİKSEN, K., DAYTON, E. (2006). Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety. *Health Services Research* 41 (4): 1539–54.
- HEALTHCARE RİSK CONTROL (HRC). Risk Analysis, Culture of Safety. ECRI Institute; 2005: [cited 2008 Jun 28] Available from [URL:https://www.ecri.org/Documents/Patient\\_Safety\\_Center/HRC\\_CultureofSafety.pdf](https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf).
- INSTITUTE OF MEDİCİNE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, Washington DC: National Academy Press; 2001.

- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day 2006. Information and Action Tool Kit. Geneva, Switzerland; 2006.
- IŞIK, AT., CANKURTARAN, M., DORUK, H., MAS, R. (2006). Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (1): 45-50.
- İNANIR, İ., SERBEST, Ş. (2009) 6. TÜRK Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 3-6 Mayıs 2009: Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı: 9-10.
- İNTEPELER, ŞS., DURSUN, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15: 129-135.
- KARA EROĞLU, E., BERK, Y., ÖKSÜZ, AS., KESER, N., MERCAN, F. (2009). Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2,19-21 Mart 2009, Antalya; 76-84.
- KARAHAN, A. (2011). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü. İlaç hataları.
- KARAKOÇ, H., ALTUĞ, M., CANPOLAT, G. (2008). Çalışan Memnuniyeti Anket Sonuçlarının Değerlendirilmesi.
- KAYMAKÇI, Ş. (2001). Ameliyathanede Karşılaşılan Yasal Sorunlar. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.
- KİM, J., AN, K., KİM, MK., YOON SH. (2007). Nurses' Perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res* 2007; 29: 827-44.
- KOHN, LT., CORRİGAN, JM., DONALDSON, MS. (2000). To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Pres; 2000.
- KONGAR, E. (1972). Toplumsal Değişme. Ankara: Bilgi Yayınevi.
- KUĞUOĞLU, S., ÇÖNEVER, Ç., KÜRTÜNCÜ TANIR, M., AKTAŞ, E. (2009). İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu; *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2, Sayı:2. 2009 (<http://www.ebto.org.tr>).
- KUMCAĞIZ, H., YILMAZ, M., BALCI ÇELİK, S., AYDIN AVCI, İ. (2010). Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal* 2011; 38 (1): 49-56.
- KÜÇÜKAKÇA, G. (2013). İlaç Güvenliğinin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* Kasım 2013, 7: 18-20.

- LAMBERT L, WOOD J, KOWANKO I ET AL. (1998). Falls in Hospitals. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing 2(2): 1-6.
- LEAPE, LL., BERWICK, DM., BATES, DW. (2002) What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-based Medicine Meets Patient Safety. *Journal of the American Medical Associations*, 288 (4): 501-507.
- MC FADDEN, L., VE STOCK, G. N. (2006). "Implementation of Patient Safety Initiatives in US hospitals", *International Journal of Operations & Production Management* Vol. 26 No. 3, pp. 326-347.
- MELLİ M. (2013). İlaç Kullanımına Bağlı Tıbbi Hatalar. Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları; 57-59.
- NADZAM DM. (2009). Nurses' Role in Communication and Patient Safety. *J Nurs Care Quality*. 2009; 24: 184-188.
- NİEVA, VF., SORRA, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Health Care Organizations. *Quality & Safety in Health Care*, 12 (11): 117-123.
- OĞUZ, Ö. (2007). İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- OLDEN, PC., MCCAUGHRIN, WC. (2007). Designing Healthcare Organizations to Reduce Medical Errors and Enhance Patient Safety. *HOSPITAL TOPICS: Research and Perspectives on Healthcare*. 85(4):4-9.
- OVALI, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*; Ocak 2010 sayı:1; 33-43.
- ÖZATA, M., ALTUNKAN, H. (2010) Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya örneği; *Tıp Araştırmaları Dergisi*: 2010 : 8 (2): 100 -111
- ÖZGÜLBAŞ, NERMİN (2001), Hastanelerde Teknik ve Finansal Performans İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- ÖZTÜRK, R. (2008). Hastane Enfeksiyonları: Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD.
- PEKUSLU SANAR, S., DEMİRCİ, H., TAŞÇIOĞLU, S. (2013). Bir Devlet Hastanesinin Dahili ve Cerrahi Servislerinde Düşme Riski, Alınan Önlemlerin Belirlenmesi ve Yönetimi. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite kongresi, 3. Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri, 2013; 3-16.

- PAUL, N., FOSTER RUNA SİDHU, DHURV A. GADHIA VE MICHELE DEMUSIS (2008), "Leveraging Computerized Sign-Out to Increase Error Reporting and Addressing Patient Safety in Graduate Medical Education", *J Gen Intern Med*, vol.23(4), pp. 478-481.
- PHILLIPS, J., BEAM, S., BRINKER, A., HOLQUIST, C., HONIGP, LEE LY., PAMER, J. Retrospective Analysis of Mortalities Associated with Medication Errors. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58: 1835-41.
- PİZZİ, LT., GOLDFARB, NI., NASH, DB. (2001). Promoting a Culture of Safety. Making Health Care Safer, AHRQ Publication O1-E058.
- PRONOVOST ET AL, Senior Executive Adopt-a-work Unit: A Model for Safety Improvement. *Jt Comm J Qual Saf* 2004; 30:59-68.
- PRONOVOST ET AL. (2005). Defining and Measuring Patient Safety. *Crit Care Clin*; 21:1-19.
- RESMİ GAZETE. 224 SAYILI "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun". Resmi Gazete No:10705, 12.01.1961.
- ROGERS AE, HWANG TW, SCOTT LD ET AL. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs* 33 (4): 202-212.
- SAMMER, CE., LYKENS, K., SİNGH, KP., MAINS, DA., LACKAN, DA. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarsh*, 42 (2): 156-65.
- SAYEK ,F. (2010). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya TTB Raporları /Kitapları 2010.
- SAVCI, C., KAYA, H., ACAROĞLU, R., KAYA, N., BİLİR, A., KAHRAMAN, H., GÖKERLER NEBİYE. (2009), "Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 19-25.
- SEVİNÇ, G., TEKİN, A., (2013). Hasta Güvenliği için Kimlik Tanımlamasına Güncel Yaklaşım. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* Kasım, 7: 28-29.
- SEZGİN, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- SHIPMAN, DEBRA, HOOTEN, JACK. (2008), "Without Enough Nurse Educators There Will Be A Continual Decline In Rns And The Quality Of Nursing Care: Contending With The Faculty Shortage, *Nurse Education Today*, Vol 28, Issue 5, pp.521-523.

- SURESH K ET AL. (2004). Voluntary Anonymous Reporting of Medical Errors for Neonatal İntensive Care Units. *Pediatrics 113*: 1609-18.
- ŞEN, S., ER, S., SEVİL, Ü. (2009). Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2, 19-21 Mart 2009, ANTALYA; 24-33
- TAŞ, Y., AKPINAR, A., İŞÇİ, E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi. (2008). Güvenli Cerrahi İçin On Temel Amaç.
- TUNALI, M., GÖZLÜ, M., YÖRÜK, T. Çekim Soketinde Unutulan Elevatör Parçası. *SÜ Dişhek Fak Derg.* 16:52-54, 2007.
- TÜRKER, M., ERDOST, Ş., AYGÜN, P., KARAGÖZ, G., NEYMEN, A. (2009). Hemşirelik uygulamalarına Yönelik Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi; Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2, 19-21 Mart 2009, ANTALYA; 236-248.
- TÜTÜNCÜ, Ö., K. YAĞCI, D. KÜÇÜKUSTA (2006), Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı; 4: 288.
- TÜTÜNCÜ, Ö., KÜÇÜKUSTA, D., YAĞCI, K. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçme Aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Cilt 9, Sayı: 1, 2007; 519-533.
- UÇAR, N., YILDIRIM, G., ESER, D., ÖZÇELİK, Z., AYHAN, B., PAMUK, AG., AKINCI, SB., AYPAR, Ü. (2013). Gece ve Gündüz Şiftlerinde, Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimlerinin Değerlendirilmesi; *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 11: 93-100 DOI: 10.4274/Tybdd.10820.
- UZUN, Ö. (2009). Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kampus, -Merkez, 44280-Malatya. V. Nörojiürji Hemşireleri Kongresi, 17-21 Nisan 2009, Girne, KKTC
- ÜLGEN, Y. (2009) Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Cihazlar ve Hasta Güvenliği. *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*, 2 (17): 30-35.
- VALİZADEH, F., GHASEMİ, SF., NAJAFİ, SS., DELFAN, B., MOHSENZADEH, A. (2008). Errors in medication orders and the nursing staff's reports in medical notes of children. *İran Journal of Pediatr*, 18: 39-45.
- YALÇIN Ş, ACAR A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. II. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1: 12-26.

- YAVUZ, M. (2010). Dünya Sağlık Örgütü güvenli cerrahi kampanyası. Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar Konuşma Metinleri, İzmir.
- YAVUZ, M. (2010). DSÖ'nün "Güvenli cerrahi hayat kurtarır" kampanyası. <http://www.medimagazin.com.tr/authors/meryem-yavuz/tr-dsonun-guvenli-cerrahi-hayat-kurtarir-kampanyasi-72-101-2595.html>.
- YAVUZ, M. (2013). Cerrahide Hasta Güvenliği. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* Kasım 2013, 7: 15-17.
- YILDIRIM, Ö. (2005). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, SB Diyalog, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, 15: 39-45.
- YILDIRIM, Ö. (2008). Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul,
- YILMAZ, K. (2013). Cerrahi Müdahale Sırasında Vücutta Yabancı Cisim Unutulmasının Hasta Hakları Açısından Değerlendirilmesi. *Medikolegal düzlem tıpta uygulama hataları*; 64-71.
- WHO, (2005), World Alliance for Patient Safety, [www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf),
- WOLF, Z.R., SEREMBUS, J. 2000. Responses and Concerns of Healthcare providers to Medication Errors, *Clin Nurse Spec*, 14 (6): 278-287.
- WHO, (2001). World Health Organization (2001). Quality of care: patient safety. World Health Organization Executive Board EB109/9, 5 December. [http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/EB109/eeb1099.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB109/eeb1099.pdf).
- WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE FACT SHEET (2002) Health Professionals Call for Priority on Patient Safety <http://www.whpa.org/factptsafety.htm> ;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Call for more researche on patent safety. 2007a. [cited 2008 Nov 12] Available from URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2008). The conceptual framework for the international classification for patient safety Version 1.0 for Use in Field Testing 2007-2008 ICPS. WHO: 2007c: [cited 2008 Nov 12] Available from URL: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_form/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html).
- ZORLUTUNA, YAMAN, (2008), "Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği" [http://www.saglikyonetimikongresi.org/OnlineWebEditor/userfiles/SYK\\_Sunular/YZ-SKHG.pdf](http://www.saglikyonetimikongresi.org/OnlineWebEditor/userfiles/SYK_Sunular/YZ-SKHG.pdf).
- 27214 SAYILI RESMİ GAZETE, 29 Nisan 2009, "Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve

Esaslar Hakkında Tebliğ”, IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 3. Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri, 2013; 17-32.



## EKLER

### Ek 1: Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi

#### HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

**Sayın Katılımcı;** Bu anket ile bir yüksek lisans tezine veri toplamak amacıyla sizin hasta güvenliği kùltürü konusundaki görüşleriniz belirlenmek istenmektedir. Ankette geçen bazı kavramlar aşağıda tanımlanmıştır. Vereceđiniz cevaplar bilimsel amaçlı kullanılacağından isim belirtmenize gerek yoktur. Cevaplarınızın doğruluğu araştırmanın geçerliği ve güvenirliliği ile doğrudan ilintilidir. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür eder saygılar sunarız.

Hatice ÖZDEMİR

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Yeliz CİĞERCİ

**“Olay”**, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.

**“Hasta güvenliği”**, sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.

**“Hasta Güvenliği Kùltürü”** hata bildirimlerinde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüşlük olarak tanımlanmaktadır.

#### **BÖLÜM 1: Kişisel bilgiler**

1.Çalıřtđınız kurum adı:

Üniversite Hastanesi       Kamu Hastaneler Birliği       Özel Hastane

2.Yaşınız: .....

3.Cinsiyetiniz:

Erkek       Kadın

4.Medeni durumunuz:

Bekâr       Evli

5. Eğitim durumunuz:

Lise       Ön Lisans       Lisans       Lisansüstü

6.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi       İyi       Orta       Kötü

7.Hastanedeki çalışma/mesai şekliniz:

08-16       16-08       08-16/16-08       08-08

8.İşinizden hangi düzeyde memnunsunuz?

Hiç memnun değilim

Az Memnunum

Orta düzeyde memnunum

Çok memnunum

- Tam memnunum
9. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz? .....
10. Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? .....
11. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?  
 40 saati geçmiyor       40-49 saat       50 saatten fazla
12. Hastanedeki kadro durumunuz nedir?  
 Kadrolu       Sözleşmeli
13. Bulduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?  
 Evet       Hayır
14. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz? .....
15. Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?  
 Hiç  
 1-2 olay raporu  
 3-5 olay raporu  
 6-10 olay raporu  
 11-20 olay raporu  
 21 ve üzeri olay raporu
16. Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz?  
 Mükemmel  
 Çok iyi  
 Kabul edilebilir  
 Zayıf  
 Başarısız

## **BÖLÜM 2: Çalıştığınız Birim**

Hastanedeki çalışma biriminiz: .....

Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

<b>Maddeler</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>	<b>Az Katılmıyorum</b>	<b>Orta Düzeyde Katılmıyorum</b>	<b>Çok Katılmıyorum</b>	<b>Tamamen Katılmıyorum</b>
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	1	2	3	4	5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	1	2	3	4	5
3.Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	1	2	3	4	5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	1	2	3	4	5
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	1	2	3	4	5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	1	2	3	4	5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	1	2	3	4	5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	1	2	3	4	5
9. Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	1	2	3	4	5
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	1	2	3	4	5
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	1	2	3	4	5
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	1	2	3	4	5
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	1	2	3	4	5
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	1	2	3	4	5
15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	1	2	3	4	5
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	1	2	3	4	5
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	1	2	3	4	5
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	1	2	3	4	5

### **BÖLÜM 3: Yöneticileriniz/supervisor**

Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Az Katılmıyorum	Orta Düzeyde Katılmıyorum	Çok Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
<b>Maddeler</b>					
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	1	2	3	4	5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	1	2	3	4	5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	1	2	3	4	5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	1	2	3	4	5

### **Bölüm 4: İletişim**

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
<b>Maddeler</b>					
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	1	2	3	4	5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	1	2	3	4	5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	1	2	3	4	5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	1	2	3	4	5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	1	2	3	4	5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	1	2	3	4	5

## **BÖLÜM 5: Raporlanmış Olayların Sıklığı**

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda *ne sıklıkla rapor ediliyor?*

<b>Maddeler</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
1. Bir hata yapıldığında ancak <i>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde</i> ne sıklıkla rapor ediliyor?	1	2	3	4	5
2. Bir hata yapıldığında ancak <i>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı</i> ne sıklıkla rapor ediliyor?	1	2	3	4	5
3. <i>Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen</i> bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	1	2	3	4	5

**BÖLÜM 6: Hastanemiz**

Hastanemiz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

Maddeler	Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	1	2	3	4	5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	1	2	3	4	5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	1	2	3	4	5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	1	2	3	4	5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	1	2	3	4	5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	1	2	3	4	5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	1	2	3	4	5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	1	2	3	4	5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	1	2	3	4	5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	1	2	3	4	5
11. Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	1	2	3	4	5

Tekrar teşekkür ederiz  
(Yrd.Doç.Dr.Y.Ciğerci,H.Özdemir)

## Ek 2: Tıbbi Etik Kurul Kararı



T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Birimi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Sayı : 94862910 – 129  
Konu : Tıbbi Etik Kurul Kararı

12 Temmuz 2013

Sn: Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ  
Afyon Kocatepe Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu AD Öğretim Üyesi  
AFYONKARAHİSAR

Sorumluluğunuzda yürütülecek olan olan "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama" başlıklı çalışmanıza ilişkin ilgi sayılı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul kararı ekte sunulmuştur.

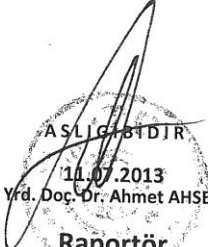
Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kağan ÜÇOK  
Başkan

EK:

1- İlgili sayılı karar (1 sayfa)

T.C.  
AFYONKARAHİSAR  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	11.07.2013	Toplantı Numarası	2013/7	Toplantı Saati	11:00
<p><b><u>KARAR – 107</u></b></p> <p>Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ' nin sorumluluğunda yürütülecek olan "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama" başlıklı araştırma dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uymak, A.K.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu araştırmanın yapılmasında etik açıdan <b>sakinca olmadığına</b> toplantıya katılan üyelerin <b>oy birliği</b> ile karar verildi.</p> <p style="text-align: center;"> ASLI GIBI DİR 11.07.2013 Yrd. Doç. Dr. Ahmet AHSEN <b>Raportör</b></p>					



**Ek 3a: Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Başhekimliği İzni**

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ

ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

16.12.2013

Danışmanı olduğum 043303012 numaralı yüksek lisans öğrencim Hatice Özdemir'in "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama" konulu yüksek lisans tez anketini 16.12.2013-16.03 2014 tarihleri arasında hastaneniz Cerrahi Servis, Cerrahi Yoğun Bakım ve Ameliyathane ünitelerinde yapabilmesi için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Yeliz Çiğerci



*Uygundur*  
Üzm. Mine TOKSAL  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Yrd.

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ  
TIBBİ YAKAR  
Tarih: 16.12.2013  
No: 6399

*[Signature]*  
Prof. Dr. Mehmet ÜNLÜ  
BAŞHEKİM  
Dip. No: 92882

## Ek 3b: Kamu Hastaneler Birliği Afyon Devlet Hastanesi Başhekimliği İzni

KAMU HASTANELER BİRLİĞİ  
AFYON DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE  
AFYONKARAHİSAR

16.12.2013

Danışmanı olduğum 043303012 numaralı yüksek lisans oğrencim Hatice Özdemir'in "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kùltürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama" konulu yüksek lisans tez anketini 16.12.2013-16.03.2014 tarihleri arasında hastaneniz Cerrahi Servis, Cerrahi Yoğun Bakım ve Ameliyathane ünitelerinde yapabilmesi için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Yeliz Cığerci

16.12.2013  
Uygulama

Op. Dr. Mehmet BERAN  
Başhekim

## Ek 3c: Özel Park Hastanesi Başhekimliği İzni

ÖZEL PARK HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

AFYONKARAHİSAR

16.12.2013

Danışmanı olduğum 043303012 numaralı yüksek lisans öğrencim Hatice Özdemir'in "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama" konulu yüksek lisans tez anketini 16.12.2013-16.03.2014 tarihleri arasında hastaneniz Cerrahi Servis, Cerrahi Yoğun Bakım ve Ameliyathane ünitelerinde yapabilmesi için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Yeliz Cığerci



*Şahin*  
Op. Dr. Süleyman ŞAHİN  
Genel Cerrahi Uzmanı  
Diploma No: 08597/2060  
Park Hastanesi  
AFYONKARAHİSAR

### Ek 3d: Özel Fuar Hastanesi Başhekimliği İzni

ÖZEL FUAR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

AFYONKARAHİSAR

16.12.2013

Danışmanı olduğum 043303012 numaralı yüksek lisans öğrencim Hatice Özdemir'in "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama" konulu yüksek lisans tez anketini 16.12.2013-16.03.2014 tarihleri arasında hastaneniz Cerrahi Servis, Cerrahi Yoğun Bakım ve Ameliyathane ünitelerinde yapabilmesi için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Yeliz Çiğerci



Yrd. Doç. Dr. Yeliz Çiğerci  
16.12.13.  
AFYONKARAHİSAR  
ÖZEL FUAR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

## ÖZGEÇMİŞ

Hatice Özdemir 01.05.1978 tarihinde Burdur Bademli' de doğdu. İlk, orta öğrenimini Burdur Karamanlı' da tamamladı. Liseyi Burdur Sağlık Meslek Lisesi'nde okudu.1997 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nde lisans öğrenimine başladı. 2001 yılında mezun oldu.

1999-2000 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde ve 2000-2004 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım ve Cerrahi Servislerinde hemşire olarak görev yaptı.2004 yılı Temmuz ayında Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisinde hemşire olarak görevine başladı.

Halen Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde sorumlu hemşire olarak görevine devam etmektedir.