



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÖZEL BİR VAKIF HASTANESİNDE KARŞILAŞILAN
İSTENMEYEN OLAYLAR VE BU OLAYLARIN MEYDANA GELMESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**FİLİZ ÖZYURT
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. AYTOLAN YILDIRIM**

İSTANBUL-2008

TEŐEKKÖR

Araştırmamın her aşamasında yakın ilgi ve desteğini gördüğüm, değerli katkıları ile bu konuda çalışmamı teşvik eden, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak bana rehber olan değerli hocam Doç. Dr. Aytolan Yıldırım'a,

Araştırma sürecinde, gönüllü katılımları ile destek veren tüm hemşire meslektaşlarıma,

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyerek her zaman yanımda olan aileme,

TEŐEKKÖR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
KISALTMALAR.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	V
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	3
3. GİRİŞ ve AMAÇ.....	5
4. GENEL BİLGİLER	
4.1.Sağlık Hizmetleri ve Hastaneler.....	8
4.1.1.Sağlık Hizmetleri.....	8
4.1.2.Hastaneler.....	9
4.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşirelik.....	10
4.3. Tıbbi Hatalar ve İstenmeyen Olaylar.....	14
4.3.1.İlaç Hataları.....	15
4.3.2.Hasta Düşmeleri.....	19
4.3.3.Bası Yaraları.....	20
4.4.Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi.....	21
4.5.Hata Raporlama.....	22
4.6.Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği.....	23
5.GEREÇ VE YÖNTEM	
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	28
5.2. Araştırmanın Yeri.....	28
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	28
5.4. Araştırmanın Soruları.....	28
5.5. Veri Toplama Araçları.....	28
5.6. Verilerin İstatistik Analizi.....	31
5.7. Araştırmanın Uygulanması.....	31
5.8. Veri Toplama ve Etik.....	32
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
5.10. Araştırma Yapılan Hastanenin Tanıtımı.....	32
6. BULGULAR.....	33
7. TARTIŞMA.....	60
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	71

9. EKLER.....	74
10. KAYNAKLAR.....	79
11.ÖZGEÇMİŞ.....	86

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: Amerikan Nurses Association

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

ISO: International Standardization Organization
(Uluslar arası Standartlar Organizasyonu)

ICN: International Council of Nurses
(Uluslar arası Hemşireler Birliği)

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 6.1: İstenmeyen olayların dağılımı (N=170).....	33
Tablo 6.2: İlaç hatalarının türlerine ilişkin bulguların dağılımı.....	34
Tablo 6.3: İlaç hatalarının nedenlerine ilişkin bulguların dağılımı.....	35
Tablo 6.4: İlaç Hatalarında hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı.....	37
Tablo 6.5: İlaç hata türlerinde çalışan vardiya türlerine ilişkin bulguların dağılımı.....	40
Tablo 6.6: İlaç hatalarının meydana geldiği saatlere ilişkin bulguların Dağılımı.....	41
Tablo 6.7: İlaç hatalarında olayın gerçekleştiği anda serviste bulunan toplam hemşire sayılarının dağılımı.....	42
Tablo 6.8: İlaç hatalarında hemşirelerin bir vardiyada bakım verdikleri toplam hasta sayılarının dağılımı.....	43
Tablo 6.9: İlaç hatalarına maruz kalan hastaların demografik özelliklerine ait bulguların dağılımı.....	43
Tablo 6.10: Hasta düşme türlerinin dağılımı.....	47
Tablo 6.11: Hasta düşmelerinin nedenlerine göre dağılımı.....	48
Tablo 6.12: Hasta düşmelerinin saatlerinin dağılımı.....	49
Tablo 6.13: Hasta düşmelerinin meydana geldiği birimlerde çalışan toplam hemşire ve yardımcı personel sayılarının dağılımı.....	50
Tablo 6.14: Hasta düşmelerinde olay anında hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısının dağılımı.....	50
Tablo 6.15: Düşen hastaların demografik özelliklerinin dağılımı.....	51
Tablo 6.16: Bası yarası bölgelerinin dağılımı.....	53
Tablo 6.17: Bası yarası nedenlerinin dağılımı.....	54
Tablo 6.18: Bası yarası tespit ve taburculuk bası yarası derecelerinin dağılımı.....	55
Tablo 6.19: Bası yarası tespit edilen hastaların demografik özelliklerinin dağılımı.....	55
Tablo 6.20: Bası yarası gelişimini raporlayan hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı.....	57

1. ÖZET

Araştırma, kalite belgelerine sahip özel bir hastanede istenmeyen olayları ve bu olayların meydana gelmesini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evreni, İstanbul ili sınırları içerisinde kalite belgelerine sahip özel bir hastanenin yataklı bölümlerinde yatan hastalar, örnekleme ise Temmuz 2007- Nisan 2008 tarihleri arasında çalışan 180 hemşire ve aynı tarihler arasında hastanede yatan 6950 hastadan oluşturulmuştur.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde tanımlayıcı analizler ve Ki-kare Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ ve iki yönlü olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda araştırmanın yapıldığı kurumda kullanılan formlardan yararlanılarak geliştirilen iki bölümden oluşan bilgi formu ile toplanmıştır. Bilgiler araştırmacı tarafından hemşire ve hastalara doğrudan sorularak ve gerektiğinde hasta dosyasından yararlanılarak elde edilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği Temmuz 2007- Nisan 2008 tarihleri arasında 101 ilaç hatası (14 tanesi hastaya uygulanmadan engellenmiş), 42 hasta düşmesi, 27 bası yarısı olmak üzere toplam 170 istenmeyen olay belirlenmiştir.

En sık rastlanan ilaç hatalarının ilacın verilmemesi, yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış zaman olduğu; ilaç hatalarının nedenlerinin ise çoğunlukla prosedürlere uyulmaması ve hemşire tedavi planı ile hekim isteminin karşılaştırılmaması olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hemşirelerin eğitim durumunun, çalışılan vardiyanın, haftalık çalışma saatinin etkili olduğu, hasta düşmelerinin daha çok hasta odasında gerçekleştiği ve bir vardiyada hemşirenin bakım verdiği hasta sayısının, bası yarısı tespitinde

hemşire, yardımcı personel sayılarının ve hemşirelerin eğitim durumları ile haftalık çalışma saatlerinin etkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hastane, istenmeyen olay, ilaç hatası, bası yarası, hasta düşmesi.

2. SUMMARY

This study was planned with the aim of being descriptive of the determination of sentinel events and the factors which produce those events in a private hospital that it has quality certificates.

The main of this study was the inpatients in a private hospital that it has quality certificates; its sample is 180 nurses and 6950 inpatients who were present in that hospital between July 2007 and April 2008.

Descriptive analysis and Chi-square analysis were used for analyzing the data. Statistical relevance was accepted as $p < 0.05$ and bilateral.

The data of this research were collected with a two section data sheet created that it was by the researcher benefit from different sources and similar data sheet used in the establishment where the research took place. The information was collected by the researcher either directly by nurses and patients or through patient files

Totally 170 sentinel events were occurred between July 2007- April 2008 in this research, about 101 medication errors (14 medication errors were prevented before the application to the patients), 42 patients falls, 27 pressure ulcer.

The most common cases of medication errors are not giving the medication, wrong dosage, wrong medication, wrong time. The reasons of medication are usually either abiding by the procedures or not checking the doctor's order with the nurse's treatment plan.

It was also concluded that the education level of nurses, the shift and the working hours in a week are influential on medication errors, the number of patients appointed to a nurse is influential fall and usually such cases occur in the patient's room, the number of nurse and assistant personnel, the education level of nurses and the working hours in a week are influential on pressure ulcers.

Keywords: Hospital, sentinel event, medical error, pressure ulcer, patient fall.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanların kendileri ve birbirleri ile barışık, içinde yaşadıkları toplumla uyumlu olabilmeleri temel gereksinimlerinin karşılanması ile mümkündür ve ilk sırada sağlıklı olmak gelmektedir. Ancak sağlıklı olma durumunun devamı halinde diğer gereksinimler önem kazanacaktır (60). Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturularak korunmasında özel bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmeti sunumu, insanların yaşam kalitesi ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alandır ve ülkelerin sosyo-demografik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi olarak kabul edilmektedir (4).

Teknolojinin hızla değişmesi ve yoğun olarak kullanılması, üretim sürecindeki değişken sayısının fazlalığı, farklı nitelik ve nicelikte iş gören istihdamı, maliyetlerin artması, hasta şikayetleri ve iyi bakım isteğinin yaygınlaşarak artması, hastanelerin ve sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıya dönüşmesine sebep olmaktadır. Bu karmaşık yapı gerekli düzenlemeler yapılmadığında geri dönüşümü mümkün olmayan hayati hataları, eksiklikleri ve bunların sebep olduğu güvensizlikleri ve bu doğrultuda hizmet sunanlar ve hizmet alanlar açısından risk faktörlerini beraberinde getirmektedir. Böylece tıbbi hata ve istenmeyen olaylarla karşılaşmakta, hastalar ve çalışanlar zarar görmektedirler. Bu durum çalışan ve hasta güvenliği konusunu önemini ülkelerin gündeminde önemli bir yere taşımaktadır (9, 11, 59).

Sağlık bakım sistemi, temelde bireyin sağlık çıkarlarını koruma ve geliştirmeyi amaçlamasına karşın bakıma ilişkin süreçler, kullanılan teknoloji, karmaşık insan faktörlerinin bileşimi hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riskini olası kılmaktadır. İstenmeyen olaylar hasta bireyin hastalık veya durumundan ziyade, sağlık bakım personelinin tutum ve davranışları nedeniyle meydana gelebilecek zarar ve yaralanmalar olarak tanımlanır. İlaç hataları, yanlış taraf cerrahisi, hasta düşmeleri, yatak yaraları, hastane enfeksiyonları ve önlenemez ölüm oranlarında artışlar kamu yada özel sağlık hizmetleri sunan tüm kurumları, güvenli hasta bakımının sağlanması ve istenmeyen olayları ortadan kaldırmaya ilişkin bir dizi önlem almaya yönelmektedir (62).

ABD’de Harvard Medical Enstitüsü tarafından hazırlanan 2000 yılı raporunda hastanelerde yılda 98000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar sonucunda öldüğü açıklanmıştır. Bu sonuç insanların diyabet ve komplikasyonları, motorlu taşıt kazaları, AIDS ve meme kanserine bağlı ölümlerden daha çok tıbbi hatalar yüzünden kaybedildiği gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Hatalı ilaç uygulamaları, hastane infeksiyonları, hasta düşmeleri, kimlik hataları, ameliyat komplikasyonları, tedavinin geciktirilmesi bu hatalardan birkaçıdır. Avrupa’da ise her yıl hastanelerdeki hastaların %10’nun istenmeyen olaylara maruz kaldığı bildirilmiştir (6, 9).

İlaç uygulama hataları, hemşirelik uygulamaları ile ilgili hataların başında gelmektedir. Altı aylık bir sürede yapılan çalışmada raporlanan hataların %51’inin ilaç uygulama hatası olduğu belirlenmiştir. Hasta düşmeleri en sık karşılaşılan diğer bir sorun olarak hastanelerde meydana gelen istenmeyen olayların %38’ni oluşturmaktadır (11, 55).

Tıbbi hatalar, sistemin kalitesinin/kalitesizliğinin doğrudan göstergesi niteliğindedirler. Bu nedenle önce ölçüp sonra da azaltılması için yöntemler geliştirmek gereklidir. Hizmet sunum süreçleri insanların hata yapmasına izin vermeyecek şekilde tasarlanmalıdır. Doğru sistemler kurulduğunda hizmet sunum sürecinde hatalı sonuçlar ortaya çıkması engellenecektir (<http://www.hastaguvenligimiz.com/saglikta-kalite-nedir.htm>. 15.14.2008).

“Tıbbi hatalar neden geliyor” sorusunu cevaplamak ve hasta güvenliği konusunu iyileştirebilmek için sistematik bir yaklaşımda bulunmak gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunları gidermeye yönelik stratejilerin oluşturulması, çekinmeden korkusuzca hataların bildirilebildiği hasta güvenliği kültürü geliştirilmesi yer almaktadır (55). Ülkemizde ulusal ve uluslar arası düzeyde gerçekleştirilen çeşitli kongre, sempozyum ve benzeri eğitim programlarında, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan istenmeyen olayların boyutlarına dikkat çekilerek, güvenli hasta bakımının önemi vurgulanmakta ve sağlık personeline farkındalık yaratılmaya çalışılmaktadır. Bu yönde çalışmalar olumlu bir gelişme olarak kabul edilmekle birlikte, ülkemizde sağlık kuruluşlarında karşılaşılan istenmeyen/ engellenen olaylara ilişkin oranlar, bu oranların, hastaların hastanede kalış süreleri ve sağlık personeli ile ilişkileri ve güvenli olmayan sağlık durumlarının raporlanması yönünde veriler yeterli değildir.

Sağlık kuruluşlarında kalite ve akreditasyon çalışmaları ile hız kazanan güvenli hasta bakımını sağlamaya yönelik uygulamalarda batılı kaynaklardan elde edilen verilere işaret edildiği görülmektedir (62).

Bu anlayıştan yola çıkarak araştırma, hastanelerde karşılaşılan istenmeyen olayların sıklığını ve bu olayların meydana gelmesini etkileyen faktörleri belirlemek ve olaya maruz kalan hastalar ile hizmetlerin sunumundan sorumlu hemşirelerin demografik özelliklerinin bu olaylar üzerinde etkili olup olmadığını ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamına, istenmeyen olaylar arasından en sık karşılaşılan ilaç hataları, hasta düşmeleri ve bası yaraları dahil edilmiştir. Araştırma sonucunda, özel bir sağlık kuruluşunda meydana gelen istenmeyen olaylara ilişkin doğrudan elde edilecek verilerin, hasta/sağlıklı birey ve ailesinin sağlığının ve yaşamının korunması, hataların önlenmesi ve dolayısı ile hemşirelik uygulamalarının niteliğine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

1. Hastanelerde karşılaşılan istenmeyen olay (ilaç hatası, hasta düşmesi, bası yarası) türleri ve sıklığı nelerdir?
2. İstenmeyen olayların meydana gelmesini etkileyen faktörler nelerdir?
3. İstenmeyen olayların meydana gelmesinde hemşire ve hastaların demografik özellikleri etkili midir?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Hizmetleri Ve Hastaneler

4.1.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlamaktadır. Sağlık sistemi, sağlık tanımı kapsamındaki gereksinimleri içeren, karmaşık ve birbiri ile etkileşim halindeki ögeler bütünü olarak ifade edilebilir (55). Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm ögeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri ile başlayan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef toplumu oluşturan bireylerin sağlık hallerini sürdürmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir (8).

Koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini içeren sağlık hizmetleri, genel olarak sağlık sisteminin en büyük alt sistemi olan hastaneler tarafından verilmektedir (7,54).

İnsanlar sağlık hizmetleri denildiğinde tedavi kuruluşlarını, özellikle hastaneleri düşünürler en basit sıkıntılarında dahi hastaneye başvurmayı doğal sayarlar (39). Bunun nedeni genel sağlık politikalarının birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirme ve korumaya yönelik yaklaşımlardan çok, hasta olduktan sonra tedavi etmeye yönelik unsurları taşımasıdır. Hastanelere başvuran insanların beklentileri sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve kendilerine acı veren hastalıklardan kurtulmaktır. Böylece sağlık denildiğinde hastalık kavramı akla gelmektedir. Bu durum temel sağlık hizmetlerine

yeteri kadar yatırım yapılmaması ve çok daha zor ve pahalı yöntemlerle tedavi hizmetlerinin sürdürülmesi ve çok sayıda hastanenin açılmasına yol açmaktadır (55).

Sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin karmaşık bir yapıya sahip olması gerekli düzenlemeler yapılmadığında geri dönüşü mümkün olmayan hayati hataları, eksiklikleri ve bunların sebep olduğu güvensizlikleri bunun paralelinde hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından risk faktörlerini beraberinde getirmektedir (21).

4.1.2. Hastaneler

Dünya Sağlık Örgütü hastaneyi, “müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluş” olarak tanımlamaktadır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğ’in’de hastaneler, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır. Ancak temel faaliyetleri açısından bakıldığında, hasta ve yaralı tedavisi yanı sıra eğitim, araştırma, geliştirme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek gibi önemli misyon üstlendikleri görülmektedir.

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrol özelliklerine, finansal kaynakların türüne, büyüklüklerine, hastaların kalış sürelerine ve sahip oldukları personelin dağılımına göre sınıflandırılırlar.

Hastaneler temel fonksiyonu olan hasta bakımının en yüksek düzeyde sağlanmasının yanı sıra çeşitli kademelerdeki sağlık personelinin eğitimi, sağlıkla ilgili her türlü araştırma ve incelemelerden sorumlu kuruluşlardır. Çağdaş hastaneler sağlık eğitimi, aile ve sağlık planlaması ve kapsamlı hasta bakımını birey ve topluma sunmaktadırlar (63).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden birinci derecede sorumlu olan hastaneler toplum sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik koruyucu hizmetler alanında da etkin olabilirler.

Hastaneler sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, eğitim durumu, sağlık sisteminin yapısı sosyal güvenlik, sağlık politikaları gibi birçok bireysel ve çevresel faktörün etkisinde olan bir sistemdir (46).

Hastaneler benzer büyüklükteki organizasyonlar içinde en karmaşık olanlarıdır. Hastanenin içinde bulunduğu çevrenin karmaşıklığı, çok sayıda farklı hastalıklara sahip olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizlik, hastanelerde aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, tıp ve teknolojiye ilerlemeler sonucunda yeni mesleklerin ortaya çıkması, tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar hastanelerin karmaşık yapısının sebebidir. Bu karmaşık yapı içinde hastanın korunup gözlenmeye, çok yönlü bakıma gereksinimi vardır. Hastaneler matriks yapıda organizasyonlardır. Faaliyetleri içinde tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, eczacılık hizmetleri, beslenme ve diyet hizmetleri bulunmaktadır.

Hastaların tedavisi acillik ve reddedilmezlik özelliği gösterdiğinden dolayı hastaneye gelen hastaların sürekli bakım altında tutulması hastanelerin tam gün boyunca sürekli hizmet vermelerini gerektirir. 24 saat hizmet verilebilmesi için hastanede çalışan personelin bir kısmı vardiya usulü çalışmak zorundadır. Bu hizmetin önemli bir bölümü hemşirelik hizmetleri tarafından sağlanır. Hemşireler hastaların hekim tarafından düzenlenen tedavi planları ile hastanın sorun ve gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hemşirelik bakım planının uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumludurlar.

4.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşirelik

Ülkemizde ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Bunun sonucunda hastaneler kapasitelerinin üzerinde hasta sayısı ile karşı karşıya kalırlar. Böylece sağlık denildiğinde “hastalık” kavramı akla gelmektedir. Hastanelere başvuran insanların beklentileri sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve kendilerine acı veren hastalıklardan kurtulmaktır. Kendi sağlık durumlarının dışında sağlık çalışanlarının elinden yaralanmadan ya da zarar görmeden güvenli hizmet almak istemektedirler. Söz konusu hizmetin sunulmasından sorumlu olan sağlık profesyonelleri hasta bireye öncelikle “zarar verme” anlayışı ile yaklaşılırlar. Çünkü diğer endüstri sektörlerinden farklı olarak sağlık hizmetlerinde oluşan hatalar doğrudan

insan sağlığı ve yaşamını etkilemekte ve geri döndürölmez sonuçlara yol açmaktadır. Sağlık sektöründe sunulan hizmet %100 güvenilirliğe sahip olmalıdır (63).

Ölkelerin sosyoekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyette sunmaktır. Teknolojinin hızla değişmesi, artan maliyetler, hastaların artan şikayetleri ve iyi bakım isteğinin yaygınlaşması sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine sebep olmuştur. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından risk faktörlerini de beraberinde getirmekte ve böylece günümüzde çalışan ve hasta güvenliği konusu tüm ölkelerin sağlık gündeminde önemli bir yer işgal etmektedir. Tıp bilimi ve tıbbi teknolojinin gelişmesi, hemşireliğin meslekleşmesi, tıp eğitimindeki gelişmeler sonucunda günümüzün modern hastaneleri ortaya çıkmıştır (49). Bu doğrultuda rekabette kaçınılmaz olmaktadır. Rekabette fark yaratacak en önemli unsur hasta güvenliğidir.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır (national patient safety foundation july 2003, www.npsf.org).

Hasta güvenliği tüm dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi açısından kritik ve önemli bir konudur. 2002 yılında 55. Dünya Sağlık Asamblesi (AHA) hasta güvenliği sorunu için güvenlik ve izleme sistemlerinin oluşturulması ve güçlendirilmesi için ölkeleri mümkün olan en yoğun ilgiyi göstermeye çağırmıştır (18).

Hasta güvenliği tanımında, “öncelikle zarar verme” kavramı yer almaktadır. Hastane ve ilgili tüm birimlerde her tür donanımın hastanın mevcut sağlık durumunu olumsuz etkileyecek faktörlerden arındırılması anlamını taşımaktadır (54).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) hasta güvenliğini, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılması olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetine bağlı hata, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamının neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlanmıştır (5).

Hasta güvenliğinde hedef, süreçlerdeki basit hataların hastalara zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek yeniden düzenlemeler yapmak, hataları hastalara ulaşmadan önce yakalamak ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır ([http:// ege saglik.uhg.com.tr/index.php](http://ege.saglik.uhg.com.tr/index.php) 04-02-2008).

Kanada'da yapılan araştırmada istenmeyen olayların %7.5 oranında meydana geldiği, İngiltere, Yeni Zelanda ve Avrupa'da hastaların %10'unun, Avustralya'da %16.6'sının istenmeyen olaylara maruz kaldığı bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 98000 kişinin tıbbi hatalar sonucunda öldüğü bildirilmektedir. Tıbbi hataların diyabet, pnömoni ve motorlu taşıt kazalarından daha fazla insan ölümüne sebep olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Hastaneye yatışların % 3.7'sinde yatış süresini uzatan ve / veya taburculuk sırasında ek bir soruna neden olan, sonuçta zarar veren bir tıbbi yan etki vardır. Toplam olayların %13.6'sı ölümlerle, %2.6'sı kalıcı bir sakatlık ile sonuçlanmaktadır. Hatalı ilaç uygulamaları, transfüzyon hataları, yanlış taraf cerrahileri, kimlik hataları, düşmeler, bası yaraları, hastane infeksiyonları en önemli tıbbi hatalardır (24).

İstenmeyen olay, hastanın hastaneye yatış sebebinden öte sağlık bakım profesyonelleri tarafından uygulanan tedavi sonucu oluşan zarar ya da yaralanmadır.

Hastanelerde meydana gelen hataların en az yarısı önlenemez hatalardır. Hastaneler kaza ve hata görülme ihtimali açısından uygun ortamlar olduğundan , hastalar sağlık personelinin ihmal, bilgi eksikliği ve dikkatsizliğinden dolayı hatalı uygulamalara maruz kalabilirler. Hemşirelik profesyonel üyelerden oluşan bir meslek olarak uygulamalarında etik kural ve ilkelere sahiptir. Bu kural ve ilkeler hemşireleri yasalara, yönetmeliklere karşı koruduğu gibi, hemşirelerin hizmet sundukları bireyleri de hatalı uygulamalardan korumaktadır (24,50).

Bir organizasyonda kalitenin düzeyini tespit etmek için periyodik ölçülen olay, sonuç ve süreçlerin tümüne kalite indikatörü denir. Hemşirelikte kullanılan kalite indikatörlerinden hasta düşmeleri, bası yaraları oranları, hatalı ilaç uygulamaları, IV girişimler ve komplikasyonları, hemşire hasta oranı, hemşire devir hızı hasta güvenliğini en çok etkileyen indikatörlerdendir (9, 43, JCAHO [http:// www.jointcomissiony.org](http://www.jointcomissiony.org), 27.02.2007).

Hemşirelerin sık karşılaştığı hatalı uygulamalar arasında sayılan ilaç hataları, hasta düşmeleri ve bası yarası gelişme oranları indikatörlerle takip edilerek, bakım ve tedavi hizmetlerindeki performans ölçülerek, hasta güvenliği ile ilgili önlemler alınarak, sağlık bakım hatalarının azaltılması sağlanacaktır.

“Hata yapma” insan olmanın özelliklerinden biridir. İstenmeyen, onaylanmayan davranışlar hata olarak tanımlanabilir. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar arasında mevcut protokollere uymama, ilaçlarla ilgili hatalar, yanlış/ uygun olmayan malzeme kullanımı, iletişim eksikliği, hastanın düşmesi yer almaktadır (3).

Tüm sağlık çalışanlarının uygulamalarını hasta hakları doğrultusunda ve hatasız yapmak için her zaman özen göstermeleri, görevlerine daha iyi hazırlanarak olası durumlara karşı önlemler almaları gerekmektedir ([www.hasta -hakları-ve-tıpta-hatalı-uygulamalar--19.03.2008](http://www.hasta-hakları-ve-tıpta-hatalı-uygulamalar--19.03.2008)).

Sağlık çalışanları içinde çoğunluğu oluşturan hemşireler; hekime bağımlı ve doğrudan kendi kararlarına dayalı bağımsız işlevlerinin çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile beraberliklerinin sürekliliği nedeni ile daha çok hatalı uygulama riski ile karşılaşır. Hemşireler işlevlerini yerine getirirken hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınmak ve başkalarının verebileceği zararları önleyecek girişimlerde bulunmakla da yükümlüdürler (www.medimagazin.com.tr/mm-hemşireler-ve-tıpta-hatalı-uygulamalar-ky-5038-19.03.2008).

Dünya genelinde kadınlar, çağlar boyu “bakım sağlayan/veren” olarak görülmüşlerdir. Hemşirelik mesleği bu nedenle uzun yıllar kadın işleri sıralamasında başlardaki yerini korumuştur (38). Gelişmiş kişiler arası ilişkiler gerektirmesi, iş bulma olanağının fazla olması kadın için uygun bir meslek olarak görülmektedir. Fakat bunun yanında hemşireler çalışan kadınlar içinde en fazla şikayet eden meslekler arasında yer almaktadır. 3000 hemşire ile yapılan çalışmada hemşirelerin mesleklerinden memnun olmama nedenleri; çalıştıkları yerde sayılarının az olması, bakım verilen hasta sayısının artması, düşük ücret, mesleki risklerin fazlalığı, toplumun mesleğe yönelik olumsuz yaklaşımı, zorunlu meslek dışı işlerin yapılması, uzun ve düzensiz çalışma saatleri gibi nedenlerle hemşirelik mesleği çok stresli olarak nitelendirilmektedir. Çalışma ortamındaki bu etkenlerin özellikle uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin hata yapmasına neden olduğu belirlenmiştir. Rogers ve ark. (2004) Hemşirelerin çalışmaları

yoğun hizmet ve dikkat gerektirdiği için aşırı yorgunluk, zihinsel karışıklık hem hastaya hem de kendisine zarar verebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin çalışma saatleri ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü)'nun öngördüğü şekilde günde 8 saat olmalıdır (48).

Yapılan birçok çalışma hekim, hemşire, diş hekimi, öğretmen gibi insanlarla yüz yüze çalışan meslek gruplarında daha fazla tükenme ile karşılaşıldığı açıklanmıştır. Tükenme sonucunda duyarsızlaşma ortaya çıkmaktadır ve çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı saygı ve duygudan yoksun, umursamaz bir şekilde yaklaşmalarına yol açmaktadır. Tüm bu olumsuz etkilerin tıbbi uygulamalarına yansması ile tıbbi hatalar oluşmakta ve hastalar zarar görebilmektedir (<http://www.tipetiği.türkiyeklinikleri.com>. 21.03.2008).

Hemşirelerin önemli bir bölümü sağlık sisteminin eksiksiz çalışması için gece vardiyasında görev yapmaktadır. Çoğu 8 saat yada 12 saat çalışmaktadır. Geceleri çalışmak çalışan ve hasta güvenliği açısından olumsuz sonuçlara yol açarak hataları arttırabilir (<http://www.türkhemşirelerde.net>). Çalışanların fizik ve akıl sağlığının korunabilmesi için çalışma saatlerinin makul sınırlar içinde tutulması gerekir.

Avrupa birliğine üye ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye kişi başına düşen sağlık personeli sayısı en düşük ülkedir. Yeterli sayıda hemşire kadrolarıyla, olumlu bakım sonuçları arasında ilişki vardır. Türk sağlık sisteminde hemşirelik mesleği büyük ölçüde görünmez durumdadır. Çoğunlukla sağlık personeli adı altında topluca bahsedilmektedir. Hemşire açığı sadece hemşireliğin sorunu değildir. Sağlık sisteminin etkinliğini olumsuz yönde etkileyen ve kendi içinde çözülmesi gereken bir sağlık sistemi sorunudur (4,36).

Hemşirelik eğitimi programları, bilimsel gelişmeleri takip eden, araştırmalara aktif olarak katılan, uygulamalarını etik ilkeler doğrultusunda yapan, yaşam boyu öğrenmeyi amaç edinen hemşireler mezun edecek biçimde yapılandırılmalıdır (40).

4.3. Tıbbi Hatalar ve İstenmeyen Olaylar

Hasta bireyin çıkarlarını korumak sağlık hizmetinin birincil hedefidir. Fakat tıbbi süreçler, sağlık işgücü nitelik ve niceliğindeki dengesizlik, hızla gelişen teknolojinin yoğun olarak kullanılması, iletişim ve multidisipliner yaklaşım gibi bir çok faktör ile

bağlantılı olarak gerçekleşen tıbbi hata ve istenmeyen olaylar hastaların ve çalışanların zarar görmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hatalar insan sağlığını olumsuz etkilemekte ve yaşamını tehdit ederek geri dönüşü mümkün olmayan sonuçlara sebep olmaktadır.

Hastanelerin mevcut karmaşık yapısı yeterli güvenlik önlemi alınmadığı takdirde çalışan ve hasta için tehlike ve riskleri arttırmaktadır.

4.3.1. İlaç Hataları

İlaçlar hastalığın önlenmesi, tanısının konulması, tedavi edilmesi ve önlenmesi veya hastanın rahatlamasını sağlamak için kullanılan maddelerdir. İlaçlar hasta tedavi planının bir parçasını oluşturduğunda güvenli yönetilmeleri hayati önem taşır (www.hasta.guvenligimiz.com/jcihastaguvhedefleri.htm-28.03.2008). İlaçlar yerinde ve zamanında kullanıldığında çok yararlı oldukları kadar hatalı biçimde kullanıldıklarında hastanın zarar görmesine neden olmaktadır (15,23,47).

Sağlık bakım hizmeti sunan bireylerin ilaç yönetim sürecinin hastaya zarar vermesini önleyen tedbirleri oluşturmasına ilaç güvenliği denir.

İlaç uygulama hatalarının temel nedenleri insan, sistem ve organizasyon yapısıdır. Sisteme dayalı faktörler standart süreçlerin olmayışı, uzun çalışma saatleri, gereğinden fazla iş yükü ve teknik hatalardır. İnsana ilişkin faktörler, prosedürlere uymada multidisipliner ekipten biri veya birkaçının direnç göstermesi, oryantasyon, eğitim ve uygulamada yetersizlik, bilgiye ulaşmada yetersizliktir.

İlaç uygulamaları hemşirelerin yasal sorumluluklarından ve temel fonksiyonlarından birisidir. Hemşire ilacın hazırlanması, uygulanması ve bu girişimler sırasında karşılaşılabileceği yasal sorumluluklar ile ilaçlara ilişkin güvenlik önlemleri ve ilaçların farmakolojik etkileri hakkında bilgi sahibi olmalıdır (3).

İlaç uygulamaları, etkileri sebebi ile hasta güvenliği açısından en önemli konulardan birisi olmakla birlikte, hemşirelik uygulamalarında hata açısından en yüksek risk alanıdır (54 , <http://www.hastaguvvenligimiz.com/kapsam29.htm> 28.03.2008).

İlaç hataları çok boyutlu ve multidisipliner bir sorundur ve hemşire, hekim, eczacı, hasta birey ve kurumdan kaynaklanabilir. Fakat ilaç uygulamalarında son nokta olan hemşireler ilaç uygulama hatalarında önemli bir roledirler (3).

İlaç uygulama hatası, Uluslar arası İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi tarafından, ilacın sağlık bakım çalışanının, hastanın yada üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın zarar görmesine yada uygun olmayan ilacı almasına sebep olan, önlenabilir bir olaydır şeklinde tanımlanmaktadır.

İlaç uygulamalarında karşılaşılan hatalar hastalarda olduğu kadar hemşireler için de birçok sorunlara yol açmaktadır. Bunlardan birisi malpraktis davalarıdır. Malpraktis mesleki pozisyonla ilgili becerilerde akla uygun olmayan şekilde yetersizlik, yanlışlık yada etik olmayan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Amerika'da hemşirelerin malpraktis davalarında giderek daha fazla yer aldıkları belirtilmektedir. Amerika 'daki verilere bakıldığında 1998 yılında hemşirelere açılan malpraktis davası 253 iken 2001 yılında bu sayı 413'e kadar yükselmiştir. Bu durum hemşirelerin ilaç hatalarını raporlamaya isteksiz olmalarına yol açmaktadır. Hataların sıklığını azaltma yöneticilerin suçlayıcı kültür yerine güven kültürünü geliştirmeleri ile mümkün olacaktır (24,47).

İlaçlar uygulanırken yapılan hatalar için farklı tiplerde sınıflamalar vardır. Hicks ve arkadaşları(2004) ilaç hatalarını hastalarda oluşan zararlı etkileri açısından 9 basamakta sınıflamışlardır: Hataya sebep olabilecek durum/olay bulunması(aynı soyadına sahip iki hastanın aynı gün operasyona gidecek olması gibi), henüz hastaya ulaşmadan önce yapılan hata(depoya Ephedrin yerine Ephinefrin konması gibi), hastaya yapılan fakat sonucunda hastaya zarar vermeyen hata(hastaya antiasitten ekstra bir doz vermek gibi), hastaya yapılan fakat izlem gerektiren hata(hastanın PCA'sından gidecek dozun yanlış ayarlanması gibi), hastada geçici zarar oluşturan, tedavi veya girişim gerektiren hata(alerjisi olan hastaya penisilin uygulanması ve antihistaminik yapılması gibi), hastanın hastanede kalmasını gerektiren ve geçici zarar veren hata(cerrahi hastalarına günlük doz olarak verilen Fentanyl'in aşırı doz olarak verilmesi ve bütün gece takip edilmesi gibi), hastaya sürekli zarar veren bir hata (hastaya antikoagülan ilacın aşırı dozda verilmesi ve serebrovasküler atak riskini arttırması gibi), hastada ölüme yakın olarak sonuçlanan hata(hastaya antibiyotik yerine nöromüsküler blok yapan bir ilacın verilmesi acil entübasyon ve ventilasyon desteğinin verilmesi gibi), hastanın ölümü ile

sonuçlanan hata (konsantre elektrolitlerin infüzyondan daha hızlı ve puşe olarak verilmesi gibi) (47,50).

Hatalar, ilaç uygulama sürecinin aşamalarından bir veya birkaçında meydana gelmektedir. Literatürde ilaç uygulama hatalarını hazırlayıcı faktörler çeşitli boyutları ile alınmıştır.

Hemşirelerin hastayı yeterince tanımaması, ilaçlarla ilgili bilgi eksikliği, dikkat dağınık durumların fazla olması, hemşire gözlemine geçirilmede yanlışlık, hemşirelerin başka bir servise gönderilmesi, hemşire başına düşen iş yükünün fazla olması, stres, yorgunluk, dikkatsizlik, uygun olmayan çalışma koşulları(yetersiz aydınlatma, ısı,gürültü vb.), çalışılan vardiya, performans eksikliği, etkisiz politika ve prosedürler, politika ve prosedürlere uymama, iletişim eksikliği, kayıta yetersizlik, ilaç isteminde okunaksız yazılar, sözlü ilaç istemi verilmesi, eksik yazılmış istemler, hekim istemi olmadan ilacın verilmesi, infüzyon aletlerinin yanlış kullanılması, hesaplama hatası, ilaç istem formlarında basım hatası, ilacı güvenli saklamama, doz formlarında karışıklık, ilaç dağıtım sistemlerinde yetersizlik, bilgisayar istemlerinde hata, malzemelerin düzensiz olması, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmeme, benzer ilaç isimlerinin olması, deneyimsiz ve yetersiz eğitilmiş ya da geçici personel olması, çalışılan vardiya, hasta bilgilerine ulaşamaması, nöbet değişim saatleri, acil durumlar, 24 saat eczacının bulunmaması, beş doğru kuralına uyulmaması ilaç hatalarının başlıca sebepleridir (47,54).

Hemşireler özellikle hemşirelik yasası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hekim istemlerini yerine getirmekle yükümlüdürler. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 132. maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri “hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dahilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak” olarak belirtilmektedir. Hemşirelik kanununda hemşirelerin hekim tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamakla yükümlü olduğu vurgulanmaktadır. Hekim tarafından verilen sözel istemler hatalı ilaç uygulamalarına yol açabilmekte ve yasal olarak hemşireleri zor durumda bırakmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin hatalı duruma düşmemek için hekimlerden istem alma konusunda bilinçli ve eğitilmiş olması gerekmektedir. Hemşireler istemleri yerine getirirken prosedürlere uygun olup olmadıklarına dikkat etmelidirler (1,2).

İlaç hataları hasta ve kurumu olumsuz etkilemekle birlikte, hastanın hastanede kalış süresini uzatmakta ve birçok davanın açılmasına neden olmaktadır (11,47).

İlaç uygulama hataları, eğitim, iletişim, kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, performans ölçümleri, teknolojinin doğru kullanılması, ilaç hata rapor sonuçlarının değerlendirilmesi ve en önemlisi hemşirelerin sorumluluk alması ile engellenebilir.

İlaç hatalarının dava açılması, cezalandırılma, disiplin cezaları hatta iş kaybına sebebiyet vereceği korkusu ile raporlanmadığı belirtilmektedir. Hemşirelerin ilaç hataları konusunda eğitilmesi ve hatayı rapor etme konusunda cesaretlendirilmesi gerekir (1,2).

İlaç hatalarının bildirilmesi hemşirelerin bireysel karar verebilmelerine bağlıdır. Öncelikle hemşireler hatanın farkına varmalı, hataları rapor etme hakkı olduğunu bilerek üzerlerine düşeni yapmalıdırlar (47).

İlaç hatalarının önlenmesi için kurumlara düşen görevler; ilaç hatalarında sorunların ne olduğu ve hataların neden kaynaklandığının tanımı yapılmalı, ilaç hatalarına yönelik etkili bir rapor sistemi oluşturulmalı, hastanelerde multidisipliner bir ekipten oluşan kalite ve hasta güvenliği komitelerinin kurulması, ilaç hataları ile ilgili çalışmalar yapacak multidisipliner ekipler oluşturulmalı, ilaç uygulamaları ile ilgili prosedürlerin oluşturularak tüm ünitelerde çalışanlar tarafından uygulanmasının sağlanması, hizmet içi eğitim programlarına önem verilerek devamının sağlanması, ünitelerde yeterli sayı ve nitelikte hemşire bulundurulması, tüm intravenöz ilaç ve perfüzyonların eczanede hazırlanması, yüksek riskli ilaçların kullanımı ve depolanması ile ilgili prosedürlerin oluşturulması, yazılışı ve okunuşu benzer ilaçların belirlenmesi, eczacılık hizmetinin 24 saat sürdürülmesi, bilgisayara dayalı ilaç istem sisteminin kurulması, elektronik ilaç kullanım sistemlerinin oluşturulması, barkod sisteminin kullanılması, eleman açığının giderilmesi olarak sıralanabilir, ilaç hatalarının oluşmasında risk oluşturan hasta grupları ve çalışma ortamları belirlenmeli (5,11,13,15,47).

İlaç uygulama hataları incelendiğinde, ilaç istemi yapılmasından uygulamadan sonraki takibini de içine alan bir süreçte gerçekleştiği görülmektedir. İlaç uygulama hataları örneklendirilecek olursa; ilaç uygulamayı unutma, ilacı yanlış zamanda uygulama, yanlış dozda uygulama, yanlış ilaç uygulama, reçete edilmemiş ilaç

uygulama, ilacı uygun teknikle hazırlamama, etkileşime giren ilaçları birlikte uygulama, uygulamayı kaydetmeme, allerji olan ilacın uygulanması şeklinde sıralanabilir (50).

Sonuç olarak hastanelerdeki istenmeyen olaylar arasında ilaç uygulama hatalarının çok sık gerçekleşmekte olduğu, hem hasta sağlığını hem de hemşire ve hekimlerin mesleki durumlarını olumsuz etkilediği yapılan araştırmalar tarafından kanıtlanmıştır. İlaç uygulama hatalarının hemşire ve hekim açısından yasal ve tıbbi bir problem yaratmaması için yukarıda sayılan bütün önlemlerin alınması gerekmektedir (2,47).

4.3.2. Hasta Düşmeleri

Hastaların düşme sonucunda yaralanmaları hemşirelikte sık karşılaşılan şikayet ve dava nedenlerinden birisidir. Düşme riskini arttıran nedenler; hastane ortamının yabancı olması, vücut aktivitelerinde meydana gelen değişiklikler, yaşlılık, demans, görme ve işitme kaybı, kas gücünün azalması gibi fiziksel rahatsızlıklar, mental problemler veya tedavi sürecidir (3).

WHO tarafından hasta güvenliği çözümleri altında incelemeye alınan hasta düşmeleri yatakta ve odada gerçekleşen düşmeler, hastane genelinde gerçekleşen düşmeler olarak iki gruba ayrılmış, düşme şekilleri şu şekilde sıralanmıştır.

Muayene masasından düşme, sedyeden düşme, taşıma esnasında düşme, yataktan düşme, banyoda düşme, kısıtlamalardan kurtularak düşme, takılma, tökezleme, merdivenlerden düşme, bayılma, kayma, sebebi bilinmeyen yerde bulunan hasta (<http://www.hastagüvenliği.com.19.05.2008>).

Düşmeler hastanelerde meydana gelen istenmeyen olaylar içinde %38'lik bir oranla en önemlilerinden birisidir ve düşmelerin %6'sı ciddi yaralanmalara sebep olmaktadır (54).

Sonuçları bakımından böylesine önemli olan hasta düşmesinin önlenmesi için risk faktörlerinin tanımlanarak, gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir. Düşme riski yüksek olan hastalar belirlenerek, bağımsızlıklarını gereksiz yere kısıtlamadan önlemler alınması gerekmektedir. Düşmenin nerede, ne sıklıkta, ne zaman, nasıl meydana geldiğinin araştırılarak düşme riski azaltma programı oluşturulması, politika ve

prosedürlerin geliştirilmesi, düşme riski açısından hastaların yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir (<http://www.jcihastaguvhedefleri> 28.03.2008 , 53).

Düşmelerin önlenmesi için başlıca önlemler; hastaya bulunduğu ortamın tanıtılması, ortamın aydınlatmasının ayarlanması, hasta ilk kez ayağa kalkarken yardımsız kalkmaması, düşme riski açısından uyarı sisteminin kullanımının sağlanması, sedye, karyola ve tekerlekli iskemle ayaklarının frenli olması, zeminin kaymayı engelleyici malzemedan yapılmış olması, gereksiz malzeme ve eşyanın hasta odasında bulundurulmaması, yatak kenarlıklarının kullanılması, hasta ve yakınlarının düşme hakkında bilgilendirilmesi, multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesidir (16,25).

Dempsey yapmış olduğu çalışmada, hastanelerde düşme riski değerlendirme prosedürünün uygulanması ile her 1000 yatak günü için düşmelerin %37 oranında azaldığını bulmuştur (28).

4.3.3. Bası Yaraları

Vücudun daha çok kemik çıkıntıları üzerinde dokuların uzun süre basınç altında kalması ile gelişen iskemik doku kaybına bası yarası denir. Bası yarası yüksek morbidite ve mortalite oranı ile bakımı oldukça zor ve maliyeti yüksek bir patolojidir. Bu sebepten risk altındaki hastaların belirlenerek, bası yarası gelişiminin önlenmesi gerekmektedir (30,32).

Bası yarasının önlenmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Öncelikle riski yüksek olan hastalar belirlenmeli, risk derecesine göre önlemler alınmalı, yüksek riskli hastalar yakından takip edilerek fonksiyon değişikliğinde yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. En sık kullanılan risk değerlendirme araçları; Norton(1962), Gosnell(1973), Waterlow(1985), Braden(1987) ölçekleridir. Hasta grubuna uygun ölçek seçilmeli, kurumdaki herkes aynı ölçeği kullanmalı, hastaların sağlık durumlarında meydana gelen değişikliklerde yeniden değerlendirme yapılmalı, bası yarası oranları düzenli olarak ölçülerek takip edilmeli (30).

Bası yaralarının %75'i pelvik bölgede toplanmıştır.(gök1) 1997 yılında ABD'de 6603 bası yarasının izlendiği "4. Ulusal Bası Yarası Prevalans Surveyi"nde , acil servis hastalarında %1.4 ile %36.4 arasında (ortalama %10.8) insidans belirtilmiştir. Meehan

ise, hastanelerde uzun süre tedavi gören hastalarda bası yarası görülme sıklığının %9.2 olduğunu belirtmiştir. Bergstrom ve ark, yoğun bakımda tedavi gören hastalarda bası yarası gelişme insidansını %33 olarak bildirmiştir (51).

Bası yarası gelişen hastaların ortalama %50'si 70 yaş üzerindedir. Danserereau ve ark.'ın 1604 bası yarası olgusunda yaptıkları çalışmada en sık karşılaşılan lokalizasyonlar şu şekilde verilmiştir: %28 gluteal, %19 sakrum, %17 topuk (19,51).

Bası yaraları, maliyeti yüksek, tedavi süresi uzun ve tedavi edilmemesi durumunda enfeksiyon ve sepsis gelişimi ile hastanın kaybedilebileceği bir sağlık sorunudur. Bası yarasında en önemli nokta, bası yarası oluşumunun önlenmesidir. Bası yaralarının önlenmesi hemşirelik bakım kalitesinin göstergelerinden birisidir. Bası yarasının önlenmesinde hemşireliğe büyük bir görev düşmekle beraber, diğer sağlık çalışanları ile birlikte hasta ve hasta yakınlarını da içine ekip çalışması önemlidir (30,35,51).

4. 4. Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi

Risk hastalık veya bir duruma düşme, zarar görme olasılığıdır. Bir olayın istenilmeyen sonuçlarının potansiyel gerçekleşmesi olarak da tanımlanabilir.

Risk yönetimi ortaya çıkan problemlerle ilgili olarak neler yapılacağına dair karar sürecini tanımlamaktadır. Önceliklerin belirlenmesine yardımcı olur, analiz ve karar verme süreçlerinin dengelenmesi esasına dayanır.

Bugün bilinen anlamıyla hastanelerde risk yönetimi programı ABD de 1970 li yıllarda uygulanmaya başlamıştır. Risk yönetiminin sağlık sektörüne uygulanması için çalışmalar Amerikan Hastaneler Birliği tarafından başlatılmıştır.(American Hospital Association) AHA risk yönetiminin riskleri tanımlayan, değerlendiren ve finansal kayıplara karşı nasıl önlem alınması gerektiğini amaçlayan bir birim olduğu ve tıbbi hata krizlerine karşı anahtar çözümün risk yönetimi olduğunu duyurmuştur (7).

Hastanelerde hasta ve çalışanlar için, meydana gelen kazalar risk oluşturmaktadır. Çalışma saatleri, hasta/hemşire oranı, çalışma ortamı gibi koşullar ve örgüt kültürünün özellikleri bu risklerin oluşumu ile bağlantılı faktörlerdir.

Hastalara güvenlik şemsiyesi altında bakım verebilmek için hastanelerin risk yönetimi programlarını geliştirmeleri gerekmektedir.

4. 5. Hata Raporlama

Raporlama, risklerin erken tanımlanmasında, hasta yaralanmalarını önlemede oldukça önemlidir. ICN hasta güvenliğini sağlamada açık yönetim politikaları ve şeffaflık felsefesinin önemini vurgulayarak, hata yapanların suçlanma ve ayıplanma gibi nedenlerden dolayı bildirimde bulunmamasının hastalar ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki açık iletişim ile önlenebileceğini belirtmektedir. (<http://www.icn.ch/pspatientsafe.htm>. 2007).

Risk kontrol programlarının başarıya ulaşması için öncelikle olayların doğru bir şekilde rapor edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, kurum yönetiminin bildirim sonrası korku ve endişeleri ortadan kaldıracak önlemleri alıp , tüm çalışanlarla paylaşması çok önemlidir. ABD’de bile rapor edilen her hataya karşı 35 tane bildirilmeyen hata olduğu düşünülmektedir (47).

Tıbbi hataların bildirilmesi ile cezaya yol açacak bir ortamın oluşmasından kaçınılmalıdır. Amaç cezalandırma değil bozuk işleyen sistemleri onarmak ve hastaların ve çalışanların güvenliğini tehdit eden olayların bildirim yoluyla sistematik düzenlemeler yapmaktır. Çözüme engel olan en önemli sorun, bildirim eksikliği ve bilginin paylaşılmamasıdır.(www.bilgiyurdu.net/showthread.php-25.01.2008 , 24).

Hatalar daha önceki hataların sonucu olarak ortaya çıkar. Hataları azaltmak için kişileri cezalandırmaktan çok hatanın ortaya çıkış atmosferini kontrol altına almak gerekmektedir.

Hemşireler tarafından raporlamanın az olmasının nedenleri arasında, bilinmeyen, bilinen fakat zararsız olduğuna inanılan hatalar, eleştirilme korkusu, raporlama sürecindeki zorluk gibi sistem faktörleri yer almaktadır. ABD’de 424 hastane hemşiresiyle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %14’ünün kaza / olay raporlarının güvenilir ve geçerli olmadığına inandıkları, % 14’ünün olay raporlarını tamamlamanın zaman aldığı ve bu bildirim olası istenmeyen olayları önleyebileceğine inanmadıkları saptanmıştır (20).

Tıbbi hataların bildirilmesi ile cezaya yol açacak bir ortamın yaratılmasından kaçınılması zorunludur. Amaç cezalandırma değil, bozuk işleyen sistemlerin tamiri ve hastaların ve çalışanların güvenliğini tehdit eden olayların bildirim yoluyla sistematik düzenlemeler yapmaktır (24).

4.6 . Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon ve Hasta Güvenliği

Kalite kavramı net bir tanıma sahip olmamakla birlikte bakış açılarına göre birçok tanımlanmaktadır. İhtiyaçları karşılama yeteneği, belli bir ürünün belli bir müşterinin ihtiyacını karşılama derecesi, belli bir ürünün, tasarım ve spesifikasyonlara uygunluk derecesi, ilk seferde doğrusunu yapmak ve her defasında tekrarlamak, kullanıma uygunluk olarak tanımlanabilir. Aslında kalite müşterinin mükemmellik ile ilgili algılamasına kuruluşun verdiği cevaptır (6,9, 58).

En büyük, en pahalı malları üretmenin ve satmanın zorlaştığı günümüzde müşteri grubunun belirlenerek, belirlenen grubun arzu ve isteklerini karşılayacak mal veya hizmet için şartlar oluşturulduğunda, üretim bu şartlar doğrultusunda gerçekleştirildiğinde üretilen mal o müşteri grubu için kaliteli mal olacaktır (17). Dolayısı ile kalite mutlak ve kesin anlamda en iyi anlamına gelmemektedir. Bir ürün ya da hizmetin müşterilerinin o ürün ya da hizmetin beklentilerini ne derece karşıladığına olan inançlarının bir ifadesi olmaktadır. Kullanıcının talebi belirleyen konumda olması sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran temel faktörlerin başında gelmektedir (22,61).

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, “Tuluslar arası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin beraberinde bütün hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” olarak tanımlanabilir (26).

Sağlık hizmetlerinde hasta hakları, etik, sağlık hizmetlerinin planlanarak uygulanması, çalışanların motivasyonu, hizmet alanların memnuniyetinin ölçülmesi ve izlenmesi, sonuçların dikkate alınarak kalite yönünden sunulan hizmetin değerlendirilmesi kalite yönetimi anlayışındaki beklentilerdir (<http://www.saglik.gov.tr>).

Joint komisyonu kaliteyi arzu edilmeyen sonuçların mümkün olabildiğince azaltıldığı ve arzu edilen sonuçların mümkün olduğunca arttırıldığı hasta bakım hizmetlerinin seviyesi olarak tanımlar (9).

Sağlıkta kalite kavramı ile sağlık sistemi içinde yer alan tüm bileşenlerin hasta mutluluğunu esas alacak biçimde yönetilmesi ifade edilmektedir. Ayrıca hasta memnuniyetinin ötesinde çalışanların memnuniyeti de sağlık sisteminde kalitenin sürdürülebilirliği açısından önemlidir.

Hastanelerde kalitenin iyileştirilmesi yaklaşımı, tüm hastalara ihtiyaç duydukları bakımı hastaneye adım attıkları andan itibaren vermeyi güvence altına almalıdır. Hemşireler, hastanelerde sağlık çalışanları içinde en büyük grubu oluşturarak, kaliteli bakımın sağlanmasında anahtar rol üstlenmişlerdir (11). Hemşirelik mesleğinin temel amacı, kaliteli sağlık ve bakım hizmeti sunmaktır. Hemşirelik mesleği, sağlık hizmetlerinde bakımın kalite güvencesi ile sunulmasında belirleyici konumdadır. Kaliteden söz edildiğinde genellikle ilk akla gelen ürün kalitesidir. Oysa kalite yönetiminde insan kalitesi her şeyden önce gelmektedir. Günümüzde çağdaş hemşirelik çok daha fazla bilgi ve beceriyi gerekli kılmaktadır. Hemşireler insan sağlığının ve yaşamının korunması için sahip olunması gereken asgari bilgi ve beceriden yoksun oldukları takdirde, eksik ve yanlış uygulamaları ile hizmet sundukları insanların hayatını tehlikeye sokabilmektedirler. Hemşirelik mesleği bakımın kalite güvencesi ile sunulmasında belirleyici konumdadır (48,49).

Ülkemizde 1990'lı yıllardan itibaren giderek artan ilgi ile sağlık hizmetlerinde kalite kavramından daha sık söz edilmeye başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm öğeler, toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşturmadır.

Kalite güvence, bir ürünün veya hizmetin belirlenen kalite isteklerine uygunluğunu yeterli güvencede sağlamaya yönelik olarak, uygulanması gerekli tüm planlı ve sistematik faaliyetleri kapsar. Tasarımdan dağıtımına kadar ürün kalitesinin belirlenmesi ve güvence altına alınmasıdır. Bu ise organizasyonun her kademesinde özen ve dikkat gerektiren bir kalite yönetimi ile mümkündür (27).

Kalite güvence sistemi, TKY içinde yer alan ve toplam kaliteye giriş için gerekli alt yapının hazırlanmasını gerektiren bir sistemdir. Bir mal veya hizmetin müşterinin beklediği kalite isteklerine uygun olarak üretilebilmesi için yapılması mutlak olarak uyulması gereken tüm faaliyetlerin önceden sistematik bir biçimde planlanması ve hayata geçirilmesi çabalarına Kalite Güvence Sistemi adı verilmektedir (22).

ISO 9000 standartları ürünlerin sağlanması gereken özelliklerin ötesinde, ürünlerin üretildiği sistemin sağlanması gereken şartları da tanımlamaktadır. Bitmiş ürünün muayeneye tabi tutulması yerine üretim sisteminin muayeneye gerek bırakmayacak şekilde güvenceye alınması esasına dayanır. ISO 9000 Kalite Güvence Standartları Toplam Kaliteye ulaşmada rehber niteliği oluşturur. ISO 9000 belgesi, belgeye sahip olan kuruluşun ürün veya hizmetlerinin dayanıklı veya hatasız olduğunu göstermez. Yalnızca, tanımlandığı kadar dayanıklı, hata seviyesinin kontrol altında olduğunu gösterir.

TKY, tüm çalışanların katılımını, yapılan işlerin tüm yönlerini, müşterilerin tümünü, üretilen ürün ve hizmetlerin tümünü kapsar. Yani örgütteki herkesi ve her olayı içerir. TKY kısa süreli bir program değil, uzun süreli bir süreçtir. Eğer iş süreci yeterince açıksa, süreç içinde oluşan hataların kontrolü, azaltılması ve tümüyle ortadan kaldırılması mümkün olacaktır (22,59).

İşletmelere içinde bulunduğu değişimlere ayak uydurma zorunluluğu getiren çevre koşulları ve küreselleşme ile artan rekabet göz önünde bulundurularak doğru üretim veya hizmeti ilk defasında yapmayı ve bunu her defasında tekrarlamayı hedefleyen, işletmenin bir bütün olarak etkinliğini sağlamayı, rekabet gücünü arttırmayı amaçlayan, işletmenin teknik, sosyal, finansal yönünü dikkate alıp müşteri memnuniyetini ön plana çıkaran ve değişimlere göre esnek bir yapıyı öngören bir yönetim tarzıdır (44,52).

TKY de hataları tespit etmek yerine hata oluşmadan önleme yaklaşımı vardır. Bütün çalışanların anlaması gereken özel kalite hedefleri şunlardır, insan hataları ve kusurlar sıfır olacak, boşa geçen ve kayıp zamanlar sıfır olacak, kabul edilmeyen insan davranışları sıfır olacak, müşteri şikayetleri sıfır olacak, hasar ve kayıtlar sıfır olacak, güvenli koşullar olmayacak.

TKY, kalite ile ilgili problemlerin ve kalite geliştirme fırsatlarının esas olarak çalışanların davranışı ile değil sistem ile ilgili olduğunu öngörmektedir. Deming'e göre tüm hataların %94'ü sistem hatasıdır, hataların ancak %6'sı çalışanlara aittir (22, 33).

Sağlık alanında teknolojinin hızla gelişmesi ve karmaşıklaşması, maliyetlerin yükselmesi gibi sorunlar ve hastaların hizmet alacakları sağlık kurumunu daha bilinçli olarak seçmeye ve eleştirmeye başlamaları hastaneleri kalite güvence sistemleri ile tanıştırmıştır. Müşterinin kalite anlayışının gelişimi, kullanımda uygunluk, güvenlik ve sağlık, memnuniyet kalite güvence sisteminin müşteriye getirdikleri olarak sıralanabilir (4).

ISO 9001 etkili bir kalite yönetimi sistemi kurmak için ihtiyaçları tanımlamayı hedefleyen ve bunu belgelemek için dünyaca kabul görmüş yönetim aracı ve sistem standardıdır. ISO 9001 belgesi son yıllarda sağlık sektöründe yoğun talep görmeye birlikte bu belgeye sahip hastanelerin sayısı her geçen gün artmaktadır (27,56).

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) 1987 yılında sağlık hizmetinin sürekli iyileştirilmesini hedefleyen akreditasyon uygulama sürecini başlatmıştır. Misyonu, hastanelerde veya sağlık bakımı verilen kurumlarda hizmet kalitesi ve standartların oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi için sistematik bir yaklaşım oluşturmaktır (21).

Ayrıca JCAHO'nun alt bölümü olan JCI tarafından yayınlanan akreditasyon standartları da yoğun ilgi görmektedir. Joint Commission, Amerika'da ve dünyada sağlık bakım kalitesinin ölçüldüğü standartları oluşturur.

Akreditasyon, genellikle gönüllülük esasına dayanan, prosedürleri ve çıktıları ile sürekli gelişimi isteyen, belli standartları karşılayacak şekilde; resmi veya resmi olmayan bir kurum tarafından verilen onayla sağlık kuruluşlarının yerine getirdiği bir

süreçtir. Risklerin azaltılması, sağlık hizmetlerinde risk yönetimidir. Akreditasyon, bir kurumun hasta bakım kalitesi sağlamak, hastalar ve çalışanlarla ilgili riskleri azaltmak için sürekli çalışmasını güvence altına almaktır (62,64). Akredite olan kurumlar, kalitelerini ölçebilecekleri sistemler kuracaklar, uluslararası standartlara uygun sağlık hizmeti sunmanın avantajlarından yararlanacaklar, hizmet alanlar kaliteli sağlık hizmetinden uygun ücret ile yararlanacaklar ve böylelikle ülkenin sağlık sisteminin iyileşmesine katkıda bulunacaklardır (55).

Akreditasyonun amacı, hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslar arası alanda rekabet edebilir duruma getirmek, bütün çalışanların katılımı ile kalite, hasta güvenliği, sürekli gelişim anlayışını organizasyon kültürü haline getirmektir (54).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Hastanelerde istenmeyen olayları ve bu olayların meydana gelmesini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırma Yeri

Araştırma , İstanbul ili Avrupa yakasında 300 yatak kapasitesine sahip , akredite olmuş özel bir vakıf hastanesinde uygulanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İstanbul ili Avrupa yakasında 300 yatak kapasitesine sahip özel bir vakıf hastanesinin yataklı birimlerde yatan hasta ve çalışan hemşirelerden; örneklem grubu ise, Temmuz 2007 – Nisan 2008 tarihleri arasında yataklı birimlerde yatan 6950 hasta ve bu birimlerde hastaların bakımından sorumlu olan 180 hemşireden oluşturulmuştur.

5.4. Araştırmanın Soruları

- 1- Hastanede karşılaşılan istenmeyen olaylar ve sıklığı nelerdir?
- 2- İstenmeyen olayları meydana getiren faktörler nelerdir?
- 3- İstenmeyen olayların meydana gelmesinde hemşire ve hastaların demografik özellikleri etkili midir?

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda araştırmanın yapıldığı kurumda kullanılan formlardan yararlanılarak geliştirilen iki bölümden oluşan bilgi formu ile toplanmıştır

Birinci bölümde, istenmeyen olayların meydana gelmesinde etkili olabileceği düşünülen hemşire ve hastalara ait demografik özelliklerini içeren toplam 18 soruluk bilgi formu kullanılmıştır. Hemşirelere ilişkin demografik özellikler arasında yaş,

cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan vardiya, çalışma şekli, mesleki deneyim, hastanedeki ve bölümdeki görev süreleri ve haftalık çalışma saatini belirlemeye yönelik 10 soru; hastalara ait demografik özellikler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, tıbbi tanı, bağımlılık düzeyi ve hastanede kalış sürelerine yönelik 8 sorudan oluşan hasta bilgi formu kullanılmıştır. Bilgiler araştırmacı tarafından hemşire ve hastalara doğrudan sorularak ve gerektiğinde hasta dosyasından yararlanılarak elde edilmiştir (Ek 1-2).

Araştırmanın yapıldığı hastanede hasta profilini takip ederek bölümlerin iş organizasyonu ve insan gücü planlamasını belirlemede kullanılan ve hastaneye özgü geliştirilen hasta sınıflandırma modeli kullanılmaktadır. Hastalar bağımlılık düzeylerine göre az bağımlıdan çok bağımlıya doğru tip 1, tip 2, tip 3, tip 4, tip 5 olarak sınıflandırılmıştır.

İkinci bölüm, üç ayrı istenmeyen olay bilgi formundan oluşmaktadır. Hastanelerde istenmeyen olayların çok farklı boyutları vardır. Araştırma kapsamına literatürde en sık karşılaşılan ilaç hatası, düşme ve bası yaralarına ilişkin üç hata tipi alınmıştır. Bu doğrultuda hastanenin hemşirelik hizmetleri performans ölçüm raporları (hemşirelik hizmetleri performans iyileştirme raporları) , 2007 - 2008 kalite iyileştirme programı ve 2007 – 2008 yılı hasta güvenliği programı kapsamında uygulanan politika, prosedür, talimat, kullanılan olay rapor formları ve literatürden yaralanılarak hazırlanan üç ayrı istenmeyen olay bilgi formu hazırlanmıştır. İstenmeyen olaylar olarak; ilaç hataları, yataktan ve yatak dışında gerçekleşen hasta düşmeleri ve bası yarası gelişimi seçilmiştir. İstenmeyen olayların nedenlerinin belirlenmesine yönelik üç ayrı bilgi formu geliştirilmiştir.

İlaç hatası bilgi formu olay tarihi, olay saati, ünite/bölüm , hasta sayısı, hemşire sayısı, personel sayısı, ilaç hatası nedeni (sözel iletişim sorunu, hekim isteminin yanlış anlaşılması ya da yorumu, okunaksız yazılar, hekim isteminin gözden kaçırılması, bilgi eksikliği, prosedürlere uyulmaması, ilaca ulaşılamaması, benzer ilaç adları, tedavi planının yanlış okunması, yanlış / eksik döküman, hastaya ulaşılamaması, dozun gözden kaçması, hesaplama hatası, ikili kontrolün yapılmaması, tedavi planı ile hekim isteminin karşılaştırılmaması, dozun yanlış kontrolü, ilacı tedavi planına yanlış geçirme, infüzyon pompası programlama hatası, infüzyon pompası mekanik hata, yanlış eksik order yazılması, sözel yada telefon ile hekim istemi, eczaneden farklı ilacın verilmesi,

bilgisayardan yanlış ilacın girilmesi, yanlış ilaç hazırlama/yanlış etiket, ilacın gecikmesi, hekim istemsiz ilaç, yanlış sıklık, yanlış hız, yanlış yol,); verilmesi gereken ve verilen yol (PO, topikal, IV, IM, Subkutan, rektal, NGS, diğer); ilaç hatası engellendi / engellenemedi bölümlerinden oluşmaktadır. İlaç hatası nedenlerinde ve ilaç hatası tipinde birden fazla seçenek işaretlenmiştir (Ek- 3).

Yataktan ve yatak dışında düşme bilgi formu, olay tarihi, olay saati, ünite / bölüm, hasta sayısı, hemşire sayısı, personel sayısı, düşme şekli (yerde bulundu, kısıtlamadan kurtularak düşme, yataktan düşme, mobilize edilirken düşme, banyoda düşme, muayene masasından/sedyeden düşme, sandalyeden düşme, yatak kenarlığından tırmanmış/atlamış) düşme nedenleri (eğitim eksikliği, bilgi eksikliği, prosedüre uymama, dalgınlık/dikkatsizlik, diğer bölümlerle / personelle iletişim hatası, yatak/sedye kenarları, hasta terlikleri, yere dökülen sıvıların hemen silinmemesi, periyodik yeni değerlendirme, oda ışıklandırması, IV bağlantıları, görme işitme bozukluğu, ajitasyon, ortostatik hipotansiyon, hastanın fiziksel durumu, bozuk yataklar/frenler/alarmlar, hastanın aldığı ilaç tedavisi, dağınıklık); olay yeri (ameliyathane, uyandırma odası, acil, yoğun bakım ünitesi, radyoloji, koridor, anjio laboratuvarı, lobi, laboratuvar, banyo, tuvalet, hasta odası, diğer); düşme risk değerlendirmesinden oluşmaktadır. Birden fazla seçenek işaretlenebilecektir. Hastanede düşme risk standart bakım planı doğrultusunda her vardiyada (12 saat) hastaların düşme riskleri değerlendirilmekte, alınan önlemler düşme risk standart bakım planına kaydedilmektedir (Ek-4).

Bası yarası bilgi formu, bası yarasının tespit edildiği; tarih, saat, ünite/bölüm, hasta/hemşire/personel sayısı, tespit edilen bası yarası derecesi (1, 2, 3, 4) bası yarası nedenleri (boya oranla fazla kilo, ince çizilmeye yatkın cilt yapısı, kuru cilt, ödem, terminal kaşeksi, periferik vasküler hastalık, anemi, sigara, idrar dışkı tutamama, mobilite kısıklılığı, traksiyonda hareketsiz kalma, anoraksik/oral beslenememe, diyabet, ameliyat masasında iki saatten fazla kalma, kullanılan ilaçlar, nörolojik hastalıklar, prosedürlere uymama, (risk değerlendirme, pozisyon) yetersiz ekipman (havalı yatak, antidekübüt yatağı vb) bası yarası, risk puanı, bası yarası gelişen alan (kulak kepçesi, skapula, spinal çıkıntılar, dirsek, sakrum, koksiks, trakonter, diz, topuk) taburculuk bası yarası derecesinden (yok, 1, 2, 3, 4) oluşmaktadır. Nedenler bölümünde birden fazla

seçenek işaretlenmiştir (Ek- 5).

Hastanede bası yarası risk değerlendirmesi waterlow dekibüt tedavi politikası doğrultusunda yapılmaktadır.

5.6. Verilerin İstatistik Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde tanımlayıcı analizler ve Ki-kare Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ ve iki yönlü olarak kabul edilmiştir.

5.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapıldığı hastanede akreditasyon çalışmaları kapsamında oluşturulan 2007 yılı kalite iyileştirme programı ve 2007 yılı hasta güvenliği programı doğrultusunda ilaç hataları ilaç hatası rapor formu ile, yataktan ve yatak dışında hasta düşmeleri olay rapor formu ile, tespit edilen bası yaraları ise hemşirelik hizmetleri performans ölçümleri kapsamında hemşirelik hizmetleri indikatörleri bası yarası formu ile olay tespit edilir edilmez hemşirelik hizmetlerine raporlanmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin yataklı birimlerinde görevli tüm hemşirelerle uygulama öncesinde bizzat görüşülerek araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış ve bu çalışmada kendilerini yada kurumu ifşa etme yönünde bir düşünce taşınmadığı konusunda güvence verilmiştir. İstenmeyen olaylarla karşılaşma durumunda ilgili prosedürün uygulanması yanı sıra araştırmacıya bizzat ulaşacak iletişim bilgileri verilerek, doğru verilere ulaşmanın önemi konusunda gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra uygulama başlatılmıştır.

Bilgi formları istenmeyen olaylar olay raporlandırma sonrasında yada dosya kontrolleri ile tespit edildikten sonra, hemşire ve hasta ile yüz yüze görüşme ve gerektiğinde dosya taraması yapılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

İlaç hatası türleri ve ilaç hatası nedenleri bölümü, bası yarası nedenleri ve bası yarası gelişen alan bölümü, yataktan düşme şekli ve düşme nedenleri bölümünde birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Bilgi formları araştırmacı tarafından soruların yanındaki boşluklar işaretlenmek suretiyle doldurulmuştur.

5.8. Veri Toplama ve Etik

Araştırmanın yapılacağı hastanenin tıbbi direktörlük ve hemşirelik hizmetleri direktörlüğüne araştırmanın amacı, yöntemi ve süresi konusunda bilgi içeren yazılı dilekçe ile başvuruda bulunulmuş ve gerekli resmi yazılı izin alındıktan sonra araştırma Temmuz 2007- Nisan 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verilerinin bir tek hastane ile sınırlı olarak elde edilmiş olması ve yapılan açıklamalara karşın istenmeyen olayları bildirim sonucunda kişilerin zarar göreceği düşüncesine bağlı olarak çekimser kalmaları sonucu raporlamanın yetersiz olması araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

5.10. Araştırmanın Yapıldığı Hastanenin Tanıtımı

Araştırma İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan akredite olmuş özel bir hastanenin 12, 13, 17, 45, 48 yatak kapasiteli toplam sekiz servisinde ,12 yataklı Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde, 5 yataklı Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde, 30 yataklı Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Temmuz 2007 - Nisan 2008 tarihleri arasında hastaneye yatan 6950 sayıda hasta ve 180 hemşire ile gerçekleştirildi.

6. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastanede Temmuz 2007-Nisan 2008 tarihleri arasında ilaç hatası, hasta düşmesi ve bası yarası gelişimi olarak meydana gelen toplam 170 istenmeyen olayın dağılımı Tablo 6.1’de gösterilmiştir..

Tablo 6.1: İstenmeyen olayların dağılımı (N=170)

İstenmeyen Olaylar	n	%
İlaç hataları	87	51.17
Engellenen ilaç hataları	14	8.23
Hasta düşmeleri	42	24.70
Bası yarası tespiti	27	15.88
Toplam	170	100

Tablo 6.1’de gösterildiği üzere; Temmuz 2007 – Nisan 2008 tarihleri arasında gerçekleşen toplam 170 istenmeyen olayın yüzde 51.17’sinin (n=87) ilaç hatası; yüzde 8.23’ünün (n=14) engellenen ilaç hatası; yüzde 24.70’inin (n=42) hasta düşmesi; yüzde 15.88’inin (n=27) bası yarası gelişimi olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde toplam yatan hasta sayısı 6950 olarak kabul edildiğinde istenmeyen olaylarla karşılaşılan hasta oranı % 2.4 ‘dür.

Tablo 6.2: İlaç hatalarının türlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=101)

İlaç Hata Türleri	İlaç Hataları n=87		Engellenen İlaç Hatalar n=14	
	n	%	n	%
İlacın verilmemesi	28	32.18	-	-
Yanlış doz	20	22.29	-	-
Yanlış ilaç	18	20.69	14	100
Yanlış zaman	15	17.24	-	-
Hekim istemi olmadan yapılan ilaç	8	9.20	2	14.2
Yanlış yol	3	3.45	-	-
Yanlış hasta	1	1.15	-	-
Yanlış hız	1	1.15	-	-

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 6.2’de gösterildiği üzere, ilaç hata türlerinin dağılımı incelendiğinde; engellenen ilaç hatalarının yüzde 32.18’inin (n=28) ilacın verilmemesi, yüzde 22.29’unun (n=20) yanlış doz, yüzde 20.69’unun (n=18) yanlış ilaç, yüzde 17.24’ünün (n=15) yanlış zaman, yüzde 9.20’sinin (n=8) hekim istemi olmadan yapılan ilaç, yüzde 3.45’inin (n=3) yanlış yol; yüzde 1.15’inin (n=1) yanlış hız; yüzde 1.15’inin (n=1) yanlış hastaya ilaç uygulaması, engellenen ilaç hatalarının ise; yüzde 100’ünün (n=14) yanlış ilaç, yüzde 14.49’unun (n=2) hekim istemi olmadan yapılan ilaç olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.3: İlaç hatalarının nedenlerine ilişkin bulguların dağılımı (n =101)

İlaç Hatalarının Nedenleri	İlaç Hataları n=87		Engellenen İlaç Hataları n=14	
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)
Prosedürlere uyulmaması	27	31.03	-	-
Hemşire tedavi planı ile hekim isteminin karşılaştırılmaması	22	25.29	-	-
Hekim istemi olmayan ilacın uygulanması	8	10.2	-	-
İlacın gecikmesi	8	10.2	-	-
Hekim isteminin gözden kaçması	7	8.05	-	-
Dozun yanlış kontrolü	7	8.05	-	-
Bilgisayardan yanlış ilaç girilmesi	7	8.05	2	14.29
İkili kontrolün yapılmaması	6	6.90	-	-
Tedavi planının yanlış okunması	5	5.75	-	-
Eczaneden farklı ilaç verilmesi	5	5.75	10	71.4
Eczaneden yanlış doz verilmesi	5	5.75	-	-
Dozun gözden kaçması	5	5.75	-	-
Bilgi eksikliği	4	4.60	-	-
İlacı tedavi planına yanlış geçirme	4	4.60	-	-
Okunaksız yazılar	4	4.60	-	-
Hekim isteminin yanlış anlaşılması ve yorumu	3	3.45	-	-
Benzer ilaç adları	3	3.45	2	14.29
Yanlış eksik hekim istemi	2	2.30	2	14.29
Hastaya ulaşılamaması	2	2.30	-	-
Hesaplama Hatası	2	2.30	-	-
İlaca Ulaşılamaması	1	1.15	-	-
İnfüzyon pompası mekanik hata	1	1.15	-	-

* İlaç hatalarının nedenlerine ilişkin birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.3'te gösterildiği üzere ilaç hatası nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; yüzde 31.03'ünün (n=27) prosedürlere uymama, yüzde 25.29'unun (n=22) hemşire tedavi planı ile hekim isteminin karşılaştırılmaması, yüzde 10.2'sinin (n=8) hekim istemi olmadan ilacın uygulanması, yüzde 10.2'sinin (n=8) ilacın gecikmesi, yüzde 8.05'inin (n=7) hekim isteminin gözden kaçması, yüzde 8.05'inin (n=7) dozun yanlış kontrolü, yüzde 8.05'inin (n=7) bilgisayardan yanlış ilacın girilmesi, yüzde 6.90'nın (n= 6) ikili kontrolün yapılmaması, yüzde 5.75'inin (n=5) tedavi planının yanlış okunması, yüzde 5.75'inin (n=5) eczaneden farklı ilaç verilmesi, yüzde 5.75'inin (n=5) eczaneden yanlış doz verilmesi, yüzde 5.75'inin (n=5) dozun gözden kaçması, yüzde 4.60'ının (n=4) ilacın tedavi planına yanlış geçirilmesi, yüzde 4.60'ının (n=4) okunaksız yazılar , yüzde 4.60'ının (n=4) bilgi eksikliği, yüzde 3.45'inin (n=3) benzer ilaç adları, yüzde 3.45'inin (n=3) hekim isteminin yanlış anlaşılması ve yorumu, yüzde 2.30'unun (n=2) hastaya ulaşılamaması, yüzde 2.30'unun (n=2) hesaplama hatası, yüzde 2.30'unun (n=2) yanlış eksik hekim istemi, yüzde 1.15'inin (n=1) ilaca ulaşılamaması, yüzde 1.15'inin (n=1) infüzyon pompası mekanik hata, engellenen ilaç hatalarının nedenlerinin dağılımı incelendiğinde ise yüzde 71.43'ünün (n=10) eczaneden farklı ilacın verilmesi, yüzde 14.29'unun (n=2) yanlış eksik hekim istemi, yüzde 14.29'unun (n=2) benzer ilaç adları, yüzde 14.29'unun (n=2) bilgisayardan yanlış ilaç girilmesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.4: İlaç hatalarında hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=101)

Hemşirelerin Demografik Özellikleri	İlaç Hataları		Anlamlılık	
	n	%	X²	%
<u>Yaş</u>				
18 – 23	36	41.38	4.32	0.11
24 – 29	43	49.43	-	-
30 - 35	8	9.20	-	-
Toplam	87	100	-	-
<u>Medeni Durum</u>				
Evli	20	22.99	0.01	0.89
Bekar	67	77.01	-	-
Toplam	87	100	-	-
<u>Eğitim</u>				
SML	50	57.47	16.01	P<0.001
Ön Lisans	23	26.44	-	-
Lisans	14	16.09	-	-
Toplam	87	100	-	-
<u>Çalışma Şekli</u>				
Sürekli Gündüz	2	2.30	0.98	0.32
Gece – Gündüz	85	97.7	-	-
Toplam	87	100	-	-
<u>Çalışılan vardiya</u>				
08:00 - 20:00	62	71.26	16.79	P<0.001
20:00 - 08:00	25	28.74	-	-
Toplam	87	100	-	-

Tablo 6.4'ün Devamı:

Hemşirelerin Demografik Özellikleri	İlaç Hataları (n=87)		Anlamlılık	
	n	%	x²	%
<u>Mesleki Deneyim</u>				
0 – 1 yıl	34	39.08	2.69	0.44
2 – 5 yıl	38	43.68	-	-
6 – 9 yıl	8	9.20	-	-
10 – 13 yıl	7	8.05	-	-
Toplam	87	100	-	-
<u>Hastanedeki Çalışma Süresi</u>				
0 – 1 yıl	34	39.08	3.52	0.18
2 – 5 yıl	38	43.68	-	-
6 – 9 yıl	8	9.20	-	-
10 – 13 yıl	7	8.05	-	-
Toplam	87	100	-	-
<u>Bölümdeki Çalışma Süresi</u>				
0 – 1 yıl	42	42.48	4.45	0.21
2 – 5 yıl	33	37.93	-	-
6 – 9 yıl	7	8.05	-	-
10 – 13 yıl	5	5.75	-	-
Toplam	87	100	-	-
<u>Haftalık Çalışma Saati</u>				
36 saat	4	4.60	8.95	P<0.05
48 saat	49	56.32	-	-
60 saat	34	39.08	-	-
Toplam	87	100	-	-

Tablo 6.4'te gösterildiği üzere hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı incelendiğinde; ilaç hatalarında hemşirelerin yüzde 41.38'inin (n=36) 18 – 23 yaş, yüzde 49.43'ünün (n=43) 24-29 yaş, yüzde 20'sinin (n=8) 30-35

yaş arasında olduğu; yüzde 22.99'unun (n=20) bekar, yüzde 77.01'inin (n=67) evli olduğu; %57.47'sinin (n=50) sağlık meslek lisesi, yüzde 26.44'ünün (n=23) ön lisans; yüzde 16.09'unun (n=14) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hemşirelerin yüzde 2.30'unun (n=2) sürekli gündüz, yüzde 97.7'sinin (n=85) gece-gündüz çalıştığı; yüzde 71.26'sının (n=62) 08:00-20:00 vardiyasında, yüzde 28.75'inin 20:00-08:00 vardiyasında çalıştığı belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hemşirelerin mesleki deneyimlerinin dağılımı incelendiğinde yüzde 39.08'inin (n=34) 0-1 yıl, yüzde 43.68'inin (n=38) 2- 5 yıl, yüzde 10.34'ünün (n=9) 6-9 yıl, yüzde 8.05'inin (n=7) 10-13 yıl arasında olduğu; hastanedeki çalışma sürelerinin dağılımı incelendiğinde yüzde 39.08'inin (n=34) 0-1 yıl, %43.68'inin (n=38) 2-5 yıl, yüzde 9.20'sinin (n=8) 6-9 yıl, yüzde 8.05'inin (n=7) 10-13 yıl arasında olduğu; bölümde çalışma sürelerinin dağılımı incelendiğinde, yüzde 42.48'inin (n=42) 0-1 yıl, yüzde 37.93'ünün (n=33) 2-5 yıl, yüzde 8.05'inin (n=7) 6-9 yıl, yüzde 5.75'inin (n=5) 10-13 yıl arasında olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hemşirelerin haftalık çalışma sürelerinin dağılımı incelendiğinde; yüzde 4.60'ının (n=4) 36 saat, yüzde 39.08'inin (n=34) 48 saat, yüzde 56.32'sinin (n=49) 60 saat olduğu belirlenmiştir.

Yaş grupları ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Medeni durum ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Eğitim durumu ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (**$p < 0.001$**).

Çalışma şekli ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Çalışılan vardiya ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (**$p < 0.001$**).

Mesleki deneyim ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastanedeki ve bölümdeki çalışma süreleri ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p > 0.05$)

Haftalık çalışma saati ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (**$p < 0.05$**).

Engellenen ilaç hataları ile hemşirelerin demografik özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, ilaç hatasına engel olan hemşirelerin %64.29'unun lisans mezunu olduğu, %71.43'ünün haftada 36 saat çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.5: İlaç hata türlerinde çalışılan vardiya türlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=101)

	İlacın								
	Yanlış Doz n=20		Yanlış İlaç n=18		Verilmemesi n=28		Yanlış Zaman n=15		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<u>Çalışılan vardiya</u>									
08:00 - 20:00	15	75.00	30	93.75	13	46.42	13	86.67	
20:00 - 08:00	5	25.00	2	6.25	15	53.58	2	13.33	
Anlamlılık						$\chi^2=23.4$	P<0.001		

İlaç hata türleri ile hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı incelendiğinde yalnızca çalışılan vardiya ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş ve tablo 6.5'te gösterilmiştir.

Tablo 6.5'te gösterildiği üzere yanlış dozda ilaç uygulamasında hemşirelerin yüzde 75'inin (n:15) 08:00-20:00, yüzde 25'i (n:5) 20:00-08:00 vardiyasında, yanlış ilaç uygulamasında hemşirelerin yüzde 93.75'inin (n:32) 08:00-20:00, yüzde 6.25'inin (n:2) 20:00-08:00 vardiyasında, ilacın verilmemesi durumunda yüzde 46.42'si (n:13) 08:00-20:00, yüzde 53.58'i (n:15) 20:00-08:00 vardiyasında, yanlış zamanda ilaç uygulamada yüzde 86.67'sinin (n:13) 08:00-20:00, yüzde 13.33'ünün (n:2) 20:00-08:00 vardiyasında çalıştığı belirlenmiştir. Çalışılan vardiya türleri ile ilaç hata türleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0.001**).

Yanlış doz, yanlış ilaç ve yanlış zamanda uygulamada 08:00-20:00 vardiyası anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Yanlış doz, yanlış ilaç, ilacın verilmemesi ve yanlış zamanda uygulama ile hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim, çalışma şekli, mesleki deneyim, hastanede

çalışma süresi, bölümde çalışma süresi, haftalık çalışma saati gibi demografik özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.6: İlaç hatalarının meydana geldiği saatlere ilişkin bulguların dağılımı (n=101)

İlaç Hatalarının Meydana Geldiği Saatler	İlaç Hataları (n=87)		Engellenen İlaç Hataları (n=14)	
	n	%	n	%
07:00	5	5.75	-	-
08:00	3	3.45	1	7.14
09:00	12	13.79	2	14.29
10:00	14	16.09	4	28.57
11:00	6	6.90	-	-
12:00	1	1.15	2	14.29
13:00	3	3.45	1	7.14
14:00	2	2.30	1	7.14
16:00	2	2.30	1	7.14
17:00	1	1.15	2	14.29
18:00	4	4.60	-	-
19:00	10	11.49	-	-
20:00	5	5.75	-	-
21:00	7	8.05	-	-
22:00	4	4.60	-	-
24:00	1	1.15	-	-
02:00	6	6.90	-	-
06:00	1	1.15	-	-
Toplam	87	100	14	100

Tablo 6.6’da gösterildiği üzere ilaç hatalarının saatlerinin dağılımı incelendiğinde, yüzde 5.75’inin (n=5) 07:00, yüzde 3.45’inin (n=3) 08:00, yüzde 13.79’unun (n=12) 09:00, yüzde 16.09’u (n=6) 11:00, yüzde 1.15’inin (n=1) 12:00, yüzde 3.45’inin (n=3) 13:00, yüzde 2.30’unun (n=2) 14:00, yüzde 2.30’unun (n=2) 16:00, yüzde 1.15’inin

(n=1) 17:00, yüzde 4.60'ının (n=4) 18:00, yüzde 11.49'unun (n=10) 19:00, yüzde 5.75'inin (n=5) 20:00, yüzde 8.05'inin (n=7) 21:00, yüzde 4.60'ının (n=4) 22:00, yüzde 1.15'inin (n=1) 24:00, yüzde 6.90'ının (n=6) 02:00, yüzde 1.15'inin (n=1) 06:00'da engellenen ilaç hatalarının ise; yüzde 7.14'ünün (n=1) 08:00, yüzde 14.29'unun (n=2) 09:00, yüzde 28.57'sinin (n=4) 10:00, yüzde 14.29'unun (n=2) 12:00, yüzde 7.14'ünün (n=1) 13:00, yüzde 7.14'ünün (n=1) 14:00, yüzde 7.14'ünün (n=1) 16:00, yüzde 14.29'unun (n=2) 17.00'de gerçekleştiği belirlenmiştir.

Tablo 6.7: İlaç hatalarında olayın gerçekleştiği anda serviste bulunan toplam hemşire sayılarının dağılımı (n:101)

Hemşire Sayısı	Engellenen İlaç			
	İlaç Hataları n=87		Hataları n=14	
	n	%	n	%
2	56	64.37	11	78.57
3	8	9.20	2	14.29
4	9	10.34	1	7.14
5	10	11.49	-	-
6	1	1.15	-	-
9	1	1.15	-	-
11	1	1.15	-	-
12	1	1.15	-	-

Tablo 6.7'de gösterildiği üzere; ilaç hatalarında servislerde bulunan hemşire sayılarının yüzde 64.37'sinin (n=56) 2 hemşire, yüzde 9.20'sinin (n=8) 3 hemşire, yüzde 10.34'ünün (n=9) 4 hemşire, yüzde 11.49'unun (n=10) 5 hemşire, yüzde 1.15'inin (n=19) 6 hemşire, yüzde 1.15'inin (n=1) 9 hemşire, yüzde 1.15'inin (n=1) 11 hemşire, yüzde 1.15'inin (n=1) 12 hemşire, engellenen ilaç hatalarında yüzde 78.57'sinin (n=11) 2 hemşire, yüzde 14.29'unun (n=2) 3 hemşire, yüzde 7.14'ünün (n=1) 4 hemşire olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.8: İlaç hatalarında hemşirelerin bir vardiyada bakım verdikleri toplam hasta sayılarının dağılımı (n:101)

Bakım Verilen Hasta Sayısı	İlaç Hataları (n=87)		Engellenen İlaç Hataları (n=14)	
	n	%	n	%
1 – 4 Hasta	22	25.29	9	64.29
5 – 9 Hasta	65	74.21	5	35.71
Toplam	87	100	14	100

Tablo 6.8’de gösterildiği üzere ilaç hatalarında bir hemşirenin on iki saatlik vardiya boyunca bakım verdiği hasta sayısının; yüzde 25.29’unun (n=22) 1-4 hasta; yüzde 74.21’inin (n=65) 5-9 hasta arasında, engellenen ilaç hatalarında ise yüzde 64.29’unun (n=9) 1-4 hasta; yüzde 35.71’inin (n=5) 5-9 hasta arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.9: İlaç hatalarına maruz kalan hastaların demografik özelliklerinin dağılımı (n=101)

Özellikler	İlaç Hataları (n=87)		Engellenen İlaç Hataları (n=14)	
	n	%	n	%
Yaş				
40 yaş altı	8	9.20	4	28.57
41 – 50 yaş	12	13.79	2	14.29
51 – 60 yaş	17	19.54	3	21.43
61 – 70 yaş	22	25.29	2	14.29
71 – 80 yaş	23	26.44	2	14.29
81 yaş üstü	5	5.75	1	7.14
Cins				
Kadın	50	57.47	5	35.71
Erkek	37	42.53	9	64.29

Tablo 6.9'un Devamı:

Özellikler	İlaç Hataları (n=87)		Engellenen İlaç Hataları (n=14)	
	n	%	n	%
<u>Medeni Durum</u>				
Evli	70	80.46	11	78.57
Bekar	10	11.49	3	21.43
Dul	7	8.05	-	-
<u>Eğitim</u>				
Okuma yazma bilmiyor	1	1.15	2	14.29
Okur yazar	7	8.05	1	7.14
İlkokul	33	37.93	4	28.57
Ortaokul	9	10.34	-	-
Lise	14	16.09	2	14.29
Lisans	23	26.44	5	35.71
<u>Hastanede Kalış Süreleri</u>				
0 – 3 gün	11	12.64	3	21.43
4 – 7 gün	15	17.24	3	21.43
8 – 11 gün	37	12.53	4	28.57
12 – 15 gün	9	10.34	-	-
16 – 19 gün	2	2.30	1	7.14
20 – 24 gün	7	8.05	1	7.14
24 gün ve üstü	6	6.90	2	14.29
<u>Hastaların Bağımlılık Düzeyleri</u>				
Tip 1	10	11.49	3	21.43
Tip 2	13	14.94	4	28.57
Tip 3	28	32.18	3	21.43
Tip 4	28	32.18	3	21.43
Tip 5	8	9.20	1	7.14

Tablo 6.9'un Devamı:

Özellikler	İlaç Hataları (n=87)		Engellenen İlaç Hataları (n=14)	
	n	%	n	%
Meslek				
Ev hanımı	40	45.98	2	14.29
Serbest Meslek	12	13.79	2	14.29
Mühendis	5	5.75	1	7.14
Avukat	1	1.15	2	14.29
Muhasebeci	1	1.15	-	-
Öğrenci	1	1.15	1	7.14
Emekli	12	13.79	1	7.14
Doktor	2	2.30	2	14.29
İşçi	2	2.30	1	7.14
Memur	11	12.64	-	-
Çocuk	-	-	2	14.29

Tablo 6.9'da gösterildiği üzere; hastaların demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı incelendiğinde, ilaç hatalarında hastaların %9.20'sinin (n=8) 40 yaş altı, %13.79'unun (n=12) 41-50 yaş, %19.54'ünün (n=17) 51-60 yaş, %25.29'unun (n=22) 61-70 yaş, %26.44'ünün (n=23) 71-80 yaş, %5.75'inin (n=5) 81 yaş ve üzeri olduğu engellenen ilaç hatalarında ise, %28.57'nin (n=4) 40 yaş altı, %14.19'unun (n=2) 41-50 yaş, %21.43'ünün (n=3) 51-60 yaş, %14.29'unun (n=2) 61-70 yaş, %14.29'unun (n=2) 71-80 yaş, %7.14'ünün (n=1) 81 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hastaların yüzde 57.47'sinin (n=50) kadın, yüzde 53'ünün (n=37) erkek, engellenen ilaç hatalarında ise yüzde 78.57'sinin (n=5) kadın, yüzde 64.29'unun (n=9) erkek olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hastaların yüzde 80.46'sının (n=70) evli, yüzde 11.49'unun (n=10) bekar, yüzde 8.05'inin (n=7) dul, engellenen ilaç hatalarında ise yüzde 78.57'sinin (n=11) evli, yüzde 21.43'ünün (n=3) bekar olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hastaların yüzde 1.15'inin (n=1) okuma yazma bilmediği, yüzde 8.05'inin (n=7) okur yazar, yüzde 37.93'ünün (n=33) ilkokul, yüzde 10.34'ünün (n=9) ortaokul, yüzde 16.09'unun (n=14) lise, yüzde 26.44'ünün (n=23) lisans mezunu, engellenen ilaç hatalarında ise yüzde 14.29'unun (n=2) okuma yazma bilmediği, yüzde 7.14'ünün (n=1) okur yazar, yüzde 28.57'sinin (n=4) ortaokul, yüzde 14.29'unun (n=2) lise, yüzde 35.71'inin (n=5) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hastaların hastanedeki kalış sürelerinin dağılımı incelendiğinde; yüzde 12.64'ünün (n=11) 0-3gün, yüzde 17.24'ünün (n=15) 4-7 gün, yüzde 29.72'sinin (n=37) 8-11gün, yüzde 10.34'ünün (n=9) 12-15gün, yüzde 2.30'unun (n=2) 16-19gün, yüzde 8.05'inin (n=7) 20-24 gün, yüzde 6.90'ının (n=6) 24 gün ve üzeri, engellenen ilaç hatalarında ise yüzde 21.43'ünün (n=3) 0-3 gün, yüzde 21.43'ünün (n=3) 0-3gün, yüzde 28.57'sinin (n=4) 8-11 gün, yüzde 7.14'ünün (n=1) 16-19 gün, yüzde 7.14'ünün (n=1) 20-24 gün, yüzde 14.29'unun (n=2) 24 gün ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hastaların bağımlılık düzeylerinin yüzde 11.49'unun (n=10) Tip 1, yüzde 14.94'ünün (n=13) Tip 2, yüzde 32.18'nini (n=28) Tip 3, yüzde 32.18'inin (n=28) Tip 4, yüzde 9.20'sinin (n=8) Tip 5, engellenen ilaç hatalarında ise; yüzde 21.43'ünün (n=3) Tip 1, yüzde 21.43'ünün (n=3) Tip 2, yüzde 21.43'ünün (n=3) Tip 3, yüzde 28.57'sinin (n=4) Tip 4, yüzde 7.14'ünün (n=1) Tip 5 olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarında hastaların; yüzde 45.98'inin (n=40) ev hanımı, yüzde 13.79'unun (n=12) serbest meslekle uğraştığı, yüzde 5.75'inin (n=5) mühendis, yüzde 1.15'inin (n=1) avukat, yüzde 1.15'inin (n=1) muhasebeci, yüzde 1.15'inin (n=1) öğrenci, yüzde 13.79'unun (n=12) emekli, yüzde 2.30'unun (n=2) doktor, yüzde 2.30'unun (n=2) işçi, yüzde 12.64'ünün (n=11) memur, engellenen ilaç hatalarında ise; yüzde 14.29'unun (n=2) ev hanımı, yüzde 14.29'unun (n=2) serbest meslekle uğraştığı, yüzde 7.14'ünün (n=1) mühendis, yüzde 14.29'unun (n=2) avukat, yüzde 7.14'ünün (n=1) öğrenci, yüzde 7.14'ünün (n=1) emekli, yüzde 14.29'unun (n=2) doktor, yüzde 7.14'ünün (n=1) işçi, yüzde 14.29'unun (n=2) çocuk olduğu belirlenmiştir.

6.2. Hasta Düşmelerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.10: Hasta düşme türlerinin dağılımı (n=42)

Düşme	n	%
Tuvalette düşme	16	38.10
Yerde bulundu	13	30.95
Yataktan düşme	6	14.49
Yatak kenarlığından atlamış	6	14.49
Mobilize edilirken düşme	4	9.52
Banyoda düşme	3	7.14
Kısıtlamadan kurtularak düşme	1	2.38
Sandalyeden düşme	1	2.38

* Hasta düşme türlerinde birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.10'da gösterildiği üzere; hasta düşmelerinin yüzde 38.10'unun (n=16) tuvalette düşme, yüzde 30.95'inin (n=13) yerde bulunma, yüzde 14.49'unun (n=6) yataktan düşme, yüzde 14.49'unun (n=6) yatak kenarlığından atlama, yüzde 8'inin mobilize edilirken düşme(n=4), yüzde 7.14'ünün (n=3) banyoda düşme, yüzde 2.38'inin (n=1) kısıtlamadan kurtularak düşme, yüzde 2.38'inin (n=1) sandalyeden düşme şeklinde olduğu belirlenmiştir

Tablo 6.11: Hasta düşmelerinin nedenlerine göre dağılımı (n=42)

Düşme Nedenleri	n	%
Ortostatik hipotansiyon	21	50.00
Hastanın aldığı ilaç tedavisi	17	40.48
Refakatçi olmaması	13	30.95
Prosedüre uymama	9	21.43
Yatak kenarlığı kullanılmaması	9	21.43
Algılama bozukluğu	7	16.67
Ajitasyon	6	14.29
Hastanın bilinç durumu	5	11.90
IV bağlantıları	3	7.14
Personel dikkatsizliği	2	4.76
Yerde dökülen sıvının silinmemesi	1	2.38
Hastanın fiziksel durum	1	2.38

* Hasta düşmelerinin nedenlerinde birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.11’de gösterildiği üzere; hasta düşmelerinin nedenlerinin dağılımı incelendiğinde yüzde 50’sinin (n=21) ortostatik hipotansiyon, yüzde 40.48’inin (n=17) hastanın aldığı ilaç tedavisi, yüzde 30.39’unun (n=13) refakatçi olmaması, yüzde 21.43’ünün (n=9) prosedürlere uyulmaması, yüzde 21.43’ünün (n=9) yatak kenarlığı kullanılmaması, yüzde 16.67’sinin (n=7) algılama bozukluğu, yüzde 14.29’unun (n=6) ajitasyon, yüzde 11.90’ının (n=5) hastanın bilinç durumu, yüzde 7.14’ünün (n=3) IV bağlantıları, yüzde 4.76’sının (n=2) personel dikkatsizliği, yüzde 2.38’inin (n=1) yere dökülen sıvının silinmemesi, yüzde 2.38’inin (n=1) hastanın fiziksel durumu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.12: Hasta dūřmelerinin saatlerinin dađılımları (n=42)

Saat	n	%
08:00	1	2.38
10:00	1	2.38
13:00	3	7.14
14:00	1	2.38
22:00	1	2.38
24:00	3	7.14
01:00	4	9.52
02:00	4	9.52
03:00	6	14.29
04:00	9	21.43
05:00	6	14.29
06:00	3	7.14

Tablo 6.12’de gösterildiđi üzere hasta dūřmelerinin saatlerinin dađılımları incelendiđinde; yüzde 2.38’inin (n=1) 08:00, yüzde 2.38’inin (n=1) 10:00, yüzde 7.14’ünün (n=3) 13:00, yüzde 2.38’inin (n=1) 14:00, yüzde 2.38’inin (n=1) 22:00, yüzde 7.14’ünün (n=3) 24:00, yüzde 9.52’sinin (n=4) 01:00, yüzde 9.52’sinin (n=4) 02:00, yüzde 14.29’unun (n=6) 03:00, yüzde 21.43’ünün (n=9) 04:00, yüzde 14.29’unun (n=6) 05:00, yüzde 7.14’ünün (n=3) 06:00’da gerçekleřtiđi belirlenmiřtir.

Tablo 6.13: Hasta dūřmelerinin meydana geldiği birimlerde çalışan toplam hemşire ve yardımcı personel sayılarının dağılımı (n:42)

	n	%
<u>Hemşire Sayısı</u>		
2	20	47.62
3	14	33.33
4	8	19.05
<u>Personel Sayısı</u>		
1	37	88.10
2	2	7.14
3	2	4.76

Tablo 6.13’de gösterildiği üzere; hasta dūřmelerinde servislerdeki hemşire sayısının yüzde 47.62’sinin (n=20) 2 hemşire, yüzde 33.33’unn(n=14) 3 hemşire, yüzde 19.05’inin (n=8) 4 hemşire olduğu, personel sayısının ise yüzde 88.10’unun (n=37) 1 personel, yüzde 7.14’unn (n=2) 2 personel, yüzde 4.76’sının (n=2) 3 personel olduğu belirlenmiştir.

Tablo. 6.14: Hasta dūřmelerinde, olay anında hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının dağılımı (n:42)

Hasta Sayısı	n	%
1 – 4 Hasta	3	7.14
5 – 8 Hasta	17	76.19
9 – 12 Hasta	22	16.67

Tablo 6.14’de gösterildiđi üzere; hasta dūřmelerinde hemřirelerin 12 saatlik vardiyada bakım verdiđi hasta sayıları yüzde 7.14’unn (n=3) 1-4 hasta, yüzde 76.19’unun (n=17) 5-8 hasta, yüzde 16.6’sinin (n=22) 9-12 hasta arasında olduđu belirlenmiřtir.

Tablo 6.15: Düşen hastaların demografik özelliklerinin dağılımı (n=42)

<u>Özellikler</u>	n	%
<u>Yaş</u>		
65 yaş altı	17	40.48
81 yaş üstü	25	59.52
<u>Cins</u>		
Kadın	14	33.33
Erkek	28	66.67
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	32	76.19
Bekar	4	9.52
Dul	6	14.29
<u>Eğitim</u>		
Okuma yazma bilmiyor	2	4.76
Okur yazar	4	9.52
İlkokul	12	28.57
Ortaokul	4	9.52
Lise	13	30.95
Lisans	7	16.67
<u>Meslek</u>		
Ev hanımı	12	28.57
Serbest Meslek	2	4.76
Mühendis	1	2.38
Avukat	3	7.14
Emekli	19	45.24
Doktor	2	4.76
İşçi	1	2.38
Memur	2	4.76
Tip 2	17	40.48
Tip 3	17	40.48
Tip 4	8	19.05

Tablo 6.15'in Devamı

Yatış süresi		
0 – 10 gün	22	52.38
11 – 20 gün	12	28.57
21 ve üstü	8	19.05

Tablo 6.15'de gösterildiği üzere; düşen hastaların demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı incelendiğinde hastaların yüzde 40.48'inin (n=17) 65 yaş ve altı, yüzde 59.52'sinin (n=25) 65 yaş üzeri, yüzde 33.33'ünün (n=14) kadın, yüzde 66.67'sinin (n=28) erkek, yüzde 76.19'unun (n=32) evli, yüzde 9.52'sinin (n=4) bekar, yüzde 14.29'unun (n=6) dul olduğu, yüzde 4.76'sının (n=2) okuma-yazma bilmediği, yüzde 9.52'sinin (n=4) okur yazar olduğu, yüzde 28.57'sinin (n=12) ilkokul, yüzde 9.52'sinin (n=4) ortaokul, yüzde 30.95'inin (n=13) lise, yüzde 16.67'sinin (n=7) lisans mezunu olduğu, yüzde 28.57'sinin (n=12) ev hanımı, yüzde 4.76'sının (n=2) serbest meslek sahibi, yüzde 2.38'inin (n=1) mühendis, yüzde 7.14'ünün (n=3) avukat, yüzde 45.24'ünün (n=19) emekli, yüzde 4.76'sının (n=2) doktor, yüzde 2.38'inin (n=1) işçi, yüzde 4.76'sının (n=2) memur olduğu belirlenmiştir. Hastanede kalış süreleri yüzde 52.38'inin (n=22) 0 – 10 gün, yüzde 28.57'sinin (n=12) 11-20 gün, yüzde 19.05'inin (n=8) 21 gün olduğu, bağımlılık düzeylerinde yüzde 40.48'inin (n=17) Tip 3, yüzde 19.05'inin (n=8) Tip 4 olduğu, düşme risk değerlendirmesinin yüzde 73.81'inin (n=31) orta risk, yüzde 26.19'unun (n=11) yüksek risk olarak değerlendirildiği, hastanede kalış sürelerinin yüzde 52.38'inin (n=22) 0-10 gün, yüzde 28.57'sinin (n=12) 11-20 gün, yüzde 19.05'inin (n=8) 21 gün ve üstünde olduğu belirlenmiştir.

6.3. Bası Yarası Gelişimine İlişkin Bulgular

Tablo 6.16: Bası yarası bölgelerinin dağılımı (n=27)

<u>Bası Yarası Bölgeleri</u>	n	%
Sakrum	14	51.85
Koksiks	8	29.63
Glutael	3	11.11
Topuk	2	7.41
Spinal çıkıntılar	1	3.70

Tablo 6.16’da gösterildiği üzere bası yarası bölgelerinin yüzde 51.85’inin (n=14) sakrum, yüzde 29.63’ünün (n=8) koksiks, yüzde 11.11’inin (n=3) gluteal, yüzde 7.41’inin (n=2) topuklar, yüzde 3.70’inin (n=1) spinal çıkıntılarda geliştiği belirlenmiştir.

Tablo 6.17 : Bası yarası nedenlerinin dağılımı (n=27)

Bası Yarası Nedenleri	n	%
İnce cilt yapısı	21	77.78
Mobilite kısıtlılığı	15	55.56
Ameliyat masasında 2 saatten fazla kalma	12	44.44
İdrar –Dışkı tutamama	11	40.74
Boyuna oranla fazla kilo	11	40.74
Kuru cilt	8	29.63
Ödem	7	25.93
Kullanılan İlaçlar	6	22.22
Nörolojik hastalıklar	5	18.52
Hareketsiz – traksiyonda	5	18.52
Diyabet	5	18.52
Sigara	4	14.81
Oral beslenememe	3	11.11
Anemi	3	11.11

* Bası yarası nedenlerinde birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.17’de gösterildiği üzere bası yarası nedenlerinin dağılımı incelendiğinde, yüzde 77.78’inin (n=21) ince cilt yapısı, yüzde 55.56’sının (n=15) mobilite kısıtlılığı, yüzde 44.44’ünün (n=12) ameliyat masasında 2 saatten fazla kalma, yüzde 40.74’ünün (n=11) idrar dışkı tutamama, yüzde 40.74’ünün (n=11) boyuna oranla fazla kilo, yüzde 29.63’ünün (n=8) kuru cilt, yüzde 25.93’ünün (n=7) ödem, yüzde 22.22’sinin (n=6) kullanılan ilaçlar, yüzde 18.52’sinin (n=5) nörolojik hastalıklar, yüzde 18.52’sinin (n=5) hareketsiz-traksiyonda kalma, yüzde 18.52’sinin (n=5) diyabet, yüzde 14.81’inin (n=4) sigara, yüzde 11.11’inin (n=3) oral beslenememe, yüzde 11.11’inin (n=3) anemi olduğu belirlenmiştir.

Tablo.6.18:Bası yarası tespit ve taburculuk bası yarası derecelerinin dağılımı(n=27)

	Tespit Edilen Bası Yarası		Taburculuk Bası Yarası	
	n	%	n	%
Yok	-	-	9	33.30
1. derece	17	62.96	18	66.70
2. derece	10	37.04	-	-

Tablo 6.18’de gösterildiği üzere; tespit edilen bası yarası derecelerinin yüzde 62.96’sının (n=17) 1. Derece, yüzde 37.04’ünün (n=10) 2. Derece, taburculuk bası yarası derecesinin yüzde 33.30’unun (n=9) tamamen iyileştiği, yüzde 66.70’inin (n=18) 1. Derece olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.19: Bası yarası tespit edilen hastaların demografik özelliklerinin dağılımı (n=27)

Özellikler	n	%
<u>Hasta Yaşı</u>		
60 yaş ve altı	10	37.04
60 yaş üstü	17	62.96
<u>Cins</u>		
Kadın	15	55.56
Erkek	12	44.44
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	22	81.48
Bekar	3	11.11
Dul	2	7.41

Tablo 6.19'un Devamı

<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur yazar	2	7.41
İlkokul	5	18.52
Ortaokul	2	7.41
Lise	10	37.04
Lisans	8	29.63
<u>Meslek</u>		
Ev hanımı	13	4.15
Serbest meslek	5	18.52
Mühendis	1	3.70
Avukat	1	3.70
Muhasebe	1	3.70
Pilot	1	3.70
Öğrenci	2	7.41
Emekli	2	7.41
Doktor	1	3.70
<u>Bağımlılık Düzeyi</u>		
2	1	3.70
3	3	11.11
4	12	44.44
5	11	40.74
<u>Hasta Yatış</u>		
0 –20 gün	8	29.63
20 üstü	19	70.37

Tablo 6.19'da gösterildiği üzere bası yarası tespit edilen hastaların demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, yüzde 62.96'sının (n=17) 60 yaşı üstü, yüzde 37.04'ünün (n=10) 60 yaş ve altı, yüzde 55.56'sının (n=15) kadın, yüzde 44.44'ünün (n=12) erkek, yüzde 81.48'inin (n=22) evli, yüzde 11.11'inin (n=3) bekar, yüzde 7.41'inin (n=2) dul, yüzde 7.41'inin (n=2) okur yazar, yüzde 18.52'sinin (n=5) ilkokul, yüzde 7.41'inin (n=2) ortaokul, yüzde 37.04'ünün (n=10) lise, yüzde 29.63'ünün (n=8)

lisans mezunu, yüzde 48.15'inin (n=13) ev hanımı, yüzde 18.52'sinin (n=5) serbest meslek mensubu, yüzde 3.70'inin (n=1) mühendis, yüzde 3.70'inin (n=1) avukat, yüzde 3.70'inin (n=1) muhasebeci, yüzde 3.70'inin (n=1) pilot, yüzde 7.41'inin (n=2) öğrenci, yüzde 7.41'inin (n=2) emekli, yüzde 3.70 (n=1) doktor, bağımlılık düzeylerinin yüzde 3.70'inin (n=19) Tip 2, yüzde 11.11'inin (n=3) Tip 3, yüzde 44.44'ünün (n=12) Tip 4, yüzde 40.74'ünün (n=11) Tip 5, hastanede kalış sürelerinin yüzde 29.63'ünün (n=8) 0-20 gün, yüzde 70.37'sinin (n=19) 20 günden fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.20: Bası yarası gelişimini raporlayan hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı (n=27)

<u>Özellikler</u>	n	%
<u>Yaş</u>		
18 – 23	3	11.11
24 – 29	18	66.67
30 – 35	6	22.22
<u>Cins</u>		
Kadın	27	100.00
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	14	51.85
Bekar	13	48.15
<u>Eğitim durumu</u>		
SML	4	14.81
Ön lisans	1	3.70
Lisans	21	77.78
Yüksek lisans	1	3.70
<u>Çalışılan vardiya</u>		
08:00 –20:00	12	44.44
20:00 - 08:00	15	55.56

Tablo 6.20'nin Devamı

<u>Çalışma Sekli</u>		
Sürekli gündüz	1	3.70
Sürekli gece	26	96.30
<u>Mesleki deneyim</u>		
0 -1 yıl	2	7.41
2 – 5 yıl	11	40.74
6 – 9 yıl	11	40.74
10 – 13 yıl	3	11.11
<u>Görev Süresi</u>		
0 -1 yıl	3	11.11
2 – 5 yıl	11	40.74
6 – 9 yıl	10	37.04
10 – 13 yıl	3	11.11
<u>Haftalık Çalışma Süresi</u>		
36 saat	14	51.85
48 saat	13	48.15
<u>Bölümdeki Çalışma süresi</u>		
0 -1 yıl	5	18.52
2 – 5 yıl	9	33.33
6 – 9 yıl	10	37.04
10 – 13 yıl	3	11.11

Tablo 6.20'de gösterildiği üzere bası yarası gelişimini tespit eden hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, yüzde 11.11'inin (n=3) 18-23 yaş, yüzde 66.67'sinin (n=18) 24-29 yaş, yüzde 22.22'sinin (n=6) 30-35 yaş arasında, yüzde 100'ünün (n=27) kadın, yüzde 51.85'inin (n=14) evli, yüzde 48.15'inin (n=13) bekar, yüzde 14.81'inin (n=4) sağlık meslek lisesi, yüzde 3.70'inin (n=1) ön lisans, yüzde 77.78'inin (n=21) lisans,yüzde 3.70'inin (n=1) yüksek lisans mezunu olduğu, yüzde 44.44'ünün (n=12) 08:00-20:00 vardiyasında, yüzde 55.56'sının (n=15) 20:00-08:00 vardiyasında tespit edildiği, hemşirelerin yüzde 3.70'inin (n=1) sürekli gündüz, yüzde 96.30'unun (n=26) sürekli gece vardiyasında çalıştığı, mesleki deneyimlerinde yüzde 7.41'inin (n=2) 0-1 yıl, yüzde 40.74'ünün (n=11) 2-5 yıl, yüzde 40.74'ünün (n=11) 6-9

yıl, yüzde 11.11'inin (n=3) 10-13 yıl arasında, hastanedeki görev sürelerinde yüzde 11.11'inin (n=3) 0-1 yıl, yüzde 40.74'ünün (n=11) 2-5 yıl, yüzde 37.04'ünün (n=10) 6-9 yıl, yüzde 11.11'inin (n=3) 10-13 yıl arasında, bölümde çalışma sürelerinde yüzde 18.52'sinin (n=5) 0-1 yıl, yüzde 33.33'ünün (n=9) 2-5 yıl, yüzde 37.04'ünün (n=10) 6-9 yıl, yüzde 11.11'inin (n=3) 10-13 yıl arasında, çalışma saatlerinde yüzde 51.85'inin (n=14) 36 saat, yüzde 48.15'inin (n=13) 48 saat çalıştığı belirlenmiştir.

7. TARTIŞMA

Araştırma, İstanbul ili Avrupa yakasında 300 yatak kapasitesine sahip akredite olmuş özel bir vakıf hastanesinin yataklı birimlerinde Temmuz 2007 – Nisan 2008 tarihleri arasında istenmeyen olayların belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş, toplam 170 istenmeyen olay belirlenmiştir. Belirlen 170 istenmeyen olayın; çoğunluğunun ilaç hatası olduğu bunu sırası ile hasta düşmeleri ve bası yarası gelişiminin izlediği görülmektedir. İstenmeyen olayların içinde ilaç hatalarının yüksek oranda görülmesine ilişkin birçok araştırma sonucu vardır. Tıbbi hata ve istenmeyen olaylara ilişkin ülkemizde yayınlanmış verilerin olmamasına karşın sağlık kuruluşları özellikle kalite ve akreditasyon süreci kapsamında güvenli hasta bakımını sağlamaya ilişkin önlemler almaktadırlar. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de hasta güvenliğine ilişkin kongre, sempozyum ve eğitim programları ile sağlık personeli bilinçlendirilmeye çalışılmakta ve risk yönetimi üzerinde vurgu yapılmaktadır.

ABD’de Harvard Medical Enstitüsü tarafından hazırlanan 2000 yılı raporunda yılda 98000 kişinin tıbbi hatalar sonucunda öldüğü bildirilmektedir. Tıbbi hataların diyabet, pnömoni ve motorlu taşıt kazalarından daha fazla insan ölümüne sebep olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Hastaneye yatışların % 3.7’sinde yatış süresini uzatan ve / veya taburculuk sırasında ek bir soruna neden olan, sonuçta zarar veren bir tıbbi yan etki vardır. Toplam olayların %13.6’sı ölümle, %2.6’sı kalıcı bir sakatlık ile sonuçlanmaktadır. Araştırma kapsamında istenmeyen olaylara maruz kalan hastaların yatan hastalara oranı 2.4 olarak bulunmuştur. ABD’de hastaneye yatışların %3.7’sinde tıbbi yan etki görülmekle birlikte en sık karşılaşılan tıbbi hataların başında %19’luk oran ile ilaç hataları başta gelmektedir. JCI’da bildirilen gözcü olaylarda, ilaç hataları %12’lik oranla yedinci sıradadır (5,24). Baker’in (2002) 36 sağlık bakım tesisinde gözlemediği ilaç uygulama hatalarının oranı %20 olmakla birlikte diğer çalışmalarda bu oranın %1.6 ile %38 arasında değiştiği belirtilmiştir. ABD’de, hastaneye yatan 770000-2000000 hastada ilaç uygulama hatası tespit edilmiştir. 2001 yılında İngiltere’de ilaç uygulama hataları sebebi ile yaklaşık 1200 kişinin öldüğü ve bu durumun son on yılda %500 oranında arttığı tespit edilmiştir (13). Osborne’un review çalışmasına ve Trooskin’e göre her yıl hastaneye yatan hastaların 7000’i yalnızca ilaç uygulama hataları sebebi ile öldüğü belirlenmiştir (23,47).

Araştırmada elde edilen ilaç uygulama hata türlerinde; ilacın verilmemesi, yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış zamanda uygulamanın ilk dört sırada olduğu belirlenmiştir. Yanlış hız, yanlış hasta seçenekleri %1'lik oran ile en son sırada gelmektedir. İlaç uygulama hata türlerinde ilk sırada %32.18'lik oran ile ilacın verilmemesi bulunmaktadır (Tablo 6.2). Taxis ve ark., ilaç uygulama hatalarının çoğunlukla ilacın verilme aşamasında gerçekleştiğini vurgulamaktadır. Taxis ve Nick Barber'in (2003) yaptıkları çalışmada yanlış doz uygulaması %36'lık oran ile ilk sırada belirtilmiştir (57). Barker ve ark., ABD'deki 36 hastanede yaptıkları araştırmada en sık görülen ilaç uygulama hatalarının ilacın yanlış zamanda uygulanması, ilacın atlanması, ilacın uygulanmaması, ilacın yanlış dozda uygulanması ve hekim istemi olmayan ilacın uygulanması olarak tespit etmişlerdi (47). Araştırmada elde edilen sonuçlar bu bulgularla uyumludur. Dimond en sık görülen ilaç hatalarını yanlış dozda ilaç uygulaması olarak belirtmiştir (29). Kester ve ark., (2003) review çalışmasında ilaç uygulama hatalarını, yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış yol, yanlış teknik, yanlış zaman, ilacın verilmemesi ve kayıt hataları olarak belirtmiştir (41). Aştı ve Kıvanç (2003) yaptıkları çalışmada %8.7 oranında ilaçların zamanında verilmemesi, %8 oranında yanlış dozda ilaç verilmesi, %6 oranında yanlış hastaya ilaç verilmesi şeklinde bulmuşlardır (15). Cesur(1998) yaptığı çalışmada ilaç hatalarını, %46.29 oranında yanlış zaman, %34.61 oranında ilacı hastanın yanına bırakma, %14.6 ile ilacın verilmemesi, %4.4 oranında yanlış doz şeklinde belirtmiştir (23) Sezgin 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada, ilaç hatası türlerini yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış yol ve yanlış hasta olarak belirtmiştir (54). Cornish ve ark.(2005) yılında yaptıkları çalışmada; hastaların %53.6'sının hastaneye yatmadan önce düzenli olarak kullandığı ilaçlarında hata geliştiği ve bu hataların %46.4'ünün ilacın atlanması, %25'inin farklı doz, %17.2'sinin farklı sıklık, %11.4'ünün yanlış ilaç olduğu belirtilmiştir (3,24,31).

Hastanede kullanılan ilaç sisteminin özelliklerine bakıldığında, kullanılan birçok ilacın farklı dozlarının olması, tablet ilaçların eczaneden gönderilirken tane ile gönderilmesinden kaynaklanan eksiklikler örneğin isim ve dozun okunmaması, eczaneden gönderilirken yanlış etiketlenmesi, eczaneden yanlış dozda ilaç gönderilmesi, ikili kontrolün yapılmaması, hemşire tedavi planı ile hekim isteminin karşılaştırılmaması, yanlış eksik hekim istemi, hesaplama gerektiren ilaç dozlarında yanlış hesaplama yapılması yanlış dozda ilaç uygulamasına, hemşire tedavi planı ile

hekim isteminin karşılaştırılmaması, hemşire tedavi planının yanlış okunması, eczaneden farklı ilacın verilmesi, hekim istemini hemşire tedavi planına yanlış geçirme, eczanede yanlış etiketleme, eczane ve serviste okunuşu ve yazılışı benzer ilaçların karıştırılması, ilaçların ilaç dolabına yerleştirilirken kontrol edilmemesi, hemşirelerin yeterli farmakolojik bilgiye sahip olmaması yanlış ilaç uygulamasına, ilacın gecikmesi, hekim isteminin gözden kaçması, hekim hasta ziyaretlerinin uzaması, hekim istemlerinin geç yazılması, hastaya ulaşılamaması, ilaca ulaşılamaması, hemşirelerin iş yükü fazlalığı, problemlili hastaya bakım sırasında gecikme sebebi ile yanlış zamanda ilaç uygulaması ve ilaç sistemindeki aksaklıklar, uzun çalışma saatleri, iş yükü fazlalığı, bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaya bakım verme, acil durum gerçekleşmesi, dikkat dağınıcılı olayların fazlalığı, hasta kabul, transfer ve taburculuk işlemlerinin yoğunluğu, sürekli çalan telefonlar, hasta yakınları, sebebi ile de ilacın verilmemesi gerçekleşmektedir.

Tablo 6.3 'de ilaç hatalarının nedenlerine bakıldığında prosedürlere uyulmaması ilk sırada yer almaktadır. Osborne (2003) , Aştı ve Acaroğlu(2000), Hicks ve ark.(2004) tarafından yapılan çalışmalarda prosedürlere uyulmaması nedenler içinde belirtilmiştir (47,3,45).

Araştırmanın yapıldığı hastanede ilaç uygulamaları ile ilgili birçok prosedür ve kılavuz bulunmaktadır. Kalite ve akreditasyon süreci kapsamında sürekli revizyonlar ve uygulamada değişiklikler yapılmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde devlet atamaları sebebi ile kurumdan ayrılan hemşirelerin oluşturduğu yetersizlik sebebi ile yeni işe alınan hemşirelerin doğrudan göreve başlatılmış olması hizmet içi eğitim programına katılımlarının gecikmesine yol açmıştır. Hastanede güvenli ilaç kullanımına ilişkin yöntemler oryantasyon eğitiminde anlatılmış fakat hemşirelere yeterli sayıda uygulama yaptırılmamıştır. Prosedürlere bağlı hatalar buna bağlı olarak açıklanabilir. Bu grubun dışında çalışanların rutin alışkanlıklarından vazgeçememeleri, zaman yetersizliği, iş yoğunluğu ve kendine güven sebebi ile prosedürlere uymadıkları söylenebilir.

İlaç hatalarının nedenlerinde, hemşire tedavi planı ile hekim isteminin karşılaştırılmaması ikinci sırada yer almaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede hastanın tedavisi hekim tarafından hekim istem formuna yazıldıktan sonra hemşire

tarafından hemşire tedavi tabelasına geçirilmektedir. Hekim istem formu ile hemşire tedavi tabelası ayrı formlar şeklinde olup hasta dosyasında ayrı separatörlerde bulunmaktadır. Hastanın tedavisi hemşire tedavi tabelasına geçirildikten sonra ilaç takipleri bu tabela üzerinden yürütülmektedir. Hekim gün içinde hastanın tedavisine yeni bir ilaç ekleyecekse, herhangi bir ilacı kesecekse veya doz değişikliği yapacaksa bunu hekim istem formu üzerinde yapmakta ve sözlü olarak hastanın hemşiresine bildirmede ise bu değişiklikler gözden kaçabilmektedir. Hekim istem formu ile hemşire tedavi tabelasının ayrı formlar olması, hemşirelerin hekim istem formundaki ilaçları hemşire tedavi planına yazarak ilaç takiplerini planlamaları ve uygulamaları, yazım hatalarının meydana gelmesi, hemşire tedavi planının bir günlük olmayışı bitene kadar hemşirelerin yazılmış formu planı takip etmeleri ilaç hatalarına ve hataların geç fark edilmesine sebep olmaktadır. Hekim istemindeki okunaksız yazılardan, hekim isteminin yanlış anlaşılması ya da yorumundan, hemşirelerin hemşire tedavi tabelasına yanlış ya da eksik geçirmesinden, eklenen ya da kesilen ilacın ya da doz değişikliklerinin gözden kaçmasından kaynaklanan hatalar hekim istemi ve hemşire tedavi planı sürecinde değişiklikler gerektirmektedir. Hekim istemi ile hemşire tedavi tabelası her vardiyada kontrol edilse bile kontrolden sonra yapılan herhangi bir değişikliğin hemşireye bildirilmemiş olması ancak bir sonraki vardiyada yapılan kontrolde anlaşılacaktır. Hataların önlenmesi ve değişikliklerin erken fark edilmesinde hekim istemi ile hemşire tedavi planının aynı sayfada olmasının etkili olacağı görülmektedir.

Tablo 6.4'te ilaç hatalarında hemşirelerin demografik özelliklerine bakıldığında; hemşirelerin yarısının 24-29 yaş arasında olduğu bulunmuştur. Aştı (1993) , Sezgin (2007) tarafından yapılan çalışmalar bu sonucu desteklemektedir (14,54). İlaç hataları %91'lik bir oran ile 30 yaş altındaki hemşirelerde görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı dönemde hemşire devir hızı yükselmiş, kıdemli hemşirelerin bir kısmı ayrılmış, yeni mezun, genç hemşireler göreve başlamıştır. Meslek hayatlarının ilk beş yılında kariyer planlarını net olarak belirlemedikleri için sık yer değiştirdikleri söylenebilir (38)

İlaç hatalarında %77'lik oran ile bekar hemşireler ilk sırada gelmektedir. Bu durum bekar hemşirelerin tamamına yakınının lojmanda kalması ve aile ortamından uzak olmaları, uyku ve beslenme düzenlerinin aksaması ile açıklanabilir. Evlilerin sorumlulukları daha fazla olmakla birlikte beslenme ve uyku gibi aktivitelerin daha düzenli olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin; yaklaşık %84'ünün Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Aştı'nın (1993) yaptığı çalışma bu sonucu desteklemektedir (14).

Hemşirelerin eğitim durumları ile ilaç hataları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans mezunu hemşirelerde ilaç hataları yüksek bulunurken, Lisans mezunlarında anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (**p<0.001**).

Lisans mezunu hemşirelerin daha az ilaç uygulama hatası yaptıkları, oluşabilecek hataları da tespit ederek engel oldukları anlaşılmaktadır. Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans mezunları ise ilaç hatalarının %84'üne sebep olmakla birlikte engel olabildikleri hatalar çok azdır.

Sağlık hizmeti birden fazla sağlık profesyonelinin ortaklaşa hizmetini gerektiren özel bir alandır. Hizmetin sunumundan sorumlu profesyonellerin eğitimi üniversite düzeyinde standart eğitim olmasına karşın ülkemizde hemşirelik eğitiminin günümüze kadar meslek lisesi, ön lisans ve lisans gibi karma programlarla yürütüldüğü bilinmektedir. Nisan 2007 yılında güncellenen 6283 Sayılı Hemşirelik Yasasında hemşire ünvanının lisans mezunları tarafından kullanılabilceği ve hemşirelik eğitiminin liseden sonra dört yıllık üniversite programı ile yapılacağı kanun hükmüne bağlanmıştır. Ancak ülkemizde sağlık meslek lisesi ve ön lisans düzeyinde hemşirelerin varlığı ve eğitim programlarının beş yıl devam etmesi hemşirelikte lisans mezunlarının tek başına varlığını sürdürmelerinin uzun zaman alacağını belirtmektedir. Ülkemizde farklı eğitim gruplarından mezunlar birçok statüde görev alırlar oysa gelişmiş ülkelerde belli nitelikte var olan hemşirelerin yerine daha alt düzeyde eğitim almış kişilerin görevlendirilmesi söz konusu değildir.

Elde edilen sonuçlar, lisans eğitiminde akademik kadroların daha güçlü olması, profesyonelliğin önemi üzerinde durulması, etik ilkelere önem verilmesi ve öğrencilere benimsetilmesi, staj uygulamalarının titizlik ile yürütülmesi, eğitimin güncel olması sürekli yeniliklerin takip edilmesi, sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, yaş ile bağlantılı olarak alınan eğitimin daha etkin olması, Sağlık Meslek Liselerinde eğitime başlama yaşının çok küçük olması, kişisel olarak yeterli olgunluğa ulaşmadan hemşirelik mesleğinin sorumluluğunu üstlenme, eğitimin bilimsel temellere dayandırılmaması ile açıklanabilir.

Kurumda hemşirelerin %97.7'sinin gece-gündüz şeklinde çalıştığı bulunmuştur. Çalışma şekli ile ilaç hataları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İlaç hatalarının %2.30'unun sürekli gündüz çalışan hemşireler tarafından yapıldığı, sürekli gece çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatası yapmadıkları belirlenmiştir. İlaç istekleri ve tedavilerinin yoğun olarak gündüz vardiyasında yapılması bu sonucu desteklemektedir.

Araştırmada hemşirelerin çalıştıkları vardiya ile ilaç hataları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. 08:00-20:00 vardiyasında ilaç hataları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (**p<0.001**). Bu durum olarak ilaç tedavilerinin yoğun olarak 08:00-20:00 vardiyasında uygulanması ile açıklanabilir. Ayrıca hekim istemi ve tedavi düzenlemelerinin bu vardiyada gerçekleşmektedir. Söz konusu vardiyada hasta kabul ve transferinin yoğun olması, refakat ve ziyaretçi trafiği, hekim hasta ziyaretleri, hasta tetkiklerinin yoğunluğu, sık telefon görüşmeleri gibi hemşirelerin dikkatini dağıtacak durumların hataları da beraberinde getirdiği ifade edilebilir. 20:00-08:00 vardiyasında ise ilaç tedavisinin daha az planlanması, acil dışında hasta kabul işleyişi olmaması, diğer birimlerle telefon görüşmelerinin daha az olması sebebi ile ilaç hatalarının daha az olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin mesleki deneyimlerinin, %83 oranında 0-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Altıntaş'ın (2006) , Sezgin'in (2007) yapmış olduğu çalışmalar bu sonucu desteklemektedir (10,54) Özel hastanelerde hemşire devir hızının yüksek olması, daha çok yeni mezun hemşirelerin istihdam edilmesi ile açıklanabilir.

Ancak araştırmada mesleki deneyim, hastanedeki çalışma süresi ve bölümdeki çalışma süreleri ile ilaç hataları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İlaç hatalarının 0-5 yıl arasında çalışan hemşirelerde çok yüksek oranda görüldüğü, buna karşın deneyim süresi arttıkça hataların oldukça azaldığı görülmektedir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamasına karşın bölümde çalışma süresi arttıkça ilaç hatalarının azalmakta olduğu belirlenmiştir.

İlaç hataları ile haftalık çalışma saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0.05**). Haftalık 48 ve 60 saatlik çalışmalarda ilaç hataları anlamlı ölçüde yüksek bulunurken, 36 saatlik çalışmalarda düşük bulunmuştur. Engellenen ilaç hatalarında hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin büyük çoğunluğunun 36 saat

olduğu tespit edilmiştir. Sezgin'in (2007) çalışmada 180 saat olarak bulunmuştur(54). Aştı ve Kıvanç (2003) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %23.3'ünün çalışma saatlerinin fazla olmasını, %16'sının hemşire sayısının yetersizliğini sebep olarak gösterdikleri ve hemşirelerin %20'sinin çalışma süreleri içinde ilaç hatası yaptıklarını belirtmişlerdir (15) (Tablo 6.4).

Haftada 36 saat çalışan hemşirelerde ilaç hataları %4.60 iken, engellenen ilaç hataları %71.43'tür. Hemşireler haftada 36 saat çalıştıklarında ilaç hatası oranı düşük olduğu gibi, büyük ölçüde hataların uygulamadan önce fark edilip engellenmesi sağlanmıştır. Haftalık çalışma saatinin yüksek olması beraberinde üst üste çalışmalarını meydana getirmekte, bedensel ve ruhsal yorgunlukla birlikte hatalar artmaktadır. Birçok özel hastanede haftada 48 saatten fazla çalışılmaktadır.

Tablo 6.5'te ilaç hata türlerinde çalışılan vardiya ile yanlış doz, yanlış ilaç, ilacın verilmemesi, yanlış zaman, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış zaman 08:00-20:00 vardiyasında anlamlı ölçüde yüksek, ilacın verilmemesi 20:00-08:00 vardiyasında anlamlı ölçüde yüksektir.

Araştırmada ilaç hatalarının meydana geldiği saatler en çok 09:00, 10:00 ve 19:00 saatleri arasında olduğu gözlenmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanede nöbet değişimlerinin 08:00 ile 20:00 saatlerinde yapılmaktadır. İlaç hatalarının nöbet teslim saatlerine yakın saatlerde yoğunlaştığı görülmektedir. Aynı zamanda hekim vizitlerinin bu saatte yapılması yine planlı hasta yatışlarının yoğun olarak 08:00-10:00 saatleri arasında yapılması, ilk hastaların saat 08:00'de ameliyathaneye alınması, hastanın bizzat hemşire tarafından ameliyathaneye teslim edilmesi gibi faktörlerin ilaç hatalarının saatlerinde etkili olduğu söylenebilir (Tablo 6.6).

İlaç hatalarında olayın gerçekleştiği anda servisteki hemşire sayısı arttıkça ilaç hatalarının azalmakta olduğu görülmüştür. Hataların yarıdan fazlası iki hemşirenin bulunduğu servislerde gerçekleşmiştir (Tablo 6.7).

Blegen, Goode ve Reed'in (1998) hemşire istihdamının hasta ölüm, yaralanma ve hastalık oranları üzerindeki etkisi konulu yapmış oldukları çalışmada farklı kategorilerden daha fazla hemşirenin istihdam edilmesi durumunda ilaç hataları ile yatak yaralarının azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığı görülmüştür. Yine Blegen ve

Vaughn'un (1998) bir diğerk araştırmada sağlık personel içinde hemşirelerin daha yüksek oranda yer almaları durumunda ilaç uygulama hatalarının azaldığı tespit belirtilmiştir. Dimick, Swoboda, Pronovost ve Lipsett'in (2001) yaptıkları ortak gözlem araştırmasında gece hemşire sayısının azalması ile ameliyet sonrası pulmoner komplikasyon riskinin artması arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Person ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada daha fazla sayıda hemşire istihdam edilen ortamlarda tedavi gören hastaların hastanede ölüm riskinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (<http://www.icn.ch/indikit2006.pd> Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır).

Bir vardiyada bakım verilen hasta sayısı 1-4 iken daha az ilaç hatası yapıldığı, bakım verilen hasta sayısı 5-9 'a çıktığında hata sayısının üç katına çıktığı tespit edilmiştir (Tablo 6.8). Elibol'un (1999)da, Sezgin'in (2007) de, Aiken ve ark'ın (1999)'da yaptıkları çalışmalarda da bakım verilen hasta sayısındaki artış ile hataların arttığı vurgulanmıştır (tablo 6.8). Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski ve Silber'in (2002) yaptıkları araştırmada dört hastaya bakan bir hemşirenin ilave bir hasta alması durumunda hastaneye kabulden sonraki 30 gün içinde ölüm riskinin %7 arttığını tespit etmişlerdir. Sheward ve ark.(2005) hemşire başına düşen hasta sayısının yüksek olduğu ortamlarda tükenmişlik duygusu ve iş doyumsuzluğunun arttığı belirtilmiştir (<http://www.icn.ch/indikit2006.pd> Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır).

Araştırmanın yapıldığı hastanede hastaneye özğü geliştirilen hasta sınıflama modeli kullanılmakta ve bu doğrultuda insan gücü planlaması yapılmaktadır.

İlaç hatalarına maruz kalan hastaları demografik özelliklerine bakıldığında, en çok 71-80 yaş grubundaki hastaların, kadınların, evlilerin, ilkokul mezunu olanların, 8-11 gün arasında hastanede kalanların, bağımlılık düzeyi üç ve dört olanların, ev hanımlarının ilaç hatası ile karşılaştıkları görülmektedir (Tablo 6.9). Yaş grubu ile istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir farklılık olmamasına karşın yüksek yaş grubundaki hastaların daha çok ilaç hatasına maruz kalmaları beklenen bir durum olarak ifade edilebilir. Sorgulama potansiyeli düşük, tedavi ve bakıma katılımı az olan yaşlı hastalarda ilaç hatalarının daha fazla görülebileceği söylenebilir. Ayrıca uzun süreli yatışlarda ve bağımlılık düzeyi yüksek olan hastalarda belli süre devam eden hekim isteminde yapılan değişiklik gözden kaçabilmekte ve hatalara sebep olabilmektedir.

Araştırmada istenmeyen olaylar içinde alınan hasta düşmelerine bakıldığında tuvalette düşmenin ilk sırada yer aldığı görülmektedir.(Tablo 6.10) Hastalar yapılan görüşmeler sonucunda; refakatçiyi rahatsız etmek istememe, yardımsız tuvalete gidebileceğini düşünme, hemşire ya da sağlık memurundan utanma, yatak başı çağrı zili, tuvaletteki çağrı zili ve yataktan kalkarken yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmeme sebebi ile tuvalette düşüklerini ifade etmişlerdir. Tuvaletin hasta odası içinde olmasının refakatçi olsa dahi tek başına tuvalete gitme güvencesi verdiği ifade edilebilir.

Tablo 6.11’de belirtilen düşme nedenlerinde, ortostatik hipotansiyon, hastanın ilaç tedavisi, refakatçi olmaması ilk sırada yer almaktadır. Evans ve ark.’nın (2001) yılında yaptıkları çalışmada hastanın bilinç durumu, hareket kabiliyeti, tuvalet ihtiyacı, hastanede kalış süresi, aldığı ilaç tedavisi düşme sebepleri arasında belirtilmiştir (53). Sezgin’in (2007) yaptığı çalışmada hastanın bilinç durumu, fiziksel durumu ve refakatçi olmaması ilk üç düşme nedeni olarak belirtilmiştir (54). Hastaların tedavisinde baş dönmesi ve düşmeye sebep olabilecek ilaçların olması, tedavi saatlerinin yanlış düzenlenmesi, hasta düşme riski değerlendirmesinin doğru yapılmaması ve doğru önlemlerin alınmaması, gece vardiyasında her saat başı yapılması gereken hasta güvenliği ziyaretinin düzgün yapılmaması, refakatçi ve hasta eğitiminin yetersiz verilmesi hasta düşmelerinin sebepleri arasında sayılabilir. Örneğin, saat 21:00’de lasix verilen hastaya 22:00’de xanax verilmesinin ardından eğer refakatçisi yanında değilse veya uyuyorsa ve hasta kendi başına tuvalete gidebileceğini düşünerek hemşire çağrı zilini kullanmıyorsa bu hastanın saat 24:00’de tuvalette düşmesi kaçınılmazdır. Tedavi saatlerinin düzenlenmesinde ilaçların etki ve yan etkilerinin dikkate alınması ve bu konularda hastaların bilgilendirilmesi ile düşme riskinin azaltılacağı söylenebilir.

Tablo 6.12’de belirtildiği üzere hasta düşmelerinin 24:00-06:00 saatleri arasında yoğunlaştığı, en çok 04:00’te gerçekleştiği tespit edilmiştir. Kocaman ve ark’ın (1993) yapmış oldukları çalışmada hasta düşmelerinin 24:00-04:00 saatleri arasında gerçekleştiği saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanede kurum politikalarında gece vardiyasında her saat başı hasta güvenliği ziyaretleri yapılması öngörülmesine karşın bu konuda bazen sıkıntılar yaşandığı ve hemşirelerin bu ziyaretleri düzenli olarak yapmadıkları belirlenmiştir (42). Ayrıca tuvalete kalkış saatleri, bu saatlerde hastaların

derin uykudan uyanmaları ve uyku mahmurluğunu atamamaları sebebi ile düşmelerin yaşandığı söylenebilir.

Hasta düşmelerinde hemşire ve personel sayısı azaldıkça düşmelerin arttığı bulunmuştur.(Tablo 6.13) Person ve ark.'ın (2004) yaptıkları çalışmada daha fazla sayıda hemşire istihdam edilen ortamlarda tedavi gören hastaların ölüm riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (<http://www.icn.ch/indikit> 2006.pd Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır).

Hasta düşmelerinde, bir vardiyada hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı arttıkça düşme sayılarının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 6.14). Hasta sayısının artması ile bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısındaki artış, yardımcı personel sayısının yetersiz olması sebebi ile çağrı zillerinin cevaplanmasının geciktiği söylenebilir.

Hasta düşmelerinde hastaların demografik özelliklerinin dağılımı ile yapılan karşılaştırma anlamlı istatistiksel sonuç vermemesine karşın ; çoğunluğunun 81 yaş ve üzeri, erkek hasta olduğu, olduğu, evli, lise mezunu ve emekli olduğu, hasta sınıflamasında bağımlılık düzeylerinin düşük olduğu, hastanede kalış sürelerinin 0-10 gün arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 6.15). Savcı ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları çalışmada, düşen hastaların 61-80 yaş arasında ve %55.5'inin erkek olduğunu saptamışlardır. Uğur ve ark.'nın (2000) yaptıkları çalışmada en az bir kez düşen inmeli hastaların yaş ortalaması 62.5 bulunmuştur (53,16). Yaşlı hastaların bazen hiçbir eğitim, açıklama ve yardımı kabul etmemesi, eğitim durumu biraz daha yüksek olan hastaların kendilerine güvenmeleri, yardımsız halledebilecekleri düşüncesinin hasta düşmelerine sebep olduğu söylenebilir.

Araştırmada istenmeyen olaylar içinde ele alınan bası yaralarında, bası yarası gelişen bölgelerin dağılımına bakıldığında, sakrum bölgesinin ilk sırada olduğu saptanmıştır. Bilkay ve arkadaşlarının 1984-2002 tarihleri arasında, Öztürk ve arkadaşlarının 1995-2005 tarihleri arasında, Dansereau ve ark.'ın yapmış oldukları çalışmalarda da bası yarası gelişen bölgelerde sakral bölge ilk sıralarda bulunmuştur (Tablo 6.16) (37,51).

Bası yarası nedenleri arasında ince cilt yapısı, mobilite kısıtlılığı, ameliyat masasında iki saatten fazla kalma gibi unsurlar ilk üç sırada belirtilmiştir (Tablo 6.17).

Servislerde risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlemede yetersizlik, Sağlık Meslek Lisesi mezunu yeni mesleğe başlayan hemşirelerin bu konuda yeterince eğitilmemiş olmaları, yeterli oryantasyon eğitimi almadan çalışmaya başlamaları ve bası yarası önleme girişimlerini uygun bir şekilde yerine getirmemeleri neden olarak sayılabilir.

Tablo 6.18’de bası yarası gelişen hastaların taburculuk sırasındaki değerlendirmesine bakıldığında, toplam 17 adet birinci derece bası yarası tespit edilmiş olup taburculukta bunların 9 tanesi iyileştirilmiş, 10 adet ikinci derece bası yarası tespit edilmiş olup taburculukta hepsi birinci dereceye gerileyerek gönderilmiştir. Fakat 10 adet bası yarasının ikinci derecede fark edilmesi bası yarası tespitinde problem olduğunu göstermektedir. Bu durum önlemeden çok bası yarasının geliştikten sonra tedavisine ağırlık verildiğini göstermektedir.

Tablo 6.19’da bası yarası tespit edilen hastaların demografik özelliklerine bakıldığında, çoğunun 60 yaş üstü olduğu tespit edilmiştir. Bilkay ve arkadaşlarının yapmış oldukları, Savcı ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada bası yarası gelişen hastaların çoğunluğunun 61-80 yaş arasında olduğu belirtilmiştir (19,53).

Bası yarası gelişen hastaların çoğunluğu kadın olarak belirlenmiştir. Öztürk ve ark.’nın yaptığı çalışmada bası yarası gelişen hastaların çoğunun bayan olduğu saptanmıştır (51). Hastanede kalış süresi uzayan, bağımlılık derecesi yüksek olan hastalarda bası yarası gelişme sıklığı daha yüksektir.

Lisans mezunu hemşireler, sürekli gece çalışan hemşireler, çalışma saati 36-48 saat arasında olan, 2-9 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan hemşireler bası yarasını en çok fark eden hemşirelerdir (Tablo 6.20).

Botstick (2004) yaptığı çalışmasında hemşire mesaisinin artmasının yatak yaralarının ortaya çıkma riskini azalttığını tespit etmiştir. Blegen, Goode ve Reed’in (1998) yaptıkları çalışmada farklı kategorilerden daha fazla hemşire istihdamının ilaç hataları ve yatak yarası gelişimini azalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirtilmiştir (20).

Kanada Hemşireler Birliği Tarafından hazırlanan literatür özetinde; hasta bakım düzeyi için hemşire istihdamının yeterli olması halinde istenmeyen olaylarda azalma

olduğu, yetersiz hemşire istihdamı ile bası yaraları, dűřmeler, ilaç hataları ve bir çok istenmeyen olay arasında bağlantı olduğu belirtilmiştir (<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/09-04-2008>) (<http://www.icn.ch/indikit> 2006. pd Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır).

8 . SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Hastanelerde karşılaşılan istenmeyen olayların eşitleri, sıklığı ve istenmeyen olayların meydana gelmesini etkileyen faktörleri belirlemek ve olaya maruz kalan hastalar ile hizmetlerin sunumundan sorumlu hemşirelerin demografik özelliklerinin bu olaylar üzerinde etkili olup olmadığını ortaya çıkarmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmada sonucunda aşağıdaki sonuçlar belirlenmiştir :

Belirlenen 170 istenmeyen olayın %59.40'ı ilaç hataları, %24.70'i hasta dűřmeleri, %15.90'ı bası yaralarıdır. İlaç hata türlerinin çoğunluğunun ilacın verilmemesi, yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış zaman olarak belirlenmiştir. İlaç hata nedenlerinde ilk sırada prosedürlere uymama ve hemşire tedavi planı ile hekim isteminin karşılaştırılmaması gelmektedir. İlaç hatalarında hemşirelerin çoğunun 24-29 yař grubu arasında, bekar, Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu, 08:00-20:00 vardiyasında çalıştıkları, mesleki deneyimlerinin 2-5 yıl arasında olduğu, haftalık çalışma saatinin 48 saat ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

İlaç hatalarının gerçekleştiği saatler daha çok 09:00, 10:00 ve 19:00 olarak belirlenmiştir. Serviste bulunan hemşire sayısı azaldıkça ilaç hatalarının arttığı, hemşirelerin bir vardiyada bakım verdikleri hasta sayısı arttığı ilaç hatalarının arttığı belirlenmiştir.

Hasta dűřmelerinin çođunlukla tuvalette ve 04:00'te gerçekleřtiđi, hemřire ve yardımcı personel sayısı azaldıđında ve hemřirelerin bakım verdikleri hasta sayısı arttıđında hasta dűřmelerinin de arttıđı belirlenmiřtir. Daha çok 81 yař ve üzerindeki hastaların dűřtüđu belirlenmiřtir.

Bası yarası gelişimini raporlayan hemşirelerin çoğunun lisans mezunu olduğu, haftalık çalışma saatlerinin 36 saat olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumu ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p< 0.001**).

Çalışılan vardiya ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p< 0.001**).

Haftalık alışma saati ile ilaç hataları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p< 0.05**).

Çalışılan vardiya ile yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (**p< 0.001**).

Araştırmada elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda:

- Kuruma özgü insan gücü planlaması yapılarak , uygun istihdam politikaları doğrultusunda yeterli sayı ve nitelikte hemşire işgücü oluşturulması.
- Yeni işe başlayan hemşirelere oryantasyon ve hizmet içi eğitim programlarının uygulama ağırlıklı gerçekleştirilmesi. Sağlık meslek ve ön lisans mezunu hemşirelerin daha yoğun oryantasyon ve hizmet içi eğitim programlarına alınması. Prosedürler yeniden oluşturulduğunda tüm hemşirelere anlatılması. (Güvenli ilaç kullanımı ile ilgili eğitimlere ağırlık verilmesi)
- Hastanelerde yatak başı hizmetlerde lisans mezunu hemşirelerin istihdam edilmesi.
- Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin 40 saatin üstüne çıkmayacak şekilde düzenlenmesi.
- Bir hemşirenin bakım vereceği hasta sayısının belirlenmesinde hastaların bağımlılık derecelerinin de göz önüne alınması.
- Hemşirelerin günlük çalışma saatinin 12 saati aşmaması.

- Hastaların düşme risklerini belirlenmeye yönelik prosedür ve talimatların oluşturularak tüm çalışanların uyması ve multidisipliner bir ekip yaklaşımının sağlanması.
- Bası yarası risk değerlendirmesi için kurumdaki hasta potansiyeline en uygun ölçek seçilerek herkesin aynı şekilde kullanmasının sağlanması.
- Hemşirelikte performans ölçümlerinin düzenli yapılması, kalite indikatörlerinin sürekli takip edilerek, sonuçlar doğrultusunda iyileştirmelerin planlanması ve uygulanması.
- Hata bildiriminin tüm sağlık çalışanları tarafından korkusuzca yapılmasını sağlayan önlemler alınması önerilebilir.

EK-1

HEMŞİREYE AİT BİLGİLER

- 1.Yaş:** 18 – 23
 24 – 29
 30 – 35
 36 ve üzeri
- 2.Cinsiyet:** Kadın
 Erkek
- 3.Medeni Durum:** Evli
 Bekar
 Diğer
- 4.Eğitim Durumu:** Sağlık Meslek Lisesi
 Ön Lisans
 Lisans
 Yüksek Lisans
 Doktora
- 5.Çalıştığı Shift:** 08:00-20:00
 20:00-08:00
 08:00-17:00
- 6.Çalışma Şekli:** Sürekli gündüz
 Sürekli gece
 Gece gündüz
- 7.Mesleki Deneyim:** 0-1 yıl
 2-5 yıl
 6- 9 yıl
 10 – 13 yıl
 14 – 17 yıl
 17 yıl ve üzeri
- 8.Hastanedeki Görev Süresi:** 0 – 1 yıl
 2 – 5 yıl
 6 – 9 yıl
 10 – 13 yıl
 14 – 17 yıl
 17 yıl ve üzeri
- 9- Haftalık çalışma saati:**
- 10-Bölümde çalışma süresi:** 0 – 1 yıl
 2 – 5 yıl
 6 – 9 yıl
 10 – 13 yıl
 14 – 17 yıl
 17 yıl ve üzeri

EK-2

HASTAYA AİT BİLGİLER

- 1.Yaş:**
- 2.Cinsiyet:** Kadın
 Erkek
- 3.Medeni Durum:** Evli
 Bekar
 Diğer
- 4.Eğitim Durumu:** Okuma yazma bilmiyor
 Okur yazar
 İlkokul
 Orta okul
 Lise
 Üniversite
- 5.Mesleği:**
- 6.Tıbbi tanı:**
- 7.Bağımlılık düzeyi:**
- 8.Hastanede kalış süresi:**

EK-3

İL AÇ HATASI BİLGİ FORMU

Olay tarihi:

Olay saati:

Shift:

Ünite/bölüm:

Hasta sayısı:

Hemşire sayısı:

Personel sayısı:

Hastanın bağımlılık derecesi:

1. İL AÇ HATASI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> İlacın verilmemesi | <input type="checkbox"/> Dozun yanlış kontrolü |
| <input type="checkbox"/> Yanlış doz | <input type="checkbox"/> Prosedürlere uyulmaması |
| <input type="checkbox"/> Yanlış ilaç | <input type="checkbox"/> Okunaksız yazılar |
| <input type="checkbox"/> Yanlış eksik order yazılması | <input type="checkbox"/> Yanlış/eksik döküman |
| <input type="checkbox"/> Hekim istemi olmayan ilaç | <input type="checkbox"/> Hastaya ulaşılamaması |
| <input type="checkbox"/> Yanlış sıklık | <input type="checkbox"/> Dozun gözden kaçması |
| <input type="checkbox"/> Yanlış hız | <input type="checkbox"/> Hesaplama hatası |
| <input type="checkbox"/> Yanlış zaman | <input type="checkbox"/> Benzer ilaç adları |
| <input type="checkbox"/> Yanlış hasta | <input type="checkbox"/> İlaça ulaşılamaması |
| <input type="checkbox"/> Alerji olan ilacın verilmesi | <input type="checkbox"/> Bilgi eksikliği |
| <input type="checkbox"/> Yanlış yol | <input type="checkbox"/> İlaç hakkında yetersiz bilgi |
| <input type="checkbox"/> Verilen ilacın kaydedilmemesi | <input type="checkbox"/> İnfüzyon pompası programlama hatası |
| <input type="checkbox"/> İlacın verilmeden verilmiş gibi kaydedilmesi. | <input type="checkbox"/> İnfüzyon pompası mekanik hata |
| | <input type="checkbox"/> Eczaneden farklı ilacın verilmesi |

2. İL AÇ HATASI NEDENİ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hekim isteminin yanlış anlaşılması yada yorumu | <input type="checkbox"/> Eczaneden yanlış doz gönderilmesi |
| <input type="checkbox"/> Hekim isteminin gözden kaçırılması | <input type="checkbox"/> Bilgisayardan yanlış ilacın girilmesi. |
| <input type="checkbox"/> Hekim istemi olmayan ilacın uygulanması | <input type="checkbox"/> Yanlış ilaç hazırlama / yanlış etiket |
| <input type="checkbox"/> Yanlış eksik order yazılması | <input type="checkbox"/> İlacın gecikmesi |
| <input type="checkbox"/> Sözel yada telefon ile hekim istemi | <input type="checkbox"/> NGS çıkması, takılışın gecikmesi |
| <input type="checkbox"/> Tedavi planının yanlış okunması | <input type="checkbox"/> Serviste dikkat dağıtıcı olay olması |
| <input type="checkbox"/> İkili kontrolün yapılmaması | |
| <input type="checkbox"/> Tedavi planı ile orderın karşılaştırılmaması | |
| <input type="checkbox"/> İlacı tedavi planına yanlış geçirme | |
| <input type="checkbox"/> Sözel iletim sorunu | |

EK-4

DÜŞME BİLGİ FORMU

Olay tarihi:

Olay saati:

Shift:

Ünite/bölüm:

Hasta sayısı:

Hemşire sayısı:

Personel sayısı:

Hastanın bağımlılık derecesi:

DÜŞME:

- Yerde bulundu
- Kısıtlamadan kurtularak düşme
- Yataktan düşme
- Mobilize edilirken düşme
- Banyoda düşme
- Muayene masasından/ sedyeden düşme
- Sandalyeden düşme
- Yatak kenarlığından tırmanmış / atlamış
- Tuvalette düşme

2 – DÜŞME NEDENLERİ

- Eğitim eksikliği (hasta/personel)
- Bilgi eksikliği
- Prosedüre uymama.
- Dalgınlık / dikkatsizlik (hastanın).
- Diğer bölümlerle / personelle iletişim hatası
- Yatak / sedye kenarı kullanılmaması
- Bozuk yataklar, yatak kenarları, alarmlar
- Hasta terlikleri
- Yere dökülen sıvıların hemen silinmemesi
- Periyodik yeniden değerlendirme
- Oda ışıklandırması
- IV bağlantılar
- Görme işitme bozukluğu
- Algılama bozukluğu
- Hastanın bilinç durumu
- Ajitasyon
- Ortostatik hipo TA
- Hastanın fiziksel durumu
- Bozuk yataklar, fernler, alarmlar
- Hastanın aldığı ilaç tedavisi
- Dağınıklık
- Refakatçi olmaması
- Personelin dikkatsizliği

3- OLAY YERİ

- Ameliyathane
- Uyandırma odası
- Acil
- Yoğun Bakım Ünitesi
- Radyoloji
- Koridor
- Angio
- Lobi
- Laboratuvar
- Banyo
- Hasta Odası
- WC
- Diğer

EK-5

BASI YARASI BİLGİ FORMU

Olay tarihi:

Olay saati:

Shift:

Ünite/bölüm:

Hasta sayısı:

Hemşire sayısı:

Personel sayısı:

1.BASI YARASI DERECEŚİ

- birinci
- ikinci
- üçüncü
- dördüncü

2 – NEDENLER

- Boyuna oranla fazla kilo
- İnce çizilmeye yatkın cilt yapısı
- Kuru cilt
- Ödem
- Terminal kaşeksi
- Periferial vasküler hastalık
- Anemi
- Sigara
- İdrar, dışkı tutamama
- Mobilite kısıtlılığı
- Traksiyonda / hareketsiz
- Anoreksik / oral beslenme
- Diyabet
- Amel. Masasında 2 stten fazla kalma
- Kullanılan ilaçlar
- Nörolojik hastalıklar
- Prosedürlere uymama (r.değerleri, pozisyon)
- Yetersiz ekipman (H. Yatak, antidekibüt)

3- RİSK PUANI:.....

4- BASI YARASI GELİŞEN ALAN

- Kulak kepçesi
- Skapula
- Spinal çıkıntılar
- Dirsek
- Sakrum
- Koksis
- Trokanter
- Diz
- Topuk
- Gluetal.

5- TABURCULUK BASI YARASI DERECEŚİ

- birinci
- ikinci
- Üçüncü
- dördüncü

10. KAYNAKLAR

- 1- Abaan S.: Hekim İstemleri ve Hemşirenin Yasal Sorumluluğu, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1(1),1997, s:1-7.
- 2- Acaroğlu R., Aştı T.: İlaç Hatalarının Önlenmesinde Strateji Belirleme, Ulusal Cerrahi Kongresi. İzmir,1998.
- 3- Acaroğlu R., Aştı T.: Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4(2), 2000 s: 22-26.
- 4- Ak Bilal., Sevin H. “Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri” , 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi – Bildiriler, Ankara: 2000, Hacettepe Kültür Merkezi, s: 25-32.
- 5- Akalın E.: Medikasyon Hataları, Aknem Dergisi, 18(Ek2), 2004, s:10-11.
- 6- Akdemir A .: İşletme Bilimine Giriş, Birlik ofset yayıncılık Eskişehir, 200
- 7- Aksoy K.: Hastanelerde Risk Yönetimi ve Bağlantılı Fonksiyonlar, İstanbul Memorial Hastanesi Örneği, Anadolu Ün. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2003.
- 8- Aktan C.: Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması, Türk İdare Dergisi, Sayı 425, Aralık 1999.
- 9- Alcan Z.: Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 5(4-5), , 2001, s:57
- 10- Altıntaş N.: Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

- 11-** Aslan Ö., Akbayrak N.: Hemşirelikte İş Doyumu, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6(2) 2002, s: 30.
- 12-**Aslan Ö., Vural H., Avcı Y.: Ameliyathane Hemşirelerinin Etik Sorunlara Yönelik Yaklaşımlarını Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 45(2), Ankara, 2003, s:147-152.
- 13-** Aslan Ö.,Ünal Ç:Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları, Gülhane Tıp Dergisi, Ankara, 47, 2005, s:175-178.
- 14-** Aştı N.: Çalışan Hemşirelerin İş Günü Kaybı Nedenleri, Sıklığı ve İş Doyumu İlişkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1993.
- 15-** Aştı T.,Kıvanç M.: Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşireliğin Bilgi ve Uygulamaları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2003, 6(3), s:1-9.
- 16-** Atabek T.: Yaşlılarda Kazaların Önlenmesi, Hemşirelik Bülteni, 1994, 8(31),s: 62-67.
- 17-** Ataman G.: İşletme Yönetim, 2. Baskı, Türkmen Kitabevi , İstanbul, 2002.
- 18-** Berkem R.: Hasta Güvenliği ve Transfüzyonla Bulaşma Sonrası Yapılması Gerekenler, Ankem Dergisi, 21(Ek2), 2007, s: 153-160.
- 19-** Bilkay U., Helvacı E., Tokat C., Özek C., Akın Y.: Bası Yarası Olan Hasalarda Uygulanan Cerrahi Tedavi Yöntemleri ve Sonuçları, Ulusal Travma Dergisi , 12(2), 2006, s: 143-149
- 20-** Blegen M.A., Goode C.J, Reed L.:Nurse Staffing and Patient Outcomes, Nursing Reseach,47(1), 1998, 43-53.

- 21-** Boyacıoğlu H.:Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu ve Olumsuz Yanları ile Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2(8), 1998, s:39-40.
- 22-** Budak G., Budak G.: İşletme Yönetimi, 5. Baskı, Barış Yayınları, İzmir, 2004.
- 23-** Cesur S.: İlaç Uygulamalarında Hemşirelerin Hata Olarak Görmedikleri Durumların Saptanmasına Yönelik Bir Çalışma, Türk Hemşireler Dergisi, 38(1), 1988, s:22-25.
- 24-** Çakmakçı M.: Hasta Güvenliği, Tıbbi Hatalar ve Akreditasyon, Seminer Kitabı, İstanbul, 2003.
- .
- 25-** Çapacı K.: İnmede Düşme ve Kırıklar, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, cilt 53, İzmir, Mart 2007, s:7-10 (Gök-4)
- 26-** Çatalca H.:Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, 1. Basım, İstanbul, 2003.
- 27-** Çetin C.: Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi , 2. Baskı, Beta Basım Yayıncılık, İstanbul, 2001.
- 28-** Dempsey J.: Fall Prevention Revisited: a Call for a New Approach, Journal of Clinical Nursing, 13, 2004, 479-485.
- 29-** Dimond B.: Risk assesment and management to ensure health and safety at work, British journal of Nursing, 11(21), 1372-1374.
- 30-** Dokumacı Z.: Yatağa Bağımlı Hastalarda Bası Yaralarının Önlenmesi ve Bakımı, 1. Ulusal Yoğun Bakım Hemşirelik Kongresi Kitabı, İstanbul, 2002.

- 31-** Durmaz A., Mete S.: Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kul. İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 11(1), 2007, s: 2-7.
- 32-** Emekli U.: Bası Yaraları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi Cilt 45, Sayı:3, İzmir, 1999.
- 33-** Eren E.: Yönetim ve Örgüt, 6. Baskı, Beta Basım Yayın, İstanbul, 2003.
- 34-** Güven H.: Bakım Dostu Hastanelerin Standartlarının Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- 35-** Halbatoğulları M., Çeliker S., Karataş S.: Bası Yaralarında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği 2. Ulusal Kongresi Kitabı, İzmir, 2005, s: 79.
- 36-** Herdman A.E.: Küreselleşme Bağlamında Türkiye’de Hemşirelik, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi Cilt 2, Sayı: 1, İstanbul, Temmuz 2005, s: 2-4.
- 37-** Karadağ A.: Basınç Ülserleri, Değerlendirme, Önleme ve Tedavi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 7(2), 2003,s:41-45.
- 38-** Karahan A., Bener Ö.: Bolu Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesinde Çalışan Evli Hemşirelerin Ev Ortamında Yaşadığı Sorunlar, Aile ve Toplum Dergisi, 8 (2), 2005.
- 39-** Kavuncubaşı Ş., Kısa A.: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000. s: 21.
- 40-** Kaya H.: Hemşirelik Eğitiminde Değişmeler ve Gelecek . Uluslararası ve 5. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongre Kitabı, Kapadokya, 2001. s: 251.

- 41-** Kester L., Stoller MBA.,James K.:Prevalence and Causes of Medication Errors : a review., 10(6), 2003,322-326.
- 42-** Kocaman G., Sucuoğlu F, Özmen D.: Hemşirelik Bakımı İle İlgili Risk Alanlarının Tanımlanması, Hata Raporları, Uluslar arası Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir,1993.
- 43-** Koç E.: Hasta Güvenliği ve Hasta Tatminin Sağlamada Hemşirelik Hizmetleri Kalite İndikatörlerinin Toplam Kalite Yönetimi Üzerine Etkileri , Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Uzman Projesi, İstanbul, 2007.
- 44-** Koçel T.: İşletme Yöneticiliği, 10. Baskı, Ankan Basım Yayın, İstanbul, 2005.
- 45-** Köşgeroğlu N., Ayrancı Ü., Bahar M.: Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerde Kesici/delici Aletle Yaralanma ve Tıbbi Yardım Alma Durumları,Hemşirelik Forumu,6(6),2003,s:32-37.
- 46-** Kurtulmuş S.: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Çalış Ofset, İstanbul, 1998, s:245-251.
- 47-** Mete S., Ulusoy E.: Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları, Hemşirelik Forumu, 2006. s: 37-41
- 48-** Oktay S., Aksayan S.: 2000'e İki Kala Türkiye'de Hemşirelik İçin Yasal Düzenlemelere Bir Bakış, Hemşirelik Forumu, 1(2), 1998, s: 79-80.
- 49-** Okumuş H.: Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Güvence. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu 3. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Esnaf ofset, Sivas, 1992, s: 971.

50- Özlem A., Ünal Ç.:Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları, Gülhane Tıp Dergisi, Ankara, 2005,s:175-178.

51- Öztürk A., Gürlek A., Fırat C., Fariz A.:Bası Yaralı Vakalardaki On Yıllık Klinik Deneyimlerimiz, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(4), Malatya, 2006, s: 243-248.

52- Paksoy M.: Çalışma Ortamında İnsan ve TKY, 1. Baskı, Çantay Kitabevi, İstanbul, 2002.

53- Savcı C., Acaroğlu R.,Kaya N., Bilir A., Kahraman H., Gökerler N.: Nöroloji ve Nöroşürürji Kliniğinde Hastaların Düşme Riski Düzeyi ve Alınan Önlemler, Türk Nöroşürürji Dergisi, Cilt 17, İstanbul, s:183.

54- Sezgin B.: Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2007.

55- Şahin Ü.: Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Sorunlar ve Öneriler, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 5(4-5), 2001, s: 6-1.

56- Taşdemir M.,Aşar A.: İstanbul'daki ISO 9000 Belgeli Hastanelerin Kalite Sistemlerinin Değerlendirilmesi, 5.Ulusal Sağlık Kurumları Hastaneler Yönetimi Sempozyum Kitabı, Eskişehir, 2002.

57- Taxis K., Barber N.: Ethnographic Studt of İncidence and Severity pf İntravenous Drug Errors. BMJ, March 2003, 326(29) 1-4.

58- Türköz Y.: Sağlık Hizmetinin Kalitesinin Ölçülmesi ve İyileştirilmesinde Bir Kalite İndikatör Sistemi Örneği, TUSİAD Kal Der 7. Ulusal Kalite Kongresi, İstanbul,1998.

59- Uyar G.: Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996.

60- Yıldırım A.: Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998.

61- Yıldırım A., Kutlu L., Kenanlı M., Çelik a.,Alabalık H.:Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin Hemşireler Tarafından Değerlendirilmesi, 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongre Kitabı, Kapadokya, 2003.

62- Yıldırım A.: Sağlık Organizasyonlarında Hatalı Uygulamaların Açığa Çıkarılması, Bilgi Uçurma/whistleblowing, Hastane Dergisi, sayı:53, İstanbul, (Temmuz, Ağustos) 2008 s:40-41.

63- Yıldırım A.: Sağlık Hizmetlerinde Etkili Ekip Çalışması, Yeni Biçimli Mesleki İlişkiler, Hastane Dergisi, sayı:53, İstanbul, (Ocak, Şubat) 2008.

64-” Hemşireliğe Özgü Akreditasyon Programı” Magnet Hospital Accreditation , Koç Üniversitesi,Amerikan Hastanesi, Hemşirelik Haftası Etkinliği Kitabı, İstanbul, 2005.

11. ÖZGEÇMİŞ

25.01.1974 yılında İstanbul'da doğdu. İlköğretimini Maçka İlkokulunda, Orta ve lise eğitimini Nişantaşı Kız Lisesinde (İstanbul'da) tamamladı. 1996 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu. 1996 yılında Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesinde Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde hemşireliğe başladı. 2005 yılında gündüz Süpervizör Hemşireliğine, 2007 yılı Ocak ayından itibaren Hemşirelik Hizmetleri Direktör Yardımcılığı görevine getirildi. 2007 yılında Haliç Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programına kayıt oldu. Aynı zamanda Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği bölümünde okumakta.

17.10.2007

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'ne**

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Filiz ÖZYURT**'un " Özel Bir Vakıf Hastanesinde İstenmeyen Olayların Meydana Gelmesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi " konulu tez çalışmasının; sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi ricasıyla hastanemizde uygulanması uygun görülmüştür.

**Tıbbi Direktör Yrd.
Dr. Fatma SAR**

**Hem. Hiz. Direktörü
Nurhan ÇETİN**

