T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN UYGULAMALARI

Elanur YENİTERZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

KONYA-2013

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN UYGULAMALARI

Elanur YENİTERZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 12202006 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2013

ÖNSÖZ

Bu araştırmada farklı düzeylere sahip hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamalarının belirlemesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada elde edilen bulguların, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliğini arttırma çalışmalarına öncülük edeceği düşünülmektedir.

Araştırmamın her aşamasında bana rehberlik eden, değerli görüş ve desteği ile her zaman yanımda olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN' a; tez veri toplama formu ile ilgili değerli görüşlerine başvurduğum Sayın Prof. Dr. Rahmi ÖRS, Sayın Prof. Dr. Nurgün PLATİN, Sayın Prof. Dr. Adnan ERKUŞ, Sayın Doç. Dr. Mehmet YALAZ, Sayın Yrd. Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK, Sayın Yrd Doç. Dr. Sergül DUYGULU, Sayın Yrd. Doç. Dr. Bedriye AK, Sayın Gülperi SÖYLEMEZ BAYRAM' a; tez çalışmasına katkıda bulunan yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan bütün meslektaşlarıma; özellikle Meram Tıp Fakültesi Hastanesi mesai arkadaşlarıma ve araştırmam boyunca manevi desteği ile bana güç veren sevgili aileme ve akademik alandaki bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan; ablam Betül YENİTERZİ' ye teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI **i**

ÖNSÖZ **ii**

İÇİNDEKİLER **iii**

SİMGELER VE KISALTMALAR **vi**

1.GİRİŞ…… 1

1.1.Hasta Güvenliği…….. 1

1.1.1.Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği……..….. 2

1.1.2. Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) 2007 Yılı ‘’Hasta Güvenliği’’ Hedefleri……..…… 3

1.2.Tıbbi Hata……. 4

1.2.1. Dünyada ve Türkiye‘de Tıbbi Hatalar…….. 4

1.2.2. Hasta Güvenliğini Etkileyen Tıbbi Hata Alanları……. 6

İlaç hataları…….…… 7

Kimlik hataları…….……... 11

Bakım uygulama hataları……..……. 15

Hastane enfeksiyonları…….…….. 17

Ekipman kullanımına bağlı hatalar……..…….. 21

Düşmeler…… 23

İletişim hataları……..... 25

1.3.Hasta Güvenliğinde Yenidoğan Hemşiresinin Rolü …… 28

2. GEREÇ ve YÖNTEM……... 31

2.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi…….. 31

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler…… 31

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi…….. 33

2.4.Araştırmanın Sınırlılığı…….. 33

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları…… 33

2.5.1.Yenidoğan Hasta Güvenliği Anket Formu……. 34

2.6.Ön Uygulama...……. 35

2.7.Verilerin Toplanması……. 35

2.8.Verilerin Analizi…… 36

2.9.Araştırma Soruları……. 36
2.10.Araştırmanın Etik Boyutu…… 37
3.BULGULAR…… 38
3.1. YYBÜ hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular…..….. 38
3.2. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili görüşlerine ilişkin bulgular…. 40
3.3. YYBÜ hemşirelerinin hata alanlarını önlemeye yönelik girişimleri ve puanlarına ilişkin bulgular……...…….. 42
3.3.1. YYBÜ hemşirelerinin hata alanlarını önlemeye yönelik girişimlerine ilişkin bulgular……...…….. 42
YYBÜ hemşirelerinin ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumu……...…….. 42
YYBÜ hemşirelerinin kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumu……...…….. 44
YYBÜ hemşirelerinin bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumu...…….. 46
YYBÜ hemşirelerinin hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumu……...…….. 48
YYBÜ hemşirelerinin ekipman kullanımına bağlı hataları önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumu...…….. 51
YYBÜ hemşirelerinin düşmeleri önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumu……...…….. 53
YYBÜ hemşirelerinin iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumu……...…….... 54
3.3.2. YYBÜ hemşirelerinin hata alanlarını önlemeye yönelik girişim puanları ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular……...……...…….. 56
YYBÜ hemşirelerinin hata alanlarını önlemeye yönelik girişim puanları …….. 56
YYBÜ hemşirelerinin hata alanlarını önlemeye yönelik girişim puanlarını etkileyen faktörler……...……...…….. 56
4.TARTIŞMA……. 61
4.1. YYBÜ hemşirelerinin demografik özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesi…….….. 61

4.2. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili görüşlerine ilişkin bulguların değerlendirilmesi……. 63
4.3. YYBÜ hemşirelerinin hata alanlarını önlemeye yönelik girişimlerine ilişkin bulguların değerlendirilmesi……. 64
5.SONUÇ ve ÖNERİLER…….. 73
6.ÖZET…… 77
7.SUMMARY……..…… 78
8. KAYNAKLAR……..... 79
9.EKLER……. 85
EK A: Yenidoğan Hasta Güvenliği Anket Formu…… 85
EK B: Bilgilendirilmiş Onam Formu…… 90
EK C: Etik Kurul İzin Belgesi…….…….. 91
EK D: N. E. Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi…….. 92
EK E: Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi…….. 93
EK F: S.B. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi……... 94
EK G: S.B. Konya Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi İzin Belgesi…... 95
EK H: S.B. Konya Beyhekim Devlet Hastanesi İzin Belgesi…….. 96
EK I: Özel Konya Farabi Hastanesi İzin Belgesi……. 97
EK İ: Alınan Uzman Görüşleri Listesi……. 98
10.ÖZGEÇMİŞ……... 99

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAP :American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
AÇSAP :Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ANA :American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
CNA :Canadian Nurses Association (Kanadalı Hemşireler Birliği)
ICN :International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
IOM :Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
JCAHO :Joint Commision on Accredition of Healtcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI :Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyonu)
NNANN :National Association of Neonatal Nurses (Ulusal Yenidoğan Hemşireler Birliği)
NCC MERP :National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi)
NPSF :National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)
TNSA :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UHESA :Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans ağı
UNICEF :United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)
WHO (DSÖ) :Word Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YYBÜ :Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1.GİRİŞ

1.1.Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Yıldırım ve Çelik 2005, Aydın 2009). Hasta güvenliğine, çoğunlukla güvenlik iklimi (safety climate) ya da güvenlik kültürü (safety culture) adı verilmektedir (Sexton ve ark 2006, Özata ve Aslan 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliği temsilcisi Donaldson hasta güvenliğini sağlık bakım sürecindeki bir hastaya önlenilebilir bir zararın olmaması veya sağlık bakım sürecinde meydana gelen zararları önlemek için oluşturulan koordineli çabalar disiplini olarak tanımlamakta ve son on yıl içinde hasta güvenliğinin öneminin giderek artan küresel bir konu olduğunu ifade etmektedir (WHO 2012b). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) ise hasta güvenliğini, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının eliminasyonu veya azaltılması olarak tanımlamıştır (NPSF 2003).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin temel bir prensibidir. Hizmet verme sürecinin her noktası özünde belli bir ölçüde güvensizlik içerir. İstenmeyen olaylar uygulama, ürün, prosedür veya sistemlerdeki problemlerden kaynaklanır. Hasta güvenliği gelişmeleri performans artışı, çevre güvenliği ve risk yönetiminde çok sayıda eylemi içerir ve enfeksiyon kontrolü, ilaçların güvenli kullanımı, ekipman güvenliği, güvenli klinik uygulamalar ve güvenli bir ortamda bakımı da içeren, büyük çaba isteyen karmaşık bir sistemdir (WHO 2012a).

Hasta güvenliğinde amaç, hasta veya hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturarak güvenliği

sağlamaktır. Temel hedef hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyerek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007).

1.1.1.Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği

Yoğun bakım üniteleri sağlık durumu kritik olan hastalara hizmet vermek için düzenlenen son derece özellikli multidisipliner ünitelerdir. Yoğun bakım ünitelerinin değişik hasta özelliklerine göre yapılandırılması sonucunda kullanılan araç ve gereçler açısından da büyük farklılıkları vardır ve bu özelliklerle birlikte işleyiş biçimi nedeniyle hastanenin diğer ünitelerden ayrıcalık göstermektedir (Donchin ve ark 2003, Pronovost ve ark 2005) .

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ), stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımı, kritik derecede medikal ve cerrahi sorunu olan ve özel bakım gerektiren term doğanlar ile preterm bebeklere bakımın verildiği yerlerdir (Ergenekon 2001, Yıldız 2008a). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde karmaşık bir çevrenin ve kendine özgü bir görünümünün olmasının yanı sıra yenidoğanın dış etkenlere karşı korunmasız olması tıbbi hata riskini arttırmaktadır. Tıbbı hatalar genellikle prematüre bebeklerde, özellikle 30. gebelik haftasından daha önce ve 1500 gramdan daha az doğan bebeklerde sıklıkla meydana gelmektedir. Prematüre bebeklere özel olarak uygulanan çeşitli ilaçlar, kardiyovasküler monitörizasyon, beslenme desteği gibi tıbbi bakım uygulamaları da bu riski arttırmaktadır. Son raporlara göre; tıbbi hataların meydana gelme oranı 24-27 haftalık bebeklerde %57 iken term bebeklerde %3’tür (Samra ve ark 2011).

Resmi gazetede 19 Nisan 2011 tarihli yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte; "yenidoğan hemşiresi" tanımı hemşirelere hasta güvenliği konusunda önemli roller yüklemiştir. Bu tanıma göre; yenidoğan hemşiresi; "profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin; dış ortama uyumunun

sağlanması, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, anne sütü ile beslenmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılmasında önemli rolleri olan; hastalandığında bakımından sorumlu olduğu bebeği kapsamlı olarak değerlendirip klinik belirti ve bulguları yorumlayabilen, ailesi ile birlikte değerlendiren, yenidoğanın bakım gereksinimlerini tespit ederek kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda uygun bakımı planlayabilen, ünitedeki araç-gereçleri kullanabilen, araçlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilen, bebekler ve yakınları ile iletişimi ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilen, eğitim ve danışmanlık yapabilen ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip hemşire" olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete 2011).

Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu bağlamda hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasındadır. Özellikle YYBÜ gibi hasta güvenliği konusunda hassasiyet gerektiren yerlerde çalışan hemşirelerin bu konuda birçok önemli rol üstlenmeleri ve daha dikkatli olmaları gerekmektedir (International Council of Nurses-ICN 2006).

1.1.2. Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International - JCI) 2007 Yılı ‘’Hasta Güvenliği” Hedefleri

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) hasta güvenliğini, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının eliminasyonu veya azaltılması olarak tanımlamıştır (NPSF 2003). Sağlık kurumlarında oluşturulacak hasta güvenliği kültürü sayesinde; hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabildiği bir ortam oluşturulması ve hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayarak tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık hizmetleri önemli ölçüde iyileştirilmesi planlanmaktadır. İşte bu amaca ulaşmak için, 1951 yılında kurulan Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) yüksek düzeyde kalite ve güvenliği sağlama çalışmalarına başlamıştır.

Uluslararası düzeyde sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine liderlik eden JCI hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla hataların azaltılması ve önlemesi yönünde sürekli yöntemler geliştirme çalışmaları içindedir. JCI hastaneler için Akreditasyon Standartlarında yer alan Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini altı hedef olarak belirlemiştir (JCI 2012).

Bu hedefler;

Hedef 1. Hasta Kimliğinin Doğrulanması

Hedef 2. Etkin İletişimin Geliştirilmesi

Hedef 3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Geliştirilmesi

Hedef 4. Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Hedef 5. Sağlık Bakım İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

Hedef 6. Düşme Kaynaklı Hastanın Zarar Görme Riskinin Azaltılmasıdır.

1.2.Tıbbi Hata

Tıbbi hata “planlanan bir eylemin tamamlanmaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planlama yapılması” şeklinde tanımlanmaktadır (Kohn ve ark 1999). Tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde, hataların kişilerden çok organizasyon yapısı, teknik altyapı ve insan gücü yetersizliği gibi sistemle ilgili sorunlardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Kohn ve ark 2000, Pizzi ve ark 2001). Ayrıca; hataların oluşmasının nedenleri arasında işgücü talebi, birimler arasında personel akışı, belirsiz doktor talimatları, personel arasında iletişim yetersizliği, bilgi eksikliği, dikkat dağılması, işin başka bir nedenle kesintiye uğraması, sağlık personeli başına düşen hasta sayısı, yanlış ilaçla tedavi veya birime dağıtılan yanlış ilaç ve doz hataları yer almaktadır (Tütüncü ve ark 2007).

1.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

Son yıllarda sağlık bakımında insan hataları çerçevesinde hasta güvenliği konularına verilen önem giderek artmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite

programlarının önemli konularından birisi tıbbi hatalar ve hasta güvenliğidir (Çırpı ve ark 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tarafından 1999 yılında yayınlanan raporda, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalar ortaya konmuş; kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiştir. Bu rapora göre, ABD'de yılda 44000 ile 98000 kişinin tıbbi hatalardan dolayı öldüğü; tıbbi hatalara bağlı ölümlerin meme kanseri ve AIDS gibi hastalıkların önünde yer aldığı belirtilmiştir (IOM 1999).

DSÖ' nün 2005 yılında yayınladığı rapora göre dünyada her 10 hastadan biri herhangi bir nedenle tıbbi bakıma yönelik yapılan bir hata sebebiyle ciddi şekilde etkilenmiş ve bu etkiler ölüm, kalıcı ve geçici sakatlıklar, maddi kayıp ve psikolojik zararlar olarak ortaya çıkmıştır (Samra ve ark 2011). Tıbbi hataların nedenleri arasında yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi ve transfüzyon hataları yer almaktadır. Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hataların başında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği belirtilmektedir (Holdsworth ve ark 2003, Özata ve Altunkan 2010). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)'un Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hataların değerlendirildiği çalışmada; hataların %10,5'inin ilaç reaksiyonlarına bağlı olduğu, %7,6'sının tedavide gecikmelerden kaynaklandığını, %5,2'sinin hasta düşmeleri, %2,7'sinin transfüzyon reaksiyonları, %1,9'unun hastane enfeksiyonları ve %1,4'ünün uygulanan aletlerin kalibrasyonu veya güvenli kullanılmaması gibi nedenlere bağlı olduğu bulunmuştur (Akgün 2007). YYBÜ'lerinde ise yapılan tıbbi hatalar %1,2 – 1,4 civarında olup bu hataların %29'unun ciddi ve en az %34'ünün önlenebilir olduğu gösterilmiştir (Ovalı 2010).

1.2.2.Hasta Güvenliğini Etkileyen Tıbbi Hata Alanları

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları sağlık sisteminin en önemli konularından birisi olmuştur. Sağlık Bakanlığı 29 Nisan 2009'da sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılması amacıyla bir tebliğ yayımlamıştır. Bu tebliğin 5. maddesinde hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları şu şekilde sınıflandırılmıştır:

a)Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
b)Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
c)İlaç güvenliğinin sağlanması,
ç)Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
d)Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
e)Hasta düşmelerinin önlenmesi,
f)Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
g)Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
ğ)Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
h)Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
ı)Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
i)Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması(Pembe Kod uygulaması),
j)Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması (Resmi Gazete 2009).

Güvenilir çalışma süreci ve sürekli tetikte olan sağlık profesyonelleri yeni doğan bebek bakım ünitesi bakımı için çok önemlidir. Çok fazla çaba gösterilmesine rağmen, hata oluşabilir ve hatayı önlemek iyi bir niyetten daha fazlasını gerektirir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki tıbbi hatalara neden olan istenmeyen olaylar nadiren kasıtlıdır ya da basit bir faktörün sonucudur. Sistem yapısı ve süreci, yönetim, hasta bakımındaki takımsal ya da bireysel seviye, organizasyon ve hasta

bakımındaki kalite seviyesi, iletişim noksanlığı gibi faktörler hataların yapılmasına neden olabilir. Faktörler bir noktada ekipmanları da içerebilir, tıbbı tedavi aracının arızalı olması ya da aracın güncel olmayışıdır. Organizasyon seviyesi, yeteneksiz personel, okunduğu gibi zannedilen ilaç isimleri, uygunsuz bilgi paylaşımı, ücret ayarları, kötü ortam, çevre düzeni ve yönetim uygulamaları da tıbbi hatalara yol açmaktadır (Samra ve ark 2011).

Yukarıda bahsedilen nedenlere dayanılarak tıbbi hata alanları araştırmamızda yedi başlıkta toplanmıştır. Bunlar:

- İlaç Hataları
- Kimlik Hataları
- Bakım Uygulama Hataları
- Hastane Enfeksiyonları
- Ekipman Kullanımına Bağlı Hatalar
- Düşmeler
- İletişim Hataları'dır.

İlaç hataları

İlaç hatası "bir zarar ya da risk oluşturma durumuna bakılmaksızın ilacın isteminden hastanın izlemine kadar olan süreçte ortaya çıkan önlenebilir herhangi bir olay" olarak tanımlanmaktadır (American Academy of Pediatrics – AAP 2003). Sağlık bakım ortamlarında ilaç uygulama hatalarının önlenmesine ve güvenli ilaç uygulamaları ile hasta güvenliğinin geliştirilmesine gereksinim vardır (O'shea 1999).

İlaç hataları, ilacın kullanımı sürecinde en fazla istemin verilmesi sırasında ortaya çıkmaktadır. İstem evresinde ilaç hataları genellikle; yanlış yol, yanlış doz,

yanlış hasta, yanlış sıklık ve yanlış ilaç (özellikle de hastanın bilinen bir alerjisi varsa) nedeniyledir (Kaushal ve ark 2001, Fijin ve ark 2002).

İlaç hataları ikinci olarak ilacın uygulanmasına bağlı oluşmaktadır. İlacın uygulanmasında; yanlış yol, yanlış doz, yanlış zaman, yanlış ilaç, yanlış hasta, ilacın atlanması, infüzyon pompalarının yanlış ayarlanması, ilacın iki kere kontrol edilmemesi ve ilacın verilmesine karşın kayıt edilmemesi ilaç uygulama hatalarının nedenleri arasındadır (Ferner ve ark 2001, Tang ve ark 2007).

Hemşirenin en önemli sorumluluklarından biri ilaçların güvenlik ölçüleri içinde verilmesidir. Yetişkin ve çocuk arasında çeşitli fizyolojik farklılıklar vardır. Neonatal dönemde vücut sistemlerinin immatürlüğü, ilaç uygulamalarını daha riskli hale getirir. Yenidoğanda, özellikle prematüre bebekte fizyolojik immatüriteye bağlı olarak ilaçları metabolize etme yeteneği sınırlıdır. Pediatrik dozlar, yetişkin dozlarla karşılaştırıldığında göreceli olarak küçük olduğu için, ilaç miktarındaki herhangi bir yanlışlık büyük hatalara yol açabilir (Ovalı 2002, Çavuşoğlu 2011). Pediatrik ilaçlarda gereken dozun çocuğun yaşına, vücut ağırlığına ve/ veya vücut yüzey alanına göre hesaplanması, ilaçların sulandırılması, sulandırılan ilaçtan istenen dozu elde etmek için hesaplamaların gerekmesi ilaç uygulama süreçlerinin her bir evresinde hata olasılığını artırmaktadır. Dolayısıyla, çocuğun ilaç hatalarına bağlı zarar görme riski artmaktadır. Pediatri ve yenidoğan ünitelerinde en sık görülen ilaç uygulama hatası tipi doz hesaplama hatalarıdır. Bu hatalar ilaçların çocuklara özel ticari formlarının bulunmamasından, ürünün paketleme, etiketleme ve adlandırma sisteminden, reçeteleme/ istemleme ve istem iletimi sistemlerinden, mesleğin çalışma koşullarından, profesyonel uygulamanın özelliklerinden kaynaklanabilir (Törüner ve Erdemir 2010). Yapılan bir çalışmada, pediatri hemşirelerine göre ilaç hatası nedenleri olarak ilk sırada gelen nedenin “ilaç uygulaması sırasında hemşirenin ilgisinin dağılması ve uygulanan işin kesintiye uğraması” (%50) olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, ilaç hatasının diğer nedenleri arasında hasta hemşire oranını (%37), uygulanacak ilacın miktarını (%35) ve ilacı iki kere kontrol etmemeyi (%28) belirtmişlerdir (Stratton 2004). Lefrak’ın (2002) yaptığı çalışmada ise, ekiple

olan iletişimin azlığı, sıfırlı ya da ondalıklı sayıların takibindeki hatalar, el yazılarının okunmaması, ilaç hazırlarken ya da uygularken yapılan işin kesintiye uğraması, dikkatin dağınık olması, benzer isimde ilaçların bulunması, doz hesaplaması ve bilgi eksikliği ilaç uygulamasında hata nedenleri arasında bulunmuştur.

Yenidoğanda ilaç tedavisinin ilkelerinin bilinmesi, ilaçların güvenli şekilde kullanılmasını sağlar. Herhangi bir ilaç uygulandığı zaman, istenen etkinin elde edilebilmesi ve istenmeyen etkilerin en alt düzeyde tutulması gerekir. Yenidoğanın ilaçlara verdiği yanıtı ilk planda değerlendiren ve gerekirse müdahale edebilen kişi yenidoğan hemşiresidir. Hemşire bireyin güvenliğini ve yararını sağlamayı ve zarar görmesini engelleyen bazı önlemleri almalıdır. Klinik etkilerin ve riskli durumların değerlendirilmesi için ilaçların hazırlanması, uygulanması ve bu girişimler sırasında karşılaşabileceği yasal sorumluluklar ile ilaçlara ilişkin güvenlik önlemleri ve ilaçların farmakolojik özellikleri konusunda hemşire bilgi sahibi olmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000). Vital belirtiler ve klinik bulgular dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Terapötik ve toksik ilaç etkileri yakından izlenmelidir. Aldığı-çıkardığı sıvı takip edilerek böbrek fonksiyonları değerlendirilmelidir. Terapötik sınırı dar olan ilaçlarda serum düzeylerinin takibi sağlanmalıdır. Verilen ilacın hacmi sürekli olarak takip edilmedir. Özel güvenlik önleminin alınması gereken ilaçlarda, bu önlemlere dikkatle uymalıdır. Yenidoğanlara verilmesi tehlikeli olan ilaçların üzerine dikkat çekici etiketler konulmalı ve bu ilaçlar hazırlama bölgesinden uzakta tutulmalıdır. Yenidoğanlarda kullanımı az olan ve deneyiminin sınırlı olduğu ilaçların muhtemel yan etkilerine karşı dikkatli olunmalıdır (Ovalı 2002).

İlaç uygulamalarında hataları önlemek ve çocuklara güvenli şekilde ilaç vermek için “sekiz doğru” ilkesi büyük önem taşır.

1.Doğru ilaç: Hemşirenin, ilacı ilk üreten fabrikanın verdiği ad ve ticari adını (ilacı yapan ve satan firmanın verdiği ad) bilmesi gerekir. İlaç kullanılmadan önce adı ve dozu üç kez kontrol edilmelidir (Çavuşoğlu 2011).

2.Doğru doz: İlaç dozu, vücut ağırlığı (kg) ya da vücut yüzeyine ($m^{2)}$ göre verilecek ilaç miktarı temel alınarak hesaplanır. Tüm ilaçların doğru olarak ölçülmesi önemlidir. Bir ml'den daha az miktardaki ilaçları ölçmek için insülin enjektörü kullanılmalıdır (Ovalı 2002, Çavuşoğlu 2011).

3.Doğru yol: İlacın hangi yolla verilmesinin önerildiği, bu veriliş yolunun ilaç için uygun olup olmadığı ve çocuğun ilacı önerilen yolla alabilme durumu kontrol edilir (Çavuşoğlu 2011).

4.Doğru çocuk: Her hastanenin hastayı tanımlamada kullandığı bir yöntem vardır. Çocuğun kimliğini belirlemek için el ve ayak bileğine kimlik kartı takılabilir. Hataları önlemek için çocuğun adı iki kez kontrol edilmelidir (Çavuşoğlu 2011).

5.Doğru zaman: Küçük çocuklara ilaç verme genellikle yetişkinlere ilaç vermekten daha uzun zaman alır. Bu nedenle, bir önceki ilaç dozunun zamanında verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Eğer önceki ilaç dozu zamanında verilmemiş ise, ilaç programı uygun şekilde değişir. İlaç uygulaması sırasında ilaç-besin ve ilacın diğer bir ilaçla etkileşimi değerlendirilir (Çavuşoğlu 2011).

6.Doğru yaklaşım: Çocuklara ilaç verirken, onların korkuları, güçsüzlüğü ve başetme yöntemleri, çeşitli gelişim aşamalarına göre dikkate alınır (Çavuşoğlu 2011).

7.Doğru bilgilendirme: Çocuğa ve ailesine, ilacın hangi amaçla verildiği, beklenen etkileri, ne kadar süreyle alınacağı ve yan etkilerinin neler olduğu anlatılmalıdır. Böylece önerilen ilaçların daha güvenli şekilde kullanılması sağlanabilir (Çavuşoğlu 2011).

8.Doğru kayıt: İlaç verildikten sonra hemşire gözlem formuna ilacın adı, dozu, veriliş saati ve uygulama yolu kaydedilir. İlacı veren hemşire adını yazmalı ve imzasını atmalıdır (Çavuşoğlu 2011).

İlaç hatalarının tıbbi ve yasal bir tehlike oluşturmaması için, hekim isteminin hemşire tarafından yeniden incelenmesi ve kontrol edilmesi, ilaçlarla ilgili tüm endişe ve soruların açığa kavuşturulması, herhangi bir sorun yok ise, ancak o durumda ilacın istenen zamanda verilmesi ve kaydedilmesi gerekir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Pediatrik hastalarda ilaç güvenliğini sağlamak için sekiz doğru ilkesinin yanında bebek ve çocukların klinik/laboratuar verilerinin değerlendirilmesi, ilaçların absorpsiyon, dağılım, metabolizma ve atılımlarındaki farklılıkların ayırt edilmesi, en uygun dozaj formunun (intravenöz, tablet, kapsül, solüsyon) ve rejiminin seçilmesi, ticari olarak uygun dozaj formu yoksa stabil uygun dozaj formunun hazırlanması, karşılaştırmalı veriler baz alınarak, en etkili, güvenli, tadı uygun ve ekonomik ilaçların kullanılması, advers etkilerin ve ilaç etkileşmelerinin izlenmesi, çocuklarda görülebilen ilaçların istenmeyen etkilerinin ayırt edilmesi, gerektiğinde ilaç, doz veya dozaj aralıklarındaki değişikliklerin uygulanması vb. hususlara da dikkat edilmesi gerekir (Baktır ve Pala 2005).

Pediatri hemşireleri, pediatrik ilaç uygulamalarında yol gösterici rehberlerin geliştirilmesi, kliniğe özgü prosedürlerin oluşturulması gibi birçok önleme stratejisine yön verebilecek sağlık çalışanları olarak görülmektedir. Çocuk hastalarda ilaç uygulama hatalarını önlemek için hemşireler açısından yapılması gerekenler konusunda birçok öneri bulunmaktadır. Bu öneriler aşağıda sıralanmıştır:

• Hemşirelerin, ilaçların etkileri, yan etkileri, kontrendikasyonları, diğer ilaçlarla ve besinlerle olan etkileşimleri ve yan etkilerin ortaya çıkması durumunda uygulanabilecek girişimler konusunda bilgili olması,

• Bütün pediatrik hastaların hastaneye kabulünden sonra vücut ağırlığı ölçümlerinin yapılması ve çocuğun kilosunun, alerjilerinin ve daha önce kullandığı ilaçların hemşire formuna yazılması,

•Acil durumlar dışında çocuğun vücut ağırlığı ölçülene kadar yüksek riskli ilaçların verilmemesi,

• İstem edilen ilaç dozlarının güvenli doz aralığında olup olmadığının kontrol edilmesi,

•Flakonlarda bulunan toz ilaçların kuru toz hacminin hesaplanması ve çocuğa belirlenen dozun tam olarak verilmesinin sağlanması,

• Pediatrik ilaç doz hesaplamalarının başka bir hemşire ile beraber kontrol edilmesi,

• İlacı uygulamadan önce istemin tekrar gözden geçirilmesi ve özellikle ondalıklı ya da sıfırlı sayılarda ikinci defa ilacın dozunun kontrol edilmesi,

• Alışık olunmayan dozların doğrulanması,

• Birbirine şekil ve isim olarak benzeyen ilaçların ayrı yerlere konulması,

• İlaç uygulamalarında 8 doğru ilkesine dikkat edilmesi,

• Bütün oral ilaçların oral enjektörler içinde hazırlanması ve uygulanması

• İlaçların saklanması gerekiyorsa etiketlenerek saklanması,

• Pediatrik ilaç bilgisine ve uygulamalarına yönelik, teknolojik aletlerin kullanımını da içeren, eğitim programlarında bulunulması

• Ekiple, hasta bireyle ve yakınlarıyla etkin iletişim içinde bulunulması

•Pediatrik ilaçların istemi ile uygulamasına yönelik prosedürlerin oluşturulması ve ilaç uygulamalarında yol gösterici rehberlerin oluşturulması,

• Tedavi süreci boyunca ebeveyn ile sürekli iletişim halinde bulunulması,

• Çocuğun yakınlarına pediatrik dozlar, ilacın yan etkileri hakkında sözel ve yazılı bilgi verilmesi

• İlaç hatası gerçekleştiğinde ilaç hatası bildirim formunun doldurulması

(National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention-NCC MERP 1999, AAP 2003, Savaşer ve ark 2008, Törüner ve Erdemir 2010) .

Kimlik hataları

Hastayı tanımamak pek çok tıbbi hatanın nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta ile iletişim sürecinde hastanın kimliklendirilmesi, sağlık çalışanları arasında hastanın sağlık durumu hakkında bilgi paylaşımının iyi olması, hastaya zaman ayırmak, hastayı kendi bakım sürecine katmak, bir hata olmuş ise hastayı bilgilendirmek hataları azaltma açısından oldukça önemlidir (Göktaş 2007).

Uluslararası Birleşik Komisyonu hasta güvenliği ilkelerinin birinci basamağında, hastanın doğru kimliklendirilmesi hedefi gelmektedir. Kimliklendirmede amaç, hizmet sunulacak hastanın doğru tanımlanması ve doğru hastaya doğru tedavinin uygulanmasını sağlamaktır (JCI 2012).

Doğru hastaya, doğru işlemlerin yapılmasını sağlamaya yönelik kimlik tanımlayıcıları kullanılmalıdır. Hastalara kimlik tanımlayıcı olarak hastaneye yatışından itibaren isim yazılı bileklik/kol bandı takılması hasta kimliğinin karıştırılmasını engelleyecektir (Hastane hizmet kalite standart rehberi 2011). Cinsiyet, baba adı, doktor adı, oda numarası gibi bilgiler bireye özgü olmayıp, değişkenlik gösterebileceğinden kimlik belirlemede kullanılmamasına dikkat edilmelidir. Aynı ad ve soyada sahip olan hastaların mümkün ise aynı servise yatırılmaması, ”Hasta Kimlik Bileziği” hastaya takılmadan önce bilgilerin hasta/hasta yakını ile doğrulanması, bileziğin okunabilir ve her zaman hastanın bileğine takılı olması gibi esaslar göz önünde bulundurulmalıdır (Yıldırım 2008).

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Hasta Güvenliği İttifakı ve İşbirliği Merkezi de, tıbbi hataları azaltmak için yayınladığı dokuz maddeden oluşan çözüm paketinde hastaların kimliklerinin doğru olarak saptanmasındaki yaygın ve devam eden başarısızlıkların, sıklıkla ilaç verme, transfüzyon ve test hatalarına, yanlış kişiye uygulanan işlemlere ve bebeklerin yanlış ailelere verilmesine yol açtığından bahsetmiştir. Bu durum kimlik tanımlanması ve doğrulanmasının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (WHO 2012c).

Hasta Güvenliği hedeflerine ulaşmak ve hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek için hastalara ilaç vermeden, kan ve kan ürünleri uygulamadan, hastalardan kan vb. tahlil için örnek almadan ve her türlü tedavi ve işlemlerden önce mutlaka hastanın kimliğini doğrulanmalıdır. Doğrulama işleminde en az iki kimlik bilgisi kullanılmalı (adı-soyadı, protokol numarası), hastanın oda numarası veya yatak numarası kesinlikle hasta tanımlamada kullanılmamalıdır. Her hasta için yattığı

sürece kol bandı takılması, hastaya ismi ile hitap edilmesi, hastanın tedavi ve bakım sürecinde tüm uygulamalardan önce hasta kimliğini kontrolü yapılmalıdır (Hastane Hizmet Kalite Standart Rehberi 2011, Yıldırıcı 2011).

29 Nisan 2009 Tarihli ve 27214 Sayılı Resmi Gazetede bu konu ile ilgili, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" yayınlanmıştır. Bu tebliğde hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması kapsamında yapılacak işlemler şu şekilde açıklanmıştır:

a) Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hasta kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili bir süreç oluşturulur.

b) Tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamadan önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir.

c) Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.

ç) Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkodlu kol bandında;

1) Protokol numarası (kalın ve büyük punto),

2) Hastanın T.C. kimlik numarası,

3) Hasta adı– soyadı,

4) Doğum tarihi (gün–ay–yıl),

5) Doğum yeri,

6) Tabibin adı soyadı, bulunmalıdır.

d) Hasta kimlik doğrulamada ise hasta adı ve soyadına ek olarak T.C. kimlik numarası, doğum tarihi ya da protokol numarasından biri kullanılır.

e) Hasta yatışlarında dört ayrı renkte kol bandı kullanılır. Renkli kol bandı uygulamasında;

1) Normal hastalar için beyaz barkodlu kimlik doğrulama kol bandı,

2) Alerjik hastalar için kırmızı,

3) Aynı serviste aynı isimli hasta için lacivert,

4) Diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalıklar için sarı renk kullanılması,
5) Alerjisi ve bulaş riski olan hastalar için, beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılması, zorunludur.
f) Doğumhanede numaratörlü kol bandı uygulaması işleminde;
1) Doğum öncesi yatış işlemlerinde, iki kol bandı hazırlanır ve kol bandından birisi doğumdan sonra bebeğin koluna dolaşımı engellemeyecek, bebeği rahatsız etmeyecek ve çıkmayacak şekilde takılır.
2) Bebeğin kol bandında anne adı ve soyadı, bebeğin doğum tarihi ve annenin protokol numarası bulunur.
3) Cinsiyetin karışmaması için erkek çocuklara mavi, kız çocuklara pembe kol bandı uygulanır (Resmi gazete 2009).

Bakım uygulama hataları

Bakım; "bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek" olarak tanımlanır. O halde bakım herhangi bir nesneye ya da bir başkasına değer verme, özen gösterme ve onun iyiliği için eylemde bulunmayı içerir. Bir diğer tanıma göre bakım; "birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak ifade edilmektedir (Türk Dil Kurumu 2012). Bu tanıma göre ise bakım, kendi gereksinimlerini karşılayamayan bir kişi için bakma sorumluluğunun üstlenilmesini içerir. Bu sorumluluk insan insana ilişkiyi ve bu ilişkide bir başkasının iyiliği için karar vermeyi, eylemde bulunmayı içerir. Eylemi yapan kişinin hangi niyetle, nasıl eylemde bulunduğu (doğru/yanlış) eylemin yapıldığı kişiyi iyi ya da kötü etkiler. Dolayısıyla bir başkasının bakım sorumluluğunun üstlenilmesi, kişiye bu sorumluluğun yerine getirilme biçimi ve bakım verilene etkisi bakımından ahlaki bir sorumluluk yükler (Dinç 2009).

Bakımın insana yönelik eyleme dönüştürülmesi ve zarar vermeme ilkesine uyularak bir hizmet şeklinde sunulması hemşirelik mesleğinin temelini oluşturur. Hastaya verilen hizmet süresince uygulanan tedavi ve bakımın başarısını

etkileyebilecek her türlü olumsuz ya da istenmeyen olay hasta güvenliğini tehdit eder. Tıp biliminin ilk ve en temel öğretilerinden biri “Önce Zarar Verme“ ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda kurgulanan sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmaktadır. Ancak, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, hasta güvenliğini ve bakım sonuçlarını olumsuz etkileyerek hastaların zarar görmesine neden olabilmektedirler. Yoğun bakımlar, sağlık ekibinin vazgeçilmez elemanı olan hemşireler için, diğer çalışma alanlarından oldukça farklıdır. Yoğun bakım hemşireleri, ilaç tedavilerinin uygulandığı, tıbbi cihazlara bağımlı, ileri yaşam desteği verilen hastalara güvenli bir bakım sağlamak için hızlı kararlar vermek durumunda kalırlar. Profesyonel bir yaklaşımla hastanın durumunda ortaya çıkan ya da çıkabilecek sağlık problemlerini hızlı bir şekilde saptarlar. Ancak bu ünitelerde birçok nedene bağlı (hastanın durumu, zamanın kullanımı, gelişmiş cihazlar gibi) stres, yoğun bakım hemşiresinin profesyonel davranış göstermesini engelleyebilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşiresinin hastasına vereceği bakımda her zaman dikkatli olması gerekmektedir. Hemşire bakım verirken hastanın bireysel, teknik, bilimsel ve gereksinimlerini göz önünde bulundurmalıdır. Bu anlayışla hemşirelik mesleği; sağlık hizmetlerinde bakımın kalite güvencesi ile sunulmasında belirleyici konumdadır (Türkoğlu ve Gün 2006, Kavaklı ve ark 2009, Sayek 2011).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşirelikte kaliteyi, hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan tüm aktivitelerin bir özeti olarak tanımlar. Joint Komisyonu’na göre ise, hasta bakımının uygunluğu ve kalitesinin değerlendirilmesi ve kontrol edilmesinde sistematik ve tarafsız bir süreçtir. Günümüzde kalite güvencesi, sonuç ve süreçlerin kalitesini garantileme ile sürekli iyileştirmeye odaklaştırılmış kalitenin sağlanmasını yönetmek anlamına gelmektedir (Güven 2007).

Hemşirelik uygulamaları bireyin sağlığına kavuşması için hastaya verilecek en iyi bakım için uygulanan hemşirelik standartlarını içerir. Dünya Sağlık Örgütü; 1990 yılında tüm ülkelerin sağlık bakım sistemlerinde hasta bakımının kalitesini

güvence altına almak için etkili mekanizmalar oluşturulmasını önermiştir. Sağlık bakım standartlarını güvenceye almak ve yükseltmek sağlık hizmetlerinde çalışan herkesin görevidir. Hemşireler, mesleki girişimlerden sorumludur. Profesyonel hemşire yeni araştırma bulgularının ışığında bakım verdiği bireyin gereksinimlerini saptayan, gereksinimleri doğrultusunda bakım planı geliştiren, kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır (Güven 2007). Çocuk hemşiresinin temel görevi çocuğun hem evde hem de hastanede tedavi ve bakımının en etkin bir şekilde sürdürülmesini sağlamaktır. Hemşire bu görevini çocuğun hastalığı ile birlikte en güvenli, sağlıklı koşullarda ve büyüme-gelişmesine uygun olarak yapması gerekir (Şenol 2011). Bu konuda en önemli görev yenidoğan hemşiresine düşmektedir. Yenidoğan hemşiresi bebek bakımı konusunda bebeğin gereksinimlerini belirleyip, ihtiyaçlarını gidermeli ve hastaneden ayrıldıktan sonrada bakımın nasıl olacağı hakkında aileye bilgi vermelidir. Bebeğin hastanede yatarken, vücut ısısının korunması, ağız, göz, burun, göbek bakımı, alt değişimi ve pişik bakımı, bebeğin beslenmesi, bebeğe uygun pozisyon verilmesi, cilt bakımı, enfeksiyonlardan korunması, bebek banyosu, göz, göbek bakımı, bebeğin uyku düzeninin sağlanması, kateter bakımı vb. tüm bakımları yapılmalı; bebek bakımı, rutin kontrol ve muayeneler ile bebeğin gelişimi konusunda aileye bilgiler verilmeli, annenin özbakım ve özgüveni desteklenerek, gereksinimlere yönelik girişimlerde bulunulmalıdır (Perk 2003, Önal 2005, Tengir ve Çetinkaya 2008, Tekinalp ve ark 2009, Dinçer ve ark 2011).

Hastane enfeksiyonları

Ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada önemli sağlık sorunu, hasta güvenliği ve sağlık çalışanları için bir tehdit olan hastane enfeksiyonları; hasta hastaneye başvurduktan sonra gelişen ve başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan veya hastanede gelişmesine rağmen bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır. Genellikle hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra veya taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içinde gelişir (Sağlık Bakanlığı 2010). Önemli morbidite

ve mortalite nedeni olan hastane enfeksiyonları hastanede kalış süresini ve tedavi maliyetini arttıran önlenebilir enfeksiyonlardan biridir (Aytaç ve ark 2008).

2000'li yılların başında tüm gelişmiş ülkelerde hastane enfeksiyon kontrol programları, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Hastane enfeksiyonları sorununa küresel bir yanıt olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından "ilk Küresel Hasta Güvenliği Sorunu (First Global Patient Safety Challenge)" başlıklı bir program başlatılmıştır. Bu programın "Temiz Hizmet Daha Güvenli Hizmettir (Clean Care is Safer Care)" olarak isimlendirilen ilk basamağında çok sayıda gelişmekte olan ülkede hastane enfeksiyonlarının hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğini tehdit eden önemli bir sorun olduğu konusunda farkındalık oluşturması ve temel enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumun iyileştirilmesi amaçlanmıştır (Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı-UHESA 2011).

Türkiye'de güvenli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda en önemli faktörlerden biri olan hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesi hedefi çerçevesinde çalışmalar yapılmıştır. 2009 yılında yapılan 'Tehlike Ellerinde Kampanyası' ile el hijyeninin önemi vurgulanmış, 2011 yılında hastane enfeksiyonları sürveyansı "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartları" kapsamında hastane enfeksiyonu salgınlarının en çok görüldüğü yenidoğan hastane enfeksiyonlarını önlemek amacıyla yoğun bir program yürütülmüş ve tüm yenidoğan yoğun bakım üniteleri denetlenerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır (Sağlık hizmetleri genel müdürlüğü 2012).

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, YYBÜ'lerinde sık karşılaşılan önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Enfeksiyonlar doğum sonrası ilk bir ay içinde tüm yenidoğanların %13-15'inin kaybedilmesine yol açan en önemli ölüm nedenlerindendir. Dünya genelinde yılda yaklaşık dört milyon yenidoğanın öldüğü ve bu ölümlerin 1,5-2 milyonunun enfeksiyonlar nedeniyle olduğu bildirilmektedir. Yenidoğanlardaki hastane enfeksiyonları, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin

gelişmesi ile paralel olarak artan bir sorundur. Bu ünitelerde bebeklerin giderek daha fazla oranda yaşatılması, yoğun invaziv girişimleri ve daha uzun süre hastanede kalmayı zorunlu kılmış, bu sebeple enfeksiyonların görülme sıklığı da artmıştır (Cengiz 2009, Çakırer 2010).

Yenidoğanın düşük doğum ağırlıklı (1500 gram altı) olması, düşük gestasyon yaşı ve invaziv girişimler enfeksiyon riskini artıran en önemli faktörlerdir. Yenidoğanlarda bağışıklığın gelişmemiş olması, doğal bariyerlerin yetersizliği, altta yatan hastalık vb. içsel faktörlerin yanı sıra; cihaz kullanımı, parenteral sıvılar, santral kateter kullanımı ve kateterin uzun süre kalması, tedaviler, çoklu antibiyotik kullanımı, uzun süre mekanik ventilasyon, uzun süreli parenteral beslenme, hemşire sayısının yeterli olmayışı, ünitenin kalabalık olması, hastanelerde yeterli altyapı ve kaynağın bulunmaması, personelin bilgi ve eğitim eksikliği, yenidoğan bebeklerde gerekli cilt, göbek ve göz bakımlarının yapılmaması, standart enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınmaması ve özelliklede el yıkama prosedürlerine uyulmaması vb. dış faktörler de enfeksiyon riskini arttırmaktadır (Cengiz 2006, Gedik 2008, Kaymakçı 2011).

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar mortalite hızının artmasına, yaşayan bebeklerin daha uzun süre hastanede kalıp daha fazla acı çekmesine, çalışan personelin iş yükünün artmasına ve sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır. Bu nedenle de enfeksiyonların kontrol ve önlenmesinde doktorlar, hemşireler, hizmetliler, diğer personel, aile ve ziyaretçilerin yanı sıra hastanenin yöneticilerinin ve ülkenin sağlık politikalarını belirleyen kişiler de olmak üzere herkesin sorumluluğu vardır (Kaymakçı 2011). Hastane enfeksiyonlarının tamamen ortadan kaldırılması mümkün olmasa da alınacak bazı tedbirlerle önemli oranlarda (%40) azaltılması söz konusudur.

Bu tedbirler şunlardır:

- Bebeklere gerekmedikçe dokunulmamalıdır.
- Servise girerken ve çıkarken, hastalar arası geçişte, yenidoğana dokunmadan önce ve sonra, kan, vücut sıvıları, salgılar, kontamine araçlarla

temastan sonra ve eldiven çıkarıldıktan sonra ve her kirlendiğinde eller yıkanmalıdır.

- Kan, vücut sıvıları, salgılar, mukozalar ve bütünlüğü bozulmuş deri ile temas söz konusu ise mutlaka eldiven giyilmelidir.
- Personelin tırnakları kısa kesilmiş olmalıdır.
- Yenidoğana yapılacak girişimlerde aseptik şartlara dikkat edilmelidir.
- Hastane ortamının günlük temizliği ve gerekiyorsa dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
- Yenidoğan için kullanılan hastane ekipmanın (küvöz, ventilatör, tartı, pompa, nebulizatör ve nemlendiriciler vb.), steteskop, tansiyon aleti, termometre, glukometre gibi araçların uygun solüsyonlarla temizlenmesi, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu sağlanmalıdır.
- Bebekler arasında araç ve sarf malzemeleri paylaşılmamalıdır.
- Tek kullanımlık malzemeler tekrar kullanılmamalıdır.
- İnfüzyon setlerinin değiştirilme tarihleri kayıt altına alınmalıdır. İnfüzyon için kullanılan mayi türüne göre belirli aralıklarla (kan, kan ürünleri ve lipit emülsiyonları 24 saatte, sadece dekstroz ve amino asit içeren solüsyonlar 72-96 saat vb.) değiştirilmelidir.
- Cilt bütünlüğünün korunması ve gerekli bakımın yapılmasına özen gösterilmelidir.
- Erken enteral beslenme ve anne sütü alımı desteklenmelidir.
- Gerekli hastalar için izolasyon önlemleri uygulanmalı ve izolasyon gerektiren farklı bir durumla karşılaşılırsa Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi haberdar edilmelidir.
- Belirli ziyaret kuralları olmalı ve bu kurallara uyulmalıdır.
- Personele düzenli eğitimler verilmelidir.
- YDYBÜ ortamının standardına göre hemşire sayısı belirlenmelidir

(Gedik 2008, Hastane hizmet kalite standart rehberi 2011).

Ekipman kullanımına bağlı hatalar

Sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda hastaya uygulanacak tanı ve tedavi prosedürlerinde kullanılan malzemenin uygun kullanılmaması ya da yanlış malzeme kullanılması hastanın güvenliğini tehdit ederek, enfeksiyonlara ve yaralanmalara sebep olabilmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000). Yoğun bakım ünitelerinin değişik hasta özelliklerine göre yapılandırılması sonucunda kullanılan araç ve gereçler açısından da büyük farklılıkları vardır ve bu özelliklerle birlikte işleyiş biçimi nedeniyle hastanenin diğer ünitelerden ayrıcalık göstermektedir (Donchin ve ark 2003, Pronovost ve ark 2005). Günümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmeler, yoğun bakım ünitelerinde izlenen, özellikle küçük prematüre ve 2000 gr' ın altında olan bebeklerin yaşam olasılıklarını artırmıştır. Ancak teknolojinin devreye girmesi hataların tespit edilmesini ve giderilmesini güçleştirmektedir (Yıldırım 2008, Dündar ve ark 2011).

Ekipman kullanımına bağlı hataların başlıca nedenleri; hatalı veya kusurlu cihazların kullanımı, tıbbi cihazların hatalı kullanımı, kullanıcı eğitiminin yetersiz olması, tıbbi cihaz seçiminin ve bakım/ kalibrasyonlarının yetersiz olması, yeni teknolojilerin kullanımında tecrübe ve bilgi eksikliği olarak sayılabilir. Bu nedenlerden birinin veya birkaçının hastane tarafından ihmali tıbbi hatalara yol açmaktadır. Tıbbi cihaz hatalarının büyük bir çoğunluğu, hatalı tasarım ve üretimden ziyade, cihazın hatalı veya yanlış kullanımından kaynaklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kullanılan tıbbi ekipmanın %50'sinin kullanılamaz ya da kısmen kullanılabilecek durumda olduğu, araç gereç eksikliğinin yanında araçları kullanma becerisinin de yetersiz olduğu, bunlara bağlı olarak tanı, tedavi ve bakım girişimlerinin uygun bir şekilde yapılmadığı ve bu durumun standartların altında ya da zarar verici uygulamalara neden olarak hasta güvenliğini tehlikeye attığı belirtilmektedir. Bu nedenle bireye hizmet sunulmadan önce kullanılacak araç gereçlerin çalışır durumda olması yönünden kontrol edilmesi ve bu araç gereçlerin uzman, deneyimli kişiler tarafından kullanılması gerekir (WHO 2012d, Ülgen 2009).

Tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan EKG, defibrilatör, mekanik ventilatör gibi hayati açıdan önemli cihazların emniyetleri sağlanmalıdır. Alet ve cihazların bozuk olması, yanlış kullanımı sonucu yanıklar, yüksek radyasyona maruz kalma, resusitasyon komplikasyonları, asepsiye uyulmaması sonucu hastane enfeksiyonları gibi hasta güvenliğini tehdit etmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000, Göktaş 2007).

Etkili bir hemşirelik bakımı sağlanabilmesi için ünitede yeterli kullanım alanı, tesisler ve bakım sağlamada kullanılacak yeterli ve kaliteli ekipman ve malzeme bulunmalıdır. Hastaların tanı ve tedavi işlemlerine hazırlanmasında gerekli alet ve cihazların kontrolünün yapılması, sterilizasyon önlemlerinin alınması, malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrolü, ortamın ısı, nem seviyesinin sağlanması, uygun ebatta malzemeler seçilmesi hemşirenin sorumlu olduğu alanlardır (Göktaş 2007). Kullanılacak cihazların çalışır vaziyette olması, sterilizasyon ve dezenfeksiyonunun yapılmış olması ve sürekli kontrol edilmeleri gerekir. Uygulama amacına göre, tedavi ve bakımda yararlanılacak araç-gereçler temiz veya steril olmalı, özellikle tek kullanımlık steril enjektör, katater ve benzeri alet paketleri kullanılmadan önce delinme, yırtılma, nem, kullanım tarihleri açısından kontrol edilmeli ve kullanım sırasında açılmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000). Ayrıca bütün tıbbi cihazların periyodik bakım, onarım ve kalibrasyonları yetkili firma tarafından yapılmalıdır (Ülgen 2009).

Kuruma yeni bir malzeme alınmış veya bir değişiklik yapılmış ise; bu malzemeyi kullanacak olan sağlık ekibi üyesinin ya da hemşirenin bu yeni duruma uyum sağlaması için eğitim alması gerekir. Sağlık bakımı verirken kullanılacak malzemenin güvenliği hakkında herhangi bir şüphe olduğunda, bu malzemeler kullanılmamalıdır. Ayrıca malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunmalı ve bu yönden belli zaman aralıkları ile kontrol edilmelidir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Düşmeler

Düşme, bir hastanın oturur - yatar - ayakta durur pozisyondan, istemeden, amaçsızca, zeminde bulunma durumuna geçişi olarak tarif edilir (Tansüyer 2010). Hastanede yatmakta olan hastaların, düşme sonucunda yaralanması hemşirelerin çok sık karşılaştıkları bir problemdir. Pek çok hastanede düşmelerin ve buna bağlı yaralanmaların önlenmesi amaçlanmıştır. Düşmeler yüksek riskte sorunlara neden olabilmektedir. Hastane kaynaklı düşmelerin %30'u ciddi yaralanmalarla sonuçlanmaktadır. Düşmelerin çoğu önlenebilir ve tahmin edilebilir risklerden kaynaklanmaktadır. Sadece kardiyak aritmiler ve konvülsif nöbetler gibi ani gelişen olaylarda düşmeler önlenememektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000, Hendrich 2006).

Çocuklar gelişimsel özellikleri nedeniyle kazalarla karşılaşma açısından en önemli gruptur. Bunun nedeni; nöromotor, fiziksel, duyusal, bilişsel ve psikososyal açıdan gelişimlerinin devam ediyor olmasıdır. Motor sisteminin iyi çalışmaması, dengesinin çabuk bozulması, reaksiyonlarındaki yavaşlık, görme alanının dar olması, sesleri lokalize etme yeteneklerinin gelişmemiş olması, iki uyarıyı aynı anda algılayamamaları, devamlı hareket halinde olmaları, büyüklerini taklit etmek istemeleri, araştırma ve öğrenme konularındaki merakları çocukların kazalarla karşılaşmalarına neden olur (İnanç 2004, Demir ve ark 2011).

Hasta düşmelerini azaltmak için çevresel ve kişisel riskleri tanımlamak gerekir. Düşmeye neden olan risk faktörleri kişinin yaş grubuna göre farklılık göstermektedir. Örneğin; düşme vakalarının çoğu yetişkin hastalarda fizyolojik nedenlere bağlı iken; pediatri ünitelerinde 10 yaş altı yaş grubunda ise daha çok çevresel nedenlere (parmaklıkların kaldırılmamış olması, refakatsiz bırakılması, ıslak zemin, yetersiz aydınlatma, yerde sabit olmayan objeler vb.) bağlı olarak meydana gelmektedir (Hendrich 2006). Düşme ile ilgili yapılan başka bir çalışmada, altı ay boyunca izlenen 578 düşme olayında, 382'sinin raporlandığı ve bunların %52'sinin birden fazla düşme olduğu saptanmıştır. Bir kez düşme vakalarının çoğunlukla yataktan ve hastaneden taburcu olma esnasında meydana geldiği; birden fazla düşme

vakalarının ise sedasyon sonrası, düşmeyi engelleyecek koruyucular kullanılmaması, uzun süre hastanede yatma gibi nedenlerle olduğu belirlenmiştir (Gablear 1993).

Düşmelerin büyük çoğunluğu çocuklarda kafa travması gibi ciddi travma ve yaralanmalarla sonuçlanmaktadır. Yenidoğan bebeklerde düşme sonucu yaralanmaların büyük çoğunluğu hastane dışında gerçekleşirken çok azı hastanede gerçekleşmektedir. Birleşmiş Milletlerde her yıl 600-700 bebek düşme vakası meydana gelmektedir. Bu düşme vakalarının ‰1,6'sı hastane ortamında gerçekleşmektedir (Monson ve ark 2008).

Düşmeler hastane hizmetlerinin maliyetini arttırmasının yanı sıra, kaliteyi etkileyen bir faktör olarak da görülmektedir. Bazı araştırmalarda tekrarlanan düşmelere dikkat çekilmiştir (Gablear 1993). Geriye dönük olarak yapılan incelemelerde, düşen hastaların %26'sının tekrar düştüğü ve bunlarında %9'unun tekrar ikiden fazla düştüğü bulunmuştur. Farklı hastanelerde yapılan çalışmalarda, hastaların hastanede kaldıkları süre içinde düşme oranlarının %2-15 arasında olduğu ve kalış günü 12 gün ve daha uzun süre olan hastalarda oluşan düşmelerin hastane maliyetini önemli ölçüde arttırdığı belirtilmektedir. Hemşire sayısı ve niteliğinin de düşmeler için olası risk faktörleri arasında olduğu belirtilmektedir. Birim organizasyonu, hemşirelik süreçleri ve güvenlik prosedürleri uygulamanın hasta düşmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Tutuarima ve ark 1993, Hill ve ark 2005). Düşmeye neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgilerin, hemşirelik uygulamalarıyla birleştirilmesi başarılı sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (Quigley ve ark 2007).

Düşmeyi önlemek için şu girişimler yapılmalıdır (Morse 2002, Beyea 2005, Çakır 2007):

- Düşme riski olan hastalar belirlenmeli,
- Düşme önleme tedbirleri alınmalı,
- Düşmeleri önlemek için uyarıcı materyaller kullanılmalı,

- Ekipman güvenliğine dikkat edilmeli,
- Serviste fiziksel ortamın düzeltilmesi sağlanmalı (elektrik kablolarını ve gereksiz malzemeleri uzaklaştırma, yeterli aydınlatmanın sağlanması vb.),
- Konfüze hastaların hemşire deskinin yakınına alınmalı,
- Hastanın yanında bir refakatçinin bulunmalı,
- Hastaya uygun pozisyon verilmeli,
- Düşme vakalarıyla karşılaşıldığında rapor edilmeli,
- Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi verilmelidir.

İletişim hataları

İletişim "Bilgi alışverişi bilgi üretme ve anlamlandırma sürecidir". İletişimin önemi hemşirelik ve hekimlik mesleğinde insan ilişkisi içinde sürdürülen uygulama alanı olması ve hastalık nedeniyle başkalarına bağımlılık durumunun yaşanması nedeniyle artar. Hemşirelik bakım sürecinin etkinliği, hemşirenin diğer bireylerle etkin iletişim kurma yeteneğine bağlıdır. Hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu olan hemşire ve hekimlere, hasta ile etkili iletişimin kurulmasında ve iletişim için uygun çevrenin oluşturulmasında önemli sorumluluklar düşmektedir (Babadağlı ve ark 2006).

Hastaya sunulan sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Hastanelerde sağlık bakımı veren, denetleyen, koordine eden ve günde 24 saat aralıksız bakım sağlayan hemşireler, hasta güvenliği sağlama çalışmaları için ideal meslek üyeleridir. Kanadalı Hemşireler Birliği (CNA) hataları azaltmada ve hasta güvenliğini geliştirme çabalarında; devlet, işverenler, diğer meslek üyeleri ve hemşirelerin işbirlikçi yaklaşım içinde bulunmalarını tavsiye etmektedir (Kanadalı Hemşireler Birliği – CNA 2012).

İletişim, sağlık kuruluşlarındaki hizmetin seyrini ve kalitesini etkileyen önemli faktörlerden olmakla birlikte, hasta güvenliğini olumlu ya da olumsuz yönde

etkilediği alanlardır. Bhasale ve ark (1998), hasta güvenliğini etkileyen 805 olay bildirimini incelemişler ve bu olayların %23'ünün sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişim eksikliğinden, %19'unun ise sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliğinden ortaya çıktığını saptanmıştır. Sağlık bakımı alanında yapılan çalışmalarda, iş deneyimi, haberleşme ve organizasyonunun hasta güvenliğinde kilit faktörlerden olduğu, tıbbi hataların ağır iş yükü, yetersiz deneyim ve zayıf yargı gücü nedeniyle ortaya çıktığı ve iletişim becerisi kazanılıp ekipte sorumlulukların paylaşılmasıyla hataların önlenebileceği belirtilmektedir (Alfredsdottir ve Bjornsdottir 2007, Özata ve Aslan 2010).

Sağlık ekibi içinde iletişim değişik yollarla sağlanır. İletişim elektronik, sözlü ya da yazılı olabilmektedir. Hataya en çok yol açabilen iletişim sözel olarak verilen istemler ve telefonla bildirilen hasta istemlerinden kaynaklanmaktadır. Sözel hekim istemleri ya da test sonuçlarının iletilmesi sırasında, farklı telaffuz, aksan, gürültü, müzik, telefon cihazının sesleri değiştirmesi, maske kullanılması, farklı terminoloji kullanılması, net olmayan konuşma, yorgunluk gibi nedenlerle oluşabilecek hatalara karşı dikkatli olunmalıdır. Sözlü/telefon isteminin alınması durumunda ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilmelidir. Hekim istemleri ve hasta kayıtları okunaklı yazılmalıdır. Kısaltmalar kullanılmamalı, bunun yerine açık olarak yazılmalıdır. Ayrıca en fazla hata yapılan alanlardan biri olan hasta devirleri sırasında, hataları en aza indirgemek için hastanın kimlik, protokol numarası, doğum tarihi, hekim adı, hastanın tanısı ve son durumu, yapılan son işlemler, durum ve tedavi değişiklikleri ile durumda ve tedavide beklenen değişiklikler belirtilmeli ve hasta bilgileri mutlaka yazılı olmalıdır. Hastanın bakımı ile ilgili bilgiler, hastayla beraber nakledilmelidir (Çakır 2007, Ovalı 2010, Özata ve Aslan 2010, Aladağ 2012).

Hastalar ve hasta yakınları hasta güvenliğini sağlamada merkezi bir role sahip oldukları için, sorunların belirlenmesinde hastaların ve yakınlarının devreye girmesi, hataların ortadan kaldırılmasında büyük yarar sağlamaktadır (Özata ve Arslan 2010). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık

çalışanlarının, hastanede bebeği yatan anne ve babaların gereksinimlerini bilmeleri, uygun ortam ve desteği sağlamaları önemlidir (Çalışır ve ark 2008).

Yenidoğan yoğun bakım kliniklerinde kaygı oluşturan etmenler oldukça çeşitlidir. Bebeğin hassas vücut yapısı, bebeğinin yanında bulunmayan annenin annelik rolünü yerine getiremediğini düşünmesi, hastane personeli ile yeterli iletişim kurulamaması ve yoğun bakım araçları ve rutinlerinin anlaşılamaması gibi faktörler ebeveynin stresine katkıda bulunur (Fowlie and McHaffie 2004).

Hemşirelik uygulamasında aile merkezli bakım oldukça önemlidir. YYBÜ çalışan hemşireler sıklıkla; annelerin bebeklerine zarar verecekleri endişesiyle dokunmaktan, kucaklamaktan, bakım vermekten korkmaları ve başarılı emzirme gerçekleştirememeleri gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bebek ile diğer ekip üyelerine oranla daha çok bir arada bulunan yenidoğan hemşirelerinin annenin bebeğe yaklaşımında önemli görevler alması kaçınılmazdır. Hemşirenin en önemli görevi; annenin bebek ile ilgili gereksinimlerini belirleyerek, annenin bebeğinin bakımında yeterli duruma gelinceye kadar ona destek vermeye çalışmaktır (İşler 2007).

Hemşire; ebeveynlere bebeğin durumu hakkında açıklama yapmalı, sorularını cevaplamalı, emosyonel destek sağlamalı, bebeği ile konuşması ve dokunmasını desteklemelidir. Kullanılan tıbbi tedavi ve uygulamaları tıbbi terimlerden kaçınarak ailenin anlayacağı şekilde açıklamalıdır. Ayrıca hemşire, bebeğin tepkilerini anlamada ebeveynlere yardım etmek, korku ve beklentilerini ifade etmelerini sağlamak, onları aktif bir şekilde dinlemek, sorulara dürüstçe cevap vermelidir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve bebeğin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağını belirten bir broşür hazırlanıp, ailelere dağıtılmalıdır (Fowlie and McHaffie 2004, Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi 2009).

1.3.Hasta Güvenliğinde Yenidoğan Hemşiresinin Rolü

Hasta güvenliği tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır (Tütüncü ve ark 2007). Yenidoğan bakım ünitelerinde takım çalışmasının olmayışı önemli bir çıkmazdır. Hemşirelerin klinik kararlara çok fazla dahil olmaları istenilmemektedir. Bunların sonucu olarak, yenidoğan güvenliğinde hemşirelerin tedavi engeli, hemşirelerin bakımda söz sahibi olmayışı hasta güveliği sorunlarını tetiklemektedir. Hemşirelerin güçlendirilmesi ile ilgili sorunları aşmak için birçok çaba harcanmakta ve bu mücadelelerin ilerlemesi ve olumlu bir çözüm geleceği ile ilgili umut vermektedir (Kenner ve Hirani 2008).

Çalışmalarda hemşirelerin uygulamalarında karşılaştıkları tıbbi hataların alanları geniş kapsamlı olmakla birlikte hemşirelerin karşılaştıkları hataların nedenleri arasında eğitim eksikliği önemli bir faktör olarak belirtilmektedir. Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komitesi (JCAHO) son raporunda hemşire eğitim programlarını güçlendirmeyi amaçlamıştır (JCAHO 2012). Chang ve Mark (2009) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi ile ilaç hataları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu ve hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ilaç hatalarının azaldığını saptamıştır. Bir başka çalışmada meslekte çalışma süreleri 10 yıl ve daha fazla olan sağlık çalışanlarının daha az hata yaptıkları saptanmıştır (Parshuram ve ark 2008). Başbakkal ve ark (2009) pediatri kliniklerinde yaptığı çalışmaya göre; hemşirelerin hasta güvenliği kontrollerinden %36'sının ilaç uygulamalarında "8 Doğru" ilkesini uygulama, %30'u yatak kenarlıklarını, %24'ünün doktor istemlerini, %16'sının tedavi kartlarını, %10'nun hastaya uygulanan girişim materyallerini, %10'unun cihaz, malzeme kontrolünü ve hasta oda düzenini, %2'si ise hasta ve aile eğitimini yaptıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %92'si, en önemli tıbbi hata sebebini "hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması" olarak belirtirken, %86'sı "uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres" olarak belirtilmiştir.

Yenidoğan hemşiresinin; hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi, bakım faaliyetlerini hastanede yatış süresi boyunca yürütmedeki etkinlikleri açısından ayrı bir önemi bulunmaktadır. YYBÜ'lerinde çalışan hemşireler yoğun bakım ekibinin özel eğitimli ve deneyimli üyeleridir. Bebekle diğer ekip üyelerine oranla daha çok bir arada bulunan hemşireler; çocukları seven, çocuklarla, aileleriyle ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişimi iyi olan, deneyimli, bilgili, becerikli, bağımsız fonsiyonlarının farkında olan ve uygulayan, yenidoğan yoğun bakım ünitesinin karmaşık ve stresli ortamına uyum sağlayabilecek özelliklere sahip, sorunları akılcı ve pratik yöntemlerle çözebilen, alanı ile ilgili yenilikleri takip eden ve araştıran, değişikliğe açık, girişimci ve gözlem yeteneği iyi olan kişiler olmalıdır. Ayrıca; hemşirelerin hataların önlenmesi konusunda çeşitli eğitimlerle kendini geliştirmesi hasta bakım kalitesini ve güvenliğini arttırmaktadır. Yenidoğan hemşiresi fetal büyüme ve gelişme, extrauterin yaşama uyum, sistem hastalıkları, yenidoğanın acil bakımı, resusitasyon, riskli yenidoğan ve bakımı, ventilatördeki yenidoğanın bakımı, fototerapi gereksinimi olan yenidoğanın bakımı, solunum fizyoterapisi, aspirasyon, trakeostomi ve göğüs tüpü bakımı, infüzyon, transfüzyon, yenidoğan transportu, kullanılan araç ve gereçlerin dezenfeksiyon veya sterilizasyonu, enfeksiyonun önlenmesi, anne bebek ilişkisi, aile merkezli bakım, yenidoğanın kaybı vb. konularda bilgili olmalı ve gerekli eğitimleri almalıdır (Yıldız 2008b).

Yoğun bakım ünitelerinde meydana gelen tıbbi hatalar ciddi olabilmekle birlikte önlenebilir niteliktedir. Ülkemizde yenidoğan hemşireliği deneyimli hemşirelerin yerlerinin değiştirilmesi, görevleri dışında pek çok işle ilgilenmeleri, yoğun tempo ile çalışmalarına rağmen ücret farklarının veya ödüllendirme sisteminin olmaması, hemşireye düşen hasta sayısının fazla olması vb. sorunlar nedeniyle istenilen düzeyde değildir. Hemşirenin sorumluluğu, hizmet sundukları ortamlarda, hastaya uygulanacak işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önlemek veya en aza indirmek, olası tehlikelerden hastalarını korumaktır. Hemşirelerin bu sorumluluklarını yerine getirebilmesi için hasta güvenliğini etkileyen çok boyutlu etmenlere karşı dikkatli olmaları, hastalarını kapsamlı şekilde değerlendirmeleri ve

bireysel bakım uygulamalarında hasta güvenliğini koruma ve geliştirmeye özen göstermeleri gerekmektedir (Eşer ve ark 2007, Yıldız 2008b, Türkmen ve Uslu 2011).

Yenidoğanda hasta güvenliği, kaliteli sağlık ve hemşirelik bakımında temel unsurlarından biridir. ICN, hasta güvenliğinin arttırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır (ICN 2006).

Ülkemizde son yıllarda hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla; enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, renkli kod uygulamaları, güvenlik raporlama sistemi, sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi ve komitelerin kurulması ile ilgili olarak çalışmalar yapılmaktadır. Fakat Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) , tez tarama ve sağlık bakanlığı, resmi gazete, arama motorları aracılıyla yapılan taramalarda ülkemizde pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin sadece bir araştırmanın (Başbakkal ark 2009) olduğu ve enfeksiyon, ilaç, transfüzyon, organizasyon gibi konularda da sınırlı sayıda derlemenin yapıldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte; ülkemizde YYBÜ' de hasta güvenliği konusunda araştırmaya ulaşılamamıştır. Hasta güvenliği konusunda hemşirelerin bilinçlenebilmesi için çok sayıda araştırma yapılması gerektiği ve yapılan araştırmanın da YYBÜ'deki hasta güvenliği konusunda eksikliklerin ve hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi ve bu eksikliklerin giderilmesi katkıda bulunacağı, hemşirelerin hasta güvenliğini arttırma çalışmalarına katılımlarını teşvik edeceği düşünülmektedir

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Nisan-Mayıs 2012 tarihleri arasında, Konya ili kent merkezinde yer alan ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi bulunan; Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Beyhekim Devlet Hastanesi, Özel Konya Farabi Hastanesinde yapıldı.

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi YYBÜ'nde iki açık yatak, 17 küvöz, üç kot, iki fototerapi yatağı ve beş ventilatör cihazı bulunmaktır. Ünitede 22 hemşire, bir neonatolog, iki çocuk uzmanı, iki asistan doktor çalışmaktadır. YYBÜ'ndeki hemşireler iki vardiya şeklinde iki-üç kişilik gruplar halinde çalışmaktadırlar. Ünite üçüncü basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi YYBÜ yoğun bakım ve servis olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Ünitenin yoğun bakım bölümünde bir açık yatak, bir kot, yedi küvöz, beş ventilatör; servis bölümünde ise dört küvöz, altı kot bulunmaktadır. YYBÜ'nde altı hemşire, bir neonatolog, bir çocuk uzmanı, iki asistan doktor çalışmaktadır. YYBÜ'ndeki hemşireler iki vardiya şeklinde bir-iki kişilik gruplar halinde çalışmaktadırlar. Ünite üçüncü basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi YYBÜ'nde bir açık yatak, 16 küvöz, altı ventilatör bulunmaktadır. YYBÜ'nde bir çocuk uzmanı, üç asistan doktor ve 28 hemşire çalışmaktadır. YYBÜ'ndeki hemşireler iki vardiya şeklinde gecede dört, gündüzde beş/altı kişilik gruplar halinde çalışmaktadırlar. Ünite üçüncü basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Bölgenin en büyük yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi YYBÜ'nde 32 tane küvöz ve yedi ventilatör bulunmaktadır. YYBÜ'nde 12 çocuk uzmanı, dört çocuk cerrahı ve 30 hemşire çalışmaktadır. YYBÜ'ndeki hemşireler iki vardiya şeklinde sekiz kişilik gruplar halinde çalışmaktadırlar. Ünite üçüncü basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Konya Beyhekim Devlet Hastanesi YYBÜ'nde bir açık yatak, beş kuvöz ve iki kot, iki ventilatör bulunmaktadır. YYBÜ'nde bir çocuk uzmanı ve 10 hemşire çalışmaktadır. YYBÜ'ndeki hemşireler iki vardiya şeklinde iki kişilik gruplar halinde çalışmaktadırlar. Ünite ikinci basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Özel Konya Farabi Hastanesinde yedi küvöz, bir açık yatak ve iki ventilatör bulunmaktadır. YYBÜ'nde bir uzman ve beş hemşire görev yapmaktadır. YYBÜ'ndeki hemşireler iki vardiya şeklinde iki kişilik gruplar halinde çalışmaktadırlar. Ünite ikinci basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Yukarıda adı geçen hastanelerde; enfeksiyon kotrol komitesi, transfüzyon komitesi, sterilizasyon ve dezenfeksiyon komitesi, temizlik komitesi, eğitim komitesi, tesis güvenliği komitesi, radyasyon güvenliği komitesi, beyin ölümü komitesi vb. komitelerde çalışmalar yapılırken 6 Nisan 2011'de 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğin resmi gazetede yayımlanmasının ardından sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği komiteleri kurulmaya başlanmıştır. Fakat araştırmanın yapıldığı sağlık kurumlarında hasta ve

çalışan güvenliği komiteleri yeni kurulmaları nedeniyle henüz aktif bir şekilde faaliyet gösterememektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Nisan-Mayıs 2012 tarihleri arasında Konya ili kent merkezinde yer alan ve YYBÜ bulunan hastanelerde çalışan yenidoğan hemşireleri oluşturmuştur. Araştırmada, evrende yer alan hemşire sayısının sınırlı sayıda olması nedeniyle örneklem seçimine gidilmeksizin evrende yer alan 101 hemşirenin araştırma örneklemini oluşturması planlanmıştır fakat; doğum izni, rapor vb. özel nedenlerden dolayı hemşirelerin tamamına ulaşılamamış, 96 hemşire araştırmaya dahil edilmiştir. Dolayısıyla araştırmaya hemşirelerin %95'i katılmıştır.

2.4.Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin uygulamalarına ilişkin öz bildirimlerine dayalı olması nedeniyle araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmada, literatür ışığında (Oğuz 2007, Sezgin 2007, Dağoğlu 2008, Yıldırım 2008, Resmi Gazete 2009, Savaşer 2009, T.C.Sağlık Bakanlığı 2009, Yetginlioğlu 2009, Özata 2010, T.C.Sağlık Bakanlığı 2010, T.C.Sağlık Bakanlığı 2011, Yıldırım 2011) araştırmacı tarafından hazırlanan iki bölümden oluşan ‘‘Yenidoğan Hasta Güvenliği Anket Formu’’ kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde, hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri, hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve görüşlerini değerlendiren 16 sorudan oluşan “Hemşirelere Ait Bilgiler”, ikinci bölümünde ise yenidoğan hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik girişimlerini belirleyen, yedi alan ve 92 sorudan oluşan “Hasta Güvenliği Uygulama Alanlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri” yer almıştır.

2.5.1. Yenidoğan Hasta Güvenliği Anket Formu

Birinci Bölüm; Hemşirelere Ait Bilgiler

Anket formunun hemşirelere ait bilgiler bölümü; toplamda 16 sorudan oluşmakta; hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikler ile ilgili 11 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışılan kurum, yenidoğandaki ve toplam görev süresi, çalışılan vardiya, ortalama bakılan hasta sayısı, çalışma saatlerinde meşgul olunan işler) ve hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşlerini değerlendiren beş soru (hasta güvenliği kavramını bilme durumu, hasta güvenliği kavramı yeterlilik düzeyi, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, çalışılan birimde hasta güvenliği konusunda eğitim yapılma durumu, hasta güvenliğine önem verme düzeyi) yer almaktadır.

İkinci Bölüm; Hasta Güvenliği Uygulama Alanlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Anket formunun hasta güvenliği uygulama alanlarına yönelik hemşirelik girişimleri bölümü; yedi başlıktan ve 92 maddeden oluşmaktadır. Bu yedi başlık içerisinde; ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişimler (20 madde), kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimler (9 madde), bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimler (20 madde), hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimler (16 madde), ekipman kullanımına bağlı hataları önlemeye yönelik girişimler (11 madde), düşmeleri önlemeye yönelik girişimler (6 madde) ve iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimler (10 madde) bulunmaktadır. Bu girişimlere hemşirelerin “Uyguluyorum”, “Ara sıra Uyguluyorum” ve “Uygulamıyorum” şeklinde cevaplar vermesi istenmiştir.

Araştırma öncesi “Hasta Güvenliği Uygulama Alanlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri” (Ek A) yenidoğan alanında bilgiye sahip sekiz uzmana gönderilmiş ve görüşleri alınmıştır. Uzmanlardan anket sorularını değerlendirmesi ve "Kesinlikle

Uygun" (1), "Uygun (Madde ve ifade için ufak değişiklikler gerekli)" (2), "Biraz Uygun (Maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli)" (3), "Uygun Değil" (4) seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Uzman görüşlerinden alınan cevaplar bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Uzmanların görüşlerinin birbiri ile uyumluluğunu değerlendirmek amacıyla Kendall W analizi yapılmıştır. Sekiz uzmanın puanları arasında istatistiksel olarak farkın olmadığı (Kendall W=0,00, p=0.67) saptanarak, uzman puanlarının uyumlu olduğu görülmüştür. Uzmanlar tarafından tutarlılık göstermeyen ve veri toplama formunu etkilemeyen anket soruları çıkarılarak anket formu tekrar düzenlenmiştir.

2. 6. Ön Uygulama

Araştırma öncesi veri toplama formları Karaman ilinde yenidoğan yoğun bakımda çalışan beş hemşireye yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulanmış ve bu veriler araştırma kapsamına alınmamıştır. Alınan uzman görüşleri ve ön uygulama sonucunda anket formunda anlaşılamayan ifadeler düzeltildikten sonra veriler toplanmaya başlanmıştır.

2. 7. Verilerin Toplanması

Veriler kurum ve etik izin alındıktan sonra araştırmacı tarafından Nisan-Mayıs 2012 tarihleri arasında YYBÜ'de çalışan hemşirelere anket formunun verilerek belirli bir süre sonra alınması ve yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada YYBÜ'lerinin girişlerinde sensörlü kapıların olması ve Konya'daki bazı YYBÜ'lerinin yer değişikliği ve tadilat çalışmaları nedeniyle hemşirelere ulaşmakta güçlük çekilmiştir.

2. 8. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Araştırmaya katılan yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan kurum, toplam görev süresi, YYBÜ'nde görev süresi, çalışılan vardiya, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı, çalışma saatinde en çok yapılan iş), hasta güvenliği ile ilgili bilgi düzeyleri, ilaç hataları, kimlik hataları, bakım uygulama hataları, hastane enfeksiyonları, ekipman kullanımına bağlı hatalar, düşmeler ve iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama düzeyleri ile ilgili bilgiler sayı ve yüzdelik olarak analiz edilmiştir. Araştırmada hasta güvenliği hata alanlarındaki soru sayılarının farklı olduğu için yorumlama kolaylığı yönünden veriler 0-100 puan aralığında puanlanarak kullanılmıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği hata alanlarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları "Uyguluyorum" (3 Puan), "Ara sıra uyguluyorum" (2 Puan) ve "Uygulamıyorum" (1 Puan) şeklinde puanlanarak toplandıktan sonra toplam ham puan elde edilmiştir. Puan hesaplama [(Bireyin aldığı toplam puan/soru sayısı)-1x50] şeklinde yapılmıştır. Örneğin; ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişim toplam ham puanı 60 olan bir katılımcının puanı; [(60/20)-1x50 = 100] olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin mesleki özelliklerinden eğitim durumu, toplam görev süresi, YYBÜ'nde görev süresi, çalışılan vardiya, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı ile katılımcıların hasta güvenliği konusundaki görüşleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde kruskall wallis, man witney-u ve independent t testleri kullanılmıştır.

2. 9. Araştırma Soruları

1. Yenidoğan hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin görüşü nedir?
2. Yenidoğan hemşirelerinin ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumu nedir?

3.Yenidoğan hemşirelerinin kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumu nedir?

4.Yenidoğan hemşirelerinin bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumu nedir?

5.Yenidoğan hemşirelerinin hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumu nedir?

6.Yenidoğan hemşirelerinin ekipman kullanımına bağlı hataları önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumu nedir?

7.Yenidoğan hemşirelerinin düşmeleri önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumu nedir?

8.Yenidoğan hemşirelerinin iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumu nedir?

9. Yenidoğan hemşirelerinin hasta güvenliği hata alanlarını önlemeye yönelik girişim puanları ve etkileyen faktörler nelerdir?

2. 10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik izni için Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi etik kurulundan izin alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için, Konya ili kent merkezinde yer alan ilgili hastanelerin Başhekimliği'nden yazılı izinler alınmıştır. Araştırma süresince, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerle görüşülerek, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında açıklama yapılarak, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel olurları alınmıştır (Ek B).

3.BULGULAR

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamalarını belirlemek amacıyla planlanan bu araştırmada elde edilen bulgular üç başlık altında incelenmiştir.

1. YYBÜ hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular
2. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili görüşlerine ilişkin bulgular
3. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği uygulama alanlarına yönelik girişimleri ve puanlarına ilişkin bulgular

3.1. YYBÜ hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri

Araştırmaya katılan 96 hemşireye ait sosyo-demografik ve mesleki bulgular Çizelge 3. 1.'de yer almaktadır. Çizelge 3. 1.'e göre YYBÜ hemşirelerinin yaş grupları incelendiğinde, yaş ortalamalarının 27,87 ± 5,35 ve %20,8'inin (n=20) 18-23 yaş grubunda, %41,7'sinin (n=40) 24-29 yaş grubunda,%37,5'inin (n=36) 30 ve üzeri yaş grubunda olduğu bulundu. YYBÜ hemşirelerinin %97,9'unun (n=94) kadın, %2,1'inin (n=2) erkek olduğu, %58,3'ünün (n=56) evli, %41,7'sinin (n=40) bekâr olduğu ve %52,1'inin (n=50) çocuk sahibi olmadığı, %26,1'inin (n=25) bir çocuğa sahip olduğu, 16,7'sinin (n=16) iki çocuğa sahip olduğu, %5,2'sinin (n=5) üç ve üzeri çocuk sahibi olduğu görüldü. Eğitim durumları incelendiğinde; hemşirelerin %17,7'sinin (n=17) sağlık meslek lisesi, %27,1'inin (n=26) ön lisans, %55,2'sinin (n=53) lisans eğitim düzeyinde olduğu bulundu. Araştırmaya katılan hemşirelerin %28,1'i (n=27) üniversite hastanesinde, %66,7'si (n=64) devlet hastanesinde, %5,2'si (n=5) özel sağlık kurumunda çalışmakta idi. Hemşirelerin çalışma yılı incelendiğinde, ortalama çalışma yılının 6,73 ± 5,55, %5,2'sinin (n=5) bir yıldan daha az, %44,8'inin (n=43) 1-5 yıl, %26,0'sının (n=25) 6-10 yıl, %24,0 'ünün (n=23)

10 yıldan fazla çalıştığı ve bu çalışma süresinin %12,5'i (n=12) bir yıldan daha az, %61,5'i (n=59) 1-5 yıl, %15,6'sı (n=15) 6-10 yıl, %10,4 'ü (n=10) 10 yıldan fazla süre YYBÜ'sinde ve ortalama 4,02 ± 4,34 olduğu belirlendi. Çalışılan vardiya türüne bakıldığında ise; %19,8'inin (n=19) gündüz, %21,9'unun (n=21) gece, %58,3'ünün (n=56) gece-gündüz karma şeklinde çalıştığı bulundu. YYBÜ hemşirelerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı incelendiğinde; ortalama 6,58 ± 2,41 ve %53,1'inin (n=51) 3-6 hastaya, %46,9'unun (n=45) 7 ve üzeri hastaya bakım verdikleri bulundu. Hemşirelere çalışma saatini en çok hangi işle geçirdikleri sorulduğunda; %12,5'i (n=12) tanı ve tedavi işlemleri, %40,6'sı (n=39) hemşirelik bakımı, %13,5'i (n=13) tıbbi sekreterlik ve %33,3'ü (n=32) bu işlerin hepsini yaptıkları cevabını verdi

.

Çizelge 3. 1. YYBÜ Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Ve Mesleki Özellikleri.

Özellikler	**Sayı**	**%**
Yaş grupları (Yaş ortalaması = 27,87 ± 5,35)		
18-23	20	20,8
24-29	40	41,7
30 ve üzeri	36	37,5
Cinsiyet		
Kadın	94	97,9
Erkek	2	2,1
Medeni durum		
Evli	56	58,3
Bekâr	40	41,7
Çocuk sayısı		
Çocuğum yok	50	52,1
1 çocuk	25	26,0
2 ve üzeri	21	21,9
Eğitim durumu		
Lise	17	17,7
Ön lisans	26	27,1
Lisans	53	55,2
Çalışılan kurum		
Üniversite hastanesi	27	28,1
Devlet hastanesi	64	66,7
Özel sağlık kurumu	5	5,2
Çalışma yılı (Ortalama= 6,73 ± 5,55)		
Bir yıldan daha az	5	5,2
1-5 yıl	43	44,8
6-10 yıl	25	26,0
10 yıldan fazla	23	24,0
Yenidoğanda çalışma süresi (Ortalama= 4,02 ± 4,34)		
Bir yıldan daha az	12	12,5
1-5 yıl	59	61,5
6-10 yıl	15	15,6
10 yıldan fazla	10	10,4

Çizelge 3. 1. (Devam). YYBÜ Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Ve Mesleki Özellikleri.

Özellikler	Sayı	%
Çalışılan vardiya türü		
Gündüz	19	19,8
Gece	21	21,9
Gece-gündüz karma	56	58,3
Günlük ortalama bakılan hasta sayısı(Ortalama=6,58 ± 2,41)		
3-6	51	53,1
7 ve üzeri	45	46,9

3.2. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili görüşleri

Çizelge 3.2.'de YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili görüşleri yer almaktadır. Hemşirelerin %99,0'u (n=95) hasta güvenliği kavramı ile ilgili bilgi sahibi olduğunu, %1'i (n=1) bilgi sahibi olmadığını belirtti. Hasta güvenliği bilgisine sahip olan hemşirelerin %51,6'sı (n=49) hasta güvenliği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu, %43,1'i (n=41) sınırlı bilgiye sahip olduğunu ve %5,3'ü (n=6) yetersiz bilgiye sahip olduğunu ifade etti. Hemşirelere hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumları sorulduğunda; %74'ü (n=71) eğitim aldığını, %26'sı herhangi bir eğitim almadığını ve %62,5'i (n=60) çalıştıkları YYBÜ'de hasta güvenliğine ilişkin eğitim verildiğini, %37,5'i (n=36) eğitim verilmediğini belirtti. Hemşireler "Hasta güvenliği önemli midir? " sorusuna ise %81,2'si (n=78) çok önemli, %18,8'i (n=18) önemli şeklinde cevap verdi.

Çizelge 3. 2. YYBÜ Hemşirelerinin Hasta Güvenliği İle İlgili Görüşleri.

Özellikler	Sayı	%
Hasta güvenliği kavramı ile ilgili bilginiz var mı?		
Evet	95	99,0
Hayır	1	1,0
Yukarıdaki soruyu evet olarak cevapladıysanız		
Yeterli olduğunu düşünüyorum	49	51,6
Sınırlı bir bilgiye sahibim	41	43,1
Yetersiz bilgim olduğunu düşünüyorum	5	5,3
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı?		
Evet	71	74,0
Hayır	25	26,0
Çalıştığınız birimde hasta güvenliği ile ilgili eğitim veriliyor mu?		
Evet	60	62,5
Hayır	36	37,5
Hasta güvenliği önemli midir?		
Çok önemli	78	81,2
Önemli	18	18,8

3.3. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği uygulama alanlarına yönelik girişimleri ve puanlarına ilişkin bulgular

3.3.1. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği uygulama alanlarına yönelik girişimleri

Bu bölümde; araştırmaya katılan hemşirelerin YYBÜ'de hasta güvenliğini tehdit eden yedi hata alanına (ilaç hataları, kimlik hataları, bakım uygulama hataları, hastane enfeksiyonları, ekipman kullanımına bağlı hatalar, düşmeler, iletişim hataları) yönelik hemşirelik girişimleri uygulama durumları sırasıyla incelendi.

YYBÜ hemşirelerinin ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişimlerini uygulama durumları

YYBÜ hemşirelerinin ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları incelendiğinde;

YYBÜ hemşirelerinin en çok "İlacı istem doğrultusunda ve ilacın özelliğine göre doğru yoldan yaparım (IV, IM, PO vb)" (%99,0), "İlacı doğru bebeğe yaptığımdan emin olurum" (%99,0) ve "İlaç dozunu doğru hesapladığımdan emin olurum" (%97,9); en az ise, "Ebeveyne uygulanan ilaçla ilgili bilgi veririm" (%53,1), "Yüksek riskli ilaçları" uygularken (örneğin; konsantre elektrolitler, antikuagülanlar, heparin, insülin, opiatlar, digitaller vb.) ikinci bir çalışanla çift kontrol yaparım" (%66,7) ve "Sadece kendi hazırladığım ilacı uygularım" (%69,8) maddelerini uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 3. YYBÜ Hemşirelerinin İlaç Hatalarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

İlaç hatalarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum		Ara sıra Uyguluyorum		Uygulamıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. İlaç istemini yazılı olarak alırım.	83	86,5	12	12,5	1	1,0
2. Telefonla ya da sözlü olarak direktif aldığım zaman, direktif edilen ilacın adını, dozunu ve yolunu doktora tekrar geri okuyarak kontrol ederim ve hastanın dosyasına kayıt ederim.	78	81,2	15	15,6	3	3,1
3. Hekim istemi doğrultusunda doğru ilacı belirlerim.	90	93,8	3	3,1	3	3,1
4. İlaç dozunu doğru hesapladığımdan emin olurum.	94	97,9	2	2,1	-	-
5. İlacı istem doğrultusunda ve ilacın özelliğine göre doğru yoldan yaparım (IV, IM, PO vb) .	95	99,0	1	1,0	-	-
6. İlacı doğru bebeğe yaptığımdan emin olurum.	95	99,0	1	1,0	-	-
7. İlacı doğru zamanda (belirlenen saatte) yaparım.	93	96,9	3	3,1	-	-
8. İlacı istemde belirtilen formda (ampul, flakon, tablet, kapsül, toz, süspansiyon vb.) yaparım.	90	93,8	4	4,2	2	2,1
9. Ebeveyne uygulanan ilaçla ilgili bilgi veririm.	51	53,1	40	41,7	5	5,2
10. Yapmış olduğum ilacı hasta dosyasına ve/veya hemşire gözlem formuna kaydederim.	93	96,9	3	3,1	-	-
11. Okunuş, yazılış ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	92	95,8	4	4,2	-	-
12. İlacın son kullanma tarihine dikkat ederim.	75	78,1	20	20,8	1	1,0
13. İlacı kendi çözeltisiyle sulandırırım.	77	80,2	16	16,7	3	3,1
14. İlacı uygulamadan hemen önce hazırlarım.	81	84,4	15	15,6	-	-
15. Birden fazla ilaç uyguluyorsam ilaçların birbiri ile etkileşimlerini değerlendiririm.	88	91,7	8	8,3	-	-
16. Sadece kendi hazırladığım ilacı uygularım.	67	69,8	26	27,1	3	3,1
17. "Yüksek riskli ilaçları" uygularken (örneğin; konsantre elektrolitler, antikuagülanlar, heparin, insülin, opiatlar, digitaller vb.) ikinci bir çalışanla çift kontrol yaparım.	64	66,7	24	25,0	8	8,3
18. İlacın etkisini değerlendirmek amacıyla hastayı izlerim (alerjik reaksiyon vb).	79	82,3	17	17,7	-	-
19. Sulandırılmış ilaçları özelliklerine göre uygun koşullarda ve sürede saklarım.	92	95,8	3	3,1	1	1,0
20. İlaç uygulamasına yönelik bir hata yaptığım zaman bu hatayı ekiple paylaşır, rapor ederim.	85	88,5	8	8,3	3	3,1

YYBÜ hemşirelerinin kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları

YYBÜ hemşirelerinin kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları incelendiğinde;

YYBÜ hemşirelerinin en çok; “Yapacağım bütün işlemler (tedavi, kan ve kan ürünü uygulama, hasta transferi vb.) öncesinde hasta kimliğini kontrol ederim” (%92,7), “Bebek güvenliğini sağlamak için yenidoğan/bebek kaçırılması veya kaybolması durumlarında “pembe kod” uygulamasını bilir ve uygularım” (%79,2) ve “Hasta kimliğini tanımlamak ve doğrulamak için hasta kol bandını, hasta adı ve soyadı, T.C. kimlik numarası, doğum tarihi veya protokol numarasını kullanırım” (%72,9); en az ise, “Lacivert renkli kol bandını aynı isime sahip hastalarda kullanırım” (%39,6), “Sarı renkli kol bandını bulaş riski olan hastalıklar için kullanırım” (%40,6) ve “Hem alerjisi hem de bulaş riski olan hastalar için ise beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılan kol bandını kullanırım” (%41,7) maddelerini uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 4. YYBÜ Hemşirelerinin Kimlik Hatalarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

Kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum		Ara sıra Uyguluyorum		Uygulamıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Her hastanın koluna kimlik bilgileri bulunan bantlar takarım.	56	58,3	18	18,8	22	22,9
2. Yapacağım bütün işlemler (tedavi,kan ve kan ürünü uygulama,hasta transferi vb.) öncesinde hasta kimliğini kontrol ederim.	89	92,7	4	4,2	3	3,1
3. Hasta kimliğini tanımlamak ve doğrulamak için hasta kol bandını, hasta adı ve soyadı, T.C. kimlik numarası, doğum tarihi veya protokol numarasını kullanırım.	70	72,9	11	11,5	15	15,6
4. Kırmızı renkli kol bandını alerjik hastaları belirlemek için kullanırım.	45	46,9	7	7,3	44	45,8
5. Lacivert renkli kol bandını aynı isime sahip hastalarda kullanırım.	38	39,6	5	5,2	53	55,2
6. Sarı renkli kol bandını bulaş riski olan hastalıklar için kullanırım.	39	40,6	5	5,2	52	54,2
7. Hem alerjisi hem de bulaş riski olan hastalar için ise beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılan kol bandını kullanırım.	40	41,7	6	6,2	50	52,1
8. Erkek çocuklara mavi, kız çocuklara pembe kol bandı takarak cinsiyetin karışmasını önlerim.	58	60,4	9	9,4	29	30,2
9. Bebek güvenliğini sağlamak için yenidoğan/bebek kaçırılması veya kaybolması durumlarında “pembe kod” uygulamasını bilir ve uygularım.	76	79,2	4	4,2	16	16,7

YYBÜ hemşirelerinin bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları

YYBÜ hemşirelerinin bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları incelendiğinde;

YYBÜ hemşirelerinin en çok; “Cilt bütünlüğünü korumak ve sürdürmek için bebeğin cildini gözlemlerim” (%95,8), “Fototerapi boyunca bebeğin gözlerini koruyucu göz bandı ile kapatırım” (%95,8), “Bebeğin vücut sıcaklığını korumak için kuvöz ısısını tartı ve postnatal yaşa göre ayarlarım” (%94,8), “Bebeğe verilen anne sütü veya mamanın her seferinde uygun sıcaklıkta olmasını sağlarım” (%94,8), “Yenidoğan bebeğe tüm bakım uygulamaları ve girişimlerde uygun pozisyon veririm” (%94,8), “Fototerapi uygulaması için bebeğin sadece bezi kalacak şekilde kıyafetlerini tamamen çıkartırım” (%94,8) ve “Perine bölgesini uygun ürünler ile kızlarda önden arkaya, erkeklerde penis ucundan başlayarak geriye doğru temizlerim” (%93,8); en az ise, “Göbek ve çevresinde enfeksiyonu önlemek için önerilen solüsyonla göbek bakımı yaparım” (%67,7), “Yenidoğan ünitesinde geceleri ışıkları (10-600 lux) bebeklerin uyuması için loş bir hale getiririm” (%69,8), “Yenidoğan ünitesinde gürültü (45-50 dB↑) oluşumuna neden olan faktörleri azaltır veya ortadan kaldırırım” (%72,9) ve “IV kateteri taktıktan sonra flaster üzerine adımı, kanülü taktığım tarihi ve saati yazarım” (%72,9) maddelerini uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 5. YYBÜ Hemşirelerinin Bakım Uygulama Hatalarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

Bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum		Ara sıra Uyguluyorum		Uygulamıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Bebeğin vücut sıcaklığını korumak için kuvöz ısısını tartı ve postnatal yaşa göre ayarlarım.	91	94,8	5	5,2	-	-
2. Bakım uygulamalarına (ağız, göz, burun) göre uygun solüsyon ve teknik kullanırım.	88	91,7	7	7,3	1	1,0
3. Göbek ve çevresinde enfeksiyonu önlemek için önerilen solüsyonla göbek bakımı yaparım.	65	67,7	12	12,5	19	19,8
4. Bebeğin alt bezini göbek kordonunun altında kalacak şekilde bağlarım.	86	89,6	5	5,2	5	5,2
5. Perine bölgesini uygun ürünler ile kızlarda önden arkaya, erkeklerde penis ucundan başlayarak geriye doğru temizlerim.	90	93,8	6	6,2	-	-
6. Bebeğin silme/tam banyosunu uygun oda sıcaklığı(25-28oC), uygun su sıcaklığı(37-38oC), güvenli ürün (göz yakmayan şampuan/ph:5,5 olan sabunlar) ve çevre oluşturarak yaptırırım.	83	86,5	12	12,5	1	1,0
7. Beslenme öncesinde bebeği değerlendiririm. (solunum, satürasyon, NGS ile beslenen bebeklerde rezidü miktarı ve rengi)	88	91,7	7	7,3	1	1,0
8. Bebeğe verilen anne sütü veya mamanın her seferinde uygun sıcaklıkta olmasını sağlarım.	91	94,8	5	5,2	-	-
9. Bebeğin her beslendikten sonra gazını çıkarırım.	81	84,4	14	14,6	1	1,0
10. Cilt bütünlüğünü korumak ve sürdürmek için bebeğin cildini gözlemlerim.	92	95,8	2	2,1	2	2,1
11. Bebeğin cildi kuru ise önerilen nemlendirici krem, losyon veya bebek yağı ile cilt bakımını yaparım.	89	92,7	6	6,2	1	1,0
12. Yenidoğan bebeğe tüm bakım uygulamaları ve girişimlerde uygun pozisyon veririm.	91	94,8	5	5,2	-	-
13. Yenidoğan ünitesinde geceleri ışıkları (10-600 lux) bebeklerin uyuması için loş bir hale getiririm.	67	69,8	20	20,8	9	9,4
14. Yenidoğan ünitesinde gürültü (45-50 dB↑) oluşumuna neden olan faktörleri azaltır veya ortadan kaldırırım.	70	72,9	19	19,8	7	7,3
15. Günlük olarak tüm kateterlerin bakımlarını yaparım.	76	79,2	17	17,7	3	3,1
16. IV kateteri taktıktan sonra flaster üzerine adımı, kanülü taktığım tarihi ve saati yazarım.	70	72,9	10	10,4	16	16,7

Çizelge 3. 5. (Devam) YYBÜ Hemşirelerinin Bakım Uygulama Hatalarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

Bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum		Ara sıra Uyguluyorum		Uygulamıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
17. Fototerapi uygulaması için bebeğin sadece bezi kalacak şekilde kıyafetlerini tamamen çıkartırım.	91	94,8	5	5,2	-	-
18. Fototerapi boyunca bebeğin gözlerini koruyucu göz bandı ile kapatırım.	92	95,8	4	4,2	-	-
19. Fototerapi cihazının bebeğe 42-45 cm uzaklıkta tutulmasını sağlarım.	86	89,6	6	6,2	4	4,2
20. Bebeğin vücuduna fototerapi boyunca yağlı krem ve pomad sürmem.	86	89,6	8	8,3	2	2,1

YYBÜ hemşirelerinin hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları

YYBÜ hemşirelerinin hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları incelendiğinde;

YYBÜ hemşirelerinin en çok; "Ebeveynlere bebeğe dokunmadan önce ellerini yıkamaları veya antiseptik solüsyon kullanmaları konusunda eğitim veririm" (%97,9), "Yenidoğan ünitesinde kesici/delici atıkların "Dikkat Kesici ve Delici Tıbbi Atık" ve "Uluslararası Bio tehlike " amblemi bulunan plastik veya aynı özellikte kalın kartondan yapılmış kutulara atılmasına dikkat ederim" (%97,9), "Yenidoğan ünitesinde tıbbi atıkların "Dikkat Tıbbi Atık" ve "Uluslararası Bio tehlike" amblemi bulunan kırmızı renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim" (96,9), "Yenidoğan ünitesinde cam atıkların mavi renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim" (%96,9), "Yenidoğan ünitesinde evsel nitelikli atıkların siyah renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim" (%96,9) ve "Humidifer, oksijen şişeleri ve nebulizatörlerde nemlendirmeyi sağlamak için distile su kullanırım" (%95,8), "Bulaş riskini engellemek için enfekte bebeğe uygun izolasyon (solunum, temas vb.) sağlarım" (%95,8), "Yenidoğana kullandığım ekipmanların (laringoskop, laringoskop başlığı, ambu, ambu başlığı, hood vb.) her kullanımdan sonra dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım" (%95,8); en az ise, "Vücut

sıvılarına, kan ve kan ürünlerine dokunmadan önce eldiven giyerim" (%66,7), "Aspirasyon sistemlerinde kullanılan setlerin ve aspiratör haznelerinin 24 saatte bir değiştirilmesini sağlarım"(%80,2) ve "Kuvözlerin günlük olarak uygun dezenfektanlarla temizlenmesini sağlarım" (%91,7) maddelerini uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 6. YYBÜ Hemşirelerinin Hastane Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimler	**Uyguluyorum**		**Ara sıra Uyguluyorum**		**Uygulamıyorum**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
1. Yenidoğan ünitesine her girdiğimde ellerimi hijyenik el yıkama tekniğine göre yıkarım.	89	92,7	5	5,2	2	2,1
2. Her bebeğe dokunmadan önce ve sonra ellerimi yıkarım veya antiseptik solüsyon kullanırım.	89	92,7	6	6,2	1	1,0
3. Ebeveynlere bebeğe dokunmadan önce ellerini yıkamaları veya antiseptik solüsyon kullanmaları konusunda eğitim veririm.	94	97,9	1	1,0	1	1,0
4. Vücut sıvılarına, kan ve kan ürünlerine dokunmadan önce eldiven giyerim.	64	66,7	29	30,2	3	3,1
5. Yenidoğana uygulanan bütün invaziv girişimlerde, bakım uygulamalarında asepsi kurallarına dikkat ederim.	91	94,8	4	4,2	1	1,0
6. Humidifer, oksijen şişeleri ve nebulizatörlerde nemlendirmeyi sağlamak için distile su kullanırım.	92	95,8	1	1,0	3	3,1
7. Solunum devreleri ve nemlendirici setlerin her bebek değişiminde değiştirilmesini sağlarım.	90	93,8	5	5,2	1	1,0
8. Aspirasyon sistemlerinde kullanılan setlerin ve aspiratör haznelerinin 24 saatte bir değiştirilmesini sağlarım.	77	80,2	13	13,5	6	6,2
9. Bulaş riskini engellemek için enfekte bebeğe uygun izolasyon (solunum, temas vb.) sağlarım.	92	95,8	3	3,1	1	1,0
10. Yenidoğanı enfeksiyon belirti ve bulguları(cilt, vital bulgular, beslenme vb.) yönünden gözlemlerim.	91	94,8	4	4,2	1	1,0
11. Kuvözlerin günlük olarak uygun dezenfektanlarla temizlenmesini sağlarım.	88	91,7	4	4,2	4	4,2

Çizelge 3. 6. (Devam) YYBÜ Hemşirelerinin Hastane Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum		Ara sıra Uyguluyorum		Uygulamıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
12. Yenidoğana kullandığım ekipmanların (laringoskop, laringoskop başlığı,ambu, ambu başlığı,hood vb.) her kullanımdan sonra dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	92	95,8	3	3,1	1	1,0
13. Yenidoğan ünitesinde tıbbi atıkların "Dikkat Tıbbi Atık" ve "Uluslararası Bio tehlike " amblemi bulunan kırmızı renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim.	93	96,9	2	2,1	1	1,0
14. Yenidoğan ünitesinde cam atıkların mavi renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim.	93	96,9	3	3,1	-	-
15. Yenidoğan ünitesinde evsel nitelikli atıkların siyah renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim.	93	96,9	3	3,1	-	-
16. Yenidoğan ünitesinde kesici/delici atıkların "Dikkat Kesici ve Delici Tıbbi Atık" ve "Uluslararası Bio tehlike " amblemi bulunan plastik veya aynı özellikte kalın kartondan yapılmış kutulara atılmasına dikkat ederim.	94	97,9	1	1,0	1	1,0

YYBÜ hemşirelerinin ekipman kullanımına bağlı hataları önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları

YYBÜ hemşirelerinin ekipman kullanımına bağlı hataları yönelik girişimleri uygulama durumları incelendiğinde;

YYBÜ hemşirelerinin en çok; “Tartı aletinin ibresi her tartım öncesi sıfırda olmasına dikkat ederim” (%97,9), “Tartı aletini düz bir zemine koyarak bebeği tartarım” (%95,8) ve “Kullanılan malzemelerin (OGS, kanül, aspirasyon sondası, entübasyon tüpü, göz bandı vb.) yenidoğanın kilosuna ve term/preterm oluşuna göre uygun olup olmadığını her seferinde kontrol ederim” (%92,7); en az ise, “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” (%75,0), “Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim” (%75,0), “Acil müdahale setinde/acil arabasında bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları her gün kontrol ederim ve hazır bulundururum” (%75,0), “Cihazı kullandığım alanda, cihaz alarmına benzer seslerin bulunup bulunmadığına dikkat ederim” (%78,1) ve “Kullanım dışı olan cihazların üzerlerine etiket veya işaretler koyarak yanlışlıkla kullanılmasını önlerim” (%84,4) maddelerini uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 7. YYBÜ Hemşirelerinin Ekipman Kullanımına Bağlı Hataları Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

Ekipman kullanımına bağlı hataları önlemeye yönelik girişimler (küvöz, wormer, fototerapi, aspirasyon, ventilatör, O_2, acil arabası)	**Uyguluyorum**		**Ara sıra Uyguluyorum**		**Uygulamıyorum**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
1. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	72	75,0	19	19,8	5	5,2
2. Malzemenin ya da cihazın güvenliğinden şüphe duyduğumda kesinlikle kullanmam.	85	88,5	10	10,4	1	1,0
3. Cihazı kullandığım alanda, cihaz alarmına benzer seslerin bulunup bulunmadığına dikkat ederim.	75	78,1	17	17,7	4	4,2
4. Kullandığım cihazları yenidoğanda olması gereken alt ve üst sınırlara göre ayarlar, normalden sapma olursa alarm vermesini sağlarım.	84	87,5	10	10,4	2	2,1
5. Kullanım dışı olan cihazların üzerlerine etiket veya işaretler koyarak yanlışlıkla kullanılmasını önlerim.	81	84,4	13	13,5	2	2,1
6. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	72	75,0	17	17,7	7	7,3
7. Kullanılan malzemelerin(OGS, kanül, aspirasyon sondası, entübasyon tüpü, göz bandı vb.)yenidoğanın kilosuna ve term/preterm oluşuna göre uygun olup olmadığını her seferinde kontrol ederim.	89	92,7	7	7,3	-	-
8. Tartı aletini düz bir zemine koyarak bebeği tartarım.	92	95,8	4	4,2	-	-
9. Tartı aletinin ibresi her tartım öncesi sıfırda olmasına dikkat ederim.	94	97,9	1	1,0	1	1,0
10. Röntgen çekimi esnasında genital koruyucu kullanılmasını sağlarım.	50	52,1	14	14,6	32	33,3
11. Acil müdahale setinde/Acil arabasında bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları her gün kontrol ederim ve hazır bulundururum.	72	75,0	11	11,5	13	13,5

YYBÜ hemşirelerinin düşmeleri önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları

YYBÜ hemşirelerinin düşmeleri önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları incelendiğinde;

YYBÜ hemşirelerinin en çok; "Kuvöz kapaklarının açık kalmamasına, wormer ve kot yataklarının sınırlayıcılarının kapalı olmasına her işlemden sonra dikkat ederim" (%97,9), "Yenidoğanı kucağıma aldığımda, tüm vücudunu özellikle başını desteklerim" (%97,9) ve "Yenidoğanı koruyucu önlem almadan tek başına hiçbir zaman yalnız bırakmam" (%96,9); en az ise, "Düşme vakaları ile karşılaşırsam rapor ederim" (%84,4), "Ebeveynlere düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm" (%87,5) ve "Bebeklerin yatağı içindeki pozisyonunu çarpma/düşme riski yönünden gözlemlerim" (%93,8) maddelerini uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 8. YYBÜ Hemşirelerinin Düşmeleri Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

Düşmeleri önlemeye yönelik girişimler	**Uyguluyorum**		**Ara sıra Uyguluyorum**		**Uygulamıyorum**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
1. Bebeklerin yatağı içindeki pozisyonunu çarpma/düşme riski yönünden gözlemlerim.	90	93,8	6	6,2	-	-
2. Yenidoğanı koruyucu önlem almadan tek başına hiçbir zaman yalnız bırakmam.	93	96,9	3	3,1	-	-
3. Kuvöz kapaklarının açık kalmamasına, wormer ve kot yataklarının sınırlayıcılarının kapalı olmasına her işlemden sonra dikkat ederim.	94	97,9	2	2,1	-	-
4. Yenidoğanı kucağıma aldığımda, tüm vücudunu özellikle başını desteklerim	94	97,9	2	2,1	-	-
5. Ebeveynlere düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	84	87,5	12	12,5	-	-
6. Düşme vakaları ile karşılaşırsam rapor ederim.	81	84,4	6	6,2	9	9,4

YYBÜ hemşirelerinin iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları

YYBÜ hemşirelerinin iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulama durumları incelendiğinde;

YYBÜ hemşirelerinin en çok; "Nöbet değişimlerinde bebeği her defasında kuvöz-yatak başında teslim alır veya veririm" (%96,9), "Annenin hazır oluş durumuna göre annenin bebeğin bakımına (beslenme, alt değiştirme, banyo vb.) katılımını sağlarım" (%93,8) ve "Aile-bebek etkileşiminin en erken dönemde başlamasına yardımcı olurum" (%89,6); en az ise, "Bebeğe yapılan tüm uygulamalar hakkında aileye açıklayıcı bilgi veririm" (%74,0), "İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb) konusunda yardımcı olurum" (%81,2) ve "Ebeveyn-bebek arasındaki etkileşimin niteliğini değerlendiririm" (%82,3) maddelerini uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 9. YYBÜ Hemşirelerinin İletişim Hatalarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Uygulama Durumları.

İletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum		Ara sıra Uyguluyorum		Uygulamıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Aile-bebek etkileşiminin en erken dönemde başlamasına yardımcı olurum.	86	89,6	9	9,4	1	1,0
2. Ebeveyn -bebek arasındaki etkileşimin niteliğini değerlendiririm.	79	82,3	15	15,6	2	2,1
3. Ebeveyn-bebek(aile-bebek-kanguru bakımı) arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için tensel temasın önemini anlatırım.	81	84,4	9	9,4	6	6,2
4. Annenin hazır oluş durumuna göre annenim bebeğin bakımına (beslenme, alt değiştirme, banyo vb.) katılımını sağlarım.	90	93,8	5	5,2	1	1,0
5. Bebek bakımının her aşaması ile ilgili aileye rehberlik eder, eğitimler veririm (anne sütü ve önemi, emzirme tekniği, meme bakımı, yenidoğan tarama testleri, büyüme ve gelişme, kazaları önleme, aşılama, izlem ve kontroller, taburculuk, evde bakım vb).	87	90,6	8	8,3	1	1,0
6. Bebeğe yapılan tüm uygulamalar hakkında aileye açıklayıcı bilgi veririm	71	74,0	23	24,0	2	2,1
7. İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb) konusunda yardımcı olurum.	78	81,2	15	15,6	3	3,1
8. Yenidoğan konusunda yenilikleri takip eder diğer ekip arkadaşlarımla paylaşırım.	81	84,4	13	13,5	2	2,1
9. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini etkileyen olaylara ilişkin bilgileri(ilaç uygulama hataları, bakım hataları, hasta düşmeleri, yatak yaraları vb.) diğer ekip üyeleri ile paylaşırım.	85	88,5	9	9,4	2	2,1
10. Nöbet değişimlerinde bebeği her defasında kuvöz-yatak başında teslim alır veya veririm.	93	96,9	2	2,1	1	1,0

3.3.2. YYBÜ hemşirelerinin hata alanlarını önlemeye yönelik girişim puanları ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular

Bu bölümde; araştırmaya katılan hemşirelerin YYBÜ'de hasta güvenliğini tehdit eden yedi hata alanına (ilaç hataları, kimlik hataları, bakım uygulama hataları, hastane enfeksiyonları, ekipman kullanımına bağlı hatalar, düşmeler, iletişim hataları) yönelik hemşirelik girişim puanları ve etkileyen faktörler incelenmiştir.

YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği hata alanlarını önlemeye yönelik girişim puanları

Çizelgede YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği hata alanlarını önlemeye yönelik girişimlerinden aldıkları toplam puanlar incelenmiştir. Hemşirelerin en çok 92,42±6,36 puan ile düşmeleri önlemeye yönelik girişimleri, en az ise 63,14±30,30 puan ile kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uyguladıkları belirlendi.

Çizelge 3. 10. YYBÜ Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Hata Alanlarını Önlemeye Yönelik Girişim Puanları.

Puanlar	Minimum	Maximum	Ortalama± Standart Sapma
İlaç hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı	75,00	100,00	92,42±6,36
Kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı	5,56	100,00	63,14±30,30
Bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı	65,00	100,00	91,69±8,59
Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişim puanı	68,75	100,00	95,41±6,80
Ekipman kullanım hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı	40,91	100,00	87,83±13,68
Düşmeleri önlemeye yönelik girişim puanı	66,67	100,00	95,75±7,35
İletişim hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı	40,00	100,00	92,19±11,74
Toplam Puan	65,22	100,00	89,56±7,39

YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği hata alanlarını önlemeye yönelik girişim puanlarını etkileyen faktörler

Çizelgede YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği hata alanlarına yönelik hemşirelik girişimlerini etkileyen faktörler incelenmiştir.

Hemşirelerin eğitim durumu, çalışma yılı, YYBÜ'de çalışma yılı ve vardiya türüne göre hasta güvenliği hata alanlarına yönelik girişim puanları kendall W analizi ile değerlendirilmiştir.

Eğitim durumuna göre; toplam hasta güvenliği ve altı hata alanı girişim puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı, sadece ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalamasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (KW=9,767, p= 0,008). İlaç hatalarını önlemeye yönelik girişimlerde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan bonferroni düzeltmeli man withney U testinde lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamalarının lise mezunu hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu (p=0,004), diğer gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Çalışma yılına göre; toplam hasta güvenliği ve altı hata alanı girişim puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı, sadece kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalamasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (KW=9,259, p=0,026). Kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimlerde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan bonferroni düzeltmeli man withney U testinde bir yıldan daha az süre çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının 1-5 yıl çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (p=0,005), diğer gruplar arasında anlamlı fark
olmadığı belirlenmiştir.

YYBÜ'de çalışma yılına ve vardiya türüne göre; toplam hasta güvenliği ve hata alanları girişim puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Hemşirelerin günlük ortalama bakım verdikleri hasta sayısı ve hasta güvenliği eğitimi alma durmuna göre hasta güvenliği hata alanlarına yönelik girişim puanları independent t testi ile değerlendirilmiştir.

Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısına göre; beş hata alanı girişim puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı, toplam hasta güvenliği, kimlik hataları ve ekipman kullanım hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalamasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur(sırasıyla; t=2,678, p=0,009, t=3,197, p=0,002, t=2,257, p=0,026).

Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre; toplam hasta güvenliği ve altı hata alanı girişim puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı, sadece kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalamasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur(t=2,178,p=0,032).

Çizelge 3. 11. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler ve Hata Alanlarını Önlemeye Yönelik Girişim Puanları (Ortalama± Standart Sapma).

Özellikler	N	İlaç hataları	Kimlik hataları	Bakım uygulama hataları	Hastane enfeksiyonları	Ekipman kullanımına bağlı hatalar	Düşmeler	İletişim hataları	Toplam Puan
Eğitim durumu									
Lise [a]	17	96.32±4,43	69,61±30,18	95,15±6,22	97,79±4,39	92,51±6,21	96,57±5,94	96,18±6,00	93,25±4,15
Ön lisans	26	93,17±4,82	64,96±26,38	89,81±8,45	96,03±5,20	88,46±12,48	94,55±9,11	93,08±10,00	89,69±6,74
Lisans ve üzeri [b]	53	90,80±6,98	60,17±32,22	91,51±9,10	94,34±7,90	86,02±15,64	96,07±6,86	90,47±13,56	88,31±8,16
KW (sd: 2)		9,767	1,141	4,980	3,111	1,053	,435	1,847	5,131
P		**,008**	,565	,083	,211	,591	,804	,397	,077
Fark		**a> b**							
Çalışma yılı									
Bir yıldan az -a	5	95,00±6,37	94,44±9,62	87,50±13,23	96,25±6,77	90,00±19,92	96,67±4,56	85,00±23,18	91,96±11,21
1-5 yıl –b	43	91,98±6,67	56,33±29,98	91,80±8,15	94,69±7,70	84,04±15,02	95,16±8,77	92,56±11,92	88,25±7,67
6-10 yıl	25	92,10±6,44	70,22±28,14	93,60±7,64	96,00±5,67	92,36±7,03	96,00±6,42	92,20±11,55	91,26±6,42
10 yıldan fazla	23	93,04±5,89	61,35±31,53	90,33±9,27	95,92±6,42	89,53±14,01	96,38±6,06	93,04±8,22	89,65±6,91
KW (sd: 3)		1,304	9,259	2,539	,478	6,611	,047	,635	4,048
P		,728	**,026**	,468	,924	,085	,997	,888	,256
Fark			**a>b**						
YYBÜ çalışma yılı									
Bir yıldan az	12	93,96±7,27	78,24±31,02	94,38±10,12	97,40±4,58	88,26±17,60	95,83±7,54	91,25±16,53	92,26±9,22
1-5 yıl	59	92,58±6,69	62,05±30,52	91,78±7,97	94,65±7,43	86,67±12,80	95,62±7,94	92,54±11,68	89,27±7,44
6-10 yıl	15	90,83±4,60	53,70±22,09	89,83±11,20	97,71±3,44	92,42±10,12	96,11±5,33	92,00±9,41	88,84±6,22
10 yıldan fazla	10	92,00±5,75	65,56±35,89	90,75±5,66	94,06±8,26	87,27±18,41	95,83±7,08	91,50±10,01	89,13±6,72
KW (sd: 3)		3,166	4,496	3,927	2,246	3,924	,234	,697	4,518
P		,367	,213	,269	,523	,270	,972	,874	,211

Çizelge 3. 11. (Devam) Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler ve Hata Alanlarını Önlemeye Yönelik Girişim Puanları (Ortalama± Standart Sapma).

Özellikler	N	İlaç hataları	Kimlik hataları	Bakım uygulama hataları	Hastane enfeksiyonları	Ekipman kullanımına bağlı hatalar	Düşmeler	İletişim hataları	Toplam Puan
Vardiya									
Gündüz	19	93,68±4,89	54,68±27,67	91,32±7,61	94,41±6,21	89,71±12,29	95,61±6,44	92,37±8,39	88,99±4,75
Gece	21	91,43±6,15	69,84±32,09	91,79±9,05	94,05±8,14	89,18±10,99	95,24±8,96	90,71±16,30	89,75±8,71
Gece-Gündüz karma	56	92,37±6,89	63,49±30,32	91,79±8,86	96,26±6,43	86,69±15,06	95,98±7,11	92,68±10,83	89,68±7,70
KW (sd: 2)		,999	2,861	,307	2,716	,402	,253	,433	1,492
P		,607	,239	,858	,257	,818	,881	,805	,474
Günlük Ortalama Hasta sayısı									
3-6	51	92,45±6,25	72,00±27,87	93,38±8,50	96,08±6,43	90,73±12,50	96,57±7,30	92,94±10,87	91,40±6,95
7 ve üzeri	45	92,39±6,55	53,09±30,09	89,78±8,37	94,65±7,19	84,55±14,35	94,81±7,39	91,33±12,72	87,48±7,40
t (sd: 94)		,047	3,197	2,088	1,025	2,257	1,168	,668	2,678
P		,962	**,002**	,039	,308	**,026**	,246	,506	**,009**
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu									
Aldı	75	92,82±6,34	67,06±28,07	91,16±8,83	95,25±7,28	89,44±11,67	95,66±7,43	91,90±12,20	90,04±7,44
Almadı	21	91,30±6,42	52,00±34,09	93,20±7,82	95,88±5,32	83,27±17,74	96,00±7,26	93,00±10,51	88,20±7,24
t (sd: 94)		1,026	2,178	1,021	,396	1,966	,199	,401	1,074
P		,308	**,032**	,310	,693	,052	,842	,690	,285

TARTIŞMA

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları üç başlık altında tartışılmıştır.

4.1. YYBÜ hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan YYBÜ hemşireleri yaş grupları bakımından incelendiğinde, %20,8'inin (n=20) 18-23 yaş grubunda, %41,7'sinin (n=40) 24-29 yaş grubunda, %37,5'inin (n=36) 30 ve üzeri yaş grubunda olduğu bulundu. Bulgulara göre yaş ortalamasının (27,86±5,36) olması diğer yoğun bakım ünitelerinde de olduğu gibi yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde genellikle genç hemşirelerin görev yapmakta olduğunun bir göstergesidir. Bu durum yoğun bakım ünitelerinin çalışma koşullarının ağır olması, personel devir hızının yüksek olması ve hemşirelerin doğum, mesleki tatminsizlik, tükenmişlik sendromu, iş yoğunluğu, uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma, rol belirsizliği, yöneticilerden destek alamama, iş güvensizliği, ekip üyeleriyle yaşanan çatışmalar, maaş azlığı, mesleğin statü ve prestij sağlamaması vb. nedenlerden dolayı meslekten ayrılmalarına bağlanabilir. Eğitim durumu açısından bakıldığında ise; hemşirelerin %17,7'sinin (n=17) sağlık meslek lisesi, %27,1'inin (n=26) ön lisans, %55,2'sinin (n=53) lisans eğitim düzeyinde olduğu bulundu. Lisans eğitim düzeyine sahip olan hemşirelerin oranının %55,2 olmasının ile hemşirelikte eğitim düzeyini arttırmak için Sağlık Bakanlığının 05.08.2009 tarihli genelgesi ile ön lisans programlarından mezun hemşirelere lisans tamamlama hakkının verilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığının 05.08.2009 tarihli genelgesi).

Araştırmaya katılan YYBÜ hemşirelerinin %97,9'unun (n=94) kadın olması, %58,3'ünün (n=56) evli ve %47,9'unun (n=46) çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bu bulgular yenidoğan bebek bakımında ve hasta güvenliğinin sağlanmasında cinsiyetin ve anne olmanın etkili olabileceğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan YYBÜ hemşirelerinin çalışma yaşamına ilişkin bulgular incelendiğinde; meslekte çalışma yılının ortalama 6,73 ± 5,55, %5,2'sinin (n=5) bir yıldan daha az, %44,8'inin (n=43) 1-5 yıl, %26,0'sının (n=25) 6-10 yıl, %24,0'ünün (n=23) 10 yıldan fazla çalıştığı ve bu çalışma süresinin ortalama 4,02 ± 4,34, %12,5'i (n=12) bir yıldan daha az, %61,5'i (n=59) 1-5 yıl, %15,6'sı (n=15) 6-10 yıl, %10,4 'ü (n=10) 10 yıldan fazla süre YYBÜ' sinde olduğu saptandı. Meslekte çalışma sürelerinin hemşirelerin büyük kısmında 10 yıldan az olması ve YYBÜ' de çalışma süresinin meslekte çalışma yılından daha az olması mesleğin özellikle yoğun bakımda çalışmanın getirdiği zorluklara bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışılan vardiya türüne bakıldığında ise; %19,8'inin (n=19) gündüz, %21,9'unun (n=21) gece, %58,3'ünün (n=56) gece-gündüz karma şeklinde çalıştığı görüldü. Yoğun bakım üniteleri hastalara gün boyu sürekli hizmet vermesi gereken yerlerdir. Bu nedenle hemşirelerin gece ve gündüz çalıştıkları vardiya türleri farklılık göstermektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çalışma koşullarına çıkarılan yönetmelik ve genelgelerde hemşirelerin çalışma sürelerine İlişkin 8 saatlik vardiya ya da 08-08 saatleri ile 16-08 saatleri arasında 24 ve 16 saatlik nöbet tutma şeklinde çalışabilecekleri bildirilmektedir. Uzun saatler kesintisiz çalışma ve nöbetler, iş yoğunluğunu ve dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engelleyebilmekte ve buna bağlı hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Sayek 2010).

YYBÜ hemşirelerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayısına ilişkin bulgular incelendiğinde; %53,1'inin (n=51) 3-6 hastaya, %46,9'unun (n=45) 7 ve üzeri hastaya bakım verdikleri bulundu. Hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça, tedavi hatası yapma riski aynı oranda artar. Yoğun bakımlarda bir ya da iki hastaya bir hemşire düştüğünde hastaların en güvenli durumda oldukları kabul edilmektedir (Karabıyık 2012). Sağlık Bakanlığının 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı genelgesine göre; 1. Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde her vardiyada ünitede bir hemşire, 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde her vardiyada, dört yatak için en az bir hemşire, 3. Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde her vardiyada, üç yatak için en az

bir hemşire gerektiği belirtilmektedir. Çalışmada hasta başına düşen hemşire sayılarının Bakanlığın yayımladığı genelgeye göre düşük olduğu görülmektedir. Hemşirelere çalışma saatini en çok hangi işle geçirdikleri sorulduğunda ise; %40,6'sı (n=39) hemşirelik bakımı, %13,5'i (n=13) tıbbi sekreterlik, %12,5'i (n=12) tanı ve tedavi işlemleri ve %33,3 'ü (n=32) bu işlerin hepsini yaptıkları cevabını verdi. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin doğrudan hasta bakımından çok ilaç-malzeme temin etme, telefona yanıt verme önerilen reçeteleri yazma, birim giriş-çıkışlarını kontrol etme gibi dolaylı bakım uygulamalarına daha çok vakit ayırdıkları; çalışma saatlerinin yaklaşık 1/3'ünü hatta yarısından da fazlasını dolaylı bakım uygulamaları ile geçirdikleri belirlenmiştir. Türkmen ve Uslu (2011)'nun yaptığı çalışmada da hemşirelerin vardiya başına bir hasta için harcanan sürenin %13,6'sını hekim istemi alma ve kontrol etme %35,7'si formları doldurma gibi dolaylı bakım uygulamalarına ayrıldığı belirtilmektedir. Bu yönüyle Türkmen ve Uslu (2011)'nun çalışması ile araştırma bulguları benzerlik göstermektedir.

4.2. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi

Araştırmada YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili görüşleri incelendiğinde; %99,0'u (n=95) hasta güvenliği kavramı ile ilgili bilgi sahibi olduğunu, %74'ü (n=71) hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığını ve %62,5'i (n=60) çalıştıkları YYBÜ' de hasta güvenliği eğitimi verildiğini belirtti. Hemşirelere "Hasta güvenliği önemli midir?" sorusuna ise %81,2'si (n=78) çok önemli, %18,8'i (n=18) önemli şeklinde cevap verdi. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan bir araştırma sonucu; hasta güvenliği önemli mi? sorusuna hemşirelerin %95.2'si çok önemli, %3.7'si önemli ve %1.1'i önemsiz yanıtını vermişlerdir (VanGeest ve Cummins 2003). Provonost ve ark (2005) tarafından İngiltere'de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin güvenlik algısının doktorlardan daha yüksek puanda olduğu saptanmıştır. Çırpı ve ark (2009) yaptığı çalışmada da hemşirelerin %96,9'u hasta güvenliği uygulamalarının gerekli olduğunu, %93,3'ü hasta güvenliği uygulamalarından haberdar olduğu ve %92,3'ü hasta güvenliği uygulamalarında görev almak istediklerini belirmişlerdir. Bu yönüyle araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

4.3. YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği uygulama alanlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Yenidoğan morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin büyük önemi bulunmaktadır. Dünyada her yıl 8.8 milyon çocuk daha beş yaşına gelmeden ölmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık %40'ını yenidoğan bebekler oluşturmaktadır. Tüm yenidoğan ölümlerinin de %75'i yaşamın ilk haftasında, %25-45'i ilk 24 saat içerisinde meydana gelmektedir. Yenidoğanların %12'si prematürite, %9'u asfiksi, %6'sı sepsis, %4'ü pnömoni ve %10'u (konjenital anomali, tetanoz vb.) nedenlerle hayatını kaybetmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyadaki yenidoğan bebek ölümlerinin ilk üç sırasında enfeksiyonlar (%32), doğum asfiksisi ve travması (%29) ile prematürelikle ilgili sorunlar (%24) yer almaktadır Yenidoğan ölümlerinin üçte ikisi önlenebilir nedenlerle ve büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmaktadır (Dündar ve ark 2011, Euro Neo Safety 2012). Ülkemizde bebek ölümlerinin önemli bir bölümü (%59) yenidoğan döneminde meydana gelmektedir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre ülkemizde bebek ölüm hızı binde 29 ve neonatal bebek ölüm hızı binde 17 iken 2008 TNSA verilerine göre; ülkemizde bebek ölüm hızı binde 17, neonatal bebek ölüm hızı binde 13'e düşmüştür. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) verilerine göre ülkemizde 2010 yılı ilk 6 ayda bebek ölüm hızı binde 10.1 dir. (TNSA 2008, Sağlık Bakanlığı 2010).

Amerika ve Kanada'da, 15 YYBÜ'de yapılan bir çalışmada Samra ve ark (2011), istenmeyen olayların her gün 100 hastadan 74'ünü etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Rapor edilen olaylar incelendiğinde %10'unun ölümle, %23'ünün kalıcı hasarla, %40'ının geçici hasarla ve %7'sinin hayat kurtarıcı müdahale gerektiren olaylarla sonuçlandığı bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında ise olayların %56'sının engellenebildiği görülmüştür. Ayrıca yenidoğan yoğun bakım ünitesi istenmeyen olaylar raporuna göre nazokomiyal enfeksiyonların %28, kateter enfeksiyonlarının %16, yanlışlıkla ekstubasyonların %8, intrakraniyal kanama ve iskemi oranının %10,5 olduğu bulunmuştur. DSÖ ve UNICEF (United Nations

International Children's Emergenent Fund) yenidoğan sağ kalım oranını yükseltmek için bir bebeğin doğumda ve yaşamın özellikle ilk haftasında, nitelikli sağlık personelinin etkili sağlık önlemlerinin alınması ve temel yenidoğan bakım uygulamaları geliştirilmesi gerektiğini ve böylece yenidoğan ölümlerinin azaltılabileceğini belirtmektedir (Euro Neo Safety 2012).

Sağlık bakım hizmetlerinde farkında olmadan insan hayatını tehdit eden birçok tıbbi hata oluşmaktadır. YYBÜ'sinde tıbbi hataların sıklığı tam olarak belirlemek zor olmasına rağmen yapılan çalışmalar tıbbi hataların yaygın olduğunu göstermektedir. (National Association of Neonatal Nurses - NNANN 2009). Bu çalışmalara göre; YYBÜ'ne yatan her 100 yenidoğandan 13 ile 91'i tıbbi hatalarla karşı karşıya kalmaktadır. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen başlıca olaylar, bilgilendirme eksikliği, yetersiz bakım, yanlış ilaç uygulamaları, hasta kayıtlarının yanlış ve eksik girilmesi, ekipman ve cihaz yetersizliği, yanlış taraf cerrahi girişimler, hastanın düşmesi ve yaralanmaları, hastane enfeksiyonları, kimlik kontrol hataları, transfüzyon hatalarıdır (Göktaş 2007). Araştırmada hasta güvenliği alanları literatüre benzer şekilde; ilaç, kimlik, bakım uygulamaları, enfeksiyon, ekipman, düşme ve iletişim hataları olmak üzere yedi başlıkta gruplandırılmış ve incelenmiştir.

Araştırmada hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimleri incelendiğinde; en çok "İlacı istem doğrultusunda ve ilacın özelliğine göre doğru yoldan yaparım (IV, IM, PO vb)" ve "İlacı doğru bebeğe yaptığımdan emin olurum" , en az ise; "Ebeveyne uygulanan ilaçla ilgili bilgi veririm" maddesini uyguladıkları belirlendi. Yapılan araştırmalarda tıbbi hataların başında ilaç hatalarının (yanlış doz, yanlış ilaç ve yanlış yerden ilaç uygulama) geldiği görülmektedir (Özata ve Altunkan 2010, Sayek 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre; ölümcül sonuçlara neden olan en yaygın hata tiplerinin, yanlış doz (%40,9), yanlış ilaç (%16,2), yanlış yol (%9,7) olduğu belirlenmiş ve hataların en yaygın nedenleri arasında iletişim bozukluğu (%15,8), bilgi eksikliği (%14,2) olduğu belirtilmiştir (American Society of Health System Pharmacists 2008).

Amerika'da yapılan tıbbi hatalar konusundaki başka bir çalışmaya göre; ilaç hatalarının %86'sının hastaya ulaşmadan önce önlenebileceği tespit edilmiştir (Bates ve ark 1995). Sezgin (2007) hemşirelerin, hasta güvenliğine yönelik ilaç uygulama hatalarının potansiyel nedenleri olarak ilk sırada; hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğunu göstermiştir. Blegen ve ark (1998) yaptıkları çalışmada birimlerde hasta sayısının fazla olmasının ilaç hataları arttırdığını, Chang ve Mark (2009) ise servislerde çalışan hemşire sayısının artması ile ilaç hatalarının azaldığını belirlemiştir. Araştırmada YYBÜ hemşireleri en yüksek düzeyde ilacın doğru yoldan uygulanması ve doğru hastaya ilaç uygulanması girişimlerini yaparken en düşük düzeyde ise ebeveyne ilaç hakkında bilgi verme girişimini uygulamaktadır. Yenidoğan hemşirelerinin ilaç hatalarını önlemeye yönelik sorumlulukları oldukça fazladır. Hemşireler bu sorumluluklarını yerine getirebilmek için; ilaç uygulamalarında sekiz doğru ilkelerine uyması, ilaçların etkileri, yan etkileri, kontraendikasyonları, diğer ilaçlarla etkileşimleri ve yan etkilerin ortaya çıkması durumunda uygulanabilecek girişimler konusunda bilgili olmalı ve bu bilgilerini sürekli güncellemelidir.

YYBÜ hemşirelerinin kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimlerine bakıldığında; en çok "Yapacağım bütün işlemler (tedavi, kan ve kan ürünü uygulama, hasta transferi vb.) öncesinde hasta kimliğini kontrol ederim" maddesini, en az ise; "Lacivert renkli kol bandını aynı isime sahip hastalarda kullanırım" maddesini uyguladıkları bulundu. YYBÜ'sinde hastanede yatış süresinin uzun olmasına bağlı olarak tıbbi hataya maruz kalma riski de yüksektir. Bununla beraber kimlik hataları da yaygındır. Yapılan bir araştırmada YYBÜ'sinde kimlik bantları eksikliğinin %20 - %80 olduğu bulunmuştur. Yenidoğanların konuşamamaları aktif olarak hasta kimliğini tanılama sürecine katılamamalarına ve dolayısıyla kimlik hatalarının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca; kol bandının takılması yönteminin de yenidoğanın hassas cildi, küçük el ve ayak bilekleri ve kol bantlarını sürekli çıkarmak istemeleri nedeniyle uygulanması güçleşmektedir (Gray ve ark. 2006). Araştırmada YYBÜ hemşireleri en yüksek düzeyde bütün işlemlerden önce kimlik kontrol etme girişimini yaparken en düşük düzeyde ise kol bandı renklerine göre hastaları sınıflandırma girişimlerini uygulamaktadır. Yenidoğan hemşireleri kimlik

hatalarının önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Hasta ile diğer sağlık personeline göre daha çok vakit geçiren hemşireler kol bantlarının kullanılması, kimlik belirleyici belirteçlerin kullanılması vb. yöntemlerle yapılabilecek yanlış uygulamaların (yanlış ilaç uygulanması, anne sütünün yanlış bebeğe verilmesi vb.) önlenmesine öncülük etmektedir. Bu nedenle hemşireler bebeğin YYBÜ'ne yatışından taburculuğa kadar kimlik hatalarına sebep olan davranışlardan kaçınmalı ve hastanın tedavi ve bakım sürecinde tüm uygulamalardan önce hasta kimliğinin kontrolünü yapmalıdır.

Hemşirelerin bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimleri incelendiğinde; en çok; "Cilt bütünlüğünü korumak ve sürdürmek için bebeğin cildini gözlemlerim" ve "Fototerapi boyunca bebeğin gözlerini koruyucu göz bandı ile kapatırım", en az ise, "Göbek ve çevresinde enfeksiyonu önlemek için önerilen solüsyonla göbek bakımı yaparım" maddesini uyguladıkları belirlendi. Hasta bakımında bağımlılık düzeyi yüksek olan hasta grubunun fazla olduğu yoğun bakım ünitelerinde, hasta güvenliğini sağlamak için kaliteli bakım vermek gerekmektedir. Hasta güvenliği ancak bakımın kaliteli verilmesiyle sağlanabilir. Bakım kalitesinin sağlanması sağlık personeli ya da sistemden etkilenmektedir (VanGeest ve Cummins 2003). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmaya göre tıbbi hata görülme sıklığı 1,7/hasta/gün olarak saptanmıştır. Bunların %29'unun potansiyel olarak ciddi sonuçlara hatta ölüme neden olabileceği belirtilmektedir. En sık rastlanılan olaylar olarak, medikasyon/tedavi yanlışlıkları (%42) ve yanlış/tamamlanmamış bakım süreci (%20) belirlenmiştir. Tıbbi hata görülme nedenleri arasında eğitim eksikliği (%49) ilk sırada gelmektedir (Vincent ve ark 1998, Pronovost ve ark 2005). Araştırmada YYBÜ hemşireleri en yüksek düzeyde cilt bütünlüğünü korumak ve fototerapiden bebeğin gözlerinin korunması girişimlerini yaparken en düşük düzeyde ise enfeksiyonu önlemek için önerilen solüsyonla göbek bakımı girişimini uygulamaktadır. Hemşirelik uygulamalarının temelinde bakım yer almaktadır. Yenidoğan hemşireleri bebeğe en iyi bakımı verebilmek için; gereksinimlerini saptamalı, bu gereksinimler doğrultusunda bebeğin ihtiyaçlarını gidermeli ve her zaman bebeğin bakımında aileye rehberlik etmelidir. Ayrıca; göbek bakımının önerilen solüsyonla yapılması girişiminin düşük düzeyde olmasının nedeninin son

zamanlarda göbeğin kendi kendine düşmesinin beklenmesi gerektiği şeklinde önerilerin de olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde de enfeksiyonun sık görüldüğü yerlerden biridir. Araştırmada hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimleri incelendiğinde; en çok "Ebeveynlere bebeğe dokunmadan önce ellerini yıkamaları veya antiseptik solüsyon kullanmaları konusunda eğitim veririm" ve "Yenidoğan ünitesinde kesici/delici atıkların "Dikkat Kesici ve Delici Tıbbi Atık" ve "Uluslararası Bio tehlike" amblemi bulunan plastik veya aynı özellikte kalın kartondan yapılmış kutulara atılmasına dikkat ederim" maddelerini, en az ise; "Vücut sıvılarına, kan ve kan ürünlerine dokunmadan önce eldiven giyerim" maddesini uyguladıkları belirlendi. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, hastanede yatarak tedavi gören her on hastadan birinde (%10) hastane enfeksiyonu gelişmektedir. Bu oran hastaneler arasında %3'ten %15'e kadar değişebilmektedir. Aynı hastanede klinikler arasında da önemli farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Hastane enfeksiyonları yoğun bakım kliniklerinde daha sık görülebilmektedir. Ancak bu kliniklerden YYBÜ'de hastane enfeksiyonları çeşitli nedenlere bağlı olarak daha çok karşımıza çıkmaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000, Gedik 2008). Birçok önemli sorunları olan ve bu nedenle YYBU de invaziv yöntemlerle izlenmeleri gereken bu bebeklerde hastane kaynaklı enfeksiyon riski de önemli oranlarda artmıştır. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların (<1500 g) yaşam oranları son 10-15 yılda, %75'ten %85'lere yükselmiştir. Bu durum, hastane kaynaklı enfeksiyonlarının yenidoğan bebeklerde morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olmanın yanı sıra, bebeklerin hastanede kalış surelerinin de uzamasına ve hastane maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır (Çakırer 2010). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan tıbbi hataların başında nazokomiyal enfeksiyonlar gelmektedir (Euro neo safety 2012). Özçetin ve ark (2009) Ege Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan servisinde yaptıkları bir çalışmada 96 hastane enfeksiyonu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastane enfeksiyonlarında ilk iki sırayı bakteriyemi ve üriner sistem enfeksiyonları aldığı ve hastaların çoğunda (%59.3, n=57) enfeksiyon oluşumunu kolaylaştırıcı bir veya daha fazla sayıda invaziv girişim olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hastanede yatış süresinin uzadığını ve hastane enfeksiyonları

sıklığının da arttığı bildirilmiştir (Özçetin ve ark 2009). Araştırmada YYBÜ hemşireleri en yüksek düzeyde yenidoğan ünitesinde atıkların renklerine göre kutu veya torbalara atılmasına yönelik girişimleri yaparken en düşük düzeyde vücut sıvılarına, kan ve kan ürünlerine dokunmadan önce eldiven kullanma girişimini uygulamaktadır. Yenidoğan hemşiresi nazokomiyal enfeksiyonları önlemede, evrensel önlemleri almada önemli bir role sahiptir. Yenidoğan hemşiresinin nazokomiyal enfeksiyonlar açısından dikkatli olması ve sürveyans çalışmalarına katılması önemlidir. Ayrıca bu ünitelerde nazokomiyal enfeksiyonlar ile ilgili eğitimlerin yapılması diğer alanlarda olduğu bu alanda da önemlidir.

YYBÜ hemşirelerinin ekipman kullanım hatalarını önlemeye yönelik girişimleri incelendiğinde; en çok “Tartı aletinin ibresi her tartım öncesi sıfırda olmasına dikkat ederim” maddesini, en az ise; “Röntgen çekimi esnasında genital koruyucu kullanılmasını sağlarım” maddesini uyguladıkları bulundu. Stavroudis ve ark (2010) yaptığı çalışmada YYBÜ hata nedenleri arasında ekipman ve tıbbi araç-gereç kullanımının %6,7 olduğunu bildirmiştir. Araştırmada YYBÜ hemşireleri en yüksek düzeyde bebeğin tartısını kontol etme girişimini yaparken en düşük düzeyde röntgen çekimi esnasında genital koruyucu kullanılması girişimini uygulamaktadır. YYBÜ’lerinde ekipman kullanımı çok önemlidir. Çünkü bu alanda birbirinden farklı birçok ekipman (küvöz, wormer, fototerapi, ventilatör, acil arabası, oksijen vb.) yaygın olarak kullanılmaktadır. Hemşire hastasına bakım verirken, bakım kalitesinin yanında kullandığı ekipmanın özelliklerini iyi bilmeli, belirli aralıklarla bu ekipmanların kontrolünün yapılmasını sağlamalıdır. Böylece hasta güvenliğini etkileyen ekipmanın sağlıklı bir şekilde kullanımı sağlanır ve hata riski azaltılmış olur.

Hasta güvenliğini tehlikeye sokan bir diğer durum ise düşmelerdir. Araştırmada düşmelere yönelik girişimler incelendiğinde; en çok “Kuvöz kapaklarının açık kalmamasına, wormer ve kot yataklarının sınırlayıcılarının kapalı olmasına her işlemden sonra dikkat ederim” ve “Yenidoğanı kucağıma aldığımda, tüm vücudunu özellikle başını desteklerim” maddelerini, en az ise; “Düşme vakaları ile karşılaşırsam rapor ederim” maddesini uyguladıkları belirlendi. Hastanede

yatmakta olan hastaların, düşme sonucunda yaralanması hemşirelerin çok sık karşılaştıkları bir problemdir. Blegen ve ark (1998) yaptıkları çalışmada birimlerde hasta sayısının fazla olmasının hasta düşmelerini arttırdığını belirtmektedirler. Hastane içi düşmelerde görülen en yaygın durum, ebeveynin özellikle beslenme saatlerinde bebek kucağında iken uyumasıdır. Monson ve ark (2008) yaptığı çalışmada; yedi düşme vakasından altısının bebeğin ebeveyn kucağında iken uyuması sonucu ve sabahın erken saatlerinde gerçekleştiği belirtilmektedir. Koh ve ark (2008) yaptığı çalışmada düşmeleri önleme engelleri; çalışanın bilgi ve eğitim eksikliği, personelin motivasyon eksikliği, yeterli çalışan olmaması ve hasta için gerekli olan araç/gereçlerin eksikliği olarak tanımlamıştır. Araştırmada YYBÜ hemşireleri en yüksek düzeyde yenidoğan bebeğin yatağının sınırlayıcılarına dikkat etme girişimini yaparken en düşük düzeyde düşme vakalarını rapor etme girişimini uygulamaktadır. Bu sonuç aslında tıbbi hataların rapor edilme oranlarına benzer şekilde (yanlış ilaç, iletişim hataları vb.) düşmelerin rapor edilme sıklığının az olduğunu göstermektedir. Rapor etme sıklığının az olması hemşirelerin hata bildirmeleri sonucunda ceza almaktan korkmaları, hata bildirim sistemlerinin olmaması veya aktif bir şekilde kullanılmaması nedeniyledir.

Hemşirelerin iletişim uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimleri incelendiğinde; en çok “Nöbet değişimlerinde bebeği her defasında kuvöz-yatak başında teslim alır veya veririm” maddesini, en az ise; “Bebeğe yapılan tüm uygulamalar hakkında aileye açıklayıcı bilgi veririm” maddesini uyguladıkları belirlendi. Stavroudis ve ark (2010) yaptığı çalışmada YYBÜ hata nedenleri arasında iletişim sorunu %14,4 olarak belirtilmiştir. Arda ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırmada hekimlerin %78,2'si, hemşirelerin ise %85,5'i hastalarla iletişim kurma problemi yaşadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada iş yoğunluğunun ve yeterli sayıda hekim ya da hemşirenin olmamasının iletişim kuramamanın temel nedeni olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte klinik sorumlularının yarattığı gerginlik, nöbetlerin fazlalığı, çok yorulma gibi nedenlerin de iletişim sürecini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Araştırmada YYBÜ hemşireleri en yüksek düzeyde bebeği her defasında kuvöz-yatak başında teslim alma veya verme girişimlerini yaparken en düşük düzeyde ise; tüm uygulamalar hakkında aileye açıklayıcı bilgi verme

girişimini uygulamaktadır. Birçok çalışmada belirtildiği gibi iletişime bağlı hataların ve çatışmaların olduğu bilinmektedir (Fowlie McHaffie 2004). Yenidoğan hemşiresi iletişim becerilerini geliştirmeli ve ekip çalışmasına önem vermelidir. Ayrıca çalışmada bebeğe yapılan uygulamaların açıklanma oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum aile merkezli bakım verilmesi gerektiğinin bir göstergesidir.

Araştırmada YYBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği hata alanlarını önlemeye yönelik girişimlerinden aldıkları puanlar ve bu puanları etkileyen faktörler incelendi. YYBÜ hemşirelerinin en fazla düşmeleri önlemeye yönelik girişimleri uyguladıkları bunun ardından hastane enfeksiyonları, ilaç uygulama hataları, iletişim hataları, bakım hataları, ekipman kullanımına bağlı hataları önlemeye yönelik girişimleri uyguladıkları, en az ise kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uyguladıkları belirlendi. Literatüre bakıldığında ise; en çok ilaç hatalarının yapıldığı belirtilmektedir. Araştırmamızın sonuçlarına göre; en çok kimlik hatalarının yapılması nedeniyle literatürden farklılık göstermektedir. Bu durumun ilaç hataları ile ilgili yapılan araştırma sayısının fazla olması ve hastanelerde kimlik uygulamaları ile ilgili prosedürlerin rutin olarak uygulanmamasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği hata alanlarını etkileyen faktörler incelendiğinde; eğitim durumu ile ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Lise mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.Bu sonuç; örneklem grubunun küçük olmasından kaynaklandığı ve genellenemeyeceği düşünüldü. Hemşirelik girişim puanları çalışma yılına göre değerlendirildiğinde; kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Araştırma bulgularına göre; çalışma yılı bir yıldan daha az çalışan hemşirelerin puanının 1-5 yıl çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuç; bir yıldan daha az çalışan hemşirelerin mesleğe yeni başlamaları ve bu nedenle hata yapmamaya daha çok özen gösterdikleri şeklinde yorumlanabilir. Araştırmada günlük ortalama bakılan hasta sayısının hemşirelik girişim puanlarına etkisi

incelendiğinde; ortalama bakılan hasta sayısı arttıkça tüm hasta güvenliği hata alanı girişim puanlarının azaldığı ve bu alanlardan kimlik ve ekipman kullanımına bağlı hataları önlemeye yönelik girişim puanı ve toplam hasta güvenliği puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bu durum; hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı azaldıkça iş yükünün de azalacağını, hasta başına ayrılan bakım süresinin artacağını ve böylece hemşirelerin hataların önlenmesinde yapabilecekleri girişimlere daha çok zaman ayırabileceklerini göstermektedir. Bu sonuçlar hemşire başına düşen hasta sayısının YYBÜ'de hasta güvenliğini etkilediğini göstermektedir. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu ile kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişim puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Bu sonuç; hasta güvenliği hata alanlarını önlemeye yönelik girişimlerin en az uygulandığı kimlik hatalarının yanı sıra tüm hasta güvenliği alanlarında hemşirelere verilecek olan eğitimlerle bilgi düzeyinin arttırılabileceğini düşündürmektedir. Bu eğitimlerin belirli aralıklarla yapılmasının hasta güvenliğini geliştireceği ve bakım standartlarını arttırabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Konya'da YYBÜ bulunan hastanelerde hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya 96 YYBÜ hemşiresi katıldı. Bu hemşirelerin yaş ortalaması 27,86±5,36 idi. YYBÜ hemşirelerinin %97,9'u (n=94) kadın, %58,3'ü (n=56) evli ve %52,1'i (n=50) çocuk sahibi değildi.
- Hemşirelerin %17,7'sinin (n=17) sağlık meslek lisesi, %27,1'inin (n=26) ön lisans, %55,2'sinin (n=53) lisans ve üzeri eğitim düzeyindedir.
- Araştırmaya katılan YYBÜ hemşirelerinin %28,1'i (n=27) üniversite hastanesinde, %66,7'si (n=64) devlet hastanesinde, %5,2'si(n=5) özel sağlık kurumunda çalışmaktadır.
- Hemşirelerin çalışma yılı incelendiğinde, %5,2'sinin (n=5) bir yıldan daha az, %44,8'inin (n=43) 1-5 yıl, %26,0'sının (n=25) 6-10 yıl, %24,0 'ünün (n=23) 10 yıldan fazla çalıştığı ve bu çalışma süresinin %12,5'i (n=12) bir yıldan daha az, %61,5'i (n=59) 1-5 yıl, %15,6'sı (n=15) 6-10 yıl, %10,4 'ü (n=10) 10 yıldan fazla süre YYBÜ' sinde görev yapmaktadır.
- YYBÜ hemşirelerinin %19,8'inin (n=19) gündüz vardiyasında , %21,9'unun (n=21) gece vardiyasında, %58,3'ünün (n=56) gece-gündüz karma şeklinde çalışmaktadır.
- YYBÜ hemşirelerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı; 3-6 hastaya bakım veren hemşire sayısı %53,1 (n=51), 7 ve üzeri hastaya bakım veren hemşire sayısı ise %46,9 (n=45)'dir.
- Hemşireler çalışma saatlerini en çok %12,5 (n=12) tanı ve tedavi işlemleri, %40,6 (n=39) hemşirelik bakımı, %13,5 (n=13) tıbbi sekreterlik işleri ile geçirmekte ve %33,3 'ü (n=32) bu işlerin hepsini yapmaktadır.
- Hemşirelerin %99,0'u (n=95) hasta güvenliği kavramı ile ilgili bilgi sahibi ve bu hemşirelerin %51,6'sı (n=49) hasta güvenliği ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir. Hemşirelerin % 74'ü (n=71) hasta güvenliği ile ilgili eğitim almıştır.

Hemşirelerin tamamına yakınının hasta güvenliği kavramını bildiği belirlenmiştir.

- YYBÜ hemşirelerinin %99,0'u (n=95) ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişimlerden en çok "İlacı istem doğrultusunda ve ilacın özelliğine göre doğru yoldan yaparım (IV, IM, PO vb)" ve "İlacı doğru bebeğe yaptığımdan emin olurum" maddelerini, en az ise; %66,7'si (n=64) "Yüksek riskli ilaçları" uygularken (örneğin; konsantre elektrolitler, antikuagülanlar, heparin, insülin, opiatlar, digitaller vb.) ikinci bir çalışanla çift kontrol yaparım" maddesine uygulamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmının ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişimleri bildiği belirlendi
- YYBÜ hemşirelerinin %92,7'si (n=89) kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimlerden en çok "Yapacağım bütün işlemler (tedavi, kan ve kan ürünü uygulama, hasta transferi vb.) öncesinde hasta kimliğini kontrol ederim" maddesini, en az ise; %39,6 - %46,9'u kol bandı renklerine göre hastaları sınıflandırma girişimlerini uygulamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmının kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimleri bildiği belirlendi
- YYBÜ hemşirelerinin %95,8'i (n=92) bakım hatalarını önlemeye yönelik girişimlerden en çok "Cilt bütünlüğünü korumak ve sürdürmek için bebeğin cildini gözlemlerim" ve "Fototerapi boyunca bebeğin gözlerini koruyucu göz bandı ile kapatırım" maddesini, en az ise; %67,7'si (n=65) "Göbek ve çevresinde enfeksiyonu önlemek için önerilen solüsyonla göbek bakımı yaparım" maddesini uygulamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmının bakım hatalarını önlemeye yönelik girişimleri bildiği belirlendi
- YYBÜ hemşirelerinin %96,9-%97,9'u hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimlerden en çok yenidoğan ünitesinde atıkların renklerine göre kutu veya torbalara atılmasına yönelik girişim maddelerini, en az ise; %66,7'si (n=64) "Vücut sıvılarına, kan ve kan ürünlerine dokunmadan önce eldiven giyerim" maddesini uygulamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmının hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimleri bildiği belirlendi.
- YYBÜ hemşirelerinin %97,9'u (n=94) ekipman kullanım hatalarını önlemeye yönelik girişimlerden en çok "Tartı aletinin ibresi her tartım öncesi sıfırda

olmasına dikkat ederim" maddesini, en az ise; %52,1'i (n=50) "Röntgen çekimi esnasında genital koruyucu kullanılmasını sağlarım" maddesini uygulamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmının ekipman kullanım hatalarını önlemeye yönelik girişimleri bildiği belirlendi.

- YYBÜ hemşirelerinin %97,9'u (n=94) düşmeleri önlemeye yönelik girişimlerden en çok "Kuvöz kapaklarının açık kalmamasına, wormer ve kot yataklarının sınırlayıcılarının kapalı olmasına her işlemden sonra dikkat ederim" ve "Yenidoğanı kucağıma aldığımda, tüm vücudunu özellikle başını desteklerim" maddesini, en az ise; %84,4'ü (n=81) "Düşme vakalarını rapor ederim" maddesini uygulamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmının düşmeleri önlemeye yönelik girişimleri bildiği belirlendi.
- YYBÜ hemşirelerinin %96,9'u (n=93) iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimlerden en çok "Nöbet değişimlerinde bebeği her defasında kuvöz-yatak başında teslim alır veya veririm" maddesini, en az ise; %74,0'u (n=71) "Bebeğe yapılan tüm uygulamalar hakkında aileye açıklayıcı bilgi veririm" maddesini uygulamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmının iletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimleri bildiği belirlendi.
- Hemşirelerin en çok 92,42±6,36 puan ile düşmeleri önlemeye yönelik girişimleri, en az ise 63,14±30,30 puan ile kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimleri uygulamaktadırlar.
- Hemşirelerin eğitim durumu ile ilaç hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki vardır (KW=9,767, p= 0,008).
- Hemşirelerin çalışma yılı ile kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki vardır (KW=9,259, p=0,026).
- Hemşirelerin günlük ortalama bakım verdikleri hasta sayısı ile toplam hasta güvenliği, kimlik hataları ve ekipman kullanım hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki vardır (sırasıyla; t= 2,678, p=0,009, t=3,197, p=0,002, t=2,257, p=0,026).
- Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma durumu ile kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişim puan ortalamasında anlamlı bir ilişki vardır (t=2,178, p=0,032).

5.2. Öneriler

- YYBÜ ’ne özgü hataların (ilaç, kimlik, bakım uygulama, hastane enfeksiyonları, ekipman kullanımı, düşmeler, iletişim) önlenmesi ile ilgili yol gösterici rehberler oluşturulmalıdır.
- Hemşirelikte bakım kalitesini arttıran ve ortak bakımı sağlayan standartlar, bakım protokolleri oluşturulmalıdır.
- Tıbbı hataların önlenmesi için hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşturulmalı ve etkin bir hata bildirim sistemi kurulmalıdır.
- Hizmet içi eğitim programları belirli bir program içinde, sürekli olarak, gereksinimlere göre planlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır. Ayrıca çalışanların bu programlara katılımı sağlanmalı ve teşvik edilmelidir.
- Ebeveynlere bebek bakımının bütün süreçlerine ilişkin bilgiler verilmeli ve bu sürece katılımları sağlanmalı ve aile merkezli bakım uygulanmalıdır.
- Kurumlarda gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamalarının düzenli olarak etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- YYBÜ’de çalışan hemşireler için özel kurslar ve oryantasyon programları düzenlenmeli, alanlarında sertifika sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- YYBÜ’de göreve başlayan hemşirelerin üniteye adaptasyonu YYBÜ ekibi tarafından sağlanmalıdır.
- Sağlık kurumları istihdam edilirken YYBÜ’de hemşirelerin standartlara göre yeterli sayıda olması sağlanmalıdır.
- Ekip içi ve ekipler arası iletişimi güçlendirmek için çalışmalar yapılmalıdır.
- YYBÜ’de hasta güvenliği hata alanları ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır.
- YYBÜ ile ilgili kongre, seminer, kurs, konferans ya da sempozyumlarda hasta güvenliğine daha geniş yer verilmeli ve belli aralıklarla bu programlar tekrarlanmalıdır.
- Sağlık kurumlarında hasta güvenliği ile ilgili komitelerin kurulması ve aktif bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

6.ÖZET

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları

Araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırma Konya ili kent merkezinde yer alan ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ) bulunan altı hastanede, Nisan-Mayıs 2012 tarihleri arasında, 96 YYBÜ hemşiresine yapıldı. Araştırmada literatür ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanıldı. Araştırma öncesi hazırlanan anket formu yenidoğan alanında bilgiye sahip sekiz uzmana gönderildi ve görüşleri alındı. Uzman görüşlerinden alınan cevapların birbirleriyle uyumluluğunu değerlendirmek amacıyla Kendall W analizi yapıldı. Verilerin analizi bilgisayar ortamında yapıldı ve verilere sayı, yüzdelik, kruskall wallis, man witney-u ve independent t testleri ile değerlendirildi.

Araştırma verilerine göre YYBÜ hemşirelerinin çalışma saatlerini en çok %12,5'i tanı ve tedavi işlemleri, %40,6'sı hemşirelik bakımı, %13,5'i tıbbi sekreterlik ile geçirdikleri belirlendi. Hemşirelerin %99,0'u hasta güvenliği kavramı ile ilgili bilgi sahibi olduğunu, %74'ü hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığını ve % 81,2'si hasta güvenliğinin çok önemli olduğunu ifade etti. Hemşirelerin hasta güvenliği alanları (ilaç, kimlik, bakım, hastane enfeksiyonları, ekipman kullanımı, düşmeler, iletişim) değerlendirildiğinde; en çok düşme, enfeksiyon alanlarında hemşirelik girişimleri uygulanırken, kimlik alanında ise hemşirelik girişimleri düşük oranda uygulanmakta idi.

Sonuç olarak; hemşirelerin hasta güvenliğini bildikleri ve buna yönelik uygulamalar yaptıkları belirlendi. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde önemli role sahip hemşireler hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmelidir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire; Hasta Güvenliği; Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ).

7.SUMMARY

Patient Safety Practices of Nurses in Neonatal Intensive Care Unit

This descriptive study's purpose was to determine nursing applications of nurses in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in terms of patient safety. The research was conducted to 96 NICU nurses in six hospitals that are in Konya city center between April and May 2012. A questionnaire that was formed in the light of the related literature was prepared by the researcher. This questionnaire was send to eight field expert to be examined. Kendall W analysis was conducted to evaluate the coherence of the experts' opinions for the questionnaire. Analysis of data computing environment was performed. Numbers, percentages, kruskall wallis, man withney-u and independent t tests were conducted for analyzing data.

According to the results; nurses stated that 12,5 % of nurses do diagnosis and treatment, 40,6 % of them do nursing care, 13,5 % of them do medical secretary in their work hours. 99 % of the nurses stated that they have information about patient safety concept and 74 % of them said they got training related to patient safety. Additionally 81,2 % of them emphasized that patient safety is very important subject. When nurses' patient safety fields (drugs, identity, care, hospital infections, using equipments, falls, and communication) were evaluated mostly enterprises in falls and infection fields were applied, and least enterprises in identity field were applied.

As conclusion, it was seen that the nurses have information about patient safety and they conduct these applications. NICU nurses have an important role in terms of providing patient safety. The nurses should develop patient safety applications.

Key Words: Nurse; Patient Safety; Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

8.KAYNAKLAR

1. Akgün S, Al-ASSAF A.F. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü nasıl oluşturabiliriz? Hastane Yönetimi, Haydar Sur (Ed.),Ankara, Bizim yayınevi, 2007; 3(11):1-2.
2. Aladağ M. Hasta güvenliği. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Haber ve Tanıtım Dergisi, 2012; 6 (13) :48-53.
3. Alfredsdottır H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room . Journal Of Advanced Nursing, 2007; 61 (1): 29-37.
4. American Academy Of Pediatrics (AAP). Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. Pediatrics, 2003; 112 (2) : 431- 436.
5. American Society Of Health System Pharmacists (2008). Errors Rates And Causes. Http://Www.Ashp.Org/Doclibrary/Policy/Patientsafety/Ivsafety/Literaturereview. Pdf , Erişim Tarihi: 12.11.2012
6. Arda H, Ertem M, Baran G, Durgun Y. Dicle üniversitesi araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 15 (59) : 68-74.
7. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4 (2) : 22-27.
8. Aydın B. Ülkemizde hasta güvenliği. Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi, 2009; 2 (17) : 17.
9. Aytaç N, Naharcı H, Öztunç G. Adanada eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008;9(3): 9-15.
10. Babadağlı B, Erim SE, Erdoğan S. Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; 1 (3) : 52-69.
11. Baktır G, Pala Z. Çocuklarda ilaç kullanımı. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 2005;13-14: 60-68.
12. Başbakkal Z, Taş F, Yılmaz HB. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Ege Pediatri Bülteni, 2009, 16(2): 87-93.
13. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. Journal Of General International Medicine, 1995; 10 (4) : 199-205.
14. Beyea SC. Preventing patient falls in perioperative settings. Association Of Perioperative Registered Nurses Journal, 2005; 81 (2) : 393-395.
15. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. (1998). Analysing potential harm in Australian general practice: an incident monitoring study. Medical Journal Of Australia, 1998 ; 169 (2) : 73-76.
16. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. Nursing Research, 1998; 47 (1) : 43-50.
17. Çakır A. Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
18. Çakırer N. Yenidoğanda hastane kaynaklı enfeksiyonlar. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2010; 19(2): 107-112.
19. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç GT, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. Cerrahpaşa Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1) : 31-44.
20. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 2. Genişletilmiş 9. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2011; 253-254.
21. Cengiz AB. Yenidoğan sepsisi, Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2009; 3: 174-181.
22. Chang KY, Mark B. Antecedents of severe and nonsevere medication errors. Journal Of Nursing Scholarship, 2009 ; 41 (1) : 70-78.
23. Çırpı F, Merih DY, Kocabey MY. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009, 3(2):26-34.
24. Demir D, Yöntem SÇ, Sarı HY, Bektaş M. Çocuk hastalar için Buch düşme riski tanılama ölçeğinin geliştirilmesi. 2. Ulusal Sağlıkta Kalite Ve Güvenlik Ödülleri Kitabı. Umut BEYLİK, Özlem ÖNDER (Ed.), Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011: 2-16.

25. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi, 2009; 40(2) :113-119.
26. Dinçer Ş,Yurtçu M, Günel E. Yenidoğanlarda ağrı ve nonfarmakolojik tedavi. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 2011; 27(1) : 46-51.
27. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, Pizov R,Cotev S. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Qual Saf Health Care, 2003;12(2): 143-147.
28. Dündar SA, Bayat M, Erdem E. Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 20(2) : 137-142.
29. Ergenekon E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. Türkiye Klinikleri Pediatri 2001; 10(1) : 1-5.
30. Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin İlaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenlerin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 23(2): 81-91.
31. Euro Neo Safety. Newborn health epidemiology. Http://Www.Euroneonet.Eu/Paginas/Publicas/Euroneo/Euroneosafe/İntranet.Aspx, Erişim Tarihi:08.08.2012
32. Ferner RE, Langford NJ, Anton C, Hutchings A, Bateman DN, Routledge PA. Random and systematic medication errors in routine clinical practice: a multicentre study of infusions, using acetylcysteine as an example. British Journal Of Clinical Pharmacology, 2001; 52(5) : 573-577.
33. Fijin R, Van den Bernt PM, Chow M, De Blacey CJ, De Jong-Van Den Berg LT, Brouwers JR. Hospital prescribing errors: Epidemiological assessment of predictors. British Journal Of Clinical Pharmacology, 2002; 53(3) : 326-331.
34. Fowlie PW, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. British Medical Journal, 2004; 329(7478) : 1336-1338.
35. Gablear S. Predicting which patient will fall again……and again. Journal Of Advanced Nursing, 1993; 18(12) : 1895-1902.
36. Gedik H. Hastane Enfeksiyonlarından Korunma El Kitabı. Beyşehir Devlet Hastanesi, 2008;85-90.
37. Göktaş S. Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi. İstanbul, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
38. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, Plsek P, Goldmann DA, Horbar J. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: quantification of risk. Pediatrics, 2006; 117(1) : 43-47.
39. Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Ankara,2007: 411-422.
40. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara:2009.
41. Hastane Hizmet Kalite Standartları, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, Pozitif Matbaa Ltd. Şti, 2011; 123-131.
42. Hendrich A. Inpatient falls:lesson from the field. Patient Safety And. Quality Healthcare Journal, 2006 ;26-30.
43. Hill K, Black K, Haines T,Walsh W, Vu M. Commentary on dempsey j (2004) falls prevention revisited: a call for a new approach. Journal Of Clinical Nursing, 2005; 14(1) : 126-128.
44. Holdsworth MT, Fichtl RE, Behta M, Raisch DW, Mendez-Rico E, Adams A, Greifer M. Bostwick S, Greenwald BM. Incidence and impact of adverse drug events in pediatric inpatients. Archives Of Pediatrics And Adolescent Medicine, 2003; 157(1) : 60-65.
45. Institute Of Medicine(IOM). To Err İs Human: Building A Safer Health System. Washington DC, National Academies Press, 1999.
46. İnanç DÇ. Çocukluk çağı yaralanmalarında davranışsal belirleyiciler neyi gösteriyor? Klinik Çocuk Forumu, 2004; 4 (2) : 55-61.
47. İşler A. Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. Perinatoloji Dergisi, 2007; 15 (1) : 1-6.

48. Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO) 2003, Http://Www.Jcaho.Org , Erişim Tarihi:12.01. 2012.
49. Kanadalı Hemşireler Birliği.Patient Safety. Www2.Cnaaiic.Ca/CNA/Documents/Pdf/Publications/PS102_Patient_Safety_E.Pdf, Erişim Tarihi: 05.10.2012.
50. Karabıyık L. Yoğun bakımda sık yapılan tıbbi hatalar. Yoğun Bakım Dergisi, 2012; 10(1) : 40-49.
51. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. Journal Of The American Medical Association, 2001; 285(16) : 2114-2120.
52. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2009; 52: 168-173.
53. Kaymakçı H. Yenidoğanı hastane infeksiyonlarından "koruma" önlemleri. I.Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Ve I. Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul, 2011; 33-35.
54. Kenner C, Hirani SAA. Safety issues in neonatal intensive care ünits in Pakistan. Newborn And Infant Nursing Reviews, 2008; 8(2) : 69-71.
55. Koh SSL, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. BMC Health Services Research 2008;8:105-113.
56. Kohn, LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err İs Human building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
57. Lefrak L. Moving towards safer practice: reducing medication errors in neonatal care. Journal Of Perinatal And Neonatal Nurses, 2002; 16(2) : 73−84.
58. Monson SA, Henry E, Lambert DK, Schmutz N, Christensen RD. In-hospital falls of newborn infants: data from a multihospital health care system. Pediatrics, 2008; 122(2): 277-280.
59. Morse JM. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American Journal Of Infection Control, 2002; 30(6):376-80.
60. National Patient Safety Foundation(NPSF).Improve The Safety Of Patients. 2003, Http://Www.Npsf.Org/, Erişim Tarihi:25.10. 2011.
61. National Coordinating Council For Medication Error Reporting And Prevention(NCC MERP). Recommendations To Enhance Accuracy Of Administration Of Medications. 1999, Http://Www.Nccmerp.Org/Council/Council1999-06-29.Html , Erişim Tarihi: 15.11.2012.
62. National Association Of Neonatal Nurses. Medication Safety İn The Neonatal Intensive Care Unit Position Statement. Http://Www.Nann.Org/Pdf/0909medication.Pdf Erişim Tarihi :03.05.2012
63. O'shea E. Factors contributing to medication error: a literature review. Journal Of Clinical Nursing, 1999; 8(5) : 496-503.
64. Ovalı F. Yenidoğanda ilaç tedavisinin ilkeleri. In: Dağoğlu T, Görak G (Ed) . Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Yenilenmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002;743-755.
65. Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi, 2010; 1:33-44.
66. Önal E. On soru on yanıt. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2005; 14(3) : 9-11.
67. Özata M, Aslan Ş, "Hasta Güvenliği Kültürünün Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. II. Uluslararası Sağlıkta Kalite Ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı. Kırılmaz H.(Ed.), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2010: 377-388.
68. Özata M, Altunkan H. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi Ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması. II. Uluslararası Sağlıkta Kalite Ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı. Kırılmaz H. (Ed.), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2010: 3-21.
69. Özçetin M, Saz EP, Karapınar B, Özen S, Aydemir G, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. Çocuk Enfeksiyon Dergisi, 2009; 3: 49-53.
70. Özkan Ö.Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Doktora Tezi, 2005.

71. Özyazıcıoğlu N, Tüfekçi FG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 466-473.
72. Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication, Canadian Medical Association Journal, 2008; 178(1): 42-48.
73. Perk Y. Sağlıklı yenidoğan ve bakımı. Sağlam Çocuk izlemi Sempozyum Dizisi; 2003; 35: 17-19.
74. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting A Culture Of Safety. Making Healthcare Safer: A Critical Analysis Of Patient Safety Practices. Rockville, MD: AHRQ; 2001:447-457.
75. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Morlock LL. Defining and measuring patient safety. Critical Care Clinics, 2005; 21(1):1-19.
76. Qickley P, Neily J, Watson M, Wright M, Strobe K. Measuring fall program outcomes.Online Journal Of Issues In Nursing, 2007; 12(2):8.
77. Resmi Gazete. 27214 sayılı ‘‘Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ’’. 29.04.2009.
78. Resmi Gazete. 27910 sayılı ‘‘Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’’. 19.04.2011.
79. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 11395 (2008/25) sayılı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Konulu Genelge. 03.04.2008.
80. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyansı, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından belirlenen hastane enfeksiyonu tanımları, 2010; 1-3.
81. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmet Standartları Daire Başkanlığı. Www.Hastaneenfeksiyonlari.Saglik.Gov.Tr/, Erişim Tarihi:08.05.2012
82. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, Kalkan Matbaacılık, 2011: 13
83. Samra HA, Jacqueline MM, Rollins W. Patient safety in the NICU: a comprehensive Review. The Journal Of Perinatal and Neonatal Nursing, 2011, 25(2): 123–132 .
84. Savaşer S, Çimen S, Yıldız S. Flakon Şeklindeki antibiyotiklerde kuru toz hacminin uygulanacak doz üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 16: 7-15.
85. Sayek F. Hasta Güvenliği: Türkiye Ve Dünya Türk Tabipleri Birliği(TTB) Raporları. Ankara, Birinci Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011: 61-65.
86. Sexton JB, Helmreich RL, Torsten BN,Rowan K,Vella K,Boyden J,Roberts PR,Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties. BMC Health Services Research, 2006, 6 (44): 1-10.
87. Sezgin B.Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD, Doktora Tezi, 2007.
88. Stavroudis TA, Shore AD, Morlock L, Hicks RW, Bundy D,Miller MR. NICU medication errors: identifying a risk profile for medication errors in the neonatal intensive care unit. Journal of Perinatology, 2010; 30(7): 459–468.
89. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. Journal Of Pediatric Nursing, 2004; 19(6) : 385-392.
90. Şenol S.Çocukluk dönemi kronik hastalıklarda:“hasta güvenliği ve hasta hakları”. Uluslararası Katılımlı 3.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi Program Ve Özet Kitabı.İzmir, 2011: 137-138.
91. Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. Journal Of Clinical Nursing, 2007; 16(3): 447-457.
92. Tansüyer T. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personelinin görüşlerini belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Ankara, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme , Yüksek Lisans Tezi, 2010.
93. Tengir T, Çetinkaya Ş. Yenidoğan beslenmesinde kullanılan yöntemler ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(9): 119-140.

94. Tekinalp G, Yurdakök M, Yiğit Ş, Korkmaz A. Yenidoğan Bakımında Hacettepe Uygulamaları. Ankara, 4. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2009: 14-28.
95. The Joint Commission. Health care at the crossroads: strategies for addressing the evolving nursing crisis. http://ebookbrowse.com/international-patient-safety-goals-9feb2012-pdf-d313391803 , Erişim Tarihi:25.04.2012
96. Törüner EK, Erdemir F. Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010: 63-71.
97. Tuttuarima JA, Van Der Meulen JH, De Haan RJ, Van Straten A,Limburg M. Risk factors for falls of hospitalized stroke patients. Stroke, 1997; 28(2): 297-301.
98. Türk Dil Kurumu. Http://Www.Tdk.Gov.Tr/İndex.Php?Option=Com_Gts&Arama=Gts&Guid=TDK.GTS.50559acdd28b17.80846919, Erişim Tarihi: 10.09.2012
99. Türkmen E,Uslu A. Özel bir hastanede hemşirelerin dolaylı bakım uygulamalarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2011; 19 (2) : 60-67.
100. Türkoğlu N, Gün S. Uluslar arası akreditasyon standartlarına göre yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik hizmetleri kalite yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2006; 10(1-2): 14-18.
101. Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 7 (1): 519- 533.
102. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı(UHESA) , T.C. SAĞLIK Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi, Ankara, 2010. Http://Hastaneenfeksiyonlari.Rshm.Gov.Tr/ , Erişim Tarihi:08.05.2012
103. Uluslar Arası Hemşireler Konseyi(ICN). Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır, Uluslararası Hemşireler Günü Bilgi Ve Eylem Kılavuzu,2006,Cenevre (İsviçre).
104. Ülgen Y. Sağlık kuruluşlarında tıbbi cihazlar ve hasta güvenliği. Sağlık Yönetimi Ve Eğitimi Dergisi, 2009; 2: 30–35.
105. VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety. National Patient Safety Foundation, 2003. Http://Www.Npsf.Org/Download/Edneedsassess.Pdf , Erişim Tarihi: 15.11. 2011.
106. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. British Medical Journal,1998; 316(7138):1154-1157.
107. World Health Organization (WHO). Health Topics Patient Safety. Http://Who.İnt/Topics/Patient_Safety/En/ , Erişim Tarihi:12.01.2012.
108. World Health Organization (WHO). What İs Patient Safety? Http://Www.Who.İnt/Patientsafety/En/Erişim Tarihi:12.01.2012.
109. World Health Organization(WHO). WHO launches 'Nine patient safety solutions. Http://Www.Who.İnt/Mediacentre/News/Releases/2007/Pr22/En/İndex.Html Erişim Tarihi: 02.08.2012
110. World Health Organization (WHO). 10 Facts On Patient Safety. Http://Www.Who.İnt/Features/Factfiles/Patient_Safety/En/İndex.Html (Erişim Tarihi:03.09.2012)
111. Yıldırıcı C, Aydın O, Erçoban N, Kılınç AS. Burdur devlet hastanesindeki hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesi. III. Uluslararası Sağlıkta Kalite Ve Performans Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı. Beylik U, Önder Ö, Güler H, Öztürk A(Ed.), Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011: 348-361.
112. Yıldırım Ö, Çelik ÇS. İ.T.Ü Sağlık Kurumları Yönetimi Sertifika Programı, 2005. Www.Ufukcebeci.Com/Portals/57ad7180-C5e7-49f5-B282C6475cdb7ee7/ Jci_ Sunum.Pdf Erişim Tarihi:11.12.2011.
113. Yıldırım Ö. Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi Ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. İstanbul, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, Doktora Tezi, 2008.
114. Yıldız S. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu. Dağoğlu T, Görak G(Ed.), Temel Neonatoloji Ve Hemşirelik İlkeleri. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2008a: 17-29.
115. Yıldız S. Dünyada ve ülkemizde yenidoğan hemşireliği. Dağoğlu T, Görak G(Ed.), Temel Neonatoloji Ve Hemşirelik İlkeleri. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2008b: 3-15.

9.EKLER

EK A: Yenidoğan Hasta Güvenliği Anket Formu

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN UYGULAMALARI ANKET FORMU

Değerli Meslektaşlarım,

Bu çalışma, hemşirelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki uygulamalarını hasta güvenliği açısından değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Cevaplayacağınız bu anket formu ile elde edilecek olan veriler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Elanur YENİTERZİ **Danışman: Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN**

I. Bölüm: HEMŞİRELERE AİT BİLGİLER

Sosyo-Demografik Bilgiler ve Mesleki Özellikler

1.Yaşınız :……
2.Cinsiyetiniz: 1. Kadın ( ) 2. Erkek ( )
3.Medeni durumunuz : 1. Evli ( ) 2. Bekar ( )
4.Varsa çocuk sayınız:…….
5. Eğitim durumunuz: 1. Lise( ) 2.Ön lisans ( ) 3. Lisans ( ) 4. Yüksek lisans ve doktora( )
6.Çalıştığınız Kurum:
1.Üniversite 2.Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Devlet Hastanesi 4.Özel Sağlık Kurumu
7.Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?.....
8.Kaç yıldır yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışıyorsunuz?.....
9. Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz? 1. Gündüz ( ) 2.Gece ( ) 3.Gece-Gündüz karma( )
10.Günde ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:……
11.Çalışma saatlerinizi en fazla hangi işlerle geçiriyorsunuz?
1.Tanı ve tedavi işlemleri ( ) 2. Hemşirelik bakımı( ) 3. Tıbbi sekreterlik ( ) 4. Diğer( )……

Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşler

1.Hasta güvenliği kavramı ile ilgili bilginiz var mı? 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )
2.Evet ise:
1.Yeterli olduğunu düşünüyorum ( )
2. Sınırlı bir bilgiye sahibim ( )
3. Yetersiz bilgim olduğunu düşünüyorum ( )
3.Hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı? 1. Evet( ) 2. Hayır( )
4.Çalıştığınız birimde hasta güvenliği ile ilgili eğitim veriliyor mu? 1. Evet( ) 2. Hayır( )
5.Hasta güvenliği önemli midir? 1. Çok önemli ( ) 2. Önemli( ) 3. Önemsiz( )

II. Bölüm: HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMA ALANLARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

1. İlaç hatalarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum	Ara sıra Uyguluyorum	Uygulamıyorum
1. İlaç istemini yazılı olarak alırım.			
2. Telefonla ya da sözlü olarak direktif aldığım zaman, direktif edilen ilacın adını, dozunu ve yolunu doktora tekrar geri okuyarak kontrol ederim ve hastanın dosyasına kayıt ederim.			
3. Hekim istemi doğrultusunda doğru ilacı belirlerim.			
4. İlaç dozunu doğru hesapladığımdan emin olurum.			
5. İlacı istem doğrultusunda ve ilacın özelliğine göre doğru yoldan yaparım (IV, IM, PO vb) .			
6. İlacı doğru bebeğe yaptığımdan emin olurum.			
7. İlacı doğru zamanda (belirlenen saatte) yaparım.			
8. İlacı istemde belirtilen formda (ampul,flakon,tablet,kapsül,toz, süspansiyon vb.) yaparım.			
9. Ebeveyne uygulanan ilaçla ilgili bilgi veririm.			
10. Yapmış olduğum ilacı hasta dosyasına ve/veya hemşire gözlem formuna kaydederim.			
11. Okunuş, yazılış ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.			
12. İlacın son kullanma tarihine dikkat ederim.			
13. İlacı kendi çözeltisiyle sulandırırım.			
14. İlacı uygulamadan hemen önce hazırlarım.			
15. Birden fazla ilaç uyguluyorsam ilaçların birbiri ile etkileşimlerini değerlendiririm.			
16. Sadece kendi hazırladığım ilacı uygularım.			
17. "Yüksek riskli ilaçları" uygularken (örneğin; konsantre elektrolitler, antikuagülanlar, heparin, insülin, opiatlar, digitaller vb.) ikinci bir çalışanla çift kontrol yaparım.			
18. İlacın etkisini değerlendirmek amacıyla hastayı izlerim (alerjik reaksiyon vb).			
19. Sulandırılmış ilaçları özelliklerine göre uygun koşullarda ve sürede saklarım.			
20. İlaç uygulamasına yönelik bir hata yaptığım zaman bu hatayı ekiple paylaşır, rapor ederim			
2.Kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimler			
21. Her hastanın koluna kimlik bilgileri bulunan bantlar takarım.			
22. Yapacağım bütün işlemler (tedavi,kan ve kan ürünü uygulama,hasta transferi vb.) öncesinde hasta kimliğini kontrol ederim.			
23. Hasta kimliğini tanımlamak ve doğrulamak için hasta kol bandını, hasta adı ve soyadı, T.C. kimlik numarası, doğum tarihi veya protokol numarasını kullanırım.			
24. Kırmızı renkli kol bandını alerjik hastaları belirlemek için kullanırım.			
25. Lacivert renkli kol bandını aynı isime sahip hastalarda kullanırım.			
26. Sarı renkli kol bandını bulaş riski olan hastalıklar için kullanırım.			

2.Kimlik hatalarını önlemeye yönelik girişimler-devam	Uyguluyorum	Ara sıra Uyguluyorum	Uygulamıyorum
27. Hem alerjisi hem de bulaş riski olan hastalar için ise beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılan kol bandını kullanırım.			
28. Erkek çocuklara mavi, kız çocuklara pembe kol bandı takarak cinsiyetin karışmasını önlerim.			
29. Bebek güvenliğini sağlamak için yenidoğan/bebek kaçırılması veya kaybolması durumlarında "pembe kod" uygulamasını bilir ve uygularım.			
3.Bakım uygulama hatalarını önlemeye yönelik girişimler			
30. Bebeğin vücut sıcaklığını korumak için küvöz ısısını tartı ve postnatal yaşa göre ayarlarım.			
31. Bakım uygulamalarına (ağız,göz,burun) göre uygun solüsyon ve teknik kullanırım.			
32. Göbek ve çevresinde enfeksiyonu önlemek için önerilen solüsyonla göbek bakımı yaparım.			
33. Bebeğin alt bezini göbek kordonunun altında kalacak şekilde bağlarım.			
34. Perine bölgesini uygun ürünler ile kızlarda önden arkaya, erkeklerde penis ucundan başlayarak geriye doğru temizlerim.			
35. Bebeğin silme/tam banyosunu uygun oda sıcaklığı(25-28oC), uygun su sıcaklığı(37-38oC), güvenli ürün (göz yakmayan şampuan/ph:5,5 olan sabunlar) ve çevre oluşturarak yaptırırım.			
36. Beslenme öncesinde bebeği değerlendiririm. (solunum, satürasyon, NGS ile beslenen bebeklerde rezidü miktarı ve rengi)			
37. Bebeğe verilen anne sütü veya mamanın her seferinde uygun sıcaklıkta olmasını sağlarım.			
38. Bebeğin her beslendikten sonra gazını çıkarırım.			
39. Cilt bütünlüğünü korumak ve sürdürmek için bebeğin cildini gözlemlerim.			
40. Bebeğin cildi kuru ise önerilen nemlendirici krem, losyon veya bebek yağı ile cilt bakımını yaparım.			
41. Yenidoğan bebeğe tüm bakım uygulamaları ve girişimlerde uygun pozisyon veririm.			
42. Yenidoğan ünitesinde geceleri ışıkları (10-600 lux) bebeklerin uyuması için loş bir hale getiririm.			
43. Yenidoğan ünitesinde gürültü (45-50 dB↑) oluşumuna neden olan faktörleri azaltır veya ortadan kaldırırım.			
44. Günlük olarak tüm kateterlerin bakımlarını yaparım.			
45. IV kateteri taktıktan sonra flaster üzerine adımı, kanülü taktığım tarihi ve saati yazarım.			
46. Fototerapi uygulaması için bebeğin sadece bezi kalacak şekilde kıyafetlerini tamamen çıkartırım.			
47. Fototerapi boyunca bebeğin gözlerini koruyucu göz bandı ile kapatırım.			
48. Fototerapi cihazının bebeğe 42-45 cm uzaklıkta tutulmasını sağlarım.			
49. Bebeğin vücuduna fototerapi boyunca yağlı krem ve pomad sürmem.			

4-Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik girişimler	Uyguluyorum	Ara sıra Uyguluyorum	Uygulamıyorum
50. Yenidoğan ünitesine her girdiğimde ellerimi hijyenik el yıkama tekniğine göre yıkarım.			
51. Her bebeğe dokunmadan önce ve sonra ellerimi yıkarım veya antiseptik solüsyon kullanırım.			
52. Ebeveynlere bebeğe dokunmadan önce ellerini yıkamaları veya antiseptik solüsyon kullanmaları konusunda eğitim veririm.			
53. Vücut sıvılarına, kan ve kan ürünlerine dokunmadan önce eldiven giyerim.			
54. Yenidoğana uygulanan bütün invaziv girişimlerde, bakım uygulamalarında asepsi kurallarına dikkat ederim.			
55. Humidifer, oksijen şişeleri ve nebulizatörlerde nemlendirmeyi sağlamak için distile su kullanırım.			
56. Solunum devreleri ve nemlendirici setlerin her bebek değişiminde değiştirilmesini sağlarım.			
57. Aspirasyon sistemlerinde kullanılan setlerin ve aspiratör haznelerinin 24 saatte bir değiştirilmesini sağlarım.			
58. Bulaş riskini engellemek için enfekte bebeğe uygun izolasyon(solunum,temas vb.) sağlarım.			
59. Yenidoğanı enfeksiyon belirti ve bulguları(cilt,vital bulgular,beslenme vb.) yönünden gözlemlerim.			
60. Küvözlerin günlük olarak uygun dezenfektanlarla temizlenmesini sağlarım.			
61. Yenidoğana kullandığım ekipmanların (laringoskop , laringoskop başlığı,ambu, ambu başlığı,hood vb.) her kullanımdan sonra dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.			
62. Yenidoğan ünitesinde tıbbi atıkların "Dikkat Tıbbi Atık" ve "Uluslararası Biotehlike " amblemi bulunan kırmızı renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim.			
63. Yenidoğan ünitesinde cam atıkların mavi renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim.			
64. Yenidoğan ünitesinde evsel nitelikli atıkların siyah renkli kutu veya torbalara atılmasına dikkat ederim.			
65. Yenidoğan ünitesinde kesici/delici atıkların "Dikkat Kesici ve Delici Tıbbi Atık" ve "Uluslararası Biotehlike " amblemi bulunan plastik veya aynı özellikte kalınkartondan yapılmış kutulara atılmasına dikkat ederim.			
5-Ekipman Kullanımına bağlı hatalarını önlemeye yönelik girişimler (küvöz,wormer,fototerapi,aspirasyon,ventilatör,O_2,acil arabası)			
66. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.			
67. Malzemenin ya da cihazın güvenliğinden şüphe duyduğumda kesinlikle kullanmam.			
68. Cihazı kullandığım alanda, cihaz alarmına benzer seslerin bulunup bulunmadığına dikkat ederim.			
69. Kullandığım cihazları yenidoğanda olması gereken alt ve üst sınırlara göre ayarlar, normalden sapma olursa alarm vermesini sağlarım.			

5-Ekipman Kullanımına bağlı hatalarını önlemeye yönelik girişimler (küvöz,wormer,fototerapi,aspirasyon,ventilatör,O_2,acil arabası)-devam	Uyguluyorum	Ara sıra Uyguluyorum	Uygulamıyorum
70. Kullanım dışı olan cihazların üzerlerine etiket veya işaretler koyarak yanlışlıkla kullanılmasını önlerim.			
71. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.			
72. Kullanılan malzemelerin(OGS, kanül,aspirasyon sondası,entübasyon tüpü,göz bandı vb.)yenidoğanın kilosuna ve term/preterm oluşuna göre uygun olup olmadığını her seferinde kontrol ederim.			
73. Tartı aletini düz bir zemine koyarak bebeği tartarım.			
74. Tartı aletinin ibresi her tartım öncesi sıfırda olmasına dikkat ederim.			
75. Röntgen çekimi esnasında genital koruyucu kullanılmasını sağlarım.			
76. Acil müdahale setinde/Acil arabasında bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları hergün kontrol ederim ve hazır bulundururum.			
6-Düşmeleri önlemeye yönelik girişimler			
77. Bebeklerin yatağı içindeki pozisyonunu çarpma/düşme riski yönünden gözlemlerim.			
78. Yenidoğanı koruyucu önlem almadan tek başına hiçbir zaman yalnız bırakmam.			
79. Küvöz kapaklarının açık kalmamasına, wormer ve kot yataklarının sınırlayıcılarının kapalı olmasına her işlemden sonra dikkat ederim.			
80. Yenidoğanı kucağıma aldığımda, tüm vücudunu özellikle başını desteklerim			
81. Ebeveynlere düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.			
82. Düşme vakaları ile karşılaşırsam rapor ederim.			
7- İletişim hatalarını önlemeye yönelik girişimler			
83. Aile-bebek etkileşiminin en erken dönemde başlamasına yardımcı olurum.			
84. Ebeveyn -bebek arasındaki etkileşimin niteliğini değerlendiririm.			
85. Ebeveyn-bebek(aile-bebek-kanguru bakımı) arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için tensel temasın önemini anlatırım.			
86. Annenin hazır oluş durumuna göre annenim bebeğin bakımına(beslenme,alt değiştirme,banyo vb.) katılımını sağlarım.			
87. Bebek bakımının her aşaması ile ilgili aileye rehberlik eder, eğitimler veririm (anne sütü ve önemi, emzirme tekniği, meme bakımı, yenidoğan tarama testleri, büyüme ve gelişme, kazaları önleme, aşılama, izlem ve kontroller,taburculuk,evde bakım vb).			
88. Bebeğe yapılan tüm uygulamalar hakkında aileye açıklayıcı bilgi veririm			
89. İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb) konusunda yardımcı olurum.			
90. Yenidoğan konusunda yenilikleri takip eder diğer ekip arkadaşlarımla paylaşırım.			
91. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini etkileyen olaylara ilişkin bilgileri(ilaç uygulama hataları,bakım hataları, hasta düşmeleri, yatak yaraları vb.) diğer ekip üyeleri ile paylaşırım.			
92. Nöbet değişimlerinde bebeği her defasında küvöz-yatak başında teslim alır veya veririm.			

EK B: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (EK-4)

Araştırmanın Adı: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları

Bu araştırma, yüksek lisans tezi için planlanmıştır. Araştırmada sizlere literatür ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları Anket Formu uygulanacaktır. Bu araştırmanın 5 ay içinde bitirilmesi planlanmaktadır. Bu çalışma, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak için uyguladıkları hemşirelik girişimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma; Konya ili kent merkezinde yer alan N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi, S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Beyhekim Devlet Hastanesi, Özel Konya Farabi Hastanesi ve Özel Konya Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde yapılması planlanmıştır. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Bu araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir. Bu bilgiler, Yükseköğretim Kurumu'na iletilecektir.

Yukarıdaki metni okudum. Araştırmayla ilgili bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı -Soyadı (Katılımcıların sözlü onamları alınacaktır).

EK C: Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : B.30.2.SEL.0.28.00.00/130-120 25.04.2012
KONU

Sayın: Yrd. Doç.Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

31.01.2012 tarihli "Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları" başlıklı araştırma projeniz, 24.04.2012 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2012/83 sayılı kararı ekte sunulmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hilmi Cevdet ALTINYAZAR
Başkan V.

Adres: S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad kampusü 42079 – Selçuklu / KONYA
Tel: (0332) 241 21 81 , Faks: (0332) 241 21 84 , *Elektronik Posta :* stip@selcuk.edu.tr
Web Adresi : www.stip.selcuk.edu.tr , *Bilgi için* :Dekanlık Tel : 241 00 41 / 1089

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2012/04 **Toplantı Tarihi : 24.04.2012**

Karar Sayısı 2012/83 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç.Dr. Fatma TAŞ ARSLAN'ın, "Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 23.03.2012 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Yrd. Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN'ın, "Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları" adlı araştırmanın kabulüne, BAP desteği alındıktan sonra protokolün dosyaya ilave edilmek üzere Etik Kurul sekreteryasına teslim edilmesine oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
24/04/2012
Mahmut KEŞİK
Sekreterya

EK D: N. E. Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin Belgesi

T.C.
KONYA ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B.30.2.KON.0.H1.71.00 / 5926 16/03/2012
KONU : Proje Çalışması

S.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 08.03.2012 tarih ve 762 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Elanur YENİTERZİ'nin hazırlamış olduğu "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları" konulu projesi ile ilgili Hastanemizde çalışma yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Hamdi ARBAĞ
Başhekim

ASLI GİBİDİR

Adres: K.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş
42080-Meram / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 00, Faks: (0332) 223 65 22
Elektronik posta : mtiphos@selcuk.edu.tr,
Web Adresi : www.meramtip.com.tr
Bilgi için :İnsan Kaynakları Tel: 6008

K-Q TSE-ISO-EN 9000
Ç-E TSE-ISO-EN 14000
TSE ISG-OHSAS TS-18001
TSE TS-ISO-IEC 27001 BGYS
M - C TSE - ISO 10002

EK E: Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin Belgesi

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B.30.2.SEL.0.H2.00/ 200 ..457 08/03/2012
KONU : Proje Çalışması İzni Hk.

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi:08.03.2012 tarih ve B.30.2.SEL.0.42.72 - 761 sayılı yazınız.

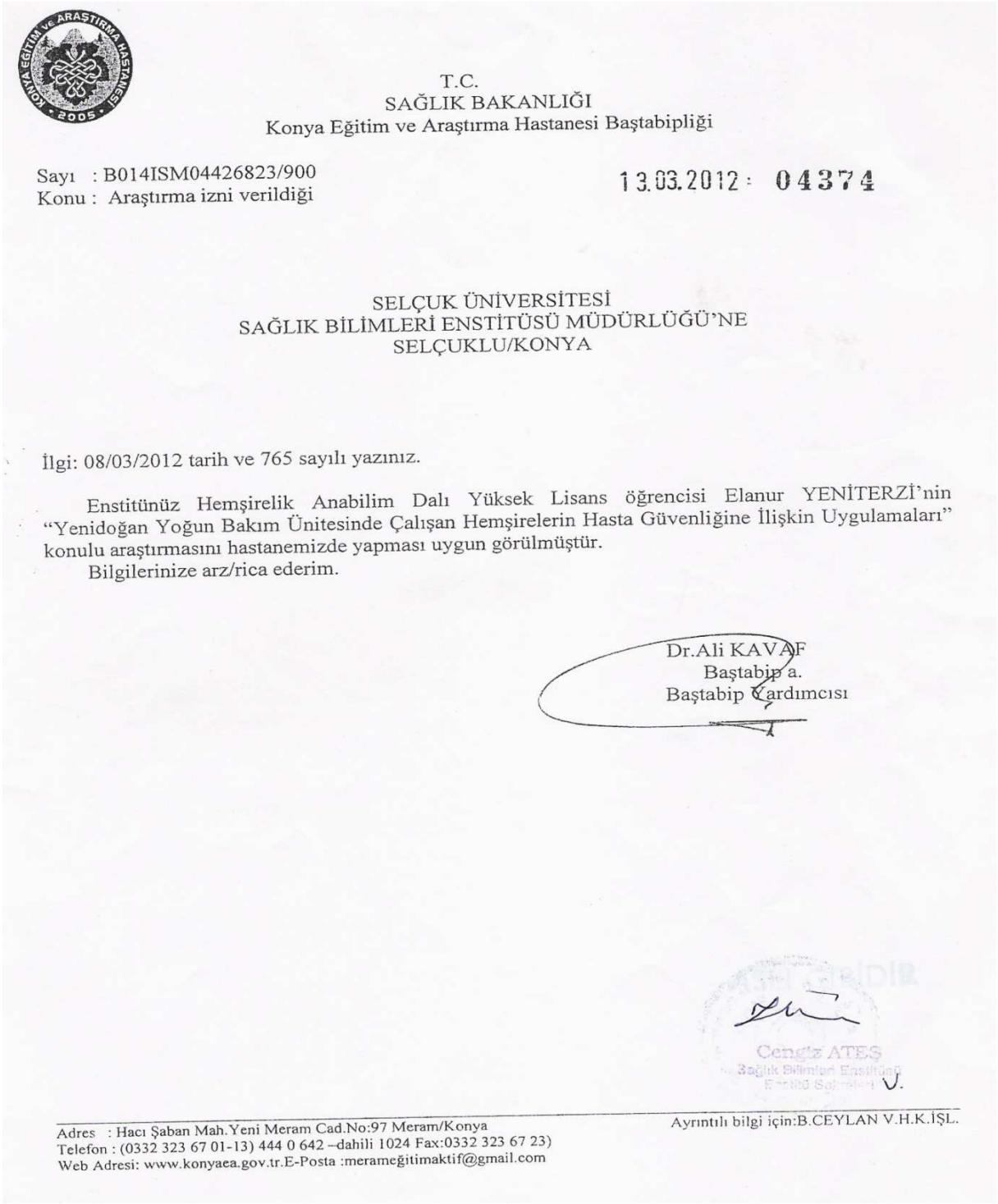
İlgi tarih ve sayılı yazınız içeriğinde belirtilen, Fakülteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Elanur YENİTERZİ'nin **"Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları"** konulu proje çalışmasını yapması, Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz / rica ederim.

Doç. Dr. Yaşar ŞEN
Başhekim V.

Adres: S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi Alaeddin Keykubad kampusü 42075 – Selçuklu / KONYA
Tel: (0332) 241 21 82 , Faks: (0332) 224 48 08 , *Bilgi için: Yazışma Bölümü* 241 50 00 (44 256)
Elektronik Posta :seltiphastanesi@selcukedu.tr Web Adresi : www.selcuklutip.com.tr

EK F: Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği

Sayı : B014ISM04426823/900
Konu : Araştırma izni verildiği

13.03.2012 - 04374

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE
SELÇUKLU/KONYA

İlgi: 08/03/2012 tarih ve 765 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Elanur YENİTERZİ'nin "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları" konulu araştırmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

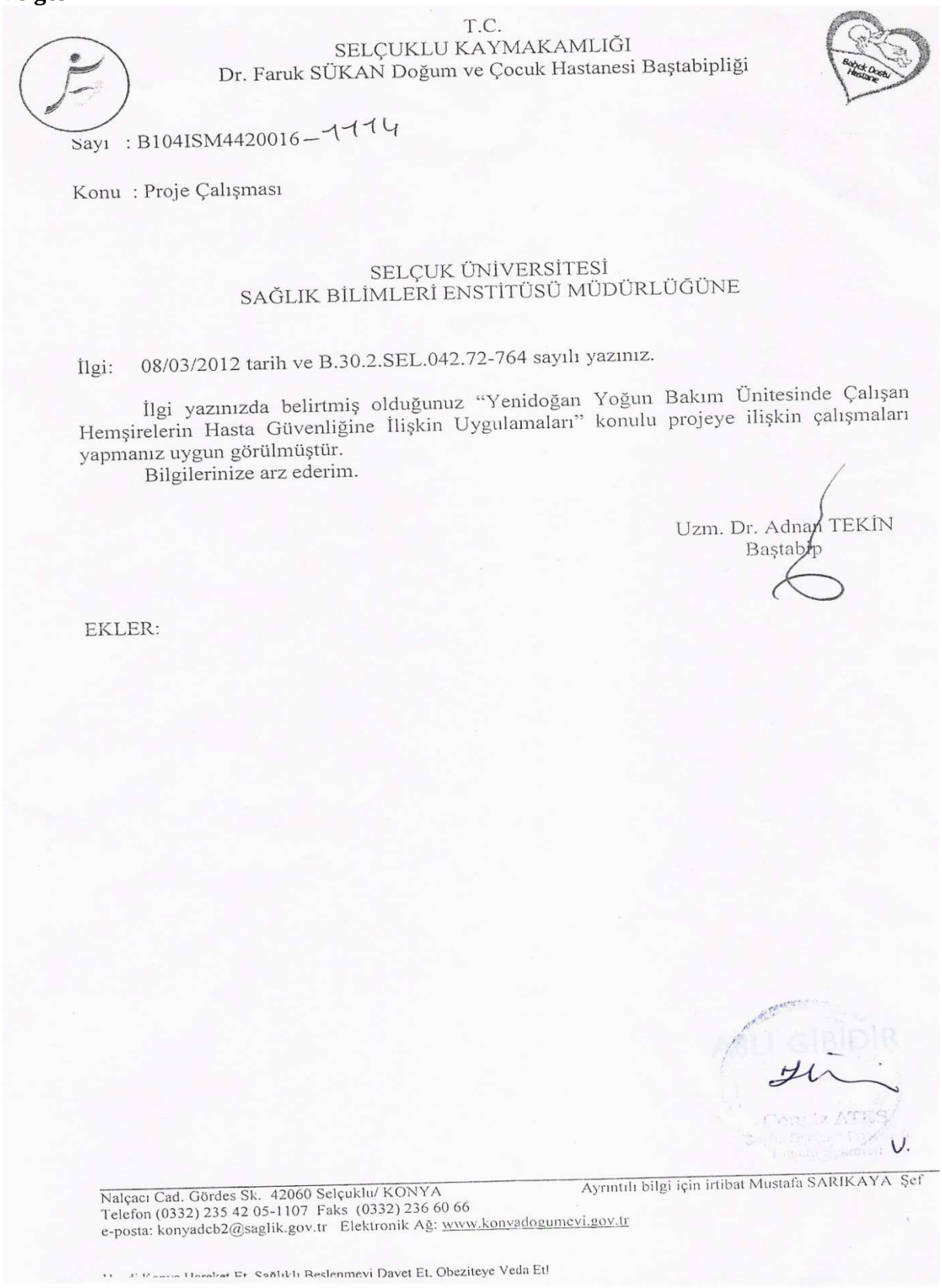
Dr.Ali KAVAF
Baştabip a.
Baştabip Yardımcısı

Cengiz ATEŞ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Adres : Hacı Şaban Mah.Yeni Meram Cad.No:97 Meram/Konya
Telefon : (0332 323 67 01-13) 444 0 642 –dahili 1024 Fax:0332 323 67 23)
Web Adresi: www.konyaea.gov.tr.E-Posta :merameğitimaktif@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için:B.CEYLAN V.H.K.İŞL.

EK G: Konya Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinden Alınan İzin Belgesi



T.C.
SELÇUKLU KAYMAKAMLIĞI
Dr. Faruk SÜKAN Doğum ve Çocuk Hastanesi Baştabipliği

Sayı : B104ISM4420016–1114

Konu : Proje Çalışması

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 08/03/2012 tarih ve B.30.2.SEL.042.72-764 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtmiş olduğunuz "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları" konulu projeye ilişkin çalışmaları yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Adnan TEKİN
Baştabip

EKLER:

Nalçacı Cad. Gördes Sk. 42060 Selçuklu/ KONYA
Telefon (0332) 235 42 05-1107 Faks (0332) 236 60 66
e-posta: konyadcb2@saglik.gov.tr Elektronik Ağ: www.konyadogumevi.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat Mustafa SARIKAYA Şef

Hareket Et, Sağlıklı Beslenmeyi Davet Et, Obeziteye Veda Et!

EK H: Konya Beyhekim Devlet Hastanesinden Alınan İzin Belgesi

T.C.
SELÇUKLU KAYMAKAMLIĞI
Konya Beyhekim Devlet Hastanesi Baştabipliği

SAYI : B.10.4.ISM.4.42.00.32/771.08
KONU : Elanur YENİTERZİ Hk.

Tarih:09.03.2012
No :1518
Kurum:S.U. SAGLIK BiLiMLERi ENST.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
KONYA

İlgi: 08/03/2012 tarih ve 766 sayılı yazınız.

Okulunuz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Elanur YENİTERZİ'nin Hastanemizde "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları" ile ilgili çalışmalar yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Abdüsselam ULU
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Cengiz ATEŞ
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Enstitü Sekreteri V.

Adres : Yazır Mah. Turgut ÖZAL Cad. No: 7 Selçuklu/KONYA
Telefon: (0332) 263 12 30- Fax: (0332) 263 12 46
E-posta Elektronik ağ: beyhekimdevlethastanesi@gmail.com

EK I: Özel Konya Farabi Hastanesinden Alınan İzin Belgesi

ÖZEL KONYA FARABİ HASTANESİ
MES'UL MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 2012/FRBYİ/234
Konu : Proje Çalışması Hk.

23/03/2012

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : B.30.2.SEL.042.72-763 nolu ve 08.03.2012 tarihli yazınıza istinaden;

İlgi yazınıza istinaden 'Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları' konulu projeye ilişkin çalışma yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

Prof.Dr. Cevat ÖZPINAR
Mes'ul Müdür

ÖZEL KONYA FARABİ HASTANESİ
Sancak Mah. Veyselkarani Cad. Ebru Sokak. No: 14. Selçuklu/KONYA
Telefon: 0332 221 44 44 – Dahili: 1140 | Fax: 0332 261 20 83 | www.farabihastanesi.com.tr | bilgi@farabihastanesi.com

EK İ: Alınan Uzman Görüşleri Listesi

Uzmanlar	Uzmanların Bağlı Olduğu Kurum	Uzmanların Bölümleri
Prof. Dr. Rahmi ÖRS	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
Prof. Dr. Nurgün PLATİN	Emekli Öğretim Üyesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Prof.Dr.Adnan ERKUŞ	Mersin Üniversitesi	Psikometri A.D.
Doç.Dr. Mehmet YALAZ	Ege Üniversitesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
Yrd Doç. Dr. Sergül DUYGULU	Hacettepe Üniversitesi	Hemşirelikte Yönetim A.D.
Yrd. Doç. Dr. Bedriye AK	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Yrd. Doç. Dr. Seher SARIKAYAKARABUDAK	Adnan Menderes Üniversitesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Gülperi SÖYLEMEZ BAYRAM	Hacettepe Üniversitesi	YYBÜ Sorumlu Hemşiresi

10. ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Konya‘da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Konya‘da tamamladı.2006 yılında Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2010 yılında mezun oldu. 2010 yılında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi’nde hemşire olarak çalıştı. 2011 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesine atandı ve halen aynı hastanenin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapmaktadır.